Cah. Année Gérontol. (2013) 5:1
DOI 10.1007/s12612-013-0353-7

ÉDITORIAL / *EDITORIAL*

Journées annuelles de la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG)

Annual days of French society of geriatrics and gerontology (SFGG)

O. Hanon

© Springer-Verlag France 2013

Chers collègues et amis,

Pour la 33e année consécutive, les Journées annuelles de la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) se tiennent à Paris. Ce rendez-vous devenu incontournable de la gériatrie et de la gérontologie française regroupe chaque année tous les professionnels concernés par le vieillissement.

Le succès principal de nos journées vient du nombre des contributions scientifiques proposées qui ne cesse de progresser et n'a jamais été aussi important, permettant ainsi la diffusion et l'échange des connaissances essentielles à la vie de notre société.

Le programme scientifique a été établi afin de donner à cette réunion un caractère d'excellence dans les domaines de la gériatrie et de la gérontologie. Les sessions et les communications orales ou affichées aborderont les grandes thématiques gériatriques : la recherche fondamentale, l'épidémiologie, les comorbidités, les syndromes gériatriques, la fragilité, la pharmacologie, les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses, l'organisation des soins et l'évaluation des pratiques. Cette année, le comité scientifique a souhaité la mise en place de sessions particulièrement dédiées aux sciences humaines et sociales, afin de favoriser les échanges entre gérontologues et gériatres.

Le programme des journées comporte toutes les modalités qui ont fait la preuve de leur efficacité : sessions de formation médicale continue, mises au point, tables rondes, symposia de l'industrie pharmaceutique et bien sûr, communications orales et affichées sur les travaux originaux de recherche ou les expériences de terrain.

Une mise au point sera faite sur les programmes politiques de santé publique auxquels la SFGG participe activement (comité avancé en âge, comité bientraitance, PAERPA, fragilité, mission médicaments...) ainsi que sur le déploiement national du programme MobiQual porté par notre société, avec le soutien de la CNSA.

Nous souhaitons que ces 33es journées annuelles soient l'occasion, pour vous toutes et tous, de prendre une part très active au développement d'une gériatrie et d'une gérontologie française moderne et de qualité. Nous vous y invitons chaleureusement en espérant vous voir encore plus nombreux que pour l'édition 2012 qui a rassemblé près de 1200 participants.

Vous trouverez dans ce numéro co-édité avec *L'Année Gérontologique* la totalité des résumés des communications orales et affichées qui constituent le vrai moteur de notre société.

Bonne lecture !

O. Hanon (✉)
Président de la SFGG, 60, rue des Cherchevets, F-92150 Suresnes
e-mail : olivier.hanon@brc.aphp.fr

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:3-12
DOI 10.1007/s12612-013-0354-6

ARTICLE / *ARTICLE*

Évaluation des traitements non médicamenteux dans la maladie d'Alzheimer

Evaluation of non-pharmacologic treatments for Alzheimer's disease

N. Coley · C. Dufouil · M. Bungener · N. Bouscaren · G. Chêne · S. Andrieu

© Springer-Verlag France 2013

Résumé Bien que leur efficacité n'ait pas souvent été étudiée et de surcroît démontrée, les traitements non médicamenteux font partie intégrante de la prise en charge des personnes atteintes de démence neurodégénérative, en particulier de maladie d'Alzheimer. Une évaluation correcte et rigoureuse est pourtant essentielle pour : connaître avec fiabilité les traitements non médicamenteux qui sont réellement efficaces, savoir comment les mettre en place, définir quels patients pourront en bénéficier réellement et déterminer, le cas échéant, quels effets indésirables ou inconvénients y sont associés. Si le schéma d'étude classique de l'essai comparatif randomisé reste la référence pour évaluer un traitement non médicamenteux, d'autres types d'études (avant–après, ici–ailleurs, études d'observation) peuvent être employés même si leurs biais potentiels doivent être scrupuleusement évalués. Les essais évaluant des traitements non médicamenteux ont des aspects méthodologiques spécifiques, comme la difficulté à respecter l'insu, ou encore la complexité dans le choix du comparateur et dans la standardisation de l'intervention. Il existe néanmoins des solutions pour faire face à ces difficultés et pour contribuer à améliorer la qualité des essais. Enfin, un traitement non médicamenteux ne devrait pas être mis en œuvre sans disposer d'informations préalables sur son efficacité potentielle et ses éventuels effets indésirables.

Mots clés Maladie d'Alzheimer · Traitements non médicamenteux · Thérapie

Abstract Although their efficacy has not been frequently studied or demonstrated, non-pharmacologic treatments are an integral part of caring for those suffering from neurodegenerative dementia, particularly Alzheimer's disease. However, proper and rigorous evaluation is essential in order to reliably understand which non-pharmacologic treatments are actually effective, how to implement them, how to define which patients may actually benefit from them and to determine, where necessary, which adverse effects or disadvantages are associated with them. Although the classic randomised controlled trial remains the reference to evaluate a non-pharmacologic treatment, other types of study (before-after, here-elsewhere, observational studies) may also be used even if their potential bias must be scrupulously assessed. Trials evaluating non-pharmacologic treatments have specific methodological aspects, such as the difficulty in respecting blinding, as well as the complexity in selecting the comparator and in the standardisation of intervention. Nevertheless, solutions exist to overcome these difficulties and to contribute to improving the quality of these trials. Finally, a non-pharmacologic treatment should not be

N. Coley (✉) · C. Dufouil · M. Bungener · G. Chêne · S. Andrieu
Groupe méthodologies Alzheimer, France
e-mail : nicola.coley@inserm.fr

N. Coley · S. Andrieu
Inserm UMR1027, F-31073 Toulouse, France

Université de Toulouse-III, F-31073 Toulouse, France

N. Coley · N. Bouscaren · S. Andrieu
Département d'épidémiologie et santé publique,
CHU de Toulouse, F-31073 Toulouse, France

C. Dufouil · G. Chêne
Inserm U897 & CIC-EC7, F-33076 Bordeaux, France

M. Bungener
CNRS UMR8211, F-94801 Villejuif, France

Inserm U988, F-94801 Villejuif, France

EHESS, F-75244 Paris, France

Université Paris-Descartes, F-75270 Paris, France

G. Chêne
Pôle de santé publique & CIC-EC7, CHU de Bordeaux,
F-33076 Bordeaux, France

Université Bordeaux-Segalen, ISPED, F-33076 Bordeaux, France

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

implemented without having prior information regarding efficacy and adverse effects.

Keywords Alzheimer's disease · Non-pharmacologic treatments · Therapy

Introduction : importance de l'évaluation des traitements non médicamenteux dans la maladie d'Alzheimer

Principale cause de démence chez la personne âgée, la maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative progressive, chronique, liée à l'âge. L'efficacité des traitements médicamenteux actuellement disponibles reste discutée. La prise en charge actuelle ne se limite donc pas aux simples traitements pharmacologiques mais associe fréquemment des traitements non médicamenteux parmi lesquels on peut citer :

- les interventions cognitives : entraînement cognitif [1], réadaptation cognitive, stimulation cognitive [1] ;
- la thérapie psychosociale : thérapie par évocation du passé [2], thérapie par l'empathie (*Validation therapy*) [3] ;
- la stimulation sensorielle : aromathérapie [4], musicothérapie [5], luminothérapie [6], méthode Snoezelen [7] ;
- la thérapie fondée sur l'activité motrice : activité physique [8] ;
- la thérapie centrée sur l'utilisation de nouvelles technologies [9] ;
- les programmes complexes associant différentes approches mis en place dans des unités de prise en charge spécifiques [10,11].

Le recours fréquent à ces modalités de prise en charge en pratique clinique contraste avec l'absence de démonstration de leur efficacité (soit par absence d'études d'évaluation, soit par la faiblesse méthodologique des études disponibles).

Dans d'autres domaines, comme dans la démence, le nombre d'essais cliniques testant un traitement non médicamenteux est historiquement faible par rapport à ceux testant un traitement pharmacologique : par exemple, en 2000, seul un quart des essais randomisés indexés dans Pubmed, quel que soit le domaine d'application, concernaient un traitement non médicamenteux [12].

Dans le cadre de la démence, l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) jugeait, dans son rapport de 2005, que les données permettant d'évaluer l'efficacité des traitements non médicamenteux étaient peu nombreuses, tout en notant que le nombre d'essais randomisés était en augmentation. Néanmoins, peu d'études portaient sur un grand nombre de patients, limitant la généralisabilité des résultats et posant des problèmes de puissance statistique.

D'après la conclusion de l'expertise collective de l'Inserm en 2007 : « Maladie d'Alzheimer, enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux » [13], les bénéfices des traitements non médicamenteux peuvent se traduire chez le patient par la préservation de l'autonomie pour la vie quotidienne, une diminution des troubles du comportement ou de la symptomatologie dépressive, un déclin cognitif plus lent ou encore une amélioration de la qualité de vie. Les bénéfices de ces traitements peuvent aussi concerner la satisfaction relative déclarée par les soignants ou les aidants, tout en sachant par ailleurs que le simple fait de proposer une intervention, quel qu'en soit le contenu, et de concentrer des efforts sur une personne suffit à accroître la satisfaction. Mais cette expertise, tout comme le rapport de l'Opeps, soulignait également que les études évaluant ces traitements sont souvent d'une qualité méthodologique médiocre (absence de groupe de comparaison, de randomisation ou d'insu ; taille d'échantillon et durée insuffisantes pour mesurer l'efficacité de manière fiable, critère imprécis de jugement). En outre, ces études sont le plus souvent réalisées chez des patients consultant en ambulatoire, ce qui pose la question de la validité externe des résultats et notamment de l'extrapolation aux personnes vivant en institution [13]. Enfin, il existe une certaine hétérogénéité dans l'application d'un même traitement non médicamenteux d'un essai à l'autre.

Des difficultés méthodologiques sont spécifiques à l'évaluation d'un traitement non médicamenteux, par exemple les difficultés pour : masquer les interventions et mesurer ses effets sans être influencé par la connaissance de ce que le patient reçoit, choisir l'intervention de référence et standardiser les modalités d'application de l'intervention (qui est souvent complexe) [14]. Par ailleurs, par rapport à un médicament, la randomisation et l'évaluation quantitative de l'exposition à l'intervention, sans parler même de la qualité d'exécution, sont plus complexes à mettre en œuvre dans les essais testant un traitement non médicamenteux.

Évaluer correctement les traitements non médicamenteux est pourtant essentiel pour déterminer ceux susceptibles d'être efficaces et la façon de les mettre en place. De plus, tout traitement, médicamenteux ou non, comporte des risques et des effets indésirables qu'il est indispensable de rechercher, quantifier et évaluer. Ce d'autant que, dans le cadre d'un traitement non médicamenteux, ils peuvent s'appliquer non seulement au patient mais également à son entourage (aidants ou soignants). Outre l'efficacité des traitements non médicamenteux, une analyse des coûts associés devrait être le plus souvent menée, en vue d'une évaluation coût/efficacité formelle permettant de s'assurer que les financements mobilisés ne seraient pas plus utiles dans d'autres affectations.

Enfin, seule une mise en évidence de l'efficacité de ces traitements par une étude méthodologiquement adéquate permet d'informer les politiques de santé et la généralisation éventuelle du traitement évalué [15].

Schémas d'étude pour évaluer un traitement non médicamenteux

Essai comparatif randomisé

Comme pour les médicaments, l'essai comparatif randomisé reste le schéma de référence pour évaluer un traitement non médicamenteux, car la constitution de deux groupes comparables en tous points sauf pour le type de traitement est cruciale pour envisager un jugement de causalité pour l'efficacité et la tolérance [15]. L'essai randomisé permet d'évaluer l'impact d'un traitement à l'aide d'une comparaison directe avec un groupe de patients qui ne reçoit pas de traitement particulier ou bien reçoit le traitement réputé le meilleur au moment où l'essai est réalisé (traitement de « référence »). La randomisation (tirage au sort de l'attribution du groupe d'intervention) permet d'assurer une comparabilité des groupes à l'inclusion sur les facteurs pronostiques (facteurs de confusion potentiels) connus et inconnus [16].

Essai à unité de randomisation individuelle

L'essai à unité de randomisation individuelle, c'est-à-dire un essai où les patients sont individuellement randomisés dans l'un des groupes de traitement, est la forme la plus classique de l'essai randomisé. Ce schéma d'étude est relativement simple à mettre en œuvre et est le schéma généralement employé pour un essai médicamenteux.

Cependant, dans le cadre de l'évaluation de traitements non médicamenteux destinés à modifier les pratiques et les modalités de prises en charge, ce type de randomisation n'est pas recommandé. En effet, si le soignant a été formé à une nouvelle modalité de prise en charge, tous les patients de son centre seront susceptibles d'être informés, même partiellement, de cette nouvelle prise en charge et d'en bénéficier, à des degrés divers. Le soignant lui-même s'il est amené à prendre en charge des patients qui n'appartiennent pas au groupe intervention pourrait inconsciemment faire bénéficier ces patients de certains éléments de la prise en charge innovante. Ce processus, s'il concerne les patients qui appartiennent au groupe de « référence », va diminuer les écarts observés entre le groupe bénéficiant du nouveau traitement et le groupe de référence qui, en théorie, ne doit pas être affecté par le nouveau traitement. Ce risque non négligeable est appelé « contamination » entre les groupes et peut entraîner une sous-estimation de l'effet du traitement [15].

Essai randomisé par grappes (clusters)

Une solution au problème de la contamination entre les groupes est la réalisation d'un essai dans lequel on randomise des groupes de patients, appelé essai en *clusters* ou en grappes. Dans ce cas particulier, l'ensemble des patients suivis par un même médecin ou dans un même centre constitue un groupe de personnes ayant une ressemblance (« grappe ») ; chaque grappe recevant le même traitement. Le choix d'un tel schéma n'est toutefois pas sans contrainte : les observations recueillies sur des patients suivis par un même médecin ou dans un même hôpital ou service sont donc corrélées (non indépendantes), ce qui entraîne une perte de puissance statistique [17]. En effet, deux patients suivis par un même médecin ou dans un même hôpital sont susceptibles de se ressembler plus que deux patients suivis par des médecins différents ou recrutés dans des hôpitaux distincts en termes de mise en œuvre de l'intervention ou de prise en charge globale ou de pronostic. Cette corrélation doit être prise en compte :

- dans le calcul de la taille d'essai (nombre de participants nécessaire) et a pour conséquence de l'augmenter, en moyenne ;
- lors de l'analyse des données, à l'aide de méthodes statistiques adaptées [18].

En effet, les méthodes statistiques usuelles font l'hypothèse que les données sont indépendantes, ce qui n'est pas le cas des données issues d'une même grappe. Si l'on ne tient pas compte de la corrélation lors de l'analyse des données, les degrés de signification peuvent être sous-estimés et les étendues des intervalles de confiance faussement diminuées, pouvant conduire à retenir une intervention qui en fait n'est pas efficace. Différentes méthodes statistiques permettent d'analyser correctement les données issues d'essais randomisés par grappes parmi lesquelles l'utilisation d'un ajustement, qui se fonde sur le coefficient de corrélation intra-classe (représentant le niveau de corrélation entre les patients d'une même grappe), pour les tests statistiques simples comme le test de χ^2 ou le test de Student, ainsi que des méthodes de modélisation plus complexes [19].

Par ailleurs, la randomisation par grappes peut entraîner un déséquilibre (non-comparabilité) de distribution des covariables ou des facteurs de confusion potentiels entre les groupes à l'inclusion, en particulier s'il y a peu de grappes [20]. Enfin, si la randomisation des grappes se fait avant l'identification et le recrutement des patients, il y a un risque de biais de sélection si l'essai n'est pas proposé à tous les patients qui seraient éligibles [21].

L'insu et autres aspects méthodologiques des essais randomisés

Mise à part la randomisation, les essais cliniques sont également généralement caractérisés par d'autres « propriétés intrinsèques » qui entraînent une meilleure qualité méthodologique, notamment leur nature prospective, le calcul a priori de la taille d'étude et l'élaboration d'un protocole formel avant le démarrage de l'essai qui permet de spécifier et de standardiser de nombreux aspects de l'étude tels que les

critères d'éligibilité des patients, la nature de l'intervention et le plan d'analyse [22]. Afin d'éviter les biais de mesure, l'essai est souvent réalisé en insu. Dans le cas du double insu, ni les patients ni les professionnels qui administrent l'intervention ou évaluent les critères de jugement, et de préférence ceux qui effectuent les analyses statistiques également, ne savent dans quel groupe d'intervention se situe le patient, et ce, jusqu'à la levée de l'insu, généralement réalisée une fois les analyses terminées. L'absence d'insu pourrait influencer le comportement des patients ou des personnes administrant l'intervention, consciemment ou inconsciemment, et donc entraîner des biais liés à la subjectivité de l'enquêteur, en particulier des biais de mesure, par exemple de type « mauvaise classification » [23,24]. Si le critère de jugement se fonde sur une mesure subjective, par exemple une échelle de douleur ou de qualité de vie, la réponse du patient pourrait être influencée par sa connaissance du groupe de traitement auquel il appartient. Par exemple, l'effet de l'intervention pourrait être surestimé si les patients recevant l'intervention sous-cotent l'échelle de douleur utilisée comme critère de jugement et ceux du groupe de « référence » la surcotent. De la même manière, du côté des soignants, l'absence d'insu pourrait influencer la prise en charge et l'évaluation du patient, par exemple en modifiant la prise en charge habituelle d'une manière différente entre les deux groupes (biais de performance ou de suivi) [25].

Autres schémas d'étude

Dans le cas où un essai randomisé est impossible ou inadéquat pour évaluer un traitement non médicamenteux [26], il existe d'autres types d'étude pouvant être employés.

Études quasi expérimentales

Les études quasi expérimentales (ou non randomisées) diffèrent des essais randomisés principalement par la méthode d'attribution de l'intervention : les patients sont affectés au groupe expérimental ou au groupe témoin à l'aide de méthodes autres que le tirage au sort, par exemple selon la date de naissance ou de consultation ou même parfois selon la préférence du patient ou du médecin. Ces études présentent un risque plus élevé de biais que les essais randomisés, d'autant plus si les patients ou les soignants peuvent effectivement choisir quels patients reçoivent le traitement non médicamenteux évalué, puisque la comparabilité des groupes n'est pas assurée et un biais de confusion (c'est-à-dire, des différences systématiques en termes de pronostic ou réponse à l'intervention entre les groupes) peut se produire [23,27].

Les études « avant/après » consistent à comparer les critères de jugement avant et après l'introduction d'une intervention, par exemple un programme de santé publique. Les mesures « avant » servent de référence pour évaluer l'efficacité de l'intervention, et les patients peuvent être leur propre témoin. Comme il peut exister une variation spontanée des indicateurs dans le temps qui se serait produite même en l'absence d'intervention (par exemple, du fait de la mise en place au même moment d'autres mesures de santé, ou d'une tendance préexistante), l'interprétation des résultats de ce type d'étude n'est pas sans difficulté. Les analyses de type séries chronologiques (avec plusieurs temps de recueil avant et après l'introduction de l'intervention) sont un type d'étude avant/après qui permettent de détecter une tendance préexistante et d'éventuelles modifications à cette tendance apportées par l'intervention [15]. On peut également faire des mesures « avant » et « après » dans une population témoin n'ayant pas reçu l'intervention (étude « ici–ailleurs »), mais la difficulté majeure est de trouver une population témoin comparable en tout point à la population recevant l'intervention [15]. Si les deux groupes ne sont pas comparables ou si les différences entre les groupes ne sont pas prises en compte lors de l'analyse, il y a un fort risque que les résultats ne soient pas valides. Cependant, ces études quasi expérimentales sont particulièrement utiles quand un essai randomisé n'est pas faisable ou n'est éthiquement pas envisageable.

Une étude avant–après pour évaluer l'efficacité d'une intervention de suivi après sortie d'une unité de soins spécifiques Alzheimer chez des patients atteints d'une démence sévère [28] *et une étude ici–ailleurs pour évaluer la qualité de vie de résidents atteints de démence dans deux types d'établissements de soins de longue durée* [29] *représentent des exemples d'études quasi expérimentales ayant été employées à la place d'un essai randomisé pour des raisons éthiques ou de faisabilité*.

Études observationnelles

Enfin, l'impact d'un traitement non médicamenteux peut aussi être étudié dans une étude observationnelle, telle qu'une étude de cohorte ou une étude cas-témoins, par exemple si on cherche à évaluer un traitement déjà utilisé en pratique clinique. Dans ce type d'étude, l'investigateur n'attribue pas lui-même l'intervention, mais peut étudier l'effet d'une intervention chez des patients qui ont reçu ou non par ailleurs l'intervention, en situation réelle. À l'inverse des essais randomisés, les études d'observation ne permettent pas un jugement causal, car elles sont plus susceptibles aux biais, en particulier au biais de confusion si les patients exposés et non exposés à l'intervention ne sont pas comparables (à l'inclusion mais également en termes de suivi). En effet le problème du « biais de confusion par indication » est souvent rencontré dans les études d'observation, car le traitement n'est pas attribué par tirage au sort, et son indication peut dépendre des caractéristiques médicales et du pronostic du patient [30]. Cela peut être contrôlé par la prise en compte

des éventuels facteurs de confusion lors de l'analyse, à condition qu'ils soient connus et mesurés.

Évaluation de la qualité des études

Les « propriétés intrinsèques », mise à part la randomisation, décrites ci-dessus pour les essais randomisés sont également souhaitables dans une étude non randomisée afin d'améliorer la qualité de l'étude. Il existe différentes recommandations ou référentiels de bonne pratique, pour améliorer la qualité et la transparence des publications médicales rapportant des essais cliniques randomisés [17,31,32] ainsi que d'autres types d'études cliniques [33,34] (Tableau 1). Ils comprennent une liste d'items à décrire lors du rapport, ce qui facilite l'évaluation critique et l'interprétation de la recherche clinique. De nombreuses revues médicales, y compris les plus prestigieuses (*New England Journal of*

Tableau 1 Les principaux types d'études employées pour évaluer un traitement non médicamenteux.

Type d'étude	Principaux avantages	Principales difficultés	Niveau de preuve[a]	Recommandation pour l'écriture d'articles
Études expérimentales				
Essai randomisé (unité de randomisation individuelle)	La randomisation permet d'assurer la comparabilité des groupes à l'inclusion	Biais d'attrition si plus d'abandons dans un groupe	1	CONSORT [31] CONSORT – extension pour les traitements non médicamenteux [32] CONSORT – extension pour les essais pragmatiques [35][b]
Essai randomisé (unité de randomisation collective)	Aide à éviter le problème de contamination entre les groupes si l'intervention s'applique à un soignant plutôt qu'à un patient individuel	Biais de sélection si recrutement fait après la randomisation Biais d'attrition	1	CONSORT – extension pour les essais randomisés en *cluster* [17] CONSORT – extension pour les traitements non médicamenteux [32] CONSORT – extension pour les essais pragmatiques [35][b]
Études quasi expérimentales				
Essai non randomisé		Non comparabilité des groupes à l'inclusion (biais de sélection)	2	TREND [34]
Étude avant–après	Plus simple à mettre en place qu'une étude randomisée	Évolution spontanée de la maladie non due à l'intervention testée	2	TREND [34]
Étude ici–ailleurs	Plus simple à mettre en place qu'une étude randomisée	Non comparabilité des groupes à l'inclusion	2	TREND [34]
Études observationnelles				
Étude de cohorte	Possibilité de faire une étude prospective	Risque de biais (sélection ou attrition, mesure, confusion)	2	STROBE [33]
Étude cas-témoin	Plus simple à mettre en place qu'une étude de cohorte (coût, logistique…) et permet d'étudier des maladies rares	Risque de biais (sélection ou attrition, mesure, confusion)	3	STROBE [33]

[a] Selon la HAS (ex-Anaes) [36]. Le niveau de preuve le plus élevé possible pour chaque type d'étude est indiqué mais le niveau réel attribué à une étude peut être inférieur si elle présente des limitations importantes (faible puissance, risque de biais important…).

[b] Les essais pragmatiques évaluent l'efficacité d'un traitement dans la pratique quotidienne et avec les contraintes que peuvent apporter les patients dans la population générale (polypathologie, polymédication, absence d'aidant…) [37]. Ils sont à opposer aux essais « explicatifs » qui visent à démontrer si un traitement est efficace dans des conditions optimales (patients sans comorbidités, suivis dans des centres spécialisés, aidant présent…).

Medicine, *Lancet*, *JAMA*, *BMJ*), ont adopté ces recommandations. Il faut noter que l'application des référentiels tels que le CONSORT ne garantit pas forcément une étude de bonne qualité ; en effet, il peut toujours subsister des problèmes méthodologiques qui pourront être évalués par différents scores ou échelles tels que les échelles Jadad [38], Delphi List [39] et CLEAR NPT [40] pour les essais randomisés ou la Newcastle-Ottowa Quality Assessment Scale [41] pour les autres types d'études. L'échelle CLEAR-NPT a été spécifiquement développée pour évaluer la qualité des essais randomisés évaluant des traitements non médicamenteux (Tableau 2). Aucune de ces échelles ne fait néanmoins l'unanimité.

Difficultés méthodologiques spécifiques à l'évaluation des traitements non médicamenteux

Les essais sur des traitements non médicamenteux sont accompagnés de difficultés méthodologiques particulières que l'on ne rencontre pas ou peu lorsqu'il s'agit de médicaments : l'insu et la contamination entre les groupes de traitement, comme discutés ci-dessus, et les difficultés éthiques de mise en place d'un double insu ; la description, la reproduction et la standardisation des méthodes ; et la dépendance du traitement non médicamenteux au soignant, à sa façon de faire, et à ses compétences. Toutes ces difficultés peuvent entraîner une diminution de la qualité des essais. En effet, une comparaison sur la qualité des essais des thérapies non médicamenteuses et médicamenteuses dans l'arthrose de la hanche et du genou a montré une importante différence en faveur des études portant sur les médicaments, et ce, quelle que soit l'échelle utilisée (Jadad Scale, Delphi List, Numerical Rating Scale) [42].

Tableau 2 Les domaines abordés dans la check-list NPT-CLEAR [40] pour évaluer la qualité d'un essai randomisé pour un traitement non médicamenteux.

1. Génération de la séquence d'allocation randomisée
2. Assignation secrète du traitement[a]
3. Description de l'intervention
4. Compétence et expérience du soignant
5. Évaluation de l'observance
6. Insu des patients
7. Insu des soignants ou aidants
8. Insu des évaluateurs des critères de jugement
9. Description du suivi
10. Analyse des critères de jugement en « intention de traiter »

[a] Méthode utilisée pour implémenter la séquence d'allocation randomisée (par exemple, enveloppes numérotées ou allocation téléphonique centralisée), en spécifiant si la séquence était tenue secrète jusqu'à l'allocation des interventions.

Standardisation des interventions et choix du comparateur

Un premier aspect spécifique aux essais non médicamenteux est l'indispensable standardisation de l'intervention : l'intervention doit être administrée de la même manière tout au long de l'essai. Si elle s'avère efficace dans l'étude d'évaluation, ce sera cette manière de l'appliquer qu'il faudra prescrire en pratique clinique. Au contraire, si elle n'est pas efficace, c'est peut-être précisément car une des composantes n'est pas bien appliquée. Dans la littérature et pour une même technique, les programmes de prise en charge sont souvent décrits de manière variable selon les études, cela entraînant une difficulté pour juger de leur comparabilité et d'aboutir à un consensus sur le contenu exact de l'intervention si elle doit ensuite être mise en œuvre en pratique clinique. Certaines composantes sont essentielles à définir a priori, notamment : l'expérience et la formation des professionnels qui vont appliquer ces techniques, les normes et façons de procéder, la durée du programme, la fréquence des séances et leur durée, le fait que le traitement soit proposé en groupe ou individuellement, la présence et/ou la participation des aidants, le contenu exact des séances. Cette standardisation est indispensable, de la même manière que pour un médicament, il est indispensable de mentionner sa posologie ou sa fréquence d'administration, par exemple : un comprimé de 20 mg trois fois par jour à prendre avant chaque repas avec un grand verre d'eau plate. *Pour un programme de réadaptation cognitive par exemple, on va se heurter à la standardisation de tous les éléments qui définissent l'intervention : intervenants, composantes de l'intervention, variation au cours du temps, parfois nécessité de l'individualisation de la réadaptation. L'observance du patient entre aussi en jeu qu'elle soit qualitative ou quantitative et parfois même l'interaction subjective patient–soignant*. Il en est de même pour l'intervention de référence qui, elle aussi, doit être standardisée. Une formation des intervenants du groupe de référence est aussi incontournable pour s'assurer de l'homogénéisation de ce groupe.

Le choix du comparateur représente une complexité supplémentaire dans les essais non médicamenteux. Dans un essai médicamenteux, un nouveau médicament est généralement comparé à un placebo ou à un traitement pharmacologique de référence, mais il est souvent difficile de concevoir l'équivalent d'un placebo pour un traitement non médicamenteux. Fréquemment, l'intervention de référence consiste en l'application des « soins habituels ». Il peut toutefois être difficile de définir ce qui constitue effectivement des « soins habituels » et, pour les études

multicentriques, il est fort possible que les « soins habituels » varient selon les centres. Les pratiques professionnelles restent variables pour une même maladie, en particulier en l'absence de recommandations de pratique médicale ou en présence de recommandations divergentes selon les pays ou institutions [43].

Dans tous les cas, toutes les composantes des interventions complexes doivent être explicitement décrites pour le groupe expérimental et pour le groupe de « référence ». Cette description gagne souvent à être présentée sous forme de graphique [44]. *La* Figure 1 *montre l'exemple de la description graphique d'un programme de formation pour médecins généralistes et infirmiers, destiné à améliorer le diagnostic et la prise en charge de la démence, qui a été évalué dans un essai randomisé néerlandais* [45]. Dans ce type de graphique, la première colonne représente la chronologie de l'essai et les autres colonnes représentent les composantes de l'intervention dans chaque groupe de randomisation. Chaque composante est représentée séparément sous la forme de carrés ou cercles. Les carrés représentent des « objets » (des composantes de l'intervention à nature fixe) alors que les cercles représentent des « activités » (des composantes de l'intervention à nature flexible). Les composantes mises en œuvre de manière concomitante sont représentées sur une même ligne, tandis que celles mises en œuvre successivement sont représentées sur des lignes différentes [44].

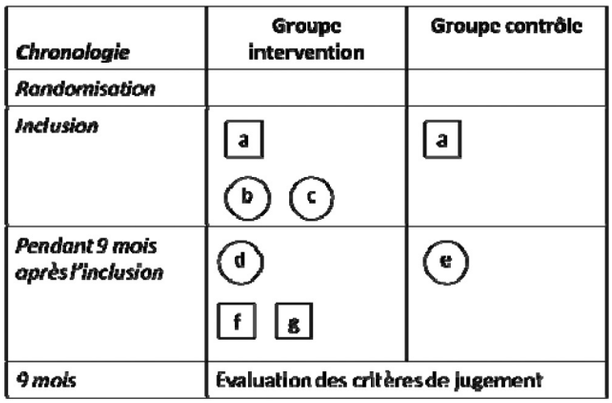


Fig. 1 Exemple d'une description graphique d'un programme de formation pour médecins généralistes et infirmiers destiné à améliorer le diagnostic et la prise en charge de la démence (adapté de Perry et al. [45]). a : Recommandations nationales néerlandaises sur la démence pour les médecins généralistes et infirmiers ; b : ateliers sur le diagnostic et la prise en charge de la démence pour les médecins généralistes et infirmiers ; c : formation/encadrement des médecins généralistes et infirmiers sur le diagnostic et la prise en charge de la démence en pratique clinique selon les recommandations nationales et l'évaluation « EASYcare » ; d et e : soins usuels pour la démence, réalisés par des médecins généralistes sans formation spécifique dans le cadre de l'étude ; f : mise à disposition d'un forum Internet et de supports de formation supplémentaires, stimulation de discussions entre collègues ; g : disponibilité d'un système informatique d'aide à la décision médicale pour le diagnostic de démence

L'efficacité d'une intervention peut également dépendre des caractéristiques et des compétences de la personne effectuant l'intervention [40], par exemple son niveau d'expérience (« effet opérateur »). Dans de tels cas, une formation approfondie et standardisée de ceux qui pratiqueront l'intervention doit être réalisée avant le début de l'essai afin d'uniformiser l'intervention autant que possible. *Par exemple, dans une étude évaluant l'efficacité d'un programme d'ergothérapie dans la démence* [46], *les auteurs ont indiqué que les ergothérapeutes qui effectuaient l'intervention avaient tous suivi une formation spécifique pour l'étude d'environ 80 heures et qu'ils avaient tous au moins 240 heures d'expérience dans la délivrance de conseils d'ergothérapie pour les patients atteints d'une démence.*

Respect de l'insu

Un autre enjeu méthodologique dans les essais non médicamenteux est la difficulté de respecter l'insu, en particulier si le groupe de référence ne reçoit pas d'intervention spécifique. Une solution, notamment si l'intervention de référence est « active », est de ne pas informer les patients de la direction précise de l'hypothèse de l'étude. *Par exemple, dans un essai randomisé sur la luminothérapie chez des patients atteints d'une démence* [47], *le groupe intervention recevait de la lumière blanche et le groupe de référence recevait de la lumière rouge, mais les patients ne connaissaient pas la direction de l'hypothèse de recherche (c'est-à-dire que la lumière blanche serait plus bénéfique que la lumière rouge)* [6].

Même lorsqu'il est impossible que les patients soient en insu de l'intervention, on peut toutefois améliorer la qualité d'un essai en faisant un essai en simple insu [2,48] dans lequel l'évaluateur des critères de jugement n'a pas la connaissance du groupe auquel le patient appartient. Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, les critères de jugement sont souvent des critères subjectifs évalués par les patients (par exemple, des échelles de qualité de vie) ou leur aidant informel (par exemple, des échelles mesurant des troubles de comportement comme le Neuropsychiatric Inventory [NPI], ou des échelles fonctionnelles comme l'Activities of Daily Living [ADL] ou l'Instrumental Activities of Daily Living [IADL]), ce qui rend l'insu de l'évaluateur en pratique impossible car le participant ou son informant sont au courant de l'intervention, voire participent pleinement à celle-ci. Il existe néanmoins des évaluations plus objectives pouvant être employées dans les études sur la maladie

d'Alzheimer, comme c'est le cas *dans une étude récente en simple insu évaluant l'efficacité de l'ergothérapie dans la démence* [49] *: des évaluateurs externes évaluaient l'autonomie des patients dans les activités de la vie quotidienne à l'aide d'enregistrements vidéos. Ainsi, ils n'étaient pas au courant du groupe dans lequel était assigné le patient évalué*. Les critères de jugement objectifs et « robustes » sont donc à privilégier et il est dans tous les cas important et nécessaire de tout faire pour mettre en place un insu et ainsi réduire le risque considérable de biais que son absence apporterait [50].

Discussion et conclusions

Actuellement, les traitements non médicamenteux font partie intégrante de la prise en charge d'un patient atteint de maladie Alzheimer et doivent être évalués comme tout autre traitement, de préférence dans un essai randomisé. Les essais randomisés demeurent la méthode la plus fiable et la plus précise pour évaluer l'efficacité des traitements médicamenteux ou non médicamenteux. Une revue systématique de la littérature récente a conclu que les résultats d'études randomisées et non randomisées évaluant la même intervention peuvent différer et que les études non randomisées peuvent surestimer l'efficacité d'un traitement [51]. Il existe néanmoins des scénarios où un essai randomisé peut être impossible ou inadéquat [26] pour évaluer un traitement non médicamenteux. Par exemple, Reimer et al. [52] ont tenté de faire un essai randomisé pour évaluer l'efficacité d'une unité spécifique Alzheimer comparé à des institutions traditionnelles. Cela ne s'est pas avéré possible du fait d'un nombre insuffisant de personnes pouvant accéder à l'unité spécifique (probablement à cause du coût élevé de ce type d'institution [10]). Des raisons éthiques peuvent aussi empêcher la mise en place d'un essai randomisé si l'intervention testée est déjà considérée supérieure à l'intervention de référence [10] ou si elle est déjà employée dans la pratique clinique. Le risque de biais est plus élevé dans les études non randomisées, mais de manière générale, il n'est pas possible de prédire l'amplitude ou la direction des éventuels biais et leurs conséquences sur les résultats [51].

Quoi qu'il en soit, ces essais cliniques randomisés sont plus complexes à mettre en œuvre pour les traitements non médicamenteux, mais il existe des solutions à certaines des difficultés méthodologiques rencontrées. La qualité méthodologique des études évaluant un traitement non médicamenteux peut être mesurée par les différents scores ou échelles présentés dans le Tableau 2 mais nous soulignerons qu'à l'heure actuelle certaines de ces échelles restent critiquées et aucun procédé ne fait l'unanimité. Par ailleurs, la qualité de la publication rapportant l'étude peut être jugée à l'aide des recommandations de type CONSORT (Tableau 1).

Les exemples de traitements non médicamenteux cités dans cet article sont destinés aux patients au stade de démence de la maladie d'Alzheimer. Des traitements non médicamenteux, en particulier l'exercice physique et l'entraînement cognitif, peuvent également être appliqués dans le cadre de la prévention de la maladie d'Alzheimer, pour des personnes âgées sans trouble cognitif ou à un stade prédémentiel de la maladie d'Alzheimer.

L'absence d'évaluation rigoureuse des traitements non médicamenteux pourrait s'expliquer par différentes raisons : l'absence d'une agence réglementaire pour ce type d'intervention (contrairement au cas des traitements médicamenteux pour lesquels les agences européennes et nationales du médicament exigent des essais randomisés pour démontrer l'efficacité et la sécurité d'emploi avant d'autoriser la mise sur le marché d'un médicament), le manque d'intérêt commercial des grands laboratoires pharmaceutiques et des financements insuffisants pour ce type d'essais [14,53].

En conclusion, il est possible de concevoir des études avec un haut niveau de preuve pour démontrer l'efficacité ou le rapport bénéfice/risque des traitements non médicamenteux. Compte tenu du faible nombre de médicaments efficaces pour les patients atteints de démence ou à haut risque d'évoluer vers ce stade, il est crucial que les essais soient conçus en prenant toutes les difficultés potentielles en compte afin de produire des résultats précis et valides susceptibles de bénéficier au plus grand nombre de personnes. Un traitement non médicamenteux ne devrait pas être mis en œuvre sans disposer d'informations préalables sur son efficacité potentielle et ses éventuels effets indésirables. Il est donc crucial d'augmenter le nombre d'essais de qualité pour évaluer formellement les bénéfices et les risques des traitements non médicamenteux et fournir ainsi aux professionnels de santé qui prennent en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer les meilleures données pour guider les décisions de prise en charge au quotidien, dans l'intérêt des patients et de leur entourage.

Remerciements Le groupe méthodologies Alzheimer (fondation Plan Alzheimer) a été financé dans le cadre de la mesure 27 du Plan Alzheimer 2008–2012.

Références

1. Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, et al (2003) Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev CD003260
2. Woods B, Spector A, Jones C, et al (2005) Reminiscence therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev (2):CD001120

3. Neal M, Briggs M (2003) Validation therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev (3):CD001394
4. Thorgrimsen L, Spector A, Wiles A, Orrell M (2003) Aroma therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev (3):CD003150
5. Vink AC, Birks JS, Bruinsma MS, Scholten RJ (2004) Music therapy for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev (3):CD003477
6. Forbes D, Culum I, Lischka AR, et al (2009) Light therapy for managing cognitive, sleep, functional, behavioural, or psychiatric disturbances in dementia. Cochrane Database Syst Rev (4): CD003946
7. Chung JC, Lai CK, Chung PM, French HP (2002) Snoezelen for dementia. Cochrane Database Syst Rev (4):CD003152
8. Forbes D, Forbes S, Morgan DG, et al (2008) Physical activity programs for persons with dementia. Cochrane Database Syst Rev (3):CD006489
9. Carrillo MC, Dishman E, Plowman T (2009) Everyday technologies for Alzheimer's disease care: research findings, directions, and challenges. Alzheimers Dement 5:479–88
10. Lai CK, Yeung JH, Mok V, Chi I (2009) Special care units for dementia individuals with behavioural problems. Cochrane Database Syst Rev (4):CD006470
11. Nourhashemi F, Andrieu S, Gillette-Guyonnet S, et al (2010) Effectiveness of a specific care plan in patients with Alzheimer's disease: cluster randomised trial (PLASA study). BMJ 340:c2466
12. Chan AW, Altman DG (2005) Epidemiology and reporting of randomised trials published in PubMed journals. Lancet 365:1159–62
13. Inserm (2007) Maladie d'Alzheimer. Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Expertise Collective. Les éditions Inserm, Paris
14. Ravaud P, Boutron I (2006) Primer: assessing the efficacy and safety of nonpharmacologic treatments for chronic rheumatic diseases. Nat Clin Pract Rheumatol 2:313–9
15. HAS, Durieux P, Ravaud P (2007) Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques
16. Roberts C, Torgerson D (1998) Randomisation methods in controlled trials. BMJ 317:1301
17. Campbell MK, Elbourne DR, Altman DG (2004) CONSORT statement: extension to cluster randomised trials. BMJ 328:702–8
18. Donner A, Klar N (2004) Pitfalls of and controversies in cluster randomization trials. Am J Public Health 94:416–22
19. Campbell MK, Mollison J, Steen N, et al (2000) Analysis of cluster randomized trials in primary care: a practical approach. Fam Pract 17:192–6
20. Ivers NM, Halperin IJ, Barnsley J, et al (2012) Allocation techniques for balance at baseline in cluster randomized trials: a methodological review. Trials 13:120
21. Puffer S, Torgerson D, Watson J (2003) Evidence for risk of bias in cluster randomised trials: review of recent trials published in three general medical journals. BMJ 327:785–9
22. Deeks JJ, Dinnes J, D'Amico R, et al (2003) Evaluating non-randomised intervention studies. Health Technol Assess 7:iii–x, 1–173
23. CRD (2009) Systematic reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. Centre for Reviews and Dissemination, University of York, York
24. Delgado-Rodriguez M, Llorca J (2004) Bias. J Epidemiol Community Health 58:635–41
25. Day SJ, Altman DG (2000) Statistics notes: blinding in clinical trials and other studies. BMJ 321:504
26. Black N (1996) Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. BMJ 312:1215–8
27. Kunz R, Vist G, Oxman AD (2007) Randomisation to protect against selection bias in healthcare trials. Cochrane Database Syst Rev (2):MR000012
28. Villars H, Dupuy C, Soler P, et al (2013) A follow-up intervention in severely demented patients after discharge from a special Alzheimer acute care unit: impact on early emergency room rehospitalization rate. Int J Geriatr Psychiatry [Epub ahead of print]
29. de Rooij AH, Luijkx KG, Declercq AG, Schols JM (2011) Quality of life of residents with dementia in long-term care settings in the Netherlands and Belgium: design of a longitudinal comparative study in traditional nursing homes and small-scale living facilities. BMC Geriatr 11:20
30. Psaty BM, Siscovick DS (2010) Minimizing bias due to confounding by indication in comparative effectiveness research: the importance of restriction. JAMA 304:897–8
31. Schulz KF, Altman DG, Moher D (2010) CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. J Clin Epidemiol 63:834–40
32. Boutron I, Moher D, Altman DG, et al (2008) Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. Ann Intern Med 148:295–309
33. von Elm E, Altman DG, Egger M, et al (2008) The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol 61:344–9
34. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N (2004) Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. Am J Public Health 94:361–6
35. Zwarenstein M, Treweek S, Gagnier JJ, et al (2008) Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. BMJ 337:a2390
36. Anaes (2000) Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
37. Schwartz D, Lellouch J (1967) Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. J Chronic Dis 20:637–48
38. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, et al (1996)Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Control Clin Trials 17:1–12
39. Verhagen AP, de Vet HC, de Bie RA, et al (1998) The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. J Clin Epidemiol 51:1235–41
40. Boutron I, Moher D, Tugwell P, et al (2005) A checklist to evaluate a report of a nonpharmacological trial (CLEAR NPT) was developed using consensus. J Clin Epidemiol 58:1233–40
41. Wells G, Shea B, O'Connell D, et al (2001) The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality if non-randomized studies in meta-analyses. http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp. Accessed 24/02/11
42. Boutron I, Tubach F, Giraudeau B, Ravaud P (2003) Methodological differences in clinical trials evaluating nonpharmacological and pharmacological treatments of hip and knee osteoarthritis. JAMA 290:1062–70
43. Berdai D, Hotton JM, Lechat P (2010) Comparators (medicinal and non medicinal) for marketing authorization, for public health, for payers and at the European level. Therapy 65:329–34
44. Perera R, Heneghan C, Yudkin P (2007) Graphical method for depicting randomised trials of complex interventions. BMJ 334:127–9
45. Perry M, Draskovic I, van Achterberg T, et al (2008) Can an EASYcare based dementia training programme improve diagnostic assessment and management of dementia by general practitioners and primary care nurses? The design of a randomised controlled trial. BMC Health Serv Res 8:71

46. Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, et al (2006) Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ 333:1196
47. Fontana-Gasio P, Krauchi K, Cajochen C, et al (2003) Dawn-dusk simulation light therapy of disturbed circadian rest-activity cycles in demented elderly. Exp Gerontol 38:207–16
48. Lee H, Cameron M (2004) Respite care for people with dementia and their carers. Cochrane Database Syst Rev:CD004396
49. Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, et al (2009) WHEDA study: effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers – the design of a pragmatic randomised controlled trial evaluating a Dutch programme in seven German centres. BMC Geriatr 9:44
50. Boutron I, Guittet L, Estellat C, et al (2007) Reporting methods of blinding in randomized trials assessing nonpharmacological treatments. PLoS Med 4:e61
51. Odgaard-Jensen J, Vist GE, Timmer A, et al (2011) Randomisation to protect against selection bias in healthcare trials. Cochrane Database Syst Rev:MR000012
52. Reimer MA, Slaughter S, Donaldson C, et al (2004) Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. J Am Geriatr Soc 52:1085–92
53. Gardette V, Coley N, Andrieu S (2010) Non-pharmacologic therapies: a different approach to AD. The Canadian Review of Alzheimer's disease and Other Dementias 13:13–22

33e Journées Annuelles de la Société Française

de Gériatrie et Gérontologie

8-10 octobre 2013

Paris, CNIT, France

ABSTRACTS

Coédition avec

L'Année Gérontologique (2013)

CAGS1-2013.indd 1 9/4/2012 10:03:48 AM

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:14-18
DOI 10.1007/s12612-013-0321-2

O1 - Pathologies cardiovasculaires

© Springer-Verlag France 2013

O1-1
Fibrillation atriale en EHPAD et recours aux anticoagulants

O. Bahri[1,*], F. Roca[1], L. Druesne[1], P. Jouanny[2], F. Puisieux[3], J. Serrot[2], P. Chassagne, Travail coopératif des médecins capacitaires et des médecins coordinateurs des EHPAD de la région Nord-Ouest et du Pôle interrégional de gérontologie du Nord-Ouest (PIRG).
[1]*Médecine gériatrique, Rouen, France*
[2]*Médecine gériatrique, Amiens, France*
[3]*Médecine gériatrique, Lille, France*

Introduction : La fibrillation atriale (FA) justifie d'un traitement anticoagulant en raison du risque d'accident thromboembolique artériel et en particulier d'AVC (niveau de preuve A). Le recours aux anticoagulants repose aussi sur l'expérience de chaque praticien, les référentiels ne permettant pas d'appréhender toutes les spécificités des malades âgés.

Objectifs : Le but de cette étude, réalisée dans un échantillon de 1 085 malades âgés résidant en EHPAD ayant une FA documentée, était d'analyser les critères décisionnels des prescripteurs associés soit à une abstention thérapeutique, soit à une non-anticoagulation.

Méthodes : – Étude transversale multicentrique menée dans 104 EHPAD de l'interrégion Nord-Ouest. – Pour chaque résident ne recevant pas d'AVK, le médecin (traitant ou coordonnateur) indiquait les éléments (questionnaire ouvert) à l'origine de la non-prescription du médicament.

Résultats : – Caractéristiques des 101 EHPAD étudiés : GIR pondéré moyen : 717,6, pour 99 résidents (en moyenne par établissement), neuf médecins (moyenne) généralistes par institution ; – sur les 1 085 malades avec FA ayant un fort risque associé d'AVC (Chads Vasc ^{2} moyen : 5,1), 544 (49,9 %) ne recevaient pas d'anticoagulants ; – parmi les 544 ne recevant pas d'AVK, 520 questionnaires de pratiques ont été complétés par le médecin en charge de la santé des résidents (taux de réponse : 95 %) ; – les causes d'abstention thérapeutique citées étaient par ordre de fréquence : les chutes (38 %), l'existence de troubles cognitifs (26 %), un grand âge (18 %), un antécédent hémorragique (17 %), l'existence d'un cancer (9,2 %), une dépendance extrême (8,6 %), une fibrillation atriale paroxystique (7,5 %), un traitement antiagrégant plaquettaire validé par un spécialiste (5,4 %) ou une non-observance des traitements (5,7 %).

Conclusion : Sur un échantillon de 1 085 patients souffrant de FA résidant en EHPAD, un malade sur deux ne reçoit pas de traitement anticoagulant. Les facteurs cités par les prescripteurs à l'origine de cette abstention sont les chutes, les troubles cognitifs, le grand âge et un antécédent hémorragique. Ces motifs sont différents des paramètres de la littérature tels ceux évaluant le risque hémorragique (HAS BLED) dans ce contexte.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O1-2
Prévalence et déterminants de l'utilisation des anticoagulants dans le traitement de la fibrillation auriculaire chez des patients âgés institutionnalisés

S. Cocchiello[1,*], L. Benattar[2], C. Boully[1], M. Lefevre[2], D. Dubail[1], T. Meret[2], S. Al Rifai[2], P. Zawieja[2], O. Hanon[1]
[1]*Hôpital Broca, Paris, France*
[2]*Orpea, Paris, France*

Introduction : Au vu des nouvelles recommandations de l'European Society of Cardiology (ESC), le traitement de la fibrillation auriculaire (FA) par anticoagulant est fréquemment indiqué après 75 ans. Toutefois, son utilisation est complexe chez le sujet âgé polypathologique.

Objectifs : L'objectif de cette étude est de rechercher la prévalence du traitement anticoagulant en cas de FA chez les patients institutionnalisés en EHPAD ainsi que les déterminants de sa prescription.

Méthodes : Des questionnaires ont été envoyés à 82 EHPAD au niveau national. Les scores du risque embolique (CHA2DS2VASc), du risque hémorragique (HAS-BLED, HEMORRHAGE), de comorbidités (Charlson) ont été calculés. La prévalence de la prescription des anticoagulants et les déterminants de leur utilisation ont été recherchés.

Résultats : Huit cent quatre-vingt-onze patients ont été inclus, de moyenne d'âge 89 (5,8) ans, dont 70,5 % de femmes. Tous les patients avaient un score de CHA2DS2VASc supérieur ou égal à 2 justifiant la prescription d'un traitement anticoagulant selon les recommandations de l'ESC.

La prévalence de l'utilisation des anticoagulants était de 49,5 %. Deux cent quatre-vingt-douze (33,1 %) patients bénéficiaient d'un traitement par antiagrégants plaquettaires seuls, 34 (07,2 %) patients d'un traitement par anticoagulation efficace et antiagrégant plaquettaire, 119 patients (13,5 %) ne bénéficiaient d'aucun traitement antithrombotique. Chez les patients bénéficiant d'un traitement anticoagulant, 19 % étaient sous Coumadine®, 65 % sous Préviscan®, 7 % sous Sintrom®, 3 % sous Pradaxa®, 2 % sous Xarelto®, 3,8 % sous HBPM, 0,2 % sous HNF. Chez les patients bénéficiant d'un traitement par antiagrégant plaquettaire, 82 % étaient sous aspirine, 15 % sous Plavix® et 3 % sous Plavix® et aspirine. Après ajustement sur les facteurs confondants (sexe, âge, poids, GIR, antécédent d'embole périphérique, antécédent d'hémorragie, antécédent de chute et score de CHA2DS2VASc), les déterminants de la prescription d'anticoagulant étaient le poids élevé (OR [IC 95 %] : 1,02 [1,01–1,03]), la présence d'antécédent d'embole périphérique (OR [IC 95 %] : 2,78 [1,3–6,5]), un score de CHA2DS2VASc élevé (OR [IC 95 %] : 1,23 [1,09–1,38]). Les déterminants de la non-prescription des anticoagulants étaient l'âge élevé (OR [IC 95 %] : 0,96 [0,93–0,98]), la présence d'un antécédent d'hémorragie (OR [IC 95 %] : 0,47 [0,28–0,79]). L'existence d'une démence et d'antécédent de chute n'étaient pas associées à une moindre prescription d'anticoagulant.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

Conclusion : Chez les patients de plus de 80 ans, institutionnalisés en EHPAD, ayant une FA, 50 % sont traités par anticoagulants. Les déterminants de la prescription des anticoagulants sont la présence d'un poids élevé, la présence d'un antécédent d'embole périphérique et un score de CHA2DS2VASc élevé. Inversement, les anticoagulants sont moins prescrits si le patient est très âgé ou s'il existe un antécédent d'hémorragie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O1-3
Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique AVK/sujet âgé, après quatre années d'existence

N. Thiriat[1,*], I. Peyron[1], S. Bernard-Charriere[2], A. Monti[3], S. Pariel[2], E. Pautas[3,4]
[1]*Pharmacie, hôpital Charles-Foix, GH Pitié-Salpêtrière–Charles-Foix (AP–HP), Ivry-sur-Seine, France*
[2]*Centre de consultations, hôpital Charles-Foix, GH Pitié-Salpêtrière–Charles-Foix (AP–HP), Ivry-sur-Seine, France*
[3]*Unité gériatrique aiguë, hôpital Charles Foix, GH Pitié-Salpêtrière–Charles-Foix (AP–HP), Ivry-sur-Seine, France*
[4]*UFR médecine Pierre-et-Marie-Curie, université Paris-VI, Paris, France*

Introduction : Les patients âgés sous antivitamine K (AVK) ont un risque plus important d'effets indésirables potentiellement graves, du fait notamment d'un équilibre volontiers plus difficile de leur traitement anticoagulant (polymédicamentation, comorbidités dont troubles cognitifs). Un programme d'éducation thérapeutique patient (ETP), destiné aux patients de plus de 75 ans sous AVK, a été mis en place depuis 2008 à l'hôpital Charles-Foix (Ivry-sur-Seine, AP–HP) et validé par l'ARS. Il comprend des séances collectives et individuelles menées par une infirmière et un médecin gériatre. Ses objectifs éducatifs sont : connaître nom et indication de l'AVK, connaître l'INR cible, avoir et utiliser un carnet de surveillance des INR, savoir informer son entourage et le milieu médical sur la prise de ce traitement, savoir prévenir tout médecin avant de prendre tout nouveau médicament ou en cas d'incident ou accident hémorragique.

Objectifs : Bilan à quatre ans d'existence du programme avec mise en évidence des points forts et des points faibles du programme, des difficultés de mise en œuvre, et émission de propositions d'amélioration.

Méthodes : Audit externe du programme par une pharmacienne spécialiste de l'ETP. L'analyse rétrospective des dossiers de tous les patients ayant bénéficié du programme depuis 2008 a permis le recueil des données suivantes : âge, présence d'un aidant pour les prises médicamenteuses, mode d'entrée dans le programme, délai entre début du traitement et inclusion dans le programme, éléments du diagnostic éducatif et des séances individuelles (initiales et à distance). L'atteinte des objectifs éducatifs a été étudiée à travers les réponses aux questionnaires posés lors des différentes séquences du programme. Les résultats sont décrits au regard des adaptations apportées au programme pendant ces quatre années.

Résultats : Cent quarante-trois patients, d'âge moyen 83,3 ± 6,5 ans, ont été inclus dans le programme, participant à 51 séances collectives (en moyenne 2,8 patients/séance). Cinquante-huit pour cent des patients sont adressés par un service de l'hôpital. Le délai moyen entre initiation du traitement AVK et programme est de 48,9 ± 71 mois. Pour 95 d'entre eux (66,4 %), existence d'un aidant à la gestion des médicaments à domicile, et aidant présent lors des séances dans 82 cas (57,5 %). Des progrès ont été progressivement faits dans la rédaction des questionnaires testant les connaissances des patients et des aidants avant et après programme (différence entre diagnostic éducatif et évaluation à distance). Depuis fin 2010, l'impact du programme semble très positif avec notamment des taux de bonnes réponses avant/après de respectivement : 47,8 vs 91,3 % pour la connaissance de l'INR cible, 25,4 vs 91,3 % pour la connaissance des signes hémorragiques, 14,9 vs 87,0 % pour la connaissance des situations ou des comédications pouvant déséquilibrer le traitement.

Conclusion : Une amélioration certaine des connaissances des patients est observée sur différents objectifs thérapeutiques du programme, dont les modalités seront détaillées dans la présentation. Différentes propositions d'amélioration du programme ont été formulées : faire connaître le programme aux médecins généralistes du bassin de vie, ajouter certaines questions au questionnaire d'évaluation à distance (valeurs récentes de l'INR pour tenter d'évaluer un impact en termes de qualité d'équilibre, données objectives sur le remplissage du carnet de suivi). Par ailleurs, ce programme d'ETP est actuellement adapté pour être étendu aux nouveaux anticoagulants oraux

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O1-4
Mesure du QTc chez des résidents en USLD et EHPAD traités par antipsychotiques

D. Strubel*, B. Belazzouz, H. Richard, L.-H. Bracoud
CHU de Nîmes, Nîmes, France

Introduction : Les traitements par antipsychotiques au long cours augmentent le risque d'AVC et la mortalité cardiovasculaire, en rapport notamment avec des torsades de pointe. L'allongement du QTc pourrait être prédictif de ces complications. Cependant, il n'existe pas de consensus pour les normes de QTc.

Objectifs : L'objectif principal est de déterminer la prévalence de l'allongement de QTc chez les résidents d'USLD/EHPAD du CHU de Nîmes traités par antipsychotique. Les objectifs secondaires visent à rechercher des corrélations entre le QTc et l'âge, le sexe, la pathologie ayant nécessité le traitement antipsychotique, le nombre et le type de psychotropes associés, les autres traitements allongeant le QTc et la mortalité à un an.

Méthodes : La population concerne les résidents d'USLD/EHPAD traités par antipsychotique (quasi exclusivement des antipsychotiques récents et non des neuroleptiques classiques) en mars 2012. Le QTc a été mesuré sur un ECG récent selon la norme habituellement en usage en France (QTc < 440 ms) et selon les normes de Framingham (QTc < 460 ms pour les femmes et < 450 ms pour les hommes). La pathologie ayant nécessité un antipsychotique et les traitements associés et notamment les psychotropes ont été recueillis. Le relever des traitements a été effectué à nouveau en mars 2013 chez les résidents survivants.

Résultats : La population traitée par antipsychotique comprend 132 résidents (77 femmes et 55 hommes) d'âge moyen de 78,02 ± 10,06 ans, soit une prévalence des traitements antipsychotiques de 30,2 % (34,5 % en EHPAD et 24,7 % en USLD). Ces résidents prennent en moyenne 3,1 ± 1,5 autres psychotropes. Le QTc moyen est de 425,8 ± 33,9 ms (311 à 530 ms). La prévalence des QTc augmentés est de 27,3 % selon la norme française habituelle et de14,4 % selon les normes américaines. La mesure du QTc est significativement corrélée à l'âge ($p = 0,01$) et à l'association à un traitement anxiolytique ($p = 0,01$) en appliquant le seuil à 440 ms, mais indépendante du sexe, de la fonction rénale, du nombre de psychotropes associés et de l'association aux autres classes de psychotropes. À un an, 106 résidents sont encore présents (18 décès et 8 sorties) et reçoivent significativement moins d'antipsychotiques ($p = 0,0002$). La mortalité est indépendante du QTc initial et du nombre de psychotropes, mais corrélée au sexe masculin ($p = 0,04$).

Conclusion : La prévalence de l'allongement du QTc sous antipsychotique est variable selon les critères utilisés, mais augmente avec l'âge et avec l'association à un anxiolytique. La mortalité à un an n'est pas corrélée au QTc dans cette population.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O1-5
Mesure de la pression artérielle à domicile chez des patients âgés présentant des troubles cognitifs. Étude de concordance entre la mesure par un aidant vs la mesure ambulatoire de la pression artérielle

M. Plichart*, M.-L. Seux, L. Caillard, E. Chaussade, J.-S. Vidal, C. Boully, O. Hanon
Gérontologie, AP–HP, hôpital Broca, Paris, France

Introduction : La mesure de la pression artérielle (PA) au domicile, par automesure ou par mesure ambulatoire sur 24 heures (MAPA), est recommandée pour le diagnostic d'hypertension artérielle (HTA). Toutefois, ces techniques peuvent être difficiles à mettre en œuvre chez des patients âgés présentant des troubles cognitifs.

Objectifs : Évaluer la concordance entre la mesure de la PA au domicile par un aidant (PA-dom) et la MAPA chez des patients âgés présentant une démence.

Méthodes : Soixante patients âgés de 75 ans et plus, ambulatoires, présentant une démence et une hypertension artérielle de consultation (PA ≥ 140/90 mmHg) ont bénéficié successivement d'une PA-dom (2 × 3 mesures pendant 3 jours) et d'une MAPA selon un ordre déterminé au hasard. Les seuils actuellement recommandés pour définir l'HTA selon chaque méthode ont été utilisés.

Résultats : L'âge moyen (ET) était de 80,8 (6,1) ans, et 55 % des patients étaient des femmes. Le MMSE moyen était de 20,1 (6,9). Le taux de succès de la PA-dom (≥ 12/18 mesures) était de 97 %. Les mesures de PA entre la PA-dom et la MAPA étaient très corrélées ($r = 0,75$ et $r = 0,64$ pour la PAS et la PAD respectivement, $p < 0,001$ pour les deux coefficients). Le taux de concordance entre les deux méthodes pour diagnostic d'HTA et d'hypertension blouse blanche était excellent (concordance globale = 92 % ; coefficient $\kappa = 0,81$, IC 95 % = 0,61–0,93). La comparaison de la PA-dom avec la MAPA diurne donnait des résultats similaires.

Conclusion : Chez des patients présentant des troubles cognitifs, la mesure de la PA au domicile par un aidant représentait une excellente alternative à la MAPA pour le diagnostic d'HTA.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O1-6
Prévalence et déterminants de l'hypotension orthostatique chez 4 335 patients âgés hypertendus, suivis en médecine générale

J.-S. Vidal*, M. Plichart, L. Caillard, C. Boully, F. Labouree, E. Chaussade, S. Chauvelier, O. Hanon
Service de gérontologie, AP–HP, hôpital Broca, Paris, France

Introduction : L'hypotension orthostatique est fréquente chez le sujet âgé et peut être un facteur limitant du bon contrôle tensionnel dans cette population.

Objectifs : Évaluer la prévalence et les facteurs associés à l'hypotension orthostatique chez des patients âgés de 75 ans et plus, présentant une hypertension artérielle traitée et suivis en médecine générale.

Méthodes : Enquête observationnelle incluant 4 335 patients hypertendus traités, âgés de 75 ans et plus, recrutés par 1 494 médecins généralistes exerçant en France. Des données cliniques (antécédents, comorbidités, traitements) et biologiques étaient recueillies lors de la consultation. L'hypotension orthostatique était définie par une diminution de la pression artérielle systolique supérieure ou égale à 20 mmHg et/ou supérieure ou égale à 10 mmHg de la pression artérielle diastolique, une minute après le passage en orthostatisme. L'analyse était ajustée sur l'âge, le sexe, les traitements antihypertenseurs et le contrôle tensionnel.

Résultats : Dans cette population âgée de 80 ans (ET = 4,0) et composée de 52 % d'hommes, la prévalence de l'HTOS était de 9,2 % ($n = 362$). Les patients présentant une hypotension orthostatique avaient un moins bon contrôle tensionnel (PA ≥ 140/90 mmHg ; OR = 1,96 ; IC 95 % : 1,52–2,56, $p < 0,0001$), étaient plus souvent traités par bêtabloquants (OR=1,33 ; IC 95 % : 1,05–1,67, $p = 0,02$) et par alphabloquants (OR = 2,37 ; IC 95 % : 1,23–4,21, $p = 0,006$). La présence d'une HTOS n'était pas associée aux autres traitements anti-HTA. Cependant, l'hypotension orthostatique était plus fréquente chez les patients traités simultanément par plus de deux traitements anti-HTA. Par ailleurs, les sujets présentant une hypotension orthostatique étaient plus souvent chuteurs (13,3 vs 9,7 %, $p = 0,04$) et avaient une clairance de la créatinine plus basse (56,1 [ET = 18,8] vs 53,2 [18,0], $p = 0,005$).

Conclusion : Dans cette population de patients âgés hypertendus suivis en ambulatoire, la prévalence de l'hypotension orthostatique était de 9,2 %. La présence d'une hypotension orthostatique était associée à un mauvais contrôle tensionnel, à la prise de bêtabloquants et d'alphabloquants et à la prise simultanée de plus de deux traitements anti-HTA.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O1-7
Relation entre structure aortique et rigidité artérielle chez le sujet âgé, intérêt du TEP-scanner

L. Joly[1,2,3,4,*], D. Mandry[2], A. Kearney-Schwartz[1], P.-Y. Marie[3], A. Benetos[1], E. Micard[4]
[1]*Service de gériatrie, Vandœuvre-lès-Nancy, France*
[2]*Service de radiologie, Vandœuvre-lès-Nancy, France*
[3]*Service de médecine nucléaire, Vandœuvre-lès-Nancy, France*
[4]*IADI, Vandœuvre-lès-Nancy, France*

Introduction : Le vieillissement vasculaire s'accompagne de remodelage progressif des parois artérielles des gros vaisseaux et cardiaques. Les effets du vieillissement et de l'hypertension sont associés à des niveaux plus élevés de rigidité artérielle et d'inflammation sans que leurs rôles respectifs ne soient précisés.

Objectifs : Le but de cette étude est de déterminer la relation entre le niveau d'inflammation de l'aorte thoracique et la rigidité artérielle chez des patients hypertendus et non hypertendus âgés.

Méthodes : Trente patients de plus de 65 ans ont été examinés, 15 sujets hypertendus et 15 témoins. La vitesse d'onde de pouls (VOP), évaluation de la rigidité aortique, a été mesurée par tonométrie d'aplanation. La rigidité artérielle a été également évaluée par imagerie par résonance magnétique (IRM). L'inflammation locale de l'aorte

thoracique et les calcifications pariétales ont été mesurées par TEP-scanner. En outre, des biomarqueurs de l'inflammation (hs protéine C réactive, interleukine 6) ont également été mesurés.

Résultats : Pour la population générale, en analyse univariée, la vitesse d'onde de pouls est corrélée à l'inflammation locale au niveau de l'aorte ascendante ($p < 0,05$) et au volume des calcifications au niveau de l'aorte thoracique descendante ($p < 0,005$). L'amplification de la pression pulsée était corrélée négativement avec l'inflammation mesurée au niveau de l'aorte ascendante ($p < 0,05$). La VOP était plus élevée chez les sujets hypertendus que chez les témoins ($15,50 \pm 5,28$ vs $11,98 \pm 2,54$, $p < 0,05$). Les hypertendus présentaient aussi plus de zones inflammatoires au niveau de l'aorte ascendante ($2,30$ vs $2,10 \pm 0,20$, $p < 0,05$). Aucune corrélation n'a été trouvée entre les marqueurs inflammatoires biologiques et l'inflammation de l'aorte thoracique mesurée par TEP-scanner.

Conclusion : En conclusion, cette étude montre que, chez les sujets âgés, la rigidité artérielle est influencée à la fois par l'existence de calcifications, mais aussi d'une inflammation locale au niveau de l'aorte thoracique, qui pourrait être utilisée comme cible thérapeutique.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O1-8
Le bénéfice de la pratique d'activité physique chez le senior : revue de la littérature et résultats d'une expérience innovante : la mise en place de la consultation de l'aptitude physique pour la santé au pôle de gériatrie du CHRU de Strasbourg

T. Vogel[1,*], E. Schmitt[1], B. Geny[2], G. Kaltenbach[1]
[1]Pôle de gériatrie, hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France
[2]Explorations fonctionnelles, hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Introduction : La sédentarité représente un problème de santé publique dans les pays développés qui concerne tout particulièrement les seniors. Pour autant, les bénéfices pour la santé de la pratique d'une activité physique régulière ne sont plus à démontrer.

Objectifs : Les objectifs de ce travail sont doubles : i) une revue de la littérature du bénéfice de la pratique d'activité physique chez le senior ; ii) les résultats sur les paramètres physiologiques d'un programme court de réentraînement en endurance, le PEP'C (programme d'entraînement personnalisé sur cycle) mis en place à la consultation de l'aptitude physique pour la santé (CAPS).

Méthodes : i) Pour la revue de la littérature, réalisation d'une recherche systématique sur Pubmed, en incluant les études de cohorte longitudinales et les essais randomisés d'intervention. Exclusion des études transversales de type cas témoin ; ii) pour la mise en place de la CAPS, évaluation des effets du PEP'C qui comporte 18 séances de 30 minutes d'ergocycle, deux fois par semaine. Évaluation du PEP'C sur les paramètres cardiovasculaires maximaux (consommation maximale d'oxygène, puissance maximale théorique), les paramètres d'endurance (premier seuil ventilatoire), la vitesse de l'onde de pouls (mesurée par tonométrie d'aplanation) et les troubles de la relaxation du ventricule gauche (rapport E/A < 1 à l'échocardiographie-doppler)

Résultats : Les bénéfices de la pratique d'une activité régulière en endurance ont été rapportés chez les sujets d'âge moyen mais également chez les seniors. Il a ainsi pu être observé une baisse significative de la mortalité, une prévention de l'intolérance aux hydrates de carbone, une optimisation du bilan lipidique, une diminution des chiffres tensionnels, une réduction des AVC et des syndromes coronariens. Plus novateurs sont les bénéfices de l'activité physique sur la cognition (réduction possible des cas incidents de maladie d'Alzheimer) et en oncologie, que ce soit en prévention primaire (prévention possible du cancer du sein et du côlon) et en prévention secondaire (possible prévention des récidives). Une réduction des fractures et des chutes a également été rapportée. Pour la CAPS, nous rapportons les bénéfices de ce programme de réentraînement à l'effort sur un échantillon de 150 seniors. Nous avons observé une amélioration significative des paramètres d'endurance et des paramètres maximaux, dans les deux sexes. La vitesse de l'onde de pouls mesurée au niveau carotidofémoral diminue significativement sous l'effet de l'entraînement, alors que la vitesse de l'onde de pouls carotidoradiale demeure inchangée après 18 séances de PEP'C. Enfin, on observe une amélioration des troubles de la relaxation du ventricule gauche sous l'effet de l'entraînement sans retentissement significatif sur les performances aérobiques maximales.

Conclusion : Un programme court de réentraînement en endurance de neuf semaines apporte des effets significatifs sur les capacités aérobiques des seniors et semble améliorer les effets du vieillissement physiologique sur la paroi artérielle (augmentation de la rigidité artérielle) et du ventricule gauche (troubles de la relaxation du ventricule gauche).

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O1-9
Facteurs prédictifs de la mortalité après implantation percutanée d'une valve aortique (TAVI) pour rétrécissement aortique calcifié (RAC)

N. Ben Aicha[1,*], O. Bahri[1], F. Roca[1], L. Druesne[1], H. Eltchaninoff[2], P. Chassagne[1]
[1]Médecine gériatrique, Rouen, France
[2]Cardiologie, Rouen, France

Introduction : Le taux de mortalité, dans les 30 jours suivant l'implantation d'une valve aortique pour une sténose aortique non opérable, est estimé à 10 %. La complication la plus redoutable reste la survenue d'un AVC qui peut être précoce, en rapport direct avec la procédure d'implantation ou différé par exemple en lien avec une fibrillation atriale.

Objectifs : Le but de ce travail était de mesurer la mortalité après une TAVI pour un RAC symptomatique et d'en préciser les facteurs prédictifs.

Méthodes : – Étude prospective d'une cohorte de 114 malades candidats à une TAVI. – Réalisation préalable d'une évaluation gériatrique multidisciplinaire répétée trois et six mois plus tard.

Résultats : – Âge moyen des patients : $85,8 \pm 5,3$ ans, 58 % de femmes, score de comorbidité moyen (Charlson) : $7,7 \pm 2,2$. – Soixante-quatorze patients (92,5 %) étaient vulnérables (VES 13) et 35 (48,6 %) fragiles selon leur vitesse de marche. – La mortalité à trois mois était de 14 % et de 17,5 % à six mois. Les causes de décès étaient : un AVC ischémique et/ou hémorragique (quatre cas), hémopéricarde (un cas), trouble du rythme (un cas), rupture d'un axe vasculaire lors du cathétérisme (un cas), infarctus du myocarde avec choc cardiogénique (deux cas), détresse respiratoire (deux cas), insuffisance rénale aiguë (un cas), cholécystite aiguë avec péritonite biliaire (deux cas) et six cas de décès restés inexpliqués. L'EuroSCORE (probabilité de décès en rapport avec une chirurgie classique de remplacement

valvulaire) était indépendamment associé à un risque de mortalité à trois mois (OR : 1,05 [1,005–1,102]). Un antécédent d'insuffisance rénale chronique, définie par une clairance estimée de la créatinine inférieure à 50 ml/min, était l'unique facteur pronostique de décès à six mois (OR = 5,7 ; IC 95 % : [1,65–20,4]). Un état de vulnérabilité ou un état de fragilité ne constituaient pas des éléments pronostiques ou prédictifs de mortalité.

Conclusion : Dans cette population de malades très âgés traités par TAVI pour un RAC symptomatique dont l'espérance de vie sans intervention est estimée à 20 %, la mortalité post-TAVI est de 17,5 % dans les six premiers mois. L'EuroSCORE reste un marqueur pertinent car prédictif de mortalité précoce après TAVI. Le principal facteur prédictif de mortalité à six mois est un antécédent d'IRC, ce résultat confirmant les données de la littérature. Aucun syndrome gériatrique tel qu'une fragilité n'est apparu associé au pronostic vital dans cette cohorte.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:19-23
DOI 10.1007/s12612-013-0319-9

O2 - Démences

© Springer-Verlag France 2013

O2-1
Évolution du fonctionnement cognitif d'adultes âgés en bonne santé

J. De Rotrou[1,*], Y.-H. Wu[1], J.-B. Mabire[1], F. Moulin[1], L. De Jong[2], A.-S. Rigaud[1], O. Hanon[1], J.-S. Vidal[1]
[1]*Gérontologie clinique, hôpital Broca, Paris, France*
[2]*Radiology, University Medical Center, Leiden, Nederland*

Introduction : Un accroissement du fonctionnement cognitif des sujets jeunes a été observé par différents auteurs dans les années 1980. Très peu d'études ont été conduites chez les personnes âgées. Mais compte tenu de l'augmentation de la longévité en bonne santé, on peut se poser la question suivante : qu'en est-il de l'évolution du fonctionnement cognitif des adultes âgés normaux ?

Objectifs : L'objectif de l'étude était d'analyser les modifications cognitives, sur une période supérieure à 15 ans, de deux échantillons différents issus de la même population.

Méthodes : Un premier échantillon de 204 participants cognitivement normaux a été recruté à l'hôpital Broca entre 1991 et 1997. Un second échantillon de 177 participants a été recruté en 2008–2009 dans les mêmes conditions. Les deux échantillons ont été constitués après un examen gériatrique complet. Ils ont été évalués au moyen de la même batterie de tests neuropsychologiques. Les comparaisons suivantes ont été effectuées : 1) moyennes des scores des échantillons 1991 versus 2008 ; 2) moyennes des scores des personnes d'âge inférieur à 80 ans par rapport à celles d'âge supérieur ou égal à 80 ans, pour chacun des échantillons ; 3) moyennes des moins de 80 ans de l'échantillon 1991 et des 80 ans ou plus de l'échantillon 2008. Les comparaisons de moyennes ont été effectuées au moyen de tests *t* stratifiés sur le sexe, l'âge et le niveau d'éducation.

Résultats : Les scores cognitifs étaient significativement plus élevés dans l'échantillon 2008. Les moins de 80 ans avaient des performances supérieures à celles des 80 ans ou plus, dans chacun des échantillons. Cependant, les participants de moins de 80 ans de l'échantillon 1991 et ceux de 80 ans ou plus de l'échantillon 2008, mais nés en moyenne en 1923, ont eu des performances identiques pour la plupart.

Conclusion : Cette étude a montré un accroissement significatif avec le temps du fonctionnement cognitif de personnes âgées en bonne santé, concordant avec l'augmentation de l'espérance de vie et de la longévité en bonne santé. L'intérêt de ce travail est d'une part de montrer que les octogénaires contemporains ont des performances comparables à celles des septuagénaires des années 1990, et d'autre part d'en dégager les implications du point de vue diagnostique, thérapeutique et en termes de politique gérontologique.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

O2-2
Démences dans le système de santé français : analyse des données de l'assurance maladie entre 2007 et 2011

J. Le Guen[1,*], E. Lenain[2], H. Lahjibi-Paulet[1], K. Maley[1], C. Lopez[1], A. Aregui[1], M. Gisselbrecht[1], G. Chatelier[2], D. Somme[3], O. Saint-Jean[1]
[1]*Gériatrie, HEGP, AP–HP, Paris, France*
[2]*Unité de recherche clinique, HEGP, AP–HP, Paris, France*
[3]*Gériatrie, Rennes, France*

Introduction : Les données épidémiologiques retenues lors de l'élaboration du plan Alzheimer 2008–2012 sont basées sur des estimations à partir de cohortes régionales. Afin de mieux évaluer et de guider les politiques de santé publique, il est indispensable de connaître le nombre et les caractéristiques des patients atteints de démence connus du système de santé.

Objectifs : Description épidémiologique des démences identifiables dans les systèmes d'information de l'assurance maladie entre 2007 et 2011.

Méthodes : *Matériel :* L'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB), constitué d'environ 600 000 individus affiliés au régime général (taux de sondage 1/97e), regroupe les données de différents systèmes d'information de l'assurance maladie. Les individus sont repérables grâce à un numéro d'identification unique. *Population d'étude :* Individus de 60 ans ou plus répondant au moins à un des critères suivants : 1) prise en charge à 100 % au titre de l'affection longue durée (ALD) no 15 « maladie d'Alzheimer et autres démences » ; 2) remboursement de médicaments spécifiques des démences ; 3) codage PMSI (diagnostic principal ou associé) en rapport avec un syndrome démentiel. Les taux de prévalence, d'incidence et les caractéristiques générales ont été comparés entre 2007 et 2011.

Résultats : La population d'étude était constituée de 3 802 individus en 2007 contre 4 054 en 2011. Au sein de l'EGB, la prévalence des démences a progressé de 3,6 à 3,9 % ($p < 0,05$) après 60 ans, de 14,3 à 15,1 % ($p < 0,05$) après 85 ans, entre 2007 et 2011. La prévalence globale augmentait avec l'âge, elle était maximale chez les femmes au-delà de 90 ans mais décroissait chez les hommes après 85 ans, en 2007 comme en 2011 (différences NS). Ces résultats permettent d'estimer, dans l'ensemble de la population française, à environ 428 830 en 2007 et 457 250 en 2011 le nombre de patients souffrant de démence identifiés par l'assurance maladie. Le taux d'incidence en 2007 et 2011 était respectivement de 9,1 contre 9,3 ‰ pour les plus de 60 ans, de 35,7 contre 35,9 ‰ pour les plus de 85 ans (différences NS). L'incidence globale augmentait avec l'âge, était maximale pour les femmes au-delà de 90 ans mais décroissait chez les hommes après 85 ans. Le sex-ratio moyen femmes/hommes était respectivement de 2,5 et 2,4 en 2007 et 2011 (différence NS), au-delà de 90 ans, les femmes étaient cinq fois plus nombreuses. Le taux de mortalité annuelle était de 14,4 % en 2007 et de 14,6 % en 2011 (différence NS). Au sein de la population

d'étude, 56,6 % des patients étaient déclarés en ALD n° 15 en 2007 contre 81,2 % en 2011 ($p < 0,05$). La consommation de traitements spécifiques des démences concernait 65,0 % des patients en 2007 contre 52,1 % en 2011 ($p < 0,05$).

Conclusion : Entre 2007 et 2011, la prévalence des démences a progressé, sans modification de l'incidence. Nos résultats, comparés aux estimations de cohortes, suggèrent une proportion encore importante de patients non identifiés par l'assurance maladie. La progression des déclarations en ALD n° 15 peut témoigner d'une plus grande sensibilisation du corps médical à ces pathologies. La diminution des consommations médicamenteuses spécifiques traduit l'évolution des prises en charge vers une approche moins pharmacologique.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O2-3
Tendances d'utilisation des antipsychotiques chez les sujets âgés atteints de démence : impact des alertes nationales de sécurité sanitaire

A. Gallini[1,2,3,*], S. Andrieu[1,2,3], J.-M. Donohue[4], N. Oumouhou[1,2], M. Lapeyre-Mestre[1,5,6], V. Gardette[1,2,3]
[1]*UMR 1027 épidémiologie et analyses en santé publique, Inserm, France*
[2]*Département d'épidémiologie, économie de la santé et santé publique, faculté de médecine, université Paul-Sabatier, Toulouse-III, France*
[3]*Service d'épidémiologie, CHU de Toulouse, Toulouse, France*
[4]*Graduate School of Public Health, Department of Health Policy and Management, University of Pittsburgh, Pittsburgh, United States*
[5]*Département de pharmacologie, faculté de médecine, université Paul-Sabatier, Toulouse-III, France*
[6]*Service de pharmacologie médicale et clinique, France*

Introduction : À la suite de la mise en évidence d'un risque accru de décès, l'Agence nationale de sécurité du médicament a émis en 2004 une alerte à propos de l'utilisation de certains médicaments antipsychotiques atypiques chez les sujets âgés atteints de démence. En 2008, cette alerte a été étendue à tous les antipsychotiques. À ce jour, aucune information n'est disponible sur l'impact de ces alertes en France, et très peu d'informations sont disponibles à l'étranger, notamment sur l'effet de l'alerte de 2008.

Objectifs : Évaluer l'impact des alertes sur l'utilisation des antipsychotiques chez les sujets âgés atteints de démence en France entre 2003 et 2011.

Méthodes : *Schéma :* Étude quasi expérimentale (séries chronologiques interrompues). *Setting :* France, janvier 2003–juillet 2011. *Population :* Sujets âgés de 65 ans et plus atteints de démence (repérée par la prescription de médicaments antidémentiels ou l'inscription en affection de longue durée 15 « maladie d'Alzheimer et autres démences » ou un diagnostic hospitalier en médecine–chirurgie-obstétrique correspondant aux codes CIM10 F00-F03, G30) et sujets âgés de 65 ans et plus ne présentant pas de critères de démence dans la base EGB (échantillon aléatoire représentatif au 1/97 de la population couverte par le régime général d'assurance maladie). *Critères de jugement :* Prévalences mensuelles d'utilisation des antipsychotiques (par classe et agent) et de cinq classes témoins (antidépresseurs, benzodiazépines, topiques, antidiabétiques, antiasthmatiques).

Analyse : Les tendances d'utilisation ont été analysées par des modèles de régression *Joinpoint* et l'impact des alertes par des modèles de régression linéaire segmentée.

Résultats : Chez les patients atteints de démence ($n = 7\,169$), l'utilisation des antipsychotiques diminuait de 40 % : de 14,2 % en 2003 à 10,2 % en 2011. Cette diminution commençait avant 2004 et n'était pas influencée par les alertes. L'utilisation des antipsychotiques conventionnels diminuait, alors que l'usage des atypiques augmentait puis se stabilisait à partir de 2007. L'utilisation des cinq classes témoins augmentait sur la période. Chez les sujets ne présentant pas de démence ($n = 91\,942$), la prévalence de l'utilisation des antipsychotiques diminuait de 2,3 % en 2003 à 1,8 % en 2011, sans effet des alertes. Dans le même temps, l'utilisation des antipsychotiques atypiques augmentait de façon continue de 0,37 à 0,67 %.

Conclusion : Cette étude utilisant un échantillon représentatif national, sur une période de plus de huit années, est la première à évaluer l'impact des deux alertes concernant l'utilisation des antipsychotiques dans la démence. L'utilisation des antipsychotiques par les personnes âgées a diminué en France entre 2003 et 2011, notamment chez les patients atteints de démence. Toutefois, la chronologie de ces diminutions ne coïncidait pas avec la publication des alertes de sécurité sanitaire. Les raisons de cette absence d'efficacité sont à évaluer. Une piste pourrait être d'améliorer les modalités de communication en fournissant aux prescripteurs des alternatives et des recommandations tout en les informant sur les risques de médicaments spécifiques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O2-4
Association antagoniste anticholinestérasiques–anticholinergiques à propos de 1 370 prescriptions en EHPAD

P. Balard[1,*], G. Dosa[2], S. Gonfrier[3], O. Guerin[3]
[1]*ORPEA, Cagnes-sur-Mer, France*
[2]*ORPEA, Alpes-Maritimes, Gattières, France*
[3]*CHU de Nice, Nice, France*

Introduction : La maladie d'Alzheimer se caractérise sur un plan physiopathologique par un déficit en acétylcholine. De cette constatation fondamentale, des traitements visant à éviter la destruction de l'acétylcholine et à augmenter sa concentration dans les synapses ont été proposés : les anticholinestérasiques. Les anticholinergiques constituent une famille de médicaments qui s'opposent aux effets de l'acétylcholine, ils sont souvent utilisés et ce sont des antagonistes des anticholinestérasiques. Leur association n'a pas de sens, les effets de l'un étant théoriquement contrecarrés par les effets de l'autre.

Objectifs : Analyser les prescriptions médicamenteuses de 22 EHPAD et repérer les associations anticholinestérasiques–anticholinergiques pour les signaler au médecin traitant afin qu'il modifie sa prescription. Il s'agit d'une étude prospective descriptive multicentrique avec enquête transversale de prévalence « un jour donné » renouvelée une fois sur chaque site.

Méthodes : Création d'une liste de médicaments anticholinergiques en se basant sur les données de la littérature dont le « rapport Laroche » : 82 médicaments répertoriés. *Recueil des données :* Toute prescription contenant soit un anticholinestérasique, soit un anticholinergique a été recueillie dans un seul tableau sur support informatique. 1) Mise en évidence des associations ; 2) signalement soit de vive voix par le médecin coordinateur, soit par lettre auprès des prescripteurs ; 3) vérification lors du renouvellement de l'ordonnance à un mois de la disparition de l'association.

Résultats : Nous avons analysé 1 367 prescriptions qui concernaient 1 367 patients institutionnalisés dans 22 EHPAD du Sud-Est de la

France appartenant pour la plupart au groupe ORPEA, l'âge moyen était de 86,4 ans (± 7,8), avec un sex-ratio féminin de 0,27. Sur 1 367 patients, 16 % étaient sous anticholinestérasiques et 23 % sous anticholinergiques. Parmi les prescriptions d'anticholinestérasiques, 23,4 % avaient un anticholinergique associé (soit 50 cas et 3,7 % de la totalité des prescriptions). Après notre intervention, un mois plus tard, il ne reste plus que 16 associations, soit 7,5 %, ce qui correspond à une diminution de plus des deux tiers.

Conclusion : Notre travail confirme que l'association anticholinestérasique–anticholinergique est fréquente. Une intervention « confraternelle » auprès du prescripteur a dans la quasi-totalité des cas été efficace.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O2-5
Facteurs prédictifs d'arrêt et de changement des médicaments spécifiques de la démence

V. Gardette[1,*], M. Lapeyre Mestre[2], C. Cantet[3], A. Piau[3], B. Vellas[4], S. Andrieu[1], et Pharmacoépidémiologie sujet âgé
[1]Épidémiologie, Inserm UMR 1027, CHU de Toulouse, université Toulouse-III, Toulouse, France
[2]Pharmacologie, Inserm UMR 1027, CHU de Toulouse, université Toulouse-III, Toulouse, France
[3]Gériatrie, CHU de Toulouse, Toulouse, France
[4]Gériatrie, Inserm UMR 1027, CHU de Toulouse, université Toulouse-III, Toulouse, France

Introduction : Les médicaments spécifiques de la démence sont les seuls médicaments disponibles dans la maladie d'Alzheimer (MA) et d'efficacité modeste. Il n'existe pas de recommandation concernant l'arrêt et le changement de ces médicaments. Peu d'études ont étudié les facteurs associés à l'arrêt et au changement de ces médicaments, la plupart ont été conduites en Amérique du Nord, sur des bases de données administratives.

Objectifs : Étudier l'incidence de l'arrêt, du changement des médicaments spécifiques de la démence, ainsi que leurs facteurs prédictifs, dans une cohorte de patients européens présentant une MA au stade léger à modéré et suivis durant deux ans.

Méthodes : La cohorte ICTUS a pour objectif d'étudier l'évolution naturelle de la MA et l'utilisation des médicaments spécifiques de la démence. Elle recrutait, de 2003 à 2005, 1 375 patients atteints de MA au stade léger à modéré suivis durant deux ans dans 29 centres experts de 12 pays européens. Tous les six mois, une évaluation standardisée était réalisée et les prescriptions médicamenteuses collectées. Les médicaments spécifiques de la démence faisaient l'objet d'un recueil spécifique (posologie, date d'arrêt, date d'initiation). La présente étude a été conduite parmi les patients nouvellement exposés aux inhibiteurs de l'acétylcholinestérase en monothérapie (IAChE) à l'inclusion (utilisateurs incidents, sans exposition antérieure à aucun médicament spécifique). L'arrêt était défini comme la première interruption de traitement constatée, temporaire ou définitive, de plus de 35 jours. Le changement était défini comme une modification de traitement spécifique (pour un autre IAChE, mémantine, bithérapie) dans un intervalle de moins de 35 jours suivant la fin du traitement initié à l'inclusion. Les incidences de l'arrêt et du changement étaient estimées par la méthode de Kaplan-Meier. Deux analyses de survie (modèle multivarié de Cox avec variables dépendantes du temps) ont été conduites pour l'étude des facteurs associés à l'arrêt et au changement, respectivement.

Résultats : Parmi les 557 patients utilisateurs incidents, nouvellement traités par IAChE en monothérapie, 73 arrêts étaient observés en moyenne après 228 jours. Les résultats des analyses multivariées seront communiqués lors du congrès.

Conclusion : Champs non renseignés.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O2-6
Évolution de la prise en charge médicamenteuse des patients déments résidant en EHPAD dans la métropole lilloise : impact de la campagne médiatique contre les médicaments spécifiques de la maladie d'Alzheimer

A.-E. Petit[1,*], H. Mangeard[2], F. Puisieux[3]
[1]Médecine gériatrique, Roubaix, France
[2]Médecine gériatrique, Tourcoing, France
[3]Hôpital gériatrique les Bateliers, Lille, France

Introduction : La maladie d'Alzheimer est une pathologie fréquente dont l'évolution est constamment défavorable et pour laquelle aucun traitement curatif n'existe à ce jour. Les traitements spécifiques, symptomatiques sont sujets à polémique. Dans un contexte d'exposition médiatique, la commission de la transparence de la HAS a rétrogradé leur service médical rendu en octobre 2011, le considérant comme faible.

Objectifs : Évaluer l'évolution de la consommation des traitements spécifiques anti-Alzheimer, de la qualité du suivi en consultation mémoire et de la consommation des psychotropes.

Méthodes : Étude rétrospective, descriptive, transversale à trois temps (T0 : janvier 2011, T1 : octobre 2011 et T2 : juin 2012), au sein de six EHPAD de la métropole lilloise comptant 385 places.

Résultats : Deux cent soixante-deux résidents atteints de démence ont été inclus dans l'étude. Leur âge moyen était de 85,8 ans, 40 % étaient atteints d'une maladie d'Alzheimer, 32 % d'une maladie apparentée et 28 % de troubles cognitifs sans autre précision. À T0, 177 (46 %) sont atteints d'une démence, à T1, 186 (48,3 %) et à T2, 200 (52 %). Il existe une tendance à la diminution de la consommation des traitements spécifiques chez les patients atteints d'une démence pouvant relever de ces traitements (76,7 % des patients traités à T0, 73,6 % à T1, 71,6 % à T2). Après un délai de 17 mois, on observe un taux d'arrêt des IACE de 34 %, un taux d'arrêt de l'antiglutamate de 23 %. Le suivi en consultation mémoire ne varie pas et est de l'ordre de 50 %. Il n'y a pas de différence de prescription en fonction de la qualité du suivi. Si la consommation de psychotropes est globalement stable au cours des trois périodes (72 % à T0, 78 % à T1 et à T2), on retrouve tout de même une introduction de neuroleptiques chez 14 % des patients.

Conclusion : Notre travail n'a pas montré d'impact majeur de la campagne médiatique contre les médicaments anti-Alzheimer. Il existe simplement une tendance à la diminution de leur consommation chez les résidents déments en EHPAD, sans lien évident entre suivi en consultation spécialisée et prescription spécifique, ni modification de la prescription de psychotropes. Notre étude n'ayant intéressé qu'un petit nombre d'EHPAD, une étude plus large est nécessaire pour confirmer nos résultats.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O2-7

Programme AMI-Alzheimer : l'expérience valenciennoise

A. Cailliau[1,*], A. Lerooy[1], D. Dambre[2], S. Worighi[1], F. Puisieux[3]
[1]*Court séjour gériatrique, centre hospitalier de Valenciennes, France*
[2]*Pôle gériatrique, Valenciennes, France*
[3]*Clinique gériatrique Les Bateliers, Lille, France*

Introduction : L'évolution de la maladie d'Alzheimer (MA) ou des maladies apparentées est fréquemment marquée par l'apparition de troubles psychocomportementaux. Ils sont à l'origine de la prescription de traitements psychotropes dont les neuroleptiques. Ces patients sont six fois plus exposés aux neuroleptiques que les personnes du même âge indemnes de la MA, avec un taux de prescription chronique de neuroleptiques à 18 % en France. Ces traitements sont associés à des événements indésirables graves. La Haute Autorité de santé (HAS) a mis en place un programme dénommé Alerte Maîtrise Iatrogénie (AMI)-Alzheimer, destiné à optimiser l'usage de ces traitements dans la MA. L'alerte est définie comme le nombre de patients Alzheimer traités par neuroleptiques sur le nombre de patients Alzheimer et la maîtrise comme le nombre de patients Alzheimer recevant un traitement neuroleptique considéré comme justifié sur le nombre de patients Alzheimer traités par neuroleptiques.

Objectifs : L'objectif de notre travail était de mettre en place le programme AMI-Alzheimer et d'évaluer ses résultats dans les secteurs d'EHPAD, d'USLD et d'UHR du centre hospitalier de Valenciennes.

Méthodes : Tous les traitements par neuroleptiques des résidents atteints de MA ou d'une maladie apparentée ont été évalués deux fois et suivis un an, au cours de réunions de concertation pluridisciplinaires incluant les médecins coordonnateurs, des médecins experts de la filière gériatrique et le personnel paramédical.

Résultats : Initialement, le taux d'alerte était de 0,25 (67/273). La première mesure de maîtrise était de 0,40 (27/67). Des recommandations individualisées étaient faites. Trois mois plus tard, le taux d'alerte était diminué significativement à 0,16 (45/273) avec après réévaluation un taux de maîtrise de 0,56 (15/27). À un an, le taux d'alerte était mesuré à 0,07 (20/273). Au terme d'un an d'étude, l'arrêt des neuroleptiques a donc été possible chez 62 % des résidents initialement traités par neuroleptiques. Les résultats étaient similaires dans les établissements avec médecins prescripteurs salariés ou libéraux. Nous avons observé une tendance à l'augmentation de l'usage des benzodiazépines dans les secteurs d'USLD et d'EHPAD.

Conclusion : Notre étude démontre la faisabilité et l'efficacité du programme AMI-Alzheimer dans les EHPAD que les prescripteurs y soient libéraux ou hospitaliers. Un éventuel report vers d'autres classes médicamenteuses doit être suivi parallèlement à la consommation de neuroleptiques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O2-8

Les malades jeunes en UCC, caractéristiques et besoins

F. Lebert*, F. Bieder, M. Fournier
UCC-CMMF de Bailleul, Bailleul, France

Introduction : Les unités cognitivocomportementales (UCC) sont des unités prioritairement gériatriques pouvant accueillir des malades de moins de 60 ans.

Objectifs : Définir le profil de malades jeunes nécessitant une hospitalisation en UCC, leurs besoins, ceux de leurs proches.

Méthodes : Étude rétrospective descriptive sur l'année 2012 portant sur les malades jeunes accueillis dans l'UCC de Bailleul.

Résultats : Sur 104 patients accueillis, 27 avaient débuté leur maladie avant 60 ans (11H/16F). Ils souffraient d'une maladie d'Alzheimer dans 26 % des cas, d'une dégénérescence frontotemporale dans 63 % et d'une maladie à corps de Lewy dans 11 %. L'âge moyen de début de la maladie était de 52,5 ans (5,8) et celui de leur entrée en UCC de 61,1 ans (4,7). La durée de la maladie était de moins de trois ans pour 7 %, entre trois et six ans pour 26 %, plus de six ans pour 67 %. Le syndrome démentiel était léger dans 26 % des cas, modéré dans 26 % et sévère dans 48 %. Ils bénéficiaient d'un suivi en centre mémoire dans 81 %, en psychiatrie dans 26 %, deux malades vivaient en EHPAD. Les troubles du comportement étaient le premier motif d'admission (56 %) devant l'épuisement des proches (30 %). Le score moyen à la NPI à l'entrée était de 53,9 (28,5), 48 % étaient traités par un neuroleptique, et le score d'autonomie de Katz de 7 (3,5). Une maladie somatique pouvant contribuer aux troubles du comportement a été identifiée dans 92 %, une douleur dépistée par l'échelle d'Abbey dans 56 %. La durée moyenne de séjour a été de 56,4 jours, 78 % sont rentrés dans leur lieu de vie (DMS : 22,2 jours), 22 % sont entrés en EHPAD (DMS : 155,9 jours), aucun n'est sorti du service pour intolérance à l'environnement. Le score moyen à la NPI de sortie fut de 34,2 (17), 33 % sont sortis avec un neuroleptique. Une réadmission avait lieu dans les trois mois pour 11 %, dans les six mois pour 33 %. Une aide médicosociale a été nécessaire dans 92 % des situations, pour une entrée en EHPAD avec dérogation dans 33 %, pour risque de maltraitance dans 14 %.

Conclusion : La potentielle sévérité des troubles du comportement, expliquant la fréquente neuroleptisation, rend indispensable l'accès aux UCC pour les malades jeunes. Malgré leur état général moins altéré que celui des sujets âgés, des problèmes somatiques et algiques sont souvent impliqués dans la décompensation comportementale des malades. La DMS est allongée en raison de la difficulté d'accès des malades jeunes aux EHPAD. Les besoins en matière d'aides sociales restent marqués durant le séjour malgré un suivi avant l'hospitalisation.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O2-9

Une journée au PASA : un choc culturel pour les résidents et les soignants ?

A. D'arripe*, C. Routier, A. Oboeuf
HaDePaS, université catholique de Lille, Lille, France

Introduction : Cette communication décrit la culture communicationnelle spécifique d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA). Quelle est la partition communicationnelle au sein de ce PASA et en quoi diffère-t-elle de celle d'autres espaces de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes où il s'insère ? La notion de « partition communicationnelle » renvoie à la métaphore orchestrale proposée par Winkin (1981). Au fil du temps, une partition propre à la situation, une microculture particulière, se met en place. Comme le diront Birdwhistell et Scheflen, la culture est ce qui nous permet d'« *agir de façon régulière et prévisible* »[1]. Il s'agit de redondances comportementales qui apparaissent au sein de l'organisation et font sens pour les individus qui s'y trouvent (de Saint-Georges, 1990). Nous assumons le choix de considérer que les résidents accueillis restent capables de jouer en respectant la partition communicationnelle en vigueur et de mobiliser les compétences réflexives permettant de se

1. Scheflen (1965) In: Winkin 1981/2000, p. 152.

conformer aux attentes des autres instrumentistes. Quel que soit leur comportement, il serait bien le fruit d'une interaction avec un contexte qu'ils interprètent d'une certaine manière. C'est avec ce comportement que les soignants vont interagir, et la partition communicationnelle du PASA sera alors le fruit d'une coconstruction entre toutes les personnes présentes.

Objectifs : Prendre connaissance de cette partition communicationnelle et de ses spécificités nous permet de comprendre en quoi un dispositif comme le PASA est différent des autres formes de prise en charge et comment il pourrait y avoir un « choc culturel » ressenti par les personnes accueillies au sein de ce dispositif, mais amenées à retrouver un dispositif différent durant le reste du temps.

Méthodes : Notre communication se base sur une recherche menée par notre équipe pluridisciplinaire au sein d'un établissement de la région lilloise. Trois méthodologies complémentaires y ont été déployées : l'observation participante, l'analyse situationnelle et les entretiens compréhensifs.

Résultats : Les différents éléments de la partition communicationnelle identifiée au sein de cet espace particulier sont les suivants : 1) les rôles et places de chacun dans la relation restent flexibles, le passage d'une relation symétrique à une relation complémentaire est permis ; 2) toutes les sollicitations sont suivies de réponses rapides ; 3) les personnes sont occupées quasiment en permanence pour désamorcer les troubles du comportement ; 4) les relations individuelles occupent une place centrale ; 5) un maximum de liberté et d'autonomie est accordé aux personnes ; 6) les usagers sont considérés comme des sujets, et non pas objets, de soins ; 7) les comportements et les activités sont adaptés en permanence en fonction de la situation ; 8) les ASG sont disponibles et à l'écoute en permanence ; 9) il est important de prendre le temps ; 10) les résidents doivent rester acteurs de leur vie et ne pas subir les choses ; 11) les ASG bénéficient d'une marge de manœuvre assez importante.

Conclusion : Nous détaillerons ces différents éléments et de quelles situations nous les avons extraits. Nous exposerons enfin comment ils sont en cohérence ou non avec ce qui se vit ailleurs dans l'établissement.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:24-28
DOI 10.1007/s12612-013-0320-3

O3 - Épidémiologie prévention

© Springer-Verlag France 2013

O3-1
Impact de l'environnement social et familial sur le vieillissement : une approche « vie entière » chez 2 350 sujets âgés

M. Herr[1,*], J.-M. Robine[2], J.-J. Arvieu[3], J. Ankri[1]
[1]Laboratoire santé–environnement–vieillissement (EA2506), université Versailles Saint-Quentin, hôpital Sainte-Périne, AP–HP, Paris, France
[2]Inserm U988 et U710, EPHE, Paris et Montpellier, France
[3]Direction des études, prévoyance individuelle et IARD, AG2R La Mondiale, Paris, France

Introduction : Les données épidémiologiques suggèrent que l'état de santé à l'âge adulte est influencé par les conditions de vie dès l'enfance et que les approches « vie entière » se développent.

Objectifs : Évaluer l'impact des facteurs sociaux et familiaux sur l'état de santé de personnes âgées en population générale.

Méthodes : Entre 2008 et 2010, 2 350 allocataires d'une complémentaire de retraite, âgés de 70 ans ou plus, ont été interrogés à leur domicile. Au cours de l'entretien, une infirmière documentait l'histoire sociale et familiale des participants et réalisait un bilan de leur état de santé. En fonction de la polypathologie, de l'état cognitif et des capacités fonctionnelles des participants, des profils de santé ont été définis par une analyse en classes latentes. L'impact des facteurs sociaux et familiaux sur le risque d'appartenir à chacun des profils a été évalué dans un modèle de régression polytomique ajusté sur l'âge.

Résultats : L'âge moyen dans l'échantillon d'étude était de 83 ± 7 ans. Les femmes représentaient 59,3 % de l'échantillon. Quatre profils de sujets ont été distingués : les sujets âgés dépendants (n = 372, 15,8 %), les sujets âgés malades et/ou déprimés (n = 290, 12,3 %), les sujets actifs en bonne santé (n = 1041, 44,3 %) et les sujets appartenant à un groupe intermédiaire (n = 648, 27,6 %). Outre le rôle délétère de la perte du conjoint sur l'état de santé, les facteurs qui influencent le plus l'état de santé des personnes âgées sont plus d'ordre économique que familial. Le niveau de vie impacte le devenir des sujets dès l'enfance et son rôle se confirme au cours de la vie. Il existe un gradient avec la catégorie socioprofessionnelle des sujets enquêtés, les catégories les plus basses augmentant le risque de dépendance et de maladie (Tableau 1). En revanche, des facteurs comme la longévité des parents, le nombre d'enfants, la perte d'un enfant, la durée de la vie maritale, le tabac et l'alcool n'étaient pas significativement associés aux différents profils.

Conclusion : Ce travail confirme l'impact de l'environnement économique sur la santé et justifie de renforcer la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Tableau 1. Déterminants sociaux et familiaux des profils de santé dans une population de sujets âgés de 70 ans et plus

	OR ajustés[a] (IC 95 %)		
	Sujets intermédiaires	**Sujets malades/déprimés**	**Sujets dépendants**
Niveau de vie au cours de l'enfance			
À l'aise/très à l'aise	1	1	1
Juste	0,97 (0,76–1,25)	1,19 (0,84–1,71)	1,20 (0,86–1,68)
Très juste/privé(e) de tout	1,01 (0,76–1,36)	1,72 (1,17–2,54)	1,53 (1,05–2,22)
Catégorie socioprofessionnelle			
Élevée	1	1	1
Intermédiaire	1,45 (1,02–2,05)	2,27 (1,22–4,22)	2,44 (1,35–4,39)
Basse	1,86 (1,30–2,67)	2,71 (1,45–5,07)	3,52 (1,94–6,36)
Situation économique actuelle			
Bonne/très bonne	1	1	1
Moyenne/mauvaise/très mauvaise	1,31 (1,05–1,63)	3,12 (2,28–4,28)	2,62 (1,96–3,52)
Statut marital			
En couple	1	1	1
Veuf/veuve	1,19 (0,95–1,50)	1,84 (1,35–2,52)	1,63 (1,21–2,21)
Célibataire/séparé	1,00 (0,67–1,49)	1,38 (0,83–2,30)	1,02 (0,59–1,76)

[a] Le modèle est ajusté sur l'âge et les sujets actifs en bonne santé sont la référence.

O3-2
État nutritionnel et mortalité chez les personnes âgées : « le paradoxe de l'obésité »

M. Dramé[1,2,3,*], R. Mahmoudi[1,2], J.-L. Novella[1,2], F. Blanchard[1,2], D. Jolly[1,3], P.-O. Lang[4,5], Groupe Safes
[1]Faculté de médecine, EA 3797, université de Reims Champagne-Ardenne, France
[2]Service de gériatrie et médecine interne
[3]Pôle recherche et innovation, CHU de Reims, Reims, France
[4]NESCENS centre of preventive medicine, Clinic of Genolier, Genolier, Suisse
[5]Translational Medicine Research group, Cranfield Health, Cranfield University, Cranfield, United Kingdom

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

Introduction : Certaines études cliniques ont décrit une association inverse paradoxale entre l'indice de masse corporelle (IMC) et le taux de survie chez les adultes âgés. Mais le mécanisme sous-tendant ce paradoxe de l'obésité est assez mal connu, notamment chez les personnes âgées hospitalisées.

Objectifs : L'objectif était d'explorer le paradoxe de l'obésité par l'analyse de l'impact de l'IMC sur la mortalité à 6 semaines, à 12 mois et à 24 mois.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude de cohorte prospective multicentrique française de personnes âgées hospitalisées en urgence. Quatre classes d'IMC ont été définies : C1 = IMC < 18 kg/m^2 ; C2 = 18 ≤ IMC < 25 kg/m^2 ; C3 = 25 ≤ IMC < 30 kg/m^2 ; C4 = IMC ≥ 30 kg/m^2. La classe C2 a été considérée comme référence dans le modèle de Cox, avec ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques.

Résultats : Les 1 306 personnes de la cohorte étaient âgées de 85 ± 6 ans, avec une majorité de femmes (65 %). Les taux de mortalité globale étaient de 11, 34 et 44 % à 6 semaines, 12 mois et 24 mois respectivement. À six semaines, C1 était associée à une augmentation du risque de mortalité (HR = 1,8 ; IC 95 % = 1,0–3,0) tandis que C4 diminuait ce risque (HR = 0,5 ; IC 95 % = 0,3–0,9). À 12 mois, C1 était associée à une augmentation du risque de mortalité (HR = 2,0 ; IC 95 % = [1,5–2,7]), tandis que C3 (HR = 0,8 ; IC 95 % = [0,7–1,0]) et C4 (HR = 0,7 ; IC 95 % = [0,5–0,9]) diminuaient ce risque. Les résultats de la mortalité à 24 mois étaient superposables à ceux à 12 mois : C1 (HR = 1,8 ; IC 95 % = [1,3–2,3]) ; C3 (HR = 0,8 ; IC 95 % = [0,7–1,0]) et C4 (HR = 0,7 ; IC 95 % = [0,6–0,9]).

Conclusion : Bien que nos résultats semblent confirmer la réalité du « paradoxe de l'obésité » chez des personnes âgées hospitalisées en urgence, la compréhension exacte des mécanismes sous-jacents et même la véracité de cette relation paradoxale sont encore pleines de défis méthodologiques, épidémiologiques et métaboliques considérables.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O3-3

Citrulline et statut nutritionnel, fonctionnel et cognitif : étude chez les sujets âgés de l'étude SUVIMAX 2

A. Cloppet-Fontaine[1], N. Neveux[2,3], E. Kesse-Guyot[4], P. Galan[4], S. Hercberg[4], L. Cynober[2,3], J.-P. De Bandt[2,3], A. Raynaud-Simon[1,3,*]
[1]*Gériatrie, hôpital Bichât, AP–HP*
[2]*Service interhospitalier de biochimie, hôpital Cochin et Hôtel-Dieu, AP–HP*
[3]*Laboratoire de biologie de la nutrition–EA 4466, faculté de pharmacie, université Paris-Descartes, Paris, France*
[4]*Unité de recherche en épidémiologie nutritionnelle (UREN)–UMR Inserm (U557)/Inra (U1125)/Cnam, université Paris-XIII, Bobigny, France*

Introduction : L'avancée en âge s'accompagne d'un certain nombre d'altérations fonctionnelles notamment au plan musculaire (sarcopénie) et au plan cognitif (déclin cognitif et démence). Si l'administration orale de citrulline améliore les fonctions musculaires et, probablement, cognitives chez le rat âgé, l'importance physiologique de cet acide aminé dans la préservation de ces mêmes fonctions n'est pas connue chez l'Homme en bonne santé.

Objectifs : L'objectif de ce travail a été d'étudier de façon transversale la citrullinémie dans une population de volontaires sains âgés de plus de 65 ans de l'étude SUVIMAX 2 et notamment de rechercher une association avec les déterminants du vieillissement musculaire et cognitif.

Méthodes : Pour cela, nous avons réalisé des dosages de citrulline plasmatique chez 397 sujets et nous avons recherché une association entre la citrullinémie et la force musculaire évaluée par la force de préhension de la main (critère principal de jugement), les autres paramètres de la fonction musculaire, les fonctions cognitives et la composition corporelle.

Résultats : Nous n'avons pas montré de lien entre la citrullinémie et les fonctions musculaires et cognitives. Il n'y avait pas non plus de différence de citrullinémie en fonction de l'âge ou du sexe. En revanche, les concentrations plasmatiques de citrulline augmentaient en cas d'altération de la fonction rénale (p = 0,003) et avec des apports énergétiques plus élevés (p = 0,006) et diminuaient avec les apports protéiques (p = 0,05) et chez les femmes avec le poids (p = 0,001), le tour de taille (p = 0,01), la masse grasse (p = 0,001) et la masse maigre (p = 0,01).

Conclusion : Notre travail n'a pas permis de mettre en évidence d'association entre citrullinémie et fonctions musculaires et cognitives. Cependant, le lien entre la citrulline et la fonction rénale a été confirmé et une association complexe avec le métabolisme protéinoénergétique a été mise en évidence. De plus, chez la femme, les paramètres de composition corporelle ont été identifiés comme des déterminants des valeurs de citrulline ; le mécanisme de cette association reste à préciser.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O3-4

Lien entre le diabète de type 2, le mauvais contrôle glycémique à l'âge adulte et le déclin cognitif accéléré : les données de la cohorte Whitehall 2

R. Tuligenga[1,2,*], A. Dugravot[1,3], A. Tabak[4,5], A. Elbaz[1], E. Brunner[4], M. Kivimaki[4], A. Singh-Manoux[1,3,4,6]
[1]*Inserm, U1018, centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, hôpital Paul-Brousse, Villejuif, France*
[2]*Université Paris-Sud-11, faculté de médecine, Le Kremlin-Bicêtre*
[3]*Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Versailles, France*
[4]*Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, United Kingdom*
[5]*1st Department of Medicine, Semmelweis University Faculty of Medicine, Budapest, Hungary*
[6]*Centre de gérontologie, hôpital Sainte-Périne, AP–HP, Paris, France*

Introduction : Le diabète de type 2 est associé à un risque accru de démence. Toutefois, l'impact du diabète sur les fonctions cognitives avant la vieillesse demeure incertain.

Objectifs : Dans cette étude, l'objectif était d'évaluer si la durée du diabète et un mauvais équilibre glycémique à l'âge adulte sont associés à un déclin cognitif accéléré.

Méthodes : Les données sont issues de Whitehall 2, une étude de cohorte longitudinale britannique qui a suivi 5 644 participants (72,8 % d'hommes) de 55,6 ans d'âge moyen à la première évaluation cognitive en 1997/1999. Les mesures glycémiques (à jeun et l'hyperglycémie provoquée par voie orale), les antécédents d'un diagnostic de diabète porté par un médecin ou de prise d'un traitement antidiabétique ont été utilisés pour répartir les participants en quatre groupes : absence de diabète, prédiabète, diabète nouvellement diagnostiqué (en 1997/1999), diabète connu (prise de médicaments hypoglycémiants/antécédent de diabète). La moyenne de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) en 2002/2004 et en 2007/2009 a été utilisée pour

évaluer le contrôle glycémique. Les tests cognitifs pour le mémoire, le raisonnement, deux tests de fluence verbale, et un score global composé de tous les tests ont été administrés sur trois vagues de collectes de données en 1997/1999, en 2002/2004 et en 2007/2009. Ont été utilisés dans l'analyse, des modèles linéaires à effets mixtes, ajustés sur des caractéristiques sociodémographiques, des comportements de santé et des pathologies chroniques.

Résultats : Sur 5 644 participants, 660 avaient un prédiabète, 121 avaient un diabète dont le diagnostic n'était pas connu antérieurement, mais établi au cours du dépistage en 1997/1999 et 106 avait un diabète antérieurement connu. Par rapport aux participants non diabétiques, seulement ceux avec un diabète connu ont obtenu de mauvaises performances cognitives en 1997/1999 et un déclin plus rapide au cours des dix années suivantes dans le domaine du raisonnement et sur le score cognitif global. Par exemple, pour le score cognitif global il y avait un déclin significatif plus important chez les diabétiques connus (différence en baisse de 0,13 écart-type (l'IC à 95 % : [0,02–0,23]) comparativement aux participants non diabétiques ($p = 0,03$). Le prédiabète ainsi que le diabète nouvellement diagnostiqué n'étaient pas associés à un déclin cognitif accéléré. Chez les diabétiques connus, l'élévation du taux d'hémoglobine glyquée (fraction HbA1c) était associée à un déclin plus rapide pour la mémoire ($p = 0,02$) et le score cognitif global ($p = 0,05$), avec une tendance similaire pour le raisonnement ($p = 0,06$).

Conclusion : Nos résultats suggèrent que le risque de déclin cognitif accéléré chez les personnes atteintes de diabète dépend de combien de temps l'individu a eu la maladie et qu'un bon contrôle de la glycémie peut réduire ce risque.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts

O3-5
Facteurs sociogéographiques associés à la participation sociale des aînés de l'étude NuAge : différences identifiées selon les milieux métropolitain, urbain et rural

M. Levasseur[1,2,*], A. A. Cohe[3], M.-F. Dubois[2,3], M. Généreux[34], F.-H. Therrien[1,5], L. Richard[6], H. Payette[2,7]
[1]*École de réadaptation, université de Sherbrooke, Canada*
[2]*CdRV du CSSS-IUGS*
[3]*Santé communautaire, université de Sherbrooke, Canada*
[4]*Agence de santé et des services sociaux de l'Estrie, Canada*
[5]*CSSS-IUGS, Sherbrooke (Qc), Canada*
[6]*IRSPUM, Université de Montréal, Montréal, Canada*
[7]*Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Qc), Canada*

Introduction : Définie par l'implication de la personne dans les activités qui lui procurent des interactions avec les autres dans la communauté, la participation sociale est un élément clé d'un vieillissement réussi et en santé. La participation sociale peut être favorisée par certains déterminants sociogéographiques influencés par le type de milieu. On connaît toutefois peu les facteurs sociogéographiques en lien avec la participation sociale des personnes âgées.

Objectifs : Comparer la participation sociale de personnes âgées vivant à domicile selon les milieux et identifier les facteurs sociogéographiques associés à la participation sociale.

Méthodes : Des analyses secondaires des données de l'étude multicentrique NuAge ont été effectuées à partir d'un échantillon de 592 personnes âgées en moyenne de 73,5 ans en bonne santé et autonomes et vivant dans les régions de Montréal et de Sherbrooke. La participation sociale a été mesurée par la fréquence de réalisation de dix activités sociales et communautaires (rendre visite aux membres de la famille ou aux amis, pratiquer un passe-temps à l'extérieur, fréquenter un centre communautaire ou de loisirs, etc.; /200). Les variables sociogéographiques ont été définies par : 1) milieux (métropolitain [≥ 100 000 habitants], urbain [< 100 000 et ≥ 10 000 habitants] et rural [< 10 000 habitants]) ; 2) sentiment d'appartenance envers le quartier (fort vs faible) ; 3) nombre d'années passées dans le domicile(0 à 19 et ≥ 20 ans) ; 4) possession d'un permis de conduire une auto (oui vs non) ; 5) aide disponible en cas d'urgence (oui vs non) ; 6) accessibilité perçue aux ressources (score moyen de la facilité d'accès aux quatre ressources suivantes : aliments de qualité à coût abordable, diversité de commerces et de services, activités physiques et sportives préférées, et activités de loisirs intéressantes ; 7) plus le score est élevé, plus facile est l'accès). Des analyses de variance et de régression linéaire multiple ont été réalisées.

Résultats : En moyenne, les aînés participaient 27,1 jours d'activités par mois, et aucune différence n'a été identifiée selon les milieux ($p = 0,29$), sauf pour les déterminants sociogéographiques explicatifs. En milieu métropolitain, une meilleure participation sociale est associée à un fort sentiment d'appartenance envers le quartier, un nombre inférieur d'années passées dans le domicile, la possession d'un permis de conduire une auto et la disponibilité d'une aide en cas d'urgence ($R^2 = 0,21$; $p < 0,001$). En milieu urbain, une meilleure participation sociale est liée à une meilleure accessibilité perçue aux ressources ($R^2 = 0,04$; $p < 0,001$). Enfin, en milieu rural, une meilleure participation sociale est associée à la possession d'un permis de conduire une auto et une meilleure accessibilité perçue aux ressources ($R^2 = 0,10$; $p < 0,001$).

Conclusion : Les facteurs sociogéographiques associés à la participation sociale des aînés diffèrent selon les milieux métropolitain, urbain et rural. Une accessibilité accrue aux ressources pourrait être importante pour favoriser la participation sociale des aînés vivant en milieu urbain et rural. En milieu métropolitain, les variables sociogéographiques expliquent un pourcentage supérieur de la participation sociale. Par ailleurs, le sentiment d'appartenance envers le quartier et la disponibilité d'une aide en cas d'urgence pourraient être importants.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O3-6
Vieillissement, territoire et société : observer et comprendre les pratiques spatiales et les mobilités pour mieux agir en prévention

B. Nader[1,*], V. Mobillon[1], A. Bochaton[2], J. Bibart[3], E. Bohem[4], O. Dailly[5], J.-M. Oppert[6], H. Charreire[1]
[1]*Géographie, université Paris-Est, Lab'Urba, IUP, UPEC, Créteil, France*
[2]*Géographie, université Paris-Ouest Nanterre, Mosaïque, Nanterre, France*
[3]*CCAS, Mairie-Champigny-sur-Marne, France*
[4]*Service de la voirie, mairie de Champigny-sur-Marne, Champigny-sur-Marne, France*
[5]*Association ADAL*
[6]*Service de nutrition, UREN, Inserm U557, Inra, université Paris-XIII, Paris Sorbonne-Cité, Université Pierre-et-Marie-Curie, Paris, France*

Introduction : « Bien vieillir » est un enjeu majeur pour les acteurs des politiques sanitaires et d'aménagement du territoire compte tenu du vieillissement actuel et à venir de la population. Des travaux révèlent le rôle de l'activité physique, notamment les mobilités actives (au

travers de la marche), dans le maintien des performances physiques et cognitives. La connaissance des pratiques spatiales et des mobilités des personnes âgées constitue dès lors un préalable à la mise en place des politiques de prévention du maintien d'une vie active lors de l'avancée en âge, de la perte d'autonomie ainsi qu'à toute politique d'aménagement favorisant les mobilités actives, la qualité de vie et le bien-être.

Objectifs : Cette communication présente les deux premières phases d'une étude menée à Champigny-sur-Marne (Île-de-France) en étroite collaboration avec les professionnels de la ville. La recherche a pour objectif d'identifier les déterminants socioenvironnementaux de la mobilité active chez les personnes âgées retraitées afin de favoriser la pratique de la marche au quotidien à l'échelle locale.

Méthodes : Une enquête a été réalisée auprès de volontaires résidents dans la ville, contactés par courrier par le centre d'action sociale, en novembre 2012 et en avril 2013. Lors de chaque session, il a été demandé aux sujets de remplir d'abord un questionnaire relatif à leur santé, à leur pratique de la marche au quotidien ainsi que sur leur perception de leur environnement de vie (quartier, ville), de représenter ensuite soit sur un plan, soit à l'aide d'une carte mentale, leurs déplacements quotidiens, et enfin, de participer à un focus groupe.

Résultats : Quatre-vingt-deux personnes retraitées âgées de 60 à 87 ans, dont 18 % d'hommes et 82 % de femmes, ont été interrogées. Ces personnes résident en moyenne depuis 38 ans dans la ville, ce qui témoigne d'un ancrage territorial important. Plus des deux tiers s'estiment en bonne santé et pratiquent une activité sociale, culturelle et/ou sportive régulière. Toutefois, plus de 45 % déclarent ne pas marcher autant qu'elles le souhaiteraient et 30 % évoquent des freins à la marche liés à l'environnement urbain. Les premières analyses des cartes (mentale et plan) montrent des profils de mobilités différents entre les personnes enquêtées notamment en termes de marche. La deuxième phase d'enquête a permis d'approfondir les profils de mobilité et de mieux identifier les facteurs environnementaux et individuels contribuant à favoriser ou à freiner la pratique de la marche dans la ville de Champigny-sur-Marne.

Conclusion : La combinaison de différentes méthodes de collecte de données et la collaboration entre plusieurs partenaires ont permis d'apporter des pistes pour mieux comprendre les mobilités des personnes âgées et leurs comportements vis-à-vis de la marche au quotidien. Cette approche pluridisciplinaire des pratiques spatiales apporte un regard complémentaire en gérontologie et aide à cerner l'influence des déterminants socioenvironnementaux dans le processus complexe de la perte d'autonomie des personnes âgées. Intégrer l'espace de vie quotidien des personnes âgées, leurs habitudes de vie et leurs mobilités permet d'adapter les actions de prévention aux populations et aux caractéristiques locales des lieux de résidence. *Une partie de ce projet a reçu le soutien de la MSH Paris-Nord*

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O3-7
Intervention multidomaines pour la prévention de la dépendance chez les personnes âgées. Résultats préliminaires de l'étude MINDED

L. Demougeot[1], B. Vellas[1,2], M. Cesari[1,2,*]
[1]*Gérontopôle, CHU Toulouse, France*
[2]*Inserm UMR 1027, université Paul-Sabatier, Toulouse-III, Toulouse, France*

Introduction : La survenue de la dépendance liée à l'avancée en âge résulte d'un processus complexe faisant intervenir des facteurs environnementaux, sociaux, biologiques et cliniques. Certaines études suggèrent que des mesures simples de prévention ou plus complexes, dites multidomaines (ciblant notamment l'activité physique, la stimulation cognitive et la nutrition) auraient des effets bénéfiques sur le déclin fonctionnel. Nous disposons cependant de peu de données issues de véritables essais d'intervention à large échelle menés dans ce domaine.

Objectifs : Obtenir les données nécessaires au calcul de la taille de l'échantillon d'un futur essai à grande échelle en utilisant l'incidence de la dépendance, les taux de recrutement, de sortie d'étude et de perte durant le suivi. Afin d'accomplir cet objectif principal, deux étapes préliminaires seront réalisées : 1) valider un questionnaire de présélection FiND (Frall Non-Disabled) ; 2) vérifier la faisabilité et affiner les composants de l'intervention multidomaines dans un petit échantillon.

Méthodes : *Étapes préliminaires :* 1) validation du questionnaire FiND : le questionnaire sera administré à 40 participants. L'état de fragilité et de dépendance sera également évalué à travers les critères de fragilité de Fried et al. et le test de marche de 400 m ; 2) faisabilité de l'intervention multidomaines : 20 participants recevront une évaluation gériatrique multidisciplinaire (gériatre, neuropsychologue, kinésithérapeute, diététicienne) puis un programme d'intervention personnalisé de modification de style de vie pour prévenir la dépendance.

Étude pilote : Cent cinquante personnes de 60 ans et plus, fragiles et non dépendants seront recrutés. Ces participants seront randomisés aléatoirement dans un groupe témoin ou un groupe intervention. Les deux groupes recevront une évaluation gériatrique classique de leur état de santé. Le groupe intervention sera également évalué par une équipe multidisciplinaire. Basé sur les évaluations générale et multidisciplinaire, un programme d'intervention personnalisé sera élaboré. Les participants devront appliquer les recommandations durant l'année de suivi. Chaque participant (ou proches) sera contacté par téléphone durant les mois 1, 3, 6 et 9 du suivi de l'étude afin de répondre à un questionnaire portant sur les différents événements médicaux survenus depuis le dernier contact. Une visite de fin d'étude sera proposée à tous les participants afin d'évaluer leur état de santé après un an de suivi. *Étude MINDED est financée par l'Agence nationale de la recherche (chaire d'excellence)*

Résultats : L'étude est actuellement en cours. Des résultats préliminaires seront disponibles pour être présentés lors des journées annuelles de la SFGG.

Conclusion : Les résultats de l'étude MINDED nous permettront d'obtenir des données essentielles pour la conception d'une future étude à grande échelle.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O3-8
Intérêt d'un entraînement combinant simultanément une activité physique aérobie et un entraînement cognitif

L. Combourieu[1,2,3,*], A. Perrot[1], F. Bloch[4,5], M. L. Seux[5], G. Kemoun[2,3]
[1]*Laboratoire CIAMS, équipe RIME, UFR STAPS d'Orsay, Orsay, France*
[2]*EA 6314 : MOVE, université de Poitiers, Poitiers, France*
[3]*ISIS : institut de recherche sur le handicap et le vieillissement, Paris, France*
[4]*EA 4468, université Paris-Descartes, Paris, France*
[5]*Service de gérontologie, hôpital Broca, Paris, France*

Introduction : Les activités physiques et cognitives semblent permettre un ralentissement du déclin cognitif. Il serait intéressant d'étudier l'efficacité combinée des deux entraînements cognitifs et physiques chez les sujets âgés.

Objectifs : L'objectif de notre étude est de comparer l'effet sur les fonctions cognitives, d'un entraînement d'activité physique aérobie couplé simultanément à un entraînement cognitif (Apec) par rapport à un entraînement cognitif simple (EC) sur des personnes âgées.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective randomisée sur une cohorte de 63 sujets âgés de plus de 65 ans autonomes avec un MMSs supérieur à 24 répartis comme suit : 26 en EC, 25 en Apec et 13 dans le groupe témoin sans intervention. Chaque entraînement se déroule en groupe pendant des séances d'une heure, deux fois par semaine durant trois mois. L'activité physique aérobie consiste à pédaler sur un vélo d'appartement Domyos VA 300 à un effort d'intensité modérée individualisée par le calcul de la fréquence cardiaque cible de chaque participant. L'effort dure pendant 30 à 45 minutes suivant l'avancée de l'entraînement. L'entraînement cognitif utilise comme support le logiciel PRESCO, où nous avons axé les exercices cognitifs sur le travail des fonctions exécutives exclusivement. Nous demandons pour ces exercices une réponse orale des participants.

Résultats : D'après les résultats préliminaires, les participants du groupe combiné montrent une amélioration dans les mesures physiques et l'ensemble des fonctions exécutives. Les participants du groupe entraînement cognitif simple augmentent leurs performances dans certaines fonctions exécutives et maintiennent leur performance physique au même niveau.

Conclusion : La pratique d'une activité physique couplée à un entraînement cognitif simultané conduit à de plus amples bénéfices sur les fonctions exécutives et permet également une amélioration des performances physiques, fonctions directement liées aux activités de la vie quotidienne des personnes âgées.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O3-9
Prévalence des marqueurs de fragilité dans une population de sujets âgés vue lors d'une première consultation d'oncogériatrie

A. Farcet[1,*], C. Molines[1], L. Dedecker[2], V. Pauly[3], F. Retornaz[4]
[1]*Court séjour gériatrie, centre gérontologique départemental, Marseille, France*
[2]*Service de gériatrie, CHU de Nantes, Nantes, France*
[3]*Service informatique médicale, hôpital Sainte-Marguerite, France*
[4]*Cellule recherche, centre gérontologique départemental, Marseille, France*

Introduction : Étudier la prévalence des marqueurs de fragilité dans une population de sujets âgés vue lors d'une première consultation d'oncogériatrie et déterminer leur intérêt dans l'évaluation oncogériatrique.

Objectifs : Intérêt de l'utilisation des marqueurs de fragilité lors d'une évaluation oncogériatrique.

Méthodes : Étude menée sur trois ans au sein d'une unité de coordination en oncogériatrie à Marseille, auprès de tous les patients de 65 ans et plus vus en consultation d'évaluation gériatrique avant traitement de leur cancer. Le statut fonctionnel, les comorbidités, les médicaments, la cognition, l'humeur, les déficits neurosensoriels, la nutrition, le statut social, les chutes et les cinq marqueurs de fragilité phénotypiques décrits par Fried (nutrition, énergie, force de préhension, activités physiques et mobilité) ont été évalués. Les recommandations thérapeutiques faites à l'issue de l'évaluation ont été rapportées.

Résultats : Deux cent un patients ont été inclus dans l'étude. La moyenne d'âge était de 83 ans (ET ± 5,2). Plus de la moitié des patients était des femmes (60 %). Les cancers colorectaux et les cancers urologiques étaient les plus fréquents (respectivement 40 et 25 %). Plus d'un patient sur cinq était au stade métastatique. La moitié des patients a été adressée pour évaluation gériatrique avant chimiothérapie (52,5 %) et 40 % pour évaluation gériatrique avant chirurgie. Plus de 90 % des patients vivaient à domicile. Les deux tiers des patients avaient un IADL pathologique, et un tiers un ADL pathologique. Moins d'un patient sur cinq était polypathologique, près de la moitié des patients présentaient une polymédication. Des troubles cognitifs et de l'humeur ont été observés dans 40 % des cas. Un tiers des patients étaient chuteurs. Plus de 95 % des patients étaient considérés comme fragiles selon la classification de F. Balducci. Le marqueur de fragilité phénotypique le plus fréquent était la mobilité pathologique chez les trois quarts des patients. L'activité physique et les problèmes nutritionnels étaient pathologiques chez environ deux tiers des patients. Dans 90 % des cas au moins un marqueur de fragilité était retrouvé, mais seulement un tiers des patients présentait au moins trois marqueurs de fragilité. Le gériatre était en accord avec le traitement proposé par le spécialiste dans près de deux tiers des cas, mais recommandait une adaptation pour 80 % d'entre eux. Parmi les domaines de l'EGS, l'ADL, l'IADL, les chutes, les troubles de l'humeur, le lieu de vie, le sexe et l'ECOG-PS étaient associés de façon significative aux recommandations thérapeutiques ($p = 0{,}001$, $p = 0{,}017$, $p = 0{,}028$, $p = 0{,}030$, $p = 0{,}038$, $p = 0{,}042$, $p = 0{,}046$). Le nombre de marqueurs de fragilité phénotypique était aussi associé de façon significative aux recommandations thérapeutiques ($p < 0{,}0001$). La force de préhension, l'activité physique, la mobilité la nutrition et l'énergie étaient associées significativement et de façon indépendante aux recommandations thérapeutiques ($p < 0{,}001$, $p < 0{,}001$, $p = 0{,}004$, $p = 0{,}10$, $p = 0{,}46$).

Conclusion : L'utilisation des marqueurs de fragilité de Fried pourrait être un moyen supplémentaire de détecter la vulnérabilité chez les sujets âgés atteints de cancer.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:29-33
DOI 10.1007/s12612-013-0322-1

O4 - Chutes/pathologies de l'appareil locomoteur

© Springer-Verlag France 2013

O4-1
Changement de la vitesse de marche dans les années qui précèdent le décès

S. Sabia[1,*], J. Dumurgier[2], B. Tavernier[3], J. Head[1], C. Tzourio[4], A. Elbaz[2]
[1]Epidemiology and Public Health, University College London, London, Royaume-Uni
[2]U1018, Inserm, Villejuif, France
[3]Département de gériatrie, CHU de Dijon, France
[4]U708, Inserm, Bordeaux, France

Introduction : Une vitesse de marche lente est associée à un risque augmenté de mortalité. Toutefois, il n'est pas clair si le déclin de la vitesse de marche est plus marqué dans les années qui précèdent le décès.

Objectifs : Examiner si : 1) la vitesse de marche décline plus rapidement chez les personnes décédées durant le suivi de l'étude par rapport aux personnes encore en vie à la fin du suivi ; 2) l'ajout du changement dans la vitesse de marche à un modèle comprenant l'âge, le sexe et la vitesse de marche à l'inclusion améliore la prédiction de la mortalité.

Méthodes : L'échantillon d'étude se compose de 4 016 participants de l'étude des 3-Cités-Dijon (France), âgés de 65 à 85 ans. La vitesse de marche rapide a été mesurée jusqu'à cinq fois sur une période de 12 ans. Les données de mortalité étaient disponibles jusqu'en 2012.

Résultats : Des modèles mixtes avec une échelle de temps rétrospective ont montré que la vitesse de marche déclinait plus rapidement chez les 908 participants décédés durant le suivi (changement annuel = –0,031 m/s) que chez les personnes encore en vie à la fin du suivi (–0,021 m/s), correspondant à une différence de –0,009 (intervalle de confiance à 95 % [IC 95 %] = [–0,013 ; –0,005]) m/s. Par rapport à un changement de la vitesse de marche « normal » (changement annuel ≥ –0,04 m/s), un déclin « prononcé » (< –0,08 m/s) était associé à un risque de décès 1,4 fois plus élevé (risque relatif = 0,40, IC 95 % : [1,02–1,92], Tableau 1) et un déclin « faible » (de –0,08 à –0,04 m/s) à un risque 1,2 fois plus grand. L'ajout de ces catégories à un modèle comprenant l'âge, le sexe et la vitesse de marche à l'inclusion améliorait la prédiction du modèle (index net de reclassification = 19,0 % [0,6 ; 36,8%]).

Conclusion : Des mesures répétées de la vitesse de marche rapide pourraient être un outil clinique utile chez les personnes âgées afin d'identifier les personnes ayant un déclin moteur prononcé chez qui des mesures de santé et des stratégies de prévention pourraient alors être proposées.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Tableau 1. Déclin de la vitesse de marche (VM) et risque de mortalité

	M1 : Âge, sexe, VM à l'inclusion	M2 : M1 + changement vitesse de marche (Cont.)	M2 : M1 + changement vitesse de marche (Cat.)
	RR (IC 95 %)	HR (IC 95 %)	RR (IC 95 %)
VM (Cont.)	0,79 (0,70 ; 0,90)	0,71 (0,62 ; 0,82)	0,76 (0,66 ; 0,86)
Changement VM (Cont.)	–	0,80 (0,71 ; 0,90)	–
Changement VM (Cat.)			
Normal : ≥ –0,04 m/s (N = 1 359, 184 décès)	–	–	1,00 (ref)
Faible déclin : –0,08 à –0,04 m/s (N = 413, 66 décès)	–	–	1,18 (0,89 ; 1,57)
Déclin prononcé : < –0,08 m/s (N = 322, 58 décès)	–	–	1,40 (1,02 ; 1,92)

VM : vitesse de marche ; RR : risque relatif ; IC : intervalle de confiance ; Cont. : continue ; Cat. : catégories.

O4-2
Peur de chuter et variabilité de la marche : existe-t-il une association chez la personne âgée ?

F. Ayoubi*, O. Beauchet, C. Launay, C. Annweiler
Gériatrie, CHU d'Angers, France

Introduction : La peur de chuter (PDC) est fréquente après 65 ans, avec une prévalence atteignant 85 %. Le lien entre la PDC et l'augmentation de la variabilité du pas (STV), généralement assimilée à un trouble de la marche de haut niveau, a été peu étudié et reste encore mal compris en raison de résultats contradictoires.

Objectifs : Déterminer si la PDC était associée à une augmentation de la STV dans une population âgée de chuteurs et de non-chuteurs.

Méthodes : 1 106 personnes âgées (âge moyen : 70,4 ± 4,7 ans ; 49,1 % de femmes) ont été séparées en quatre groupes en fonction de l'existence d'une PDC et des antécédents de chutes au cours des 12 derniers mois. La STV a été mesurée avec le système GaitRite® ou SMTEC®. L'âge et le sexe ont été utilisés comme potentiels facteurs de confusion.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

Résultats : Six cent quarante-huit participants (58,6 %) n'avaient pas chuté au cours de la dernière année et ne présentaient pas de PDC, 225 (20,3 %) n'avaient pas chuté, mais présentaient une PDC, 110 (10,0 %) avaient chuté sans PDC, et 123 (11,1 %) avaient chuté et présentaient une PDC à l'examen. La STV était plus élevée chez les chuteurs avec PDC que chez les non-chuteurs sans PDC ($p = 0,031$). Il n'y avait pas d'autre différence. L'augmentation de la STV était associée à la PDC uniquement chez les chuteurs ($\beta = 0,01$ avec $p = 0,009$).

Conclusion : La PDC était associée à une augmentation de la variabilité de la marche uniquement chez les chuteurs. Ce résultat pourrait expliquer les divergences précédemment rapportées dans la littérature.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O4-3
Analyse de l'espace de vie par la Life Space Assessment dans l'évaluation multidisciplinaire de la chute au CHRU de Lille

M.-H. Destailleur*, E. Flahaut, A. Courau, F. Durig, C. Gaxatte, F. Puisieux
CHRU de Lille–hôpital gériatrique Les Bateliers, Lille, France

Introduction : La mobilité est un facteur important du vieillissement réussi, et sa diminution un facteur indépendant de mortalité chez la personne âgée non démente. Son appréciation doit donc faire partie de l'évaluation gériatrique afin de détecter précocement les difficultés, de prévenir le déclin fonctionnel avant que l'ADL et l'IADL ne se modifient, et d'adapter les aides en cas de nécessité. La Life Space Assessment est une échelle validée, cotée de 0 à 120, qui permet de mesurer l'espace de vie de la personne âgée.

Objectifs : L'objectif principal de l'étude était de mesurer la Life Space Assessment (LSA) d'une population âgée chuteuse. L'objectif secondaire était de déterminer les facteurs corrélés au score LSA dans cette population.

Méthodes : Étude prospective concernant les patients ayant bénéficié d'une évaluation multidisciplinaire de la chute au CHRU de Lille entre août 2009 et mars 2012. Les données sociodémographiques et médicales ont été recueillies. Analyse descriptive suivie d'une analyse bivariée afin d'étudier la relation entre la LSA et les caractéristiques cliniques des patients.

Résultats : L'âge moyen des 140 patients inclus était de 80,8 ans, la médiane de la LSA était de 31 [14–57]. Les patients plus âgés ($p = 0,05$), institutionnalisés ($p = 0,002$), présentant des troubles cognitifs ($p = 0,0005$), ayant séjourné plus d'une heure au sol après une chute ($p = 0,018$), ayant peur de chuter à l'intérieur de leur domicile ($p = 0,0028$), ne maintenant pas une station unipodale au moins cinq secondes ($p < 0,0001$) avaient un score LSA plus bas.

Conclusion : L'espace de vie est plus restreint chez la personne âgée chuteuse et tend à diminuer avec la multiplication des chutes et l'appréhension des chutes à l'intérieur du domicile. La prise en charge du sujet âgé chuteur doit viser non seulement à diminuer le risque de chutes et leurs conséquences, mais aussi à augmenter l'espace de vie des personnes âgées. L'évaluation de la mobilité par un outil simple et reproductible tel que la LSA est préconisée dans cette population.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O4-4
Modification des pratiques professionnelles sur la prise en charge, pour chute, des personnes de 75 ans et plus dans les services d'urgences de l'arc nord alpin entre 2010 et 2012

C. Ricard[1], F.-X. Ageron[1], F. Picot[1], P. Couturier[2,*]
[1]*Réseau nord alpin des urgences, centre hospitalier d'Annecy, Pringy, France*
[2]*CHU Michallon, Grenoble, France*

Introduction : La chute de l'âgé est une problématique fréquente, souvent symptomatique d'une pathologie ou d'un état de fragilité, soulignant l'intérêt d'une évaluation précise lors du passage aux urgences afin de rechercher une éventuelle étiologie somatique et d'éliminer les facteurs de risque de récidive de chute. Afin de permettre aux urgentistes de s'approprier les recommandations de la HAS sur la prise en charge des patients âgés chuteurs, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) à un échelon régional a été proposée aux centres de l'arc nord alpin par le Réseau nord alpin des urgences (Renau).

Objectifs : L'objectif de cette EPP était de favoriser les échanges entre urgentistes et gériatres et d'améliorer la prise en charge des personnes âgées afin de réduire le nombre de récidives de chute.

Méthodes : Cette EPP multicentrique a été réalisée selon une méthode d'observation avant–après mise en place d'un programme qualité dans les services d'urgences. Dans chaque centre, les dossiers médicaux des patients ont été consultés aux urgences, de manière rétrospective, sur les passages de quelques semaines tirées au sort en 2010 pour la phase 1, en 2012 pour la phase 2. Entre les deux phases, de nombreuses réunions ont été organisées avec les différents services, des fiches de rappels des recommandations ont été diffusées, et un rappel des recommandations a été intégré aux dossiers informatiques de certains services.

Résultats : Treize centres ont participé à l'EPP. Deux mille quatre cent vingt-six patients chuteurs ont été inclus dans la première phase, et 2 684 dans la seconde. Lors de la phase 1, il avait été constaté que les examens les moins réalisés étaient ceux qui nécessitaient de verticaliser les patients : test de la marche et de l'équilibre (de 3 à 21 % de réalisations selon les centres) et la recherche d'une hypotension orthostatique (0 à 15 %). La moyenne d'âge des patients était de 85 ans pour les deux phases de l'EPP, et les femmes étaient majoritaires (71 %). En 2012, il a été constaté que globalement les dossiers des urgences contenaient davantage d'informations sur les facteurs de fragilité des patients (autonomie antérieure, impotence fonctionnelle, etc.) et que les examens recommandés avaient été plus souvent réalisés : les ECG sont passés de 53 à 64 % entre les deux phases, les bilans biologiques de 57 à 65 %, la recherche de troubles des fonctions supérieures de 29 à 42 % et la recherche d'hypotension orthostatique de 7 à 11 %. Les urgentistes ont su mieux identifier les facteurs de risque de chute, les gériatres ont davantage vu les patients fragiles et, chez ces patients, le taux de recours aux urgences pour récidive de chute a diminué significativement entre les deux phases (7,4 vs 2,2 %, $p = 0,026$, OR = 0,28 [0,09 ; 0,92]).

Conclusion : L'effet de cette EPP a été ressenti comme positif par les urgentistes de la région. Sa mise en place dans les services d'urgences a permis de favoriser les relations entre les urgentistes et les gériatres et de rappeler les recommandations de prise en charge de la chute chez la personne âgée. Les efforts déjà réalisés doivent être poursuivis au-delà de l'EPP pour assurer une bonne prise en charge pérenne des personnes âgées dans les services d'urgences.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O4-5

Impact d'un programme d'exercices de prévention des chutes sur les capacités physiques et la qualité de vie des femmes âgées : l'essai contrôlé randomisé « Ossébo »

F. El Khoury[1,2,*], E. Bouquet[3,4], B. Cassou[5,6], P. Dargent-Molina[1,2]
[1]*Inserm CESP UMR 1018, équipe 10, unité de recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes, Paris, France*
[2]*Université Paris-Sud, UMRS 1018, Villejuif, unité de recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes, Paris, France*
[3]*Inserm, UMR S953, unité de recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes, Paris, France*
[4]*UPMC université Paris-VI, UMR S953, Paris, France*
[5]*Université Versailles Saint-Quentin, EA 25-06, Versailles, France*
[6]*AP-HP, hôpital Sainte-Périne, centre de gérontologie, Paris, France*

Introduction : Des essais contrôlés randomisés ont montré que des programmes d'exercice physique adaptés et centrés sur la stimulation de l'équilibre permettaient de prévenir les chutes chez les personnes âgées. Mais l'impact de ce type de programme sur les capacités physiques locomotrices et d'autres facteurs intermédiaires liés à la qualité de vie reste à préciser.

Objectifs : Évaluer l'impact du programme d'exercice mis en place dans le cadre de l'essai « Ossébo » de prévention des chutes chez les femmes âgées sur les capacités physiques locomotrices, la peur de tomber, le niveau global d'activité et la qualité de vie après un an d'intervention.

Méthodes : Essai contrôlé, randomisé, multicentrique comprenant deux bras équilibrés : un groupe avec intervention comprenant des ateliers « équilibre » hebdomadaires en petits groupes et des exercices à la maison pendant deux ans, et un groupe témoin sans intervention. Au total, 706 femmes âgées de 75 à 85 ans et vivant à leur domicile ont été recrutées dans l'essai entre décembre 2007 et avril 2011, et 606 ont été revues à un an. Le bilan de suivi, réalisé selon les mêmes modalités que le bilan d'inclusion, comprenait une batterie de tests physiques fonctionnels (temps de marche sur 6 m, test de marche funambule, temps en équilibre monopodal, *timed get-up-and-go test*, temps mis pour se lever cinq fois sans les bras) et un questionnaire sur l'activité physique, la peur de tomber (Falls Efficacy Scale) ainsi que la qualité de vie (The Short Form [36] Health Survey). L'évolution des mesures entre T0 et T1 a été comparée entre les deux groupes par des tests de Wilcoxon et de Chi^2 (analyses en intention de traiter) et à l'intérieur de chaque groupe par des tests de Student appariés.

Résultats : À un an, les résultats de tous les tests physiques fonctionnels se sont significativement améliorés dans le groupe intervention alors qu'ils n'ont pas significativement été modifiés dans le groupe témoin (*p-value* des différences intergroupes toutes $\leq 0{,}006$). L'amélioration est d'autant plus importante que le taux de participation aux ateliers est élevé. Le temps passé à marcher pour se promener est également significativement augmenté dans le groupe intervention ($p = 0{,}02$), et la différence entre les deux groupes est proche de la significativité ($p = 0{,}06$). Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant les scores de peur de tomber et de qualité de vie.

Conclusion : Le programme d'exercice physique « Ossébo » améliore les capacités physiques locomotrices et tend à augmenter le niveau général d'activité physique après un an d'intervention.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O4-6

Effet sur l'équilibre d'un tee-shirt comportant des fibres céramiques. Étude interventionnelle, prospective contrôlée contre placebo dans une population âgée

E. Cantegrit[1,*], F. Puisieux[2]
[1]*Court séjour gériatrique, Maubeuge, France*
[2]*Les Bateliers, Lille, France*

Introduction : Les chutes sont des événements graves et fréquents chez les personnes âgées. La prise en charge vise à réduire le risque associé aux chutes en identifiant les facteurs de risque et en corrigeant les facteurs modifiables. La gérontechnologie est une discipline consacrée à l'usage de nouvelles technologies dans le champ du vieillissement. Plusieurs dispositifs comme la téléalarme sont déjà connus. De façon fortuite, il a été découvert que les vêtements comportant des fibres céramiques pourraient améliorer l'équilibre.

Objectifs : L'objectif principal de notre étude était de comparer l'effet sur l'équilibre, évalué par le test de Tinetti, d'un tee-shirt comportant des fibres céramiques à celui d'un tee-shirt placebo. L'objectif secondaire était d'évaluer l'effet du port du tee-shirt céramique sur les paramètres de l'équilibre issus de la posturographie et de la marche issus de la locométrie en comparaison au tee-shirt placebo.

Méthodes : Notre étude est interventionnelle, prospective, contrôlée contre placebo, en double insu sur une période de 14 mois à l'hôpital gériatrique « Les Bateliers » à Lille. Ont été incluses, après consentement, des personnes de plus de 65 ans présentant un test de Tinetti supérieur ou égal à 12. Deux types de tee-shirt étaient à notre disposition : des tee-shirts comportant des fibres céramiques et des tee-shirts placebo, de même aspect, texture et poids. Nous avons réalisé un test de Tinetti, une posturographie et une locométrie pour chaque participant avec leurs propres vêtements puis les mêmes tests avec l'un des deux tee-shirts. Nous avons ensuite étudié les écarts de score entre la condition « avec tee-shirt et « sans tee-shirt » dans chaque groupe pour évaluer l'effet du tee-shirt placebo ou céramique sur l'équilibre.

Résultats : Soixante personnes ont été incluses, 34 dans le groupe placebo et 26 dans le groupe céramique. Les deux groupes étaient comparables concernant les données démographiques et cliniques. Pour le critère de jugement principal, le test de Tinetti, il existe une amélioration de tous les participants contre sept sur dix dans le groupe placebo. Dans le groupe céramique, il existait une amélioration du score de Tinetti de $3{,}27 \pm 1{,}37$ points sur 35 contre $1{,}21 \pm 1{,}23$ dans le groupe placebo. Cette différence est significative ($p < 0{,}01$). Les écarts observés entre la condition « sans tee-shirt » et la condition « avec tee-shirt » étaient significativement différents entre les deux groupes ($p < 0{,}001$). Pour les sous-scores de Tinetti, il existait une amélioration plus importante lors de l'épreuve statique avec une perte de $3 \pm 1{,}26$ points dans le groupe céramique contre $1{,}18 \pm 1{,}29$ point dans le groupe placebo. Les résultats de la posturographie et de la locométrie n'ont pas objectivé d'amélioration avec le tee-shirt céramique comparé au tee-shirt placebo. Cependant, pour le dernier test, nous avons montré une amélioration secondaire au port d'un tee-shirt, quel qu'il soit ($p < 0{,}05$).

Conclusion : Nous avons montré une amélioration significative de l'équilibre liée au port de ce tee-shirt comportant des fibres céramiques en utilisant le test de Tinetti. De nouvelles études sont indispensables pour confirmer ces résultats et étudier les mécanismes par lesquels ces fibres ont un effet sur l'équilibre.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O4-7

Une prise en charge postopératoire précoce en unité gériatrique dédiée améliore le pronostic des patients âgés admis avec une fracture du col du fémur

J. Boddaert[1,*], J. Cohen-Bittan[1], F. Khiami[2], Y. Le Manach[3], M. Raux[4], J.-Y. Beinis[5], M. Verny[6], B. Riou[7]
[1]*Unité périopératoire gériatrique, AP–HP et UPMC Paris-VI, Paris, France*
[2]*Orthopédie, AP–HP et UPMC Paris-VI, Paris, France*
[3]*Anesthesia & Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University., Hamilton, Canada*
[4]*Anesthésie, AP–HP et UPMC Paris-VI, Paris, France*
[5]*Réhabilitation, AP–HP et UPMC Paris-VI, Ivry-sur-Seine, France*
[6]*Gériatrie, AP–HP et UPMC Paris-VI, Paris, France*
[7]*Service d'accueil des urgences, AP–HP et UPMC Paris-VI, Paris, France*

Introduction : Les risques liés à la période périopératoire évoluent avec l'âge, et le poids des comorbidités devient un facteur pronostique essentiel chez les patients âgés. Or, la gestion des comorbidités relève dans cette population de l'expertise gériatrique, suggérant un rôle des gériatres dans la gestion des patients âgés comorbides en période périopératoire. La prise en charge orthogériatrique des fractures de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) est un modèle rapporté dans la littérature, avec des résultats variables et sans expérience française publiée auparavant. Le bénéfice de ce type de prise en charge sur la mortalité demeure discuté.

Objectifs : Nous avons émis l'hypothèse qu'une prise en charge reposant essentiellement sur l'expertise gériatrique dans le postopératoire de patients admis pour une FESF pouvait améliorer le pronostic.

Méthodes : Sur une période de six ans (2006–2011), nous avons comparé les patients âgés (> 75 ans) admis pour une FESF prise en charge en orthopédie vs en gériatrie (admission en unité périopératoire gériatrique [UPOG] en postopératoire immédiat) dans le cadre d'une analyse de type *time series* correspondant à la création de l'unité dédiée UPOG (juin 2009). Le critère principal était la mortalité à six mois. Les comorbidités étaient évaluées en utilisant le CIRS. Chaque cohorte a ensuite été comparée à la base nationale PMSI (2010, $n = 51,275$) dans le cadre d'une étude cas témoin (ratio : 5/1) pour valider les résultats observés.

Résultats : Cent trente et un patients ont été inclus dans la cohorte orthopédique et 203 dans la cohorte gériatrique. Les comorbidités étaient plus fréquentes dans la cohorte gériatrique (médiane CIRS : 8 vs 5, $p < 0,001$). Dans la cohorte gériatrique, la proportion de patients présentant une escarre diminuait (9 vs 33 %, $p < 0,001$) ainsi celle des patients traités par contention physique (0,5 vs 15 %, $p < 0,001$) ou qui n'avaient jamais remarché (6 vs 22 %, $p < 0,001$). À six mois, les réadmissions (14 vs 29 %, $p = 0,007$) et la mortalité (15 versus 24 %, $p = 0,04$) étaient diminuées. Quand les comorbidités étaient prises en compte, le *risk ratio* de décès à six mois était diminué (0,43, IC 95 % : 0,25 à 0,73, $p = 0,002$). Utilisant la cohorte cas témoin, l'effet du traitement associé à la cohorte gériatrique indiquait une réduction de la mortalité intrahospitalière (–63 % ; IC 95 % : –92 % à –6 %, $p = 0,006$).

Conclusion : Une admission précoce en unité gériatrique dédiée de type UPOG améliore la morbidité et la mortalité à six mois chez les patients admis pour une FESF. Une étude multicentrique doit être mise en place pour confirmer ces résultats.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O4-8

État confusionnel aigu et mortalité à trois mois parmi des sujets âgés opérés d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur

A. Courau - Horn[1,2,*], J.-B. Beuscart[1], C. Gaxatte[1], C. Chantelot[1], F. Puisieux[1]
[1]*CHRU de Lille, Lille, France*
[2]*CHA, Armentières, France*

Introduction : La fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les sujets de plus de 70 ans est un événement fréquent (77 300 cas par an en France) avec des conséquences graves. Son traitement chirurgical est souvent associé à la survenue d'un état confusionnel aigu.

Objectifs : L'objectif de notre étude est d'analyser l'association entre la survenue d'un état confusionnel aigu en phase pré- et postopératoire immédiate et la mortalité à trois mois parmi des patients opérés de fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

Méthodes : Notre étude, prospective et observationnelle, réalisée en partenariat avec les services de gériatrie et de traumatologie de notre hôpital, a eu lieu entre le 15 mai 2012 et le 15 mai 2013. La confusion était dépistée en phase préopératoire à l'aide de la version traduite de la Confusion Assessement Method (CAM) ainsi qu'en postopératoire immédiat. Les critères d'inclusion étaient un âge supérieur à 70 ans, avoir été opéré d'une fracture cervicale vraie ou pertrochantérienne en urgence et avoir bénéficié d'une évaluation gériatrique standardisée. Les critères d'exclusion étaient une marche de cinq pas irréalisable avant la fracture, un statut démentiel connu avec MMSE inférieur à 14/30 avant le geste opératoire, l'absence d'informations sur le statut fonctionnel antérieur. Un rappel à trois mois était systématiquement effectué pour évaluer par l'échelle ADL le statut fonctionnel des patients et recenser les patients décédés. Nous avons analysé l'association entre le décès à trois mois et la survenue d'un syndrome confusionnel à l'aide d'un modèle de régression logistique multivarié. La variable dépendante était le décès à trois mois. L'analyse a été répétée quatre fois selon que le syndrome confusionnel était déterminé par une CAM positive en préopératoire uniquement, en postopératoire uniquement, en pré- et postopératoire.

Résultats : Parmi 102 patients inclus, 48 (soit 47 %) ont présenté un syndrome confusionnel soit en préopératoire, soit en postopératoire. L'analyse en multivariée montrait que la confusion en phase pré- et en phase postopératoire augmentait le risque de mortalité à trois mois (OR = 6,09 [1,48–30,71] ($p = 0,01$).

De plus, en analyse univariée, la confusion était associée au déclin de statut fonctionnel à trois mois (OR = 4,2 [1,42–13,74] ($p = 0,012$).

Tableau 1. Analyse multivariée du lien entre caractéristiques des patients et mortalité à trois mois

	OR	IC 95 %	*p*
Prise d'anticoagulants	8,44	[1,98–38,58]	0,003
CAM préopératoire positive	4,64	[1,14–23,25]	0,04
CAM postopératoire positive	5,54	[1,26–38,6]	0,04
CAM pré- et postopératoire positive	6,09	[1,48–30,71]	0,01

Conclusion : La survenue d'un état confusionnel aigu en phase pré- ou postopératoire immédiate augmente significativement le risque de mortalité à trois mois parmi les sujets âgés de plus de 70 ans fracturés de l'extrémité supérieure du fémur.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O4-9

Vertébroplastie en gériatrie : oui, c'est possible !

D. Fischer[1,*], G. De Guio[2], G. Kaltenbach[3], V. Egber[2], S. Dimitrov[4]
[1]*Bas-Rhin, service de soins palliatifs, clinique de la Toussaint, Strasbourg, France*
[2]*Bas-Rhin, service de gériatrie, clinique Sainte-Barbe, Strasbourg, France*
[3]*Bas-Rhin, service de gériatrie, hôpital de la Robertsau, Strasbourg, France*
[4]*Bas-Rhin, service de soins de suite et réadaptation, clinique de la Toussaint, Strasbourg, France*

Introduction : Les fractures vertébrales ostéoporotiques sont à l'origine d'une morbimortalité importante. Il est admis que la vertébroplastie percutanée (VP) peut être proposée en cas de fractures résistant au traitement conventionnel associant repos et antalgiques après trois semaines.

Objectifs : L'objectif principal de ce travail rétrospectif était de décrire une population gériatrique hospitalisée en court séjour présentant un tassement vertébral ostéoporotique. Le groupe ayant bénéficié d'une VP a été comparé au groupe traité par traitement conventionnel afin de décrire les facteurs influençant la prise de décision de réaliser le geste, de comparer le bénéfice en termes de douleur et d'apprécier la durée du parcours hospitalier incluant éventuellement un séjour en soins de suite et de réadaptation.

Méthodes : Nous avons relevé les caractéristiques de 38 patients consécutifs, admis en service de court séjour gériatrique, atteints d'une ou plusieurs fracture(s) vertébrale(s) ostéoporotique(s) récente(s) et ayant ou non bénéficié d'une VP. La consommation d'antalgiques a été relevée à l'entrée et à la sortie du parcours hospitalier.

Résultats : La VP a été réalisée dans un délai moyen de 28 jours chez 16 patients âgés en moyenne de 84 ans (extrême à 94 ans) et considérés en moyenne comme « fragiles » selon la grille SEGA. Une autonomie réduite, une atteinte parfois importante des fonctions cognitives (score MMSE minimal à 16/30), de même que des scores de comorbidités élevés n'ont pas contre-indiqué le geste. 68,8 % avaient une seule fracture vertébrale récente diagnostiquée par couplage radiographie–IRM. La VP a permis de traiter un seul niveau vertébral dans 62,5 % des cas, mais il a été traité jusqu'à quatre niveaux simultanément. La consommation d'antalgiques de palier 3 de l'OMS à la sortie est diminuée comparativement au traitement conventionnel. Aucune complication à court terme n'a été relevée dans notre série. 81,4 % des patients sont rentrés à domicile, directement ou en transitant par un service de rééducation. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes, hormis des comorbidités moindres pour le score CIRS-G et une durée moyenne de séjour plus longue dans le groupe ayant bénéficié d'une VP.

Conclusion : La VP est une technique peu invasive, efficace et sûre. Elle peut s'envisager pour tous les profils de patients, même très âgés, fragiles, présentant des troubles cognitifs et/ou une autonomie réduite. Seuls le niveau de comorbidités élevé et le soulagement de la douleur sous traitement conventionnel ont conduit à récuser le geste. La bonne coordination entre radiologue, anesthésiste et gériatres de la filière gériatrique constitue un facteur important de réussite. Le délai de référence de trois semaines recommandé avant d'envisager une VP pourrait être révisé à la baisse pour les malades âgés fragiles, compte tenu des risques du traitement conventionnel chez le sujet âgé en termes de complications de décubitus et de perte d'autonomie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:34-38
DOI 10.1007/s12612-013-0323-4

O5 - Thérapeutique en gériatrie

© Springer-Verlag France 2013

O5-1
Analyse quantitative et qualitative des consommations de médicaments des Français âgés en 2011

O. Saint-Jean[1,*], E. Lenain[2], J. Huon[3], B. Sabatier[3], G. Chatellier[4]
[1]*Service de gériatrie HEGP, université Paris-Descartes, France*
[2]*Épidémiologie HEGP, France*
[3]*Pharmacie HEGP, France*
[4]*Université Paris-Descartes, épidémiologie HEGP, Paris, France*

Introduction : Les données concernant les consommations de médicaments des sujets âgés en France sont anciennes (2000) ou partielles (cohortes), bien qu'ils en soient les plus gros utilisateurs.

Objectifs : Une actualisation de ces données est indispensable alors que les recommandations professionnelles et l'offre de médicaments changent.

Méthodes : Nous rapportons l'analyse quantitative et qualitative des médicaments remboursés en 2011 par l'assurance maladie en fonction de l'âge. Celle-ci se fonde sur l'échantillon généraliste des bénéficiaires, échantillon de 594 317 personnes, représentatif au 97° de la population française (âge, sexe, morbidité). Sont ainsi colligés tous les médicaments prescrits et remboursés par les assurances maladies françaises. Les consommations sont analysées par mois et par trimestre. Compte tenu des modes de remboursement, l'unité d'étude est le trimestre. L'analyse porte sur le quatrième trimestre de l'année 2011.

Résultats : L'effectif des 80 ans et plus est supérieur à 32 000 sujets. Le taux de consommants est entre 70 et 90 ans, proche de 90 %, pour décroître par la suite. Le nombre moyen de médicaments est de 5 (IC 95 % : [3–8]) avant 80 ans et de 10 (IC 95 % : 7–10) après. Cette polymédication se répartit chez un même patient dans une médiane de cinq classes ATC différentes. Au sein d'une même classe ATC, les profils de polyprescription varient suivant l'âge et la classe considérée. Le taux de patients consommant plus de cinq médicaments est supérieur à 80 % entre 80 et 90 ans et est de 85 % au-delà. Parmi les 30 médicaments les plus consommés par les plus de 80 ans, on observe un primat des antalgiques, des médicaments cardiovasculaires et des anticoagulants. Cette liste est profondément différente de celle observée précédemment. La comparaison avec les rares données internationales montre que les Français âgés se voient prescrire presque deux fois plus de médicaments.

Conclusion : Ces données montrent le très haut degré de polymédication des malades âgés en France. Bien que celle-ci soit explicable en partie par la polypathologie fréquente au grand âge, nos résultats laissent deviner une utilisation excessive de médicaments qu'aucune donnée épidémiologique ou recommandation de bonne pratique clinique ne légitimeraient. De fait, une majorité écrasante de malades âgés est exposée à des risques iatrogènes sans certitude de bénéfices thérapeutiques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O5-2
Prévalence et typologie des prescriptions médicamenteuses inappropriées chez la personne âgée : à propos d'une étude portant sur 268 patients hospitalisés

L. Decoudu, B. Marquant*, J. Zmudka, J.-M. Serot, P. Jouanny
Médecine gériatrique, CHU d'Amiens, Amiens, France

Introduction : La iatrogénie médicamenteuse est fréquente en gériatrie. Certaines thérapeutiques ont un rapport bénéfice/risque défavorable ou une efficacité douteuse par rapport à d'autres traitements plus sûrs. La liste des traitements inappropriés aux personnes âgées proposée par Beers a été adaptée à la pharmacopée française par Laroche et al. en 2009.

Objectifs : Évaluer l'adéquation des prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées hospitalisées aux critères de Beers/Laroche.

Méthodes : Analyse descriptive transversale de 20 patients âgés de plus de 75 ans dans chaque unité de gériatrie aiguë et de SSR gériatrique, selon les critères de Beers/Laroche. La même étude a été réalisée pour 24 patients dans chaque service recevant le plus de personnes âgées à l'hôpital : orthopédie, cardiologie A et B, polyclinique posturgence Nord et Sud, médecine interne, hépatogastroentérologie et neurologie. Les patients tirés au sort devaient avoir été hospitalisés plus de trois jours. L'analyse a porté sur l'ordonnance d'entrée (traitement à domicile) et celle de sortie. Dans les unités de gériatrie, une évaluation gérontologique a été réalisée portant sur la recherche de polypathologie (score de Charlson), dénutrition (mini-MNA), risque de chute (TSU), troubles cognitifs (MMS) et perte d'autonomie (ADL) pour apprécier les déterminants de la prescription médicamenteuse inappropriée.

Résultats : Deux cent soixante-huit patients âgés ont été inclus (80 en gériatrie et 188 dans les autres services). Ce travail a permis de mettre en évidence la forte prévalence de la prescription inappropriée des benzodiazépines et apparentés, en particulier chez le sujet dément. Un nombre important de médicaments à la sortie est corrélé à la prescription de molécules potentiellement inappropriées. Les patients polypathologiques, déments, dénutris présentent un risque plus grand de se voir prescrire de manière inappropriée des benzodiazépines ou apparentés. Le manque d'évaluation gériatrique, en particulier le MMS, dans les services entraîne une sous-évaluation du nombre de patients déments et donc de la iatrogénie.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

Conclusion : En dehors de la gériatrie, les prescripteurs sont peu informés sur les prescriptions potentiellement inappropriées chez le sujet âgé. La mise à disposition de recommandations ciblées pour chaque service pourrait améliorer la prescription inappropriée à la sortie de l'hôpital.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O5-3
Consommation d'antalgiques en EHPAD : étude observationnelle sur 99 EHPAD

P. Malfuson Clot-Faybesse[1,*], F. Bertin-Hugault[2,3], C. Blochet[4], P. Rat[5], S. Bonin-Guillaume[6,7]
[1]*EHPAD Korian-Les-Parents, Marseille, France*
[2]*Groupe Korian, institut du Bien-Vieillir Korian, Paris, France*
[3]*Service de gériatrie neurocardiovasculaire, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France*
[4]*Medissimo, Poissy, France*
[5]*CLUD Nord, Assistance publique–Hôpitaux de Marseille, France*
[6]*Service de médecine interne gériatrie, Assistance publique–Hôpitaux de Marseille, France*
[7]*Aix-Marseille université, UMR-CNRS7289, Marseille, France*

Introduction : La littérature propose peu d'études sur la consommation d'antalgiques chez le sujet âgé en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Objectifs : Évaluer quantitativement et qualitativement la consommation de médicaments antalgiques en EHPAD sur l'année 2012.

Méthodes : Cette étude multicentrique, descriptive, rétrospective et observationnelle porte sur les résidents des EHPAD du groupe Korian en France utilisant le système Medissimo et ayant bénéficié de la prescription d'au moins un traitement à visée antalgique entre le 1er janvier et le 31 décembre 2012. *Critères d'inclusion :* tous les résidents des EHPAD du groupe Korian en France utilisant le système Medissimo (99 EHPAD sur 131). *Critères d'exclusion :* les résidents des EHPAD du groupe Korian ne bénéficiant pas du système Medissimo. Nous avons utilisé les données du système Medissimo qui est un système sécurisé de suivi du médicament. Nous n'avons donc pas d'information sur l'état clinique des résidents. *Nature des variables :* la dénomination commune internationale (DCI), le nombre d'unités de prise et le moment des prises d'antalgiques, la durée de prescription, les paliers antalgiques définis selon les critères de l'OMS, la forme galénique et la posologie des antalgiques. Dans notre étude, une durée de prescription supérieure ou égale à 28 jours est considérée chronique et une durée de prescription inférieure à 28 jours est considérée brève. Les tests statistiques standard (test du Chi^2–comparaison de moyennes) ont été utilisés.

Résultats : La population générale de l'étude est de 10 818 résidents uniques répartis sur 2 358 591 jours de présence (moyenne = 7,5 mois/résident). Soixante-deux pour cent (6 652 résidents) ont consommé au moins un traitement antalgique, ce qui représente 37 114 ordonnances. Cinquante et un pour cent (5 515 résidents) de façon chronique dont 25 % (2 709 résidents) de façon à la fois chronique et aiguë. La population sous antalgiques prend en moyenne 2,20 unités de prise et en moyenne 2,87 fois par jour. La prescription chronique représente 81 % des ordonnances d'antalgiques (soit 29 970) : 68 % sont des paliers 1, 13 % des paliers 2, 9 % des paliers 1 + 2 et 5 % des paliers 3. Ce sont donc des prescriptions en monoprincipe actif dans 85 % des cas ; s'il y a une association, c'est un palier 1 + 2 dans plus de 50 % des cas. En moyenne, les moments de prises sont répartis sur 2,9 prises par jour. La forme galénique prescrite est quasi exclusivement en gélules et en comprimés (88 %). Le patch représente seulement 4 % des ordonnances chroniques totales, mais 71 % des antalgiques de palier 3. Les prescriptions brèves représentent 19 % des ordonnances d'antalgiques (soit 7 144) : 57 % sont des paliers 1, 20 % sont des paliers 3, 16 % sont des paliers 2 et 6 % sont des paliers 1 + 2. Ce sont donc des prescriptions en monoprincipe actif dans 93 % des cas. La durée moyenne de prescription est de 12,5 jours. On retrouve 18 DCI prescrites en EHPAD. Le paracétamol représente 84 % des prescriptions chroniques, en monothérapie dans 90 % des cas, en posologie variable dans 74 % des cas, à la dose de 3 g/j pour 59 % des prescriptions à posologie fixe. Le tramadol représente 14 % des prescriptions chroniques, en monothérapie dans 50 % des cas, à une posologie entre 100 et 200 mg/j dans 67 % des cas.

Conclusion : Les résidents en EHPAD sont de gros consommateurs d'antalgiques, souvent de façon chronique. Le paracétamol est la molécule de référence. Elle est majoritairement prescrite en monoprincipe actif, en posologie variable, à la dose recommandée par la nomenclature de la HAS chez le sujet âgé de 3 g/j pour la plupart des prescriptions à posologie fixe.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O5-4
Prévalence et déterminants de l'hémorragie sévère sous antiagrégants plaquettaires chez les patients de plus de 80 ans

F. Labourée*, C. Boully, C. Verbecq, P.-L. Avenet, Y. Boudali, H. Lenoir, V. Gautier, O. Hanon
Hôpital Broca, Paris, France

Introduction : Les antiagrégants plaquettaires sont fréquemment prescrits chez les patients âgés. Le risque hémorragique augmente avec l'âge, et ses déterminants sont mal connus chez les sujets polypathologiques âgés de plus de 80 ans.

Objectifs : Déterminer la prévalence des accidents hémorragiques sous antiagrégants plaquettaires chez des sujets polypathologiques de plus de 80 ans et analyser les déterminants du risque hémorragique.

Méthodes : Dans cette étude observationnelle et longitudinale, le suivi à un an des événements hémorragiques a été réalisé. Les patients de plus de 80 ans traités par antiagrégants plaquettaires ont été inclus de façon consécutive entre mars 2011 et février 2012 à l'hôpital Broca dans les services de court séjour ou de soins de suite. Le suivi consistait à une enquête téléphonique auprès du médecin traitant et/ou des patients ou de leur entourage à 6 et 12 mois après la sortie de l'hospitalisation. Les hémorragies graves (saignement ayant nécessité une hospitalisation) ont été recueillies.

Résultats : Deux cent trente-six patients consécutifs ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 87 ± 6 ans, et 53 % (n = 128) étaient des femmes ; 80 % des patients prenaient de l'aspirine, 20 % du Plavix®. Les indications des antiagrégants étaient à 40 % pour cardiopathie ischémique, 27 % pour AVC, 35 % pour ACFA et 14 % pour artériopathie oblitérante des membres inférieurs. La prévalence des hémorragies graves à un an sous antiagrégants plaquettaires a été de 17 %. La prévalence des décès à un an était de 33 %. L'analyse multivariée ajustée sur les facteurs confondants indique que les déterminants du risque hémorragique étaient un antécédent d'hémorragie (RR [IC 95 %] = 5,329 [2,073–13,701] ; p = 0,0005), un faible poids (RR [IC 95 %] = 0,343 [0,148–0,793] ; p = 0,001),

un faible taux d'hémoglobine à l'entrée (RR [IC 95 %] = 0,696 [0,543–0,893] ; p = 0,004).

Conclusion : Dans cette population de sujets très âgés polypathologiques hospitalisés en gériatrie, le risque hémorragique à un an sous antiagrégants apparaît important. Les principaux facteurs de risque hémorragique dans cette population sont un faible poids, un taux d'hémoglobine bas et un antécédent d'hémorragie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O5-5
Prévalence et déterminants de l'hyponatrémie chez des sujets âgés hospitalisés en gériatrie aiguë

C. Boully*, M. Plichart, L. Caillard, F. Labourée, G. Orvoen, N. Schwald, S. Chauvelier, O. Hanon
Hôpital Broca, Paris, France

Introduction : L'hyponatrémie représente un facteur pronostique péjoratif chez le sujet âgé. Sa prévalence reste mal connue dans la population gériatrique âgée de plus de 80 ans.

Objectifs : L'objectif principal de notre étude est d'estimer sa prévalence et d'étudier ses déterminants dans une population de patients âgés de plus de 80 ans, hospitalisés dans une unité de gériatrie aiguë sur une période de deux ans.

Méthodes : Cinq cents patients consécutifs âgés de plus de 80 ans ont été inclus dans l'étude, à l'hôpital Broca, entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2011. Pour chaque patient inclus, les données démographiques, cliniques et les données biologiques ont été collectées. L'hyponatrémie a été définie pour une natrémie inférieure ou égale à 135 mmol/l sur le bilan d'entrée. Secondairement, les hyponatrémies ont été classées en hyponatrémie de dilution et de déplétion. La prévalence de l'hyponatrémie et ses déterminants ont été recherchés. La relation entre l'hyponatrémie et la mortalité intrahospitalière a été analysée.

Résultats : Cinq cents patients ont été inclus, de moyenne d'âge 86,8 ans (6,5), dont 72,1 % de femmes. La natrémie moyenne était de 139,3 mmol/l (6,15). Les principales pathologies étaient la démence (51,6 %), la chute (48,6 %), l'ACFA (31 %), l'insuffisance cardiaque (28,6 %). La prévalence de l'hyponatrémie dans notre population était de 18 %, dont 47,8 % d'hyponatrémie de déplétion, 30 % de dilution et 22,2 % d'hyponatrémie isolée. Après ajustement sur les facteurs confondants (pression artérielle, prise de diurétique, prise de somnifère, prise d'IPP, démence, cancer, nombre de traitements) ainsi que sur l'âge et le sexe, les déterminants de l'hyponatrémie étaient la présence d'une pathologie néoplasique (OR [IC 95 %] = 1,77 [1,06–2,97]) et la prise de diurétiques (OR : [IC 95 %] = 1,72 [1,04–2,85]). Le nombre de patients décédés était de 33, soit 6,6 % (n = 500). Une augmentation significative de la mortalité est observée en cas d'hyponatrémie après ajustement sur le sexe et l'âge (OR [IC 95 %] = 2,19 [1,00–4,82]).

Conclusion : Chez les patients âgés de plus de 80 ans, l'hyponatrémie est un trouble hydroélectrolytique fréquent (18 %) en situation de décompensation aiguë. Les principaux déterminants à rechercher sont la présence d'une pathologie néoplasique et la consommation de diurétiques. Nos résultats indiquent que l'hyponatrémie est associée significativement à la mortalité hospitalière conduisant à considérer l'hyponatrémie comme un facteur de vulnérabilité important chez le sujet très âgé polypathologique.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O5-6
Améliorer la prise en charge médicamenteuse dans un service de gérontologie : recueil et analyse des médicaments non administrés

E. Schocher[1,*], T. Le Marec[1], V. Falabregues[1], A. Jacob[1], F. Iskra[1], V. Ducasse[2], V. Bloch[1], A. Teixeira[2], H. Barreteau[1]
[1]*Pharmacie*
[2]*Service de gériatrie, AP–HP, GH Lariboisière – Fernand-Widal, Paris, France*

Introduction : L'arrêté du 6 avril 2011 matérialise l'engagement d'améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Dans ce cadre, la délivrance individuelle nominative des médicaments (DIN) a été généralisée au sein de l'hôpital. Elle renforce la sécurisation du circuit des médicaments jusqu'au patient.

Objectifs : Cependant, il a été observé qu'un certain nombre de médicaments prescrits ne sont pas administrés. Une étude a donc été mise en place afin de recueillir et d'analyser les retours de médicaments non administrés des chariots de DIN des services de long séjour et de SSR de gérontologie.

Méthodes : Le critère d'inclusion des sujets est l'âge (≥ 65 ans). La dispensation des médicaments est réalisée à l'aide de chariot composé de tiroirs individualisés et nominatifs. Durant 15 jours, à chaque retour de chariot, nous avons comptabilisé les médicaments non administrés dans les tiroirs des patients. Chaque retour de médicament a été comparé avec la prescription initiale et le suivi d'administration des dossiers infirmiers. Les patients ayant des troubles de la déglutition ou encore ceux refusant de prendre leur traitement ont été identifiés. Les médicaments ont été catégorisés en fonction de leur classe pharmacologique et de leur caractère conditionnel ou non. Treize causes de non-administrations ont été identifiées et classées en deux groupes. Celles qui respectent la prescription médicale (arrêt, modification du traitement, condition respectée, sortie du patient, permission patient, excédent dispensation, erreur de préparation, réclamation infirmière) et celles qui ne la respectent pas (refus du patient, trouble de la déglutition, examen nécessitant le jeûne, oubli, décision infirmière, non identifiée).

Résultats : Au total, 140 patients ont été inclus dans l'étude. Le nombre moyen de spécialités prescrites par patient et par jour est de 5,07 spécialités. Le nombre moyen de spécialités retournées par nombre de jours de dispensation et par patient est de 0,56 spécialité. Au total, 40 patients présentent des troubles de la déglutition et huit refusent de prendre leur traitement. La part de la non-administration des médicaments représente 4,45 % des unités dispensées et 9,22 % des spécialités dispensées. Un profil patient à risque de non-administration a été défini. Plus le nombre de médicaments prescrits augmente, plus le risque de non-administration médicamenteuse est important. La durée d'hospitalisation majore ce risque. Au total, 30 % des retours sont non identifiés. Les principales causes de retours identifiées sont : prescriptions conditionnelles (26 %), excédents de dispensation (19 %), refus patients (9 %), arrêts, modifications et suspension de traitement (7 %), troubles de la déglutition (5 %).

Conclusion : La part des médicaments non administrés est faible, cependant 30 % des causes restent non identifiées d'où la nécessité d'informer les prescripteurs. De plus lorsqu'elles sont connues, des mesures correctives sont mises en place. Concernant les troubles de la déglutition, une mention « écraser les comprimés » dans le logiciel de prescription a permis l'identification par la pharmacie des patients nécessitant une modification de la forme galénique des médicaments. Un livret de bon usage des formes sèches de l'hôpital a été rédigé et diffusé. Cette étude s'inscrit dans une dynamique d'amélioration du processus qualité.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O5-7

Programme d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse de la filière gérontologique « Annecy-Rumilly-Saint-Julien-Gex » : résultats de l'audit et axes d'amélioration

E. Pineau-Blondel[1], A.-L. Betegnie[1], J.-P. Kuhn[2], F. Bellifa[3], P. Cony-Makhoul[1], D. Dorez[4], B. Moheb[4], P. Valencon[5], M. Debray[1,*]

[1]*Centre hospitalier de la région d'Annecy, Annecy, France*
[2]*Filière gérontologique de territoire Annecy-Rumilly-Saint-Julien-Gex, Annecy, France*
[3]*Établissement public intercommunal d'Annecy, Annecy, France*
[4]*Centre hospitalier de la région d'Annecy, Annecy, France*
[5]*ARS-Rhône-Alpes, Annecy, France*

Introduction : La prévention des accidents iatrogéniques survenant chez le sujet âgé à domicile ou en institution passe par une maîtrise des étapes de la prise en charge médicamenteuse du patient. Le projet d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé de la filière gérontologique de territoire « Annecy-Rumilly-Saint-Julien-Gex », initié en 2012, soutenu par l'ARS, associe un versant sanitaire porté par les quatre hôpitaux de la communauté hospitalière de territoire (CHT) et un versant médicosocial concernant les EHPAD de la filière. Nous présentons ici les résultats de la première phase de ce programme : audit et les axes d'amélioration proposés.

Objectifs : Évaluation du circuit du médicament dans les quatre hôpitaux de la CHT et les 31 EHPAD de la filière gérontologique.

Méthodes : Audit piloté par une pharmacienne clinicienne et un gériatre, coordonné par des groupes de travail multidisciplinaires. Population concernée : personnes de plus 75 ans résidant en EHPAD ou hospitalisées au sein de la CHT. Période d'audit : 2012. Évaluation de la conformité des différentes étapes du circuit du médicament, du mésusage médicamenteux, des consommations médicamenteuses, de l'adaptation de la prescription aux caractéristiques physiopathologiques des personnes âgées, de la qualité de la continuité de prise en charge entre l'hôpital et la ville.

Résultats : Versant hospitalier : audit réalisé dans chaque hôpital. Rapport d'audit présenté à la CME et dans les unités auditées permettant de dégager des axes d'amélioration. Pour le CHRA : huit unités d'hospitalisation ciblées. Période : décembre 2011–janvier 2012. Soixante-dix-sept dossiers audités. Soixante et un pour cent de femmes. Âge moyen : 82,69 ±4,92 ans. Ordonnance de sortie retrouvée : 83 %. CRH retrouvé : 98 %. Présence de médicament potentiellement inapproprié : 57 %. L'ordonnance : comporte une ou plusieurs interactions médicamenteuses parmi huit décrites comme étant les plus dangereuses : 49,4 % ; comprend les médicaments nécessaires à la prise en charge thérapeutique : 42 % ; comprend au maximum six principes actifs au long cours : 49,4 %. Estimation de la fonction rénale retrouvée : 1,3 % des cas. Posologies adaptées à la fonction rénale : 52 %. Le CRH renseigne les médicaments prescrits sur l'ordonnance d'entrée : 36,4 %. Indication thérapeutique pour chaque médicament renseignée dans le dossier : 28,6 %. Chaque modification thérapeutique par rapport au traitement d'entrée est justifiée dans le dossier : 16,3 %. Versant EHPAD : 25 EHPAD audités dont trois avec PUI. Six EHPAD non audités du fait de l'absence de médecin coordonnateur. Les résultats de l'audit ont été présentés à chaque EHPAD (circuit du médicament et prescription). Plan d'action : rédaction et communication d'outils sur le bon usage du médicament chez le sujet âgé, séances pluridisciplinaires de relecture d'ordonnance (confère communication). Développement de la pharmacie clinique. Mise en place de plan d'action individualisée pour chaque EHPAD.

Conclusion : L'audit de la prescription médicamenteuse et du circuit du médicament a été réalisé sur les EHPAD et les hôpitaux d'un large territoire gérontologique (400 000 habitants). Le plan d'action permet de sensibiliser les gériatres mais aussi les prescripteurs spécialistes hospitaliers, les médecins traitants et les pharmaciens d'officine impliqués dans les séances pluridisciplinaires de relecture d'ordonnance. La filière gérontologique de territoire apparaît comme une plateforme favorisant la mise en place d'actions qualités transversales associant milieux médicosocial et sanitaire.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O5-8

Décisions de limitation ou d'arrêts thérapeutiques dans une unité du service de court séjour gériatrique du CHU de Reims : étude rétrospective de 38 dossiers sur une période de 18 mois

S. Colas[1,*], M. Drame[2], J. L. Novella[1,3]

[1]*Service de gériatrie aiguë et de médecine interne, CHU de Reims, Reims, France*
[2]*Unité d'aide méthodologique, pôle recherche et innovations, CHU de Reims, Reims, France*
[3]*EA 3797, UFR médecine, Reims, France*

Introduction : La loi dite Leonetti nous conduit à réfléchir sur ce que l'on appelle maintenant l'obstination déraisonnable encore appelée acharnement thérapeutique. Cette question se pose dans nos services de court séjour gériatrique.

Objectifs : Décrire les dossiers de patients ayant fait l'objet d'une décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique dans le cadre de la loi Leonetti.

Méthodes : Trente-huit dossiers étudiés sur une période de 18 mois, dans le service de court séjour gériatrique du CHU de Reims, pour lesquels une décision d'arrêt de traitement était envisagée et pour lesquels une réunion collégiale a été organisée. Ont été recueillies des données sociodémographiques et médicales, ainsi que les caractéristiques de la réunion en elle-même.

Résultats : Au total, 38 dossiers de patients hospitalisés (âge moyen : 87,3 ± 7,4 ans) ont été étudiés. Les principaux motifs d'hospitalisation étaient les maladies neurodégénératives ($n = 9$), les AVC ($n = 8$), les maladies infectieuses ($n = 9$) et les néoplasies ($n = 8$). Tous étaient en grande dépendance. Aucun ne relevait des soins palliatifs. Aucune directive anticipée écrite n'a été retrouvée. Des troubles cognitifs sévères étaient présents ($n = 26$). La réunion collégiale a été demandée par un médecin ($n = 34$) ou la famille ($n = 1$). Les motifs étaient essentiellement des troubles de la déglutition sévère ($n = 22$) ou une altération sévère de l'état général ($n = 15$). La décision a été d'arrêter toute thérapeutique dans 35 cas. Le délai moyen pour tenir une réunion était de 19,6 ± 13,9 jours. Le devenir était le décès ($n = 19$), le retour à domicile ($n = 8$), le transfert en soins palliatifs ($n = 9$) ou en SSR gériatrique ($n = 2$).

Conclusion : Lorsque des traitements apparaissent inutiles ou disproportionnés chez un malade hors d'état d'exprimer sa volonté en phase avancée ou terminale d'une affection incurable, une procédure collégiale doit être déclenchée. Chaque situation est unique, et la décision repose sur un questionnement éthique. La séparation entre schéma curatif et schéma palliatif est souvent floue.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O5-9
Les effets d'une supplémentation en vitamine D sur la force musculaire : une méta-analyse d'essais randomisés contrôlés

C. Beaudart[1,*], F. Buckinx[1], V. Rabenda[1], S. Gillain[2], E. Cavalier[3], J. Petermans[2], J.-Y. Reginster[1], O. Bruyere[1]
[1]*Santé publique, épidémiologie et économie de la santé, université de Liège, Liège, Belgique*
[2]*Service de gériatrie, CHU de Liège, Liège, Belgique*
[3]*Chimie médicale, CHU de Liège, Liège, Belgique*

Introduction : Il existe actuellement de plus en plus de données scientifiques suggérant que la vitamine D aurait des actions potentiellement intéressantes sur les tissus extrasquelettiques tels que les muscles. De plus, certaines études épidémiologiques évoquent une association entre une insuffisance en vitamine D et une faiblesse musculaire.

Objectifs : L'objectif de cette méta-analyse est de synthétiser les études ayant évalué les effets d'une supplémentation en vitamine D sur la force musculaire.

Méthodes : Une recherche systématique et exhaustive d'essais randomisés et contrôlés évaluant les effets d'une supplémentation en vitamine D sur la force musculaire et réalisés entre 1966 et février 2013 a été menée par deux *reviewers* indépendants (source : Medline, Cochrane Database of Systematics Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, recherche manuelle dans la littérature et lecture d'abstracts de congrès). Les critères d'inclusion comprenaient toute forme et toute dose de supplémentation en vitamine D, avec ou sans une supplémentation en calcium, comparée à un placebo ou à un groupe témoin. La qualité des études a été évaluée au moyen du score de Jadad.

Résultats : Sur les 214 articles potentiellement pertinents, un total de 19 études randomisées contrôlées comprenant 4 824 individus (âge moyen : 66,0 ans) ont répondu aux critères d'inclusion. Le score moyen de qualité pour l'ensemble des études s'élevait à 3,8/5 points. Les résultats démontrent un effet significativement positif d'une supplémentation en vitamine D sur la force musculaire globale avec une différence moyenne normalisée (SMD pour *standardized mean difference*) de 0,096 (IC 95 % = 0,007–0,184 ; $p = 0,034$). On ne note pas d'hétérogénéité significative entre les études ($Q = 23,6$; $p = 0,21$; $I^2 = 19,6$ %). Le test d'Egger ne montre pas de biais de publication ($p = 0,13$). En ce qui concerne les différents types de force musculaire, 13 études évaluent les effets d'une supplémentation en vitamine D sur la force de préhension et 15 sur la force des membres inférieurs. Les résultats ne semblent pas montrer d'effet significatif d'une supplémentation en vitamine D sur la force de préhension (SMD = 0,062 ; $p = 0,264$). Par contre, un effet significativement positif a été trouvé sur la force des membres inférieurs (SMD = 0,169 ; $p = 0,03$).

Conclusion : En se basant sur les études incluses dans cette méta-analyse, il semblerait qu'une supplémentation en vitamine D améliorerait la force musculaire, et plus spécifiquement, la force des membres inférieurs.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:39-43
DOI 10.1007/s12612-013-0324-z

O6 - Prise en charge gériatrique

© Springer-Verlag France 2013

O6-1
Association entre vitamine D et cognition chez le sujet âgé

L. Caillard*, J.-S. Vidal, C. Boully, E. Chaussade, E. Duron, H. Jailany, F. Bloch, O. Hanon
Hôpital Broca, Paris, France

Introduction : Des études récentes ont suggéré un rôle potentiel de la vitamine D sur le fonctionnement cognitif, via son métabolite actif, la 1,25-dihydroxyvitamine D3, présente dans les régions hippocampiques et le cervelet.

Objectifs : L'objectif de ce travail est de déterminer si la concentration sérique en 25(OH)D3 est associée à la cognition évaluée par le score au MMSE et le score au MIS (Memory Impairment Screen) dans une population de sujets âgés hospitalisés.

Méthodes : Une étude rétrospective a été conduite sur 108 patients hospitalisés en service de gériatrie aiguë et de soins de suite et de réadaptation, du 1er janvier au 1er avril 2012. Tous les patients inclus avaient un dosage de la 25(OH)D3 et une évaluation cognitive. Les sujets ont été répartis en quatre groupes selon la concentration en vitamine D (Q1 : < 10 ng/ml ; Q2 : 10–19 ng/ml ; Q3 : 20–29 ng/ml ; Q4 : ≥ 30 ng/ml). La relation entre la concentration en vitamine D et le score au MMS a été étudiée après ajustement sur les facteurs confondants : l'âge, le sexe, la supplémentation en vitamine D, le niveau socioprofessionnel, le poids, la taille et la pression artérielle.

Résultats : Les 108 sujets inclus dans l'étude avaient en moyenne 86,2 ans (± 6,3), et 66,7 % étaient des femmes. En analyse multivariée, le MMS apparaissait significativement associé à la concentration sérique en vitamine D : 19,8/30 dans la classe supérieure (Q4 : ≥ 30 ng/ml) versus 16,8/30 dans la classe inférieure (Q1 : < 10 ng/ml) ; $p = 0{,}006$. Plus le taux de vitamine D était élevé, meilleur était le score au MMS. Le score au MIS différé était significativement plus élevé lorsque la concentration en vitamine D était élevée : 5,50/8 dans la classe supérieure versus 3,59/8 dans la classe inférieure ; $p = 0{,}03$.

Conclusion : La vitamine D est associée, de manière positive et indépendante, au fonctionnement cognitif. Ces résultats ouvrent la voie à de nouveaux essais thérapeutiques étudiant l'effet d'une supplémentation en vitamine D sur les performances cognitives.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O6-2
Administration des antibiotiques par voie sous-cutanée (SC) en milieu gériatrique : enquête nationale de pratique

E. Forestier[1,*], C.C.-B. Roubaud[2], M. Paccalin[3], T. Fraisse[4], R. Gauzit[5], J. Gaillat[6], G. Gavazzi[1], On behalf of Intergroupe « Infectiologie du sujet âgé SPILF/SFGG »
and Intergroupe « Infectiologie du sujet âgé SPILF/SFGG »
[1]*Service des maladies infectieuses, centre hospitalier de Chambéry, Chambéry, France*
[2]*Clinique de gériatrie, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France*
[3]*Clinique de gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers, France*
[4]*Clinique de gériatrie, centre hospitalier Arles, Arles, France*
[5]*Clinique de réanimation, Hôtel-Dieu, AP–HP, Paris, France*
[6]*Service des maladies infectieuses, CHR d'Annecy, Annecy, France*

Introduction : En France, l'usage de la voie sous-cutanée (SC) est largement répandu en milieu gériatrique à la fois pour l'hydratation et pour l'administration de médicaments. Cependant, peu de données de pratique existent sur l'usage des antibiotiques.

Objectifs : Évaluer le type d'antibiotiques, la fréquence et les modalités d'utilisation de la voie SC pour l'administration d'antibiotiques par les gériatres en France.

Méthodes : Enquête déclarative réalisée en avril 2012 grâce à un questionnaire électronique envoyé par Internet aux gériatres et infectiologues abonnés aux groupes de discussion de la SFGG et de la SPILF.

Résultats : Nous ne rapportons ici que les données correspondant aux réponses des gériatres. Sur 289 gériatres (382 praticiens ayant répondu à l'enquête), 281 (97,2 %) renseignent administrer des antibiotiques par voie SC Cent quarante et un (50,2 %) utilisent la voie SC pour un à cinq patients par mois. La durée de traitement la plus couramment utilisée est de 4 à 14 jours (90,4 % des participants). En dehors de la ceftriaxone utilisée par tous, les aminosides, l'amoxicilline, l'ertapénème et la teicoplanine sont occasionnellement administrés par voie SC par respectivement 115 (40,9 %), 48 (17,1 %), 61 (21,7 %) et 75 (26,7 %) participants. Vingt-cinq (8,9 %) déclarent ne pas utiliser la voie SC sans avoir réalisé préalablement un début de traitement par voie intraveineuse. La douleur est le principal effet indésirable décrit (68,3 % des participants). Un manque d'efficacité et une nécrose cutanée sont également notés par 19,9 % et 13,2 % des participants. Le recours à la voie SC se justifie principalement en alternative aux voies orale, intraveineuse et intramusculaire, lorsque celles-ci ne sont pas utilisables.

Conclusion : La voie SC est couramment utilisée pour l'administration d'antibiotiques par les gériatres en France. Si cette pratique semble justifiée, efficace et relativement sûre avec la ceftriaxone et

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

l'amoxicilline dans certaines circonstances, elle paraît beaucoup plus critiquable avec les aminosides compte tenu des exigences pharmacocinétiques et pharmacodynamiques nécessaires à leur efficacité. Par ailleurs, la fréquence d'utilisation d'antibiotiques n'ayant pas d'AMM pour la voie SC impose d'obtenir des données d'efficacité et de sécurité à ce jour quasi inexistantes dans la littérature médicale pour ces molécules. Une étude prospective sera prochainement réalisée dans ce but.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O6-3
Évaluation de la pertinence des admissions en urgence des personnes âgées de plus de 80 ans dans huit CHU français

O. Saint-Jean[1], E. Lenain[1], G. Chatellier[1], C. Lazarovici[2], E. Menand[1,*], D. Somme[3]
[1]*AP–HP, HEGP, France*
[2]*AP–HP–Paul-Brousse, Paris, France*
[3]*Gériatrie, Rennes, France*

Introduction : Parmi les personnes âgées susceptibles d'être admises aux urgences, celles qui présentent des troubles cognitifs semblent susceptibles d'être plus souvent hospitalisées de façon peu pertinente du fait de la difficulté à recueillir des éléments cliniques fiables et à organiser des solutions intermédiaires.

Objectifs : Devant cette constatation et le recours grandissant des personnes âgées aux systèmes d'urgence, l'objectif est d'évaluer la pertinence des admissions des personnes âgées de 80 ans, atteintes ou non de troubles cognitifs, en France. Secondairement ont été étudiés les facteurs de risque associés à ces admissions non pertinentes.

Méthodes : La pertinence des admissions a été évaluée par la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf). Cette étude épidémiologique, prospective, multicentrique, a été conduite au sein de huit CHU français sur deux périodes de quatre semaines non consécutives en 2010. Tous les patients, âgés de 80 ans et plus, admis dans un service hospitalier après un passage au SAU, ont été inclus dans l'étude. L'influence des variables indépendantes sur le risque de non-pertinence a été évaluée par un modèle de régression logistique.

Résultats : Sur les 1 577 admissions incluses dans l'étude, le taux d'admissions non pertinentes évalué selon les critères de l'outil AEPf est de 5,2 %, soit 82 admissions. Parmi celles-ci, 18 ont été jugées pertinentes par les médecins en charge. Le taux de non-pertinence des admissions s'élevait donc au total à 4,1 %, soit 64 admissions. En analyse multivariée, seuls l'existence de pathologies cardiaques (OR = 2,5 [1,4 ; 5,0]), de pathologies respiratoires (OR = 2,7 [1,2 ; 7,1]), d'un diagnostic explicite à l'admission (OR = 2,2 [1,2 ; 4,0]), le score APS (OR = 0,9 [0,7 ; 1,0]) influencent de façon significative la pertinence des admissions en urgence. A contrario, les chutes, les troubles de la marche, les déficits cognitifs anciens ou récents ou les troubles du comportement ne semblent pas corrélés à un taux de pertinence plus élevé.

Conclusion : Les admissions non pertinentes en urgence des personnes âgées sont peu fréquentes dans cette étude. Cependant, devant le vieillissement croissant de la population, des alternatives à l'admission aux urgences sont à envisager afin d'éviter un engorgement des services d'urgences.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O6-4
Information médicale délivrée aux patients âgés atteints de cancer

P. Caillet[1,*], E. Kempf[2], C. Tournigand[2], E. Liuu[1], B. Rousseau[2], A. Le Thuaut[3], S. Bastuji-Garin[3], E. Paillaud[1], F. Canoui-Poitrine[3], Elcapa Study Group
[1]*Médecine interne et gériatrie, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France*
[2]*Oncologie médicale, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France*
[3]*Santé publique, AP–HP, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France*

Introduction : L'information médicale délivrée aux patients âgés atteints de cancer est mal évaluée. Les données manquent sur la façon dont cette information est délivrée et comment les patients sont capables de la restituer.

Objectifs : L'objectif de l'étude était double : 1) évaluer le niveau de restitution de l'information médicale par des patients âgés de 70 ans et plus atteints de cancer, concernant le diagnostic et le projet thérapeutique proposé ; 2) rechercher les facteurs associés à un faible niveau de restitution de l'information.

Méthodes : De 2007 à 2012, les patients âgés 70 ans et plus atteints de cancer, référés à l'unité de coordination d'oncogériatrie de l'hôpital Henri-Mondor, ont été inclus dans la cohorte prospective ELCAPA (ELderly CAncer Patients). Lors de l'évaluation oncogériatrique, les patients étaient interrogés sur l'information qu'ils avaient reçue concernant le diagnostic de cancer et le projet thérapeutique. La variable étudiée était le niveau d'information restitué par le patient : complet (diagnostic et traitement), partiel (diagnostic ou traitement), aucune information restituée. L'analyse a été réalisée suivant une régression logistique.

Résultats : Sur 1 103 patients inclus, les données étaient disponibles pour 691 patients (51,4 % d'hommes), d'âge moyen : 80 ± 5,6 ans. Dans la population, les cancers se répartissaient comme suit : 23,1 % de cancers colorectaux, 17,9 % de cancers digestifs hauts, du foie ou des voies biliaires, 16,8 % de cancers du sein, 23,6 % de cancers urologiques. Les patients présentaient un stade métastatique dans 40,8 % des cas. Le traitement anticancéreux était proposé à visée curative chez 306 patients (48,5 %), à visée palliative chez 179 patients (28,4 %). Les soins de support exclusifs concernaient 146 patients (23,1 %). Au total, 600 patients (86,8 %, IC 95 % : [84,3–89,3]) restituaient une information complète, 35 (5,1 %, IC 95 % : [3,4–6,7]) une information partielle et 56 (8,1 %, IC 95 % : [6,0–10,1]) aucune information. En analyse multivariée, les facteurs associés à un faible niveau d'informations restituées par le patient étaient : l'avancée en âge (OR ajusté [ORa] par année supplémentaire = 1,07 ; IC 95 % : [1,01–1,13] ; $p = 0,01$), le type de proposition thérapeutique (traitement cancéreux palliatif versus curatif : ORa = 2,83 ; IC 95 % : [1,29–6,22], soins de support exclusifs versus traitement curatif : ORa = 3,51 ; IC 95 % : [1,57–7,84] ; $p = 0,01$), la symptomatologie dépressive (Mini-Geriatric Depression Scale ≥ 1 versus < 1/4 : ORa = 2,07 ; IC 95 % : [1,12–3,84] ; $p = 0,02$), les troubles cognitifs (Mini Mental State Examination ≤ 24 versus > 24/30 : ORa = 2,07 ; IC 95 % : [1,12–3,84] ; $p = 0,02$) et le nombre de médicaments (ORa par médicament supplémentaire = 1,09 ; IC 95 % : [0,99–1,22] ; $p = 0,06$). Le statut fonctionnel évalué par le *performance status* (PS) et l'*activity of daily living* (ADL) n'était pas associé de façon indépendante au niveau d'information restitué par le patient (probable corrélation avec le type de traitement anticancéreux proposé).

Conclusion : Dans notre étude, la majorité des patients âgés atteints de cancer restituait correctement l'information concernant le diagnostic et le projet thérapeutique. L'information médicale était moins bien restituée par les patients pris en charge par un traitement anticancéreux

à visée palliative ou des soins de support exclusifs. L'avancée en âge, la symptomatologie dépressive, les troubles cognitifs et la polymédication étaient associés de façon indépendante à une faible restitution de l'information médicale.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O6-5
Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) du sujet âgé. Impact de l'épuration extrarénale (EER) sur la qualité de vie

C. Levasseur[1,*], F. Roca[1], N. Ben Aicha[1], J. Menard[1], M. Godin[2], P. Chassagne[1]
[1]*Médecine gériatrique, Rouen, France*
[2]*Néphrologie, Rouen, France*

Introduction : La prévalence de l'IRCT qui augmente avec le vieillissement explique l'augmentation parallèle du nombre de sujets âgés candidats à une EER (40 % des malades dialysés en France sont âgés de plus de 75 ans). La décision d'initier une EER dans cette population est basée sur des critères néphrologiques (exemple : comorbidité), fonctionnels (exemple : ADL, état nutritionnel) et aussi plus subjectifs comme la mesure de la qualité de vie.

Objectifs : Mesurer la qualité de vie de malades âgés soumis à un programme d'EER.

Méthodes : 1) Étude de cohorte, multicentrique, ouverte de 181 sujets âgés en moyenne de 80,3 ans (extrêmes : 70–96 ans) ; 2) IRCT définie à l'inclusion sur une clairance estimée de la créatininémie (Cockcroft) < 20 ml/min (moyenne : 14,3 ± 3,9 ml/min) ; 3) évaluation gérontologique standardisée comportant une mesure de la qualité de vie par une échelle validée Short-Form Health Survey (SF-36) réalisée à l'inclusion puis répétée à 6, 12 et 24 mois. Le SF-36 (coté de 0 à 100) est un autoquestionnaire de qualité de vie ressentie analysant huit items ou dimensions (exemple : vitalité [VT]), le score maximum reflétant une bonne qualité de vie ; 4) la qualité de vie ainsi mesurée a été comparée entre deux groupes de malades (avec ou sans EER finalement réalisée).

Résultats : 1) Parmi les 181 malades, 41 (22 %) ont bénéficié d'une EER ; 2) à l'inclusion, les deux groupes étaient comparables pour les variables : âge, dépendance (ADL), thymie (GDS), capacités locomotrices et qualité de vie ressentie (63,1 [27,7–90,5]–62,1 [18,4–94,6] ; 3) au terme de l'étude, que les patients soient dialysés ou non la variation de leur qualité de vie mesurée sur le score global SF-36 n'était pas significative ; 4) l'analyse qualitative des items (huit au total) de la qualité de vie a montré qu'il existait deux dimensions statistiquement différentes entre les groupes. Les items « limitations dues à l'état psychique (RE) » ainsi que les « douleurs physiques (BP) » étaient significativement diminués chez les non-dialysés au cours du suivi.

Conclusion : 1) L'évaluation de la qualité de vie mesurée dans une population de malades en IRCT candidats à une EER était initialement satisfaisante (score élevé), les scores mesurés à l'inclusion étant comparables entre les deux groupes de malades définis selon l'initiation ou non d'une EER. L'estimation initiale de la qualité de vie (ressentie par les sujets) n'apparaît pas être un paramètre influençant la décision future du néphrologue d'initier l'EER ; 2) la qualité de vie globale mesurée au cours du temps apparaît indépendante de la réalisation ou non d'une EER chez ces malades âgés.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O6-6
Patients âgés en dialyse péritonéale : facteurs médicaux et non médicaux influençant leur transfert en hémodialyse

J.-B. Beuscart[1,2,*], T. Guyon[3], D. Pagniez[3], C. Lessore de Sainte Foy[3], A. Duhamel[2]
[1]*Médecine aiguë gériatrique, CHU de Lille, Lille, France*
[2]*Biostatistiques, EA 2694, université Lille-II, Lille, France*
[3]*Néphrologie, CHU de Lille, Lille, France*

Introduction : Lors du traitement par dialyse péritonéale (DP), le transfert en hémodialyse (HD) peut être nécessaire. Il n'y a pas de contre-indication au transfert en HD, mais une étude récente suggère que les patients âgés de plus de 75 ans et porteurs de comorbidités sont moins transférés que les autres patients.

Objectifs : Analyser les facteurs associés au transfert en HD chez les patients âgés traités par DP.

Méthodes : Nous avons analysé les facteurs de contre-indication au transfert en HD sur une cohorte de 2 790 patients âgés de plus de 65 ans et traités par DP issus du Registre de dialyse péritonéale de langue française (RDPLF). Le décès a été pris en compte comme un risque concurrent à l'aide du modèle de Fine et Gray. Nous avons ensuite réalisé une enquête auprès de 55 néphrologues francophones afin de déterminer quels facteurs influençaient leur décision de transfert en HD.

Résultats : Dans l'analyse de cohorte, un âge supérieur à 75 ans et un score de Charlson élevé diminuent significativement la probabilité de transfert en HD mais augmentent la probabilité de décès en DP. Dans notre enquête, les néphrologues ne considèrent pas le grand âge et les comorbidités, excepté les troubles cognitifs, comme étant des contre-indications au transfert en HD. Les néphrologues peuvent ne pas proposer de transfert en HD de peur d'altérer la qualité de vie du patient (n = 40, 73 %) ou si l'espérance de vie est jugée trop limitée (n = 47, 78 %). Ils considèrent cependant que l'absence de transfert est plus souvent liée à un refus du patient (n = 31, 57 %).

Conclusion : Les patients très âgés et porteurs de comorbidités sont significativement moins transférés en HD. D'après les néphrologues ayant répondu au questionnaire, cela pourrait s'expliquer par le fait que le bénéfice attendu est contrebalancé par une possible perte de qualité de vie ou une espérance de vie faible.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O6-7
Performance diagnostique de l'oxymétrie nocturne pour le dépistage du syndrome d'apnées du sommeil chez le sujet âgé hospitalisé

S. Mazière*, J.-L. Pépin, N. Siyanko, C. Bioteau, S. Launois, R. Tamisier, P. Lévy, P. Couturier, J.-L. Bosson, G. Gavazzi
CHU de Grenoble, Grenoble, France

Introduction : La prévalence du syndrome d'apnées du sommeil (SAS) augmente avec l'âge (> 20 % après 70 ans). Les symptômes chez le sujet âgé peuvent être atypiques (troubles cognitifs, chutes, déclin fonctionnel). À ce jour, peu d'études ont été réalisées dans la population âgée, alors qu'un éventuel traitement est possible, même si les bénéfices en termes de qualité de vie et de morbimortalité sont encore mal connus. À ce jour, le diagnostic par polygraphie ventilatoire pose le problème du coût et de l'accessibilité. Les performances diagnostiques de l'analyse automatique de l'oxymétrie nocturne, outil accessible, peu

coûteux et facile d'utilisation, ont déjà été évaluées chez le sujet d'âge moyen, mais jamais chez le sujet âgé polypathologique.

Objectifs : Évaluer la performance diagnostique de l'ODI (Oxygen Desaturation Index) ≥ 4 % de l'oxymétrie nocturne pour le dépistage du SAS modéré à sévère chez les patients de plus de 75 ans hospitalisés.

Méthodes : Essai clinique prospectif interventionnel non randomisé, incluant des patients de plus de 75 ans hospitalisés en court ou moyen séjour gériatrique au CHU de Grenoble. Exclusion des patients avec un MMSE inférieur à 18/30, ayant un SAS déjà connu, oxygéno-dépendants ou en état médical instable. Enregistrement simultané sur une nuit par polygraphie ventilatoire (PV) et oxymétrie nocturne. Présence d'un SAS modéré à sévère définie par un index d'apnées-hypopnées supérieur à 15/h à la PV. Analyse portant sur les données de l'évaluation gériatrique standardisée et celles des enregistrements du sommeil. Construction d'une courbe ROC.

Résultats : Quatre-vingts patients ont été inclus. Les doubles enregistrements valides étaient disponibles pour 58 patients. L'âge moyen était de 85,3 ans, et 37,9 % des patients avaient une insuffisance cardiaque chronique. Le CIRS moyen était à 11,8, les ADL à j – 15 à 5/6 et le MMSE à 24,3/30. L'IMC moyen était de 26,7 kg/m² et l'Epworth à 5,8/11. Quarante-deux patients (72,4 %) présentaient un SAS modéré à sévère. Parmi eux, 25 étaient sévères (59,5 %), 50,0 % obstructifs et 21,4 % mixtes. L'aire sous la courbe ROC était de 0,88 (IC 95 % : [0,75–0,94]). Pour un ODI ≥ 4 % inférieur ou égal à 0,96, la sensibilité et la valeur prédictive négative étaient de 100 % (spécificité et valeur prédictive positive respectivement à 43,8 et 82,4 %).

Conclusion : Un ODI ≥ 4 % inférieur ou égal à 0,96 sur l'oxymétrie nocturne peut permettre d'éliminer de façon robuste le diagnostic de SAS modéré à sévère chez le patient âgé polypathologique hospitalisé en état médical stable, avec une excellente sensibilité. L'oxymétrie nocturne semble être un outil simple, facilement accessible, performant et peu coûteux pour écarter le diagnostic de SAS dans notre population à haut risque, et pourrait permettre d'éviter quasiment la moitié d'enregistrements par polygraphie ventilatoire inutiles. Cependant, le manque de spécificité ne permet pas de la considérer comme un outil à visée diagnostique.

Conflit d'intérêt : S. Mazière : subvention de : AGIR A DOM, J.-L. Pépin : aucun, N. Siyanko : aucun, C. Bioteau : aucun, S. Launois : aucun, R. Tamisier : aucun, P. Lévy : aucun, P. Couturier : aucun, J.-L. Bosson : aucun, G. Gavazzi : aucun.

O6-8
Téléconsultation pour les personnes âgées posant le problème de plaies chroniques

N. Salles[1,*], M.-P. Baudon[2], C. Caubet[3], F. Dallay[4], S. Magne[3], J. Jenn[1], M. Barateau[1], O. Sarry[1], M. Baudinet[1], V. Valentin[5], M. Rainfray[1]
[1]*Pôle de gérontologie clinique, CHU de Bordeaux, Pessac, France*
[2]*ARS d'Aquitaine, Aquitaine, France*
[3]*Télésanté Aquitaine, Aquitaine, France*
[4]*DSI, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France*
[5]*Direction générale, CHU de Bordeaux, Talence, France*

Introduction : Parmi les différents thèmes priorisés dans le Programme régional de télémédecine, le soin en EHPAD a été choisi pour cette expérimentation. Le projet cible le parcours de la personne âgée, de plus de 75 ans, posant le problème d'une plaie chronique dans un contexte de dépendance et de polypathologie.

Objectifs : L'objectif de cette expérimentation est d'améliorer à la fois l'accès aux soins des personnes âgées et la continuité des soins ville/hôpital.

Méthodes : Cette expérimentation (septembre 2012–2013) est basée sur la téléconsultation lors de laquelle l'équipe d'experts (gériatre, infirmière, ergothérapeute, diététicienne et secrétaire) intervient deux demi-journées par semaine au sein du pôle de gérontologie clinique (CHU de Bordeaux, France). Après avoir obtenu le consentement du patient et l'accord du médecin traitant, l'équipe de l'EHPAD se connecte dans une salle virtuelle avec l'équipe du centre expert pour la téléconsultation. Un compte rendu est écrit puis envoyé via une messagerie sécurisée à la structure demandeuse.

Résultats : Au total, six EHPAD (quatre en Gironde et deux en Dordogne) ont été inclus dans ce projet. Les résultats préliminaires rapportent un total de 57 téléconsultations avec le suivi d'escarres (57,9 %), d'ulcères trophiques vasculaires (26,3 %) et de plaies traumatiques (15,8 %) et un nombre moyen de séances de 2,1 ± 1,2 par patient. Les résultats montrent une amélioration du délai d'accès au spécialiste (3,3 ± 1,7 jours) ainsi qu'une évolution favorable des plaies en termes de surface (5,7 ± 10,1 cm² versus 6,3 ± 10,3 cm² ; $p = 0{,}02$), liées à un meilleur suivi des recommandations prodiguées aux équipes soignantes. L'étude économique préliminaire montre une diminution des dépenses en soins avec une réduction du rythme des changements des pansements (tous les 3,9 ± 1,9 jours versus 1,4 ± 0,5 jour ; $p = 0{,}005$). De même, en l'absence d'accès à la téléconsultation, les médecins auraient adressé leurs patients en hospitalisation de jour ou en consultation spécialisée de dermatologie dans plus de 75 % des cas.

Conclusion : Les enjeux de la télémédecine sont importants en gériatrie notamment pour le suivi des personnes âgées avec des pathologies chroniques nécessitant des allers et retours répétés à l'hôpital. Une des perspectives est d'élargir les téléconsultations à tous les syndromes gériatriques et d'assurer la formation continue aux professionnels de santé.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

O6-9
Sensibilisation aux capacités requises pour une conduite automobile sécuritaire : une intervention pour augmenter l'intérêt, les connaissances et l'ouverture à la discussion des aînés

M. Levasseur[1,2,*], T. Audet[2,3], I. Gélinas[4,5], M. Bédard[6], M.-E. Langlais[7], F.-H. Therrien[8], I. Sicard[9], J. Renaud[10], J.-C. Coallier[11], M. D'Amours[12]
[1]*École de réadaptation, université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada*
[2]*Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS, Sherbrooke, Canada*
[3]*Psychologie, université de Sherbrooke, Sherbrooke (Qc), Sherbrooke, Canada*
[4]*School of Rehabilitation, McGill University, Montréal, Canada*
[5]*Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain, Montréal, Canada*
[6]*Lakehead University, Thunder Bay, Ontario, Canada*
[7]*Centre de réadaptation de l'Estrie, Sherbrooke, Canada*
[8]*CSSS-IUGS, Sherbrooke (Qc), Canada*
[9]*Groupe synergo, Île-des-sœurs, Montréal, Canada*
[10]*Optométrie, université de Montréal, Montréal, Canada*
[11]*Éducation, université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada*
[12]*CdRV du CSSS-IUGS, Sherbrooke, Canada*

Introduction : La conduite automobile est une activité importante pour l'autonomie et la participation sociale. Une diminution des capacités de conduite peut survenir avec le vieillissement normal et

menacer la sécurité du conducteur âgé et des autres utilisateurs des voies publiques. Un outil d'intervention pour sensibiliser les conducteurs âgés aux capacités requises ainsi qu'aux stratégies compensatoires pour une conduite automobile sécuritaire et responsable (OSCAR) pourrait favoriser l'optimisation de la conduite automobile.

Objectifs : Évaluer l'impact de l'OSCAR sur : 1) l'intérêt, les connaissances et l'ouverture à la discussion ; 2) la prise de conscience de changements survenus dans les capacités requises pour une conduite automobile sécuritaire ; 3) l'utilisation de stratégies compensatoires chez les automobilistes âgés.

Méthodes : Un dispositif préexpérimental, incluant un prétest avant (T_1) et un post-test huit à dix semaines après (T_2) l'exposition à l'OSCAR, a été utilisé auprès de 48 conducteurs âgés de 65 ans et plus. Les participants conduisaient au moins une fois par semaine et ne présentaient pas de déficit cognitif. Des tests *t* pour échantillons appariés ont été réalisés.

Résultats : Les participants étaient âgés entre 67 et 84 ans, la majorité avait plus de 11 ans de scolarité et conduisait tous les jours. Globalement, l'OSCAR a eu un impact positif sur l'intérêt, les connaissances et l'ouverture à la discussion des automobilistes âgés ($p < 0{,}01$). L'OSCAR a permis de confirmer chez la majorité la survenue de changements pour au moins une capacité. La moitié des conducteurs âgés ont commencé à utiliser plus de cinq stratégies compensatoires, et plus du quart entre une et cinq des stratégies.

Conclusion : L'OSCAR permet d'améliorer l'intérêt, les connaissances et l'ouverture à la discussion des conducteurs âgés. En plus de sensibiliser les aînés sur les divers aspects d'une conduite sécuritaire, l'intervention permet aussi une prise de conscience sur les changements survenus et les stratégies compensatoires pouvant être utilisées. Une sensibilisation des proches et des intervenants est requise pour optimiser la prise de conscience et l'utilisation de stratégies compensatoires. Tout en favorisant la prévention des accidents et des blessures sur le réseau routier, cette intervention pourrait ultimement permettre aux aînés de maintenir ou d'augmenter leur mobilité dans la communauté et leur participation sociale.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

** Étude financée par les instituts de recherche en santé du Canada.*

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:44-63
DOI 10.1007/s12612-013-0325-y

P1-01 Démences

© Springer-Verlag France 2013

P1-01-01
Étude observationnelle comparative de la pratique du dosage des biomarqueurs de la maladie d'Alzheimer dans le liquide céphalorachidien entre des patients issus d'un hôpital de jour et des patients suivis en hospitalisation conventionnelle

F. Weill[1,*], M. Kiesmann[1], O. Bousigges[2], X. De Petigny[1], T. Vogel[1], G. Kaltenbach[1]
[1]*Pôle de gériatrie, hôpital de la Robertsau, Strasbourg, France*
[2]*Biologie moléculaire, hôpital de Hautepierre, Strasbourg, France*

Introduction : Les nouveaux critères de diagnostic de la maladie d'Alzheimer (MA) incluent les marqueurs de la MA dont les biomarqueurs du liquide céphalorachidien (LCR), les protéines Tau et phospho-Tau-181 et le peptide Ab1-42. Ces stigmates du processus de la physiopathologique de la MA ont montré leur intérêt et leur efficacité diagnostique à un stade préclinique. Peu d'études se sont intéressées à leur place dans le diagnostic étiologique de démence à un stade avancé.

Objectifs : L'objectif de cette étude est de préciser la place des biomarqueurs du LCR dans le diagnostic étiologique de patients susceptibles d'être atteints de démence.

Méthodes : Évolution du diagnostic de démence après les résultats des biomarqueurs du LCR sur la base des critères de McKhann 2011. Le diagnostic de démence repose sur la clinique, la biologie, l'imagerie cérébrale, l'examen cognitif et le dosage des biomarqueurs du LCR avec calcul de l'index IATI : Innotest Amyloid Tau Index value déterminé par Elisa, soit Abeta1-42 *measurement*/240 + 1,18 Tau *measurement* inférieur à 1,20 indiquant une dégénérescence neuronale. De même, une concentration d'Abeta1-42 inférieure à 500 ng/l, de Tau supérieure à 500 ng/l et de P-Tau-181 supérieure à 60 ng/l sont en faveur du diagnostic de MA. Quatre-vingt-dix-sept patients consécutifs ont été inclus, ces patients ayant été hospitalisés au pôle de gériatrie de Strasbourg avaient tous eu une analyse du LCR.

Résultats : Étude rétrospective monocentrique transversale portant sur 97 patients. Moyenne d'âge : 80,2 ± 6,5 ; sex-ratio : 0,40 ; MMSE global moyen : 22,2 ± 5,77. Deux groupes : A (hôpital de jour) et B (hospitalisés en court séjour gériatrique).

	Groupe HDJ (A) *n* = 50	**Groupe court séjour (B) *n* = 47**
	n	**n**
Confirmation diagnostic MA	8	9
Diagnostic étiologique MA	16	16
Autres démences ou diagnostic de syndrome psychiatrique	26	22

Le groupe HDJ (A) avait un MMSE plus élevé que celui des autres hospitalisés (B) ($p < 0{,}0001$). Il y avait sept fois plus de syndromes confusionnels dans les diagnostics initiaux du groupe B que ceux du groupe A. Vingt-quatre patients du groupe A (sur 50) ont eu un diagnostic de MA, dont 16 l'ont été grâce aux biomarqueurs. Vingt-cinq patients hospitalisés du groupe B (sur 47) ont été diagnostiqués MA dont seuls neuf étaient initialement connus. La présence de trois biomarqueurs dans le sens de la MA n'était présente que chez 33 % des patients MA du groupe A. Dans le groupe B, ce taux est de 56 %. Seule Ab1-42 était statistiquement différente entre ces deux groupes (p 0,033).

Conclusion : Le dosage des biomarqueurs répondait à une recherche de diagnostic différentiel de démences ou de confirmation du diagnostic de MA à un stade précoce pour les patients issus de l'HDJ. Il répondait à une demande de diagnostic dans le contexte d'état confusionnel ou de syndromes psychiatriques sévères pour les patients issus de l'hospitalisation conventionnelle.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-02
Évaluation du statut nutritionnel de patients au stage léger de la maladie d'Alzheimer

F. Carrois[1,*], J. Sijben[2], M. Olde Rikkert[3], P. Scheltens[4], A. Van Hees[2], M. Groenendijk[2], P. Kamphuis[2]
[1]*Médical, Nutricia, Saint-Ouen, France*
[2]*Danone Research, Centre for Specialized Nutrition, Nutricia Advanced Medical Nutrition, Wageningen, Holland*
[3]*Alzheimer Centre Nijmegen, Radboud University Medical Center, Nijmengen, Netherlands*
[4]*Department of Neurology, Alzheimer Centre, VU University Medical Centre, Amsterdam, Netherlands*

Introduction : De nombreuses études épidémiologiques ont montré l'existence de corrélations entre nutrition et maladie d'Alzheimer ; des études prospectives avec certains nutriments (acides gras polyinsaturés oméga-3, régime méditerranéen) ont mis en évidence une réduction du risque de maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, la maladie d'Alzheimer est caractérisée, entre autres, par une diminution du nombre de neurones et de synapses corrélée à la baisse des capacités cognitives. La synthèse de la membrane neuronale est liée à la concentration plasmatique de certains des nutriments qui la composent. Plusieurs études suggèrent que dans la maladie d'Alzheimer les patients ont de faibles concentrations plasmatiques en acide gras polyinsaturé oméga-3, en vitamines B, en antioxydants comparés à une population témoin, cela pouvant être dû soit à une baisse de la consommation quotidienne, soit à une augmentation des besoins, soit à l'association de ces facteurs.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

Objectifs : Le but de cette étude était de comparer le statut nutritionnel de patients au stage léger de la maladie d'Alzheimer (MMSE ≥ 20) à un groupe témoin. Cela afin de voir s'il existe des déficits spécifiques de certains nutriments chez le patient Alzheimer.

Méthodes : Un sous-groupe de 79 patients diagnostiqués avec une maladie d'Alzheimer, participant à l'étude Souvenir II (MMSE ≥ 20, naïf de traitement pour la maladie d'Alzheimer) a été comparé à un groupe témoin de 93 patients afin d'étudier leur statut nutritionnel. Ont été analysées les concentrations plasmatiques en folates, en vitamines B6 et B12, en choline, en uridine, en homocystéine, en sélénium, en albumine, en vitamines A, D et E ainsi que le pourcentage d'acides gras plasmatiques et au niveau de la membrane érythrocytaire. De même, l'indice de masse corporelle, la circonférence du mollet et le score au Mini Nutritional Assessment ont été évalués.

Résultats : Il existe des différences de concentrations pour le sélénium ($p = 0{,}001$), l'uridine ($p = 0{,}046$) ainsi que pour le pourcentage d'acides gras polyinsaturés oméga-3 (DHA, DPA, DHA+EPA) au niveau de la membrane érythrocytaire ($p = 0{,}002$), la vitamine D tend à être plus faible ($p = 0{,}084$). Aucune différence n'est notée en ce qui concerne les taux plasmatiques de folates ($p = 0{,}267$), de vitamines B6 ($p = 0{,}102$) et B12 ($p = 0{,}667$), d'albumine ($p = 0{,}141$), de choline ($p = 0{,}436$), d'homocystéine ($p = 0{,}793$), de vitamines A ($p = 0{,}151$) et E ($p = 0{,}432$), et d'acides gras polyinsaturés oméga-3. Et cela pour des groupes comparables en ce qui concerne le poids ($p = 0{,}56$), l'indice de masse corporelle ($p = 0{,}212$), la circonférence du mollet ($p = 0{,}390$) et le MNA global.

Conclusion : Cette étude permet de montrer, pour la première fois, qu'il existerait chez des patients, dès le stade léger de la maladie d'Alzheimer, une atteinte nutritionnelle spécifique et cela indépendamment de tout déficit protéique ou énergétique.

Conflit d'intérêt : F. Carrois employé de : Nutricia, J. Sijben employé de : Nutricia, M. Olde Rikkert : Aucun, P. Scheltens : Aucun, A. Van Hees employé de : Nutricia, M. Groenendijk employé de : Nutricia, P. Kamphuis employé de : Nutricia.

P1-01-03
Influence des biomarqueurs du stress oxydant dans l'évolution du déclin cognitif : analyse de cohorte prospective à partir de 93 patients

F. Revel[1,*], T. Gilbert[1], J. Drai[2], R. Ecochard[3], S. Roche[3], M. Bonnefoy[1]
[1]Service de médecine gériatrique, groupement hospitalier Lyon-Sud, Pierre-Bénite, France
[2]Service de biochimie, groupement hospitalier Lyon-Sud, Pierre-Bénite, France
[3]Service de biostatistiques, groupement hospitalier Lyon-Sud, Pierre-Bénite, France

Introduction : Le stress oxydant est défini comme un déséquilibre entre les processus anti- et pro-oxydants. Il est producteur de biomarqueurs dosables dans les liquides biologiques. Ces derniers pourraient avoir une influence sur l'évolution du déclin cognitif dans la maladie d'Alzheimer.

Objectifs : L'objectif est d'étudier la relation entre les biomarqueurs du stress oxydant et le profil clinique des patients ainsi que leur caractère prédictif sur l'évolution des fonctions cognitives du sujet âgé dément.

Méthodes : Un suivi de cohorte historique avec recueil de données prospectif (mars 2010 à janvier 2012), observationnelle, longitudinale et monocentrique, a été réalisé sur 93 patients (dont 66 femmes) vus consécutivement à la consultation mémoire du service de gériatrie du CHU Lyon-Sud. Des indicateurs de l'état cognitif (MMSE, test de l'horloge, RL-RI-16, pourcentage d'indiçage) et des biomarqueurs du stress oxydant (glutathion peroxydase, glutathion réduit et malonyl dialdéhyde) ont été analysés. Les variables ont été recueillies au cours d'une hospitalisation de jour (T0). Le suivi des MMSEa était réalisé au cours de consultations de suivi. Les données ont été ajustées sur l'âge. Le coefficient de régression (Spearman) a été calculé pour chaque variable. Une transformation des données en scores normaux a également été réalisée en utilisant la formule de Van der Waerden (coefficients de corrélation de Pearson).

Résultats : L'âge médian des sujets est de 84 ans. La valeur moyenne du MMSE à T0 est de 23,84. En moyenne la perte de MMSE est de 1,63 point tous les six mois. Dans l'analyse transversale, lorsque toutes les variables sont prises en compte, le MMSE est corrélé aux paramètres neuropsychologiques et à l'âge. La GPx est corrélée à l'ADL. Lorsque l'on ne prend en compte que les variables quantitatives, le MMSE est corrélé aux tests neuropsychologiques, à l'âge et au GSH. Dans l'analyse longitudinale, chez les individus dont les niveaux moyens de GPx sont plus élevés de 100 UI par rapport à la moyenne des GPx de l'échantillon, la perte de MMSE n'est plus que de 1,19 point en moyenne tous les six mois. Cela représente une amélioration de 0,44 point en six mois ou 1,76 point en deux ans ($p = 0{,}002$). À l'inverse, chez les individus dont les niveaux moyens de GSH sont plus élevés de 100 µmol/l par rapport à la moyenne des GSH de l'échantillon, le MMSE diminue en moyenne de 1,80 tous les six mois. Cela correspond à une perte supplémentaire de 0,17 point en moyenne tous les six mois ($p = 0{,}014$). Il n'a pas été montré de relation entre le MDA et les variables étudiées ni avec le déclin cognitif.

Conclusion : Les marqueurs du stress oxydant pourraient être prédictifs du déclin cognitif et en particulier la GSH et la GPx. Cette dernière apporterait une protection contre le déclin cognitif. La GSH dont les résultats paraissent discordants nécessite d'autres études afin de confirmer les résultats obtenus.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-04
Trouble de la reconnaissance visuelle des émotions faciales ou agnosothymie dans la maladie d'Alzheimer débutante

P. Granato[1,*], A. Bocquet[2], J.-P. Van Gansberghe[3], O. Godefroy[4], R. Bruyer[5]
[1]Nord, unité de psychiatrie du sujet âgé, centre hospitalier de Valenciennes, France
[2]Unité de psychiatrie du sujet âgé, centre hospitalier de Valenciennes, Valenciennes, France
[3]Mathémathiques, consultant, Bruxelles, Belgique
[4]Neurologie, CHU d'Amiens, Amiens, France
[5]Institute of NeuroScience (IoNS), université catholique de Louvain, B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

Introduction : L'existence d'un déficit de la reconnaissance visuelle des émotions faciales (DRVEF) dans la maladie d'Alzheimer est une donnée acquise. Certaines publications nomment ce trouble « *agnosothymie* ». Cependant, sa mesure n'existe pas en routine clinique. L'absence d'outil de mesure standard et de normes de référence rend difficile le maniement de cette mesure ainsi que son approche statistique au travers des corrélations et Anova.

Objectifs : Mesurer un DRVEF dans la maladie d'Alzheimer débutante (MAD) à l'aide de Méthode d'analyse et de recherche de l'intégration

des émotions (MARIE). Il s'agit de confirmer la réalité de ce DRVEF et, par ailleurs, de le mesurer de façon objective et chiffrée sans passer par le canal verbal du patient.

Méthodes : Cet outil se base sur un continuum d'images chimériques créées à partir de deux images réelles et dans des proportions variables. Ce continuum constitue une série émotionnelle (SE) qui est unipolaire (neutre–émotion) ou bipolaire (émotion–émotion). Le sujet fait un choix binaire de type forcé pour chacune des images du continuum. Le matériel comporte neuf séries de 19 images chacune ; toutes les photographies représentent la même personne. Le recours au langage est inutile dans ce test. *Douze sujets MAD* (H/F = 7/5 ; âge : 68 ± 3 ans ; scolarité [sans Bac/avec Bac/Bac + 3] = 10/1/1 ; MMSE : 26 ± 2,4 ; MATTIS : 130 ± 10 ; *picture naming* = 73 ± 4 ; Grober et Buschke : Rp. Im. 13 ± 4 ; Rp. T1. = 7 ± 5 ; Rp. T2. = 10 ± 6 ; Rp. T3. = 9 ± 4 ; Rp. TDf. = 8 ± 6) et *12 sujets sains appariés* (H/F = 7/5 ; âge : 66 ± 6 ; scolarité = 7/4/1 ; MMSE : 30 ± 0,5 ; MATTIS : 144 ± 1 ; *picture naming* = 80 ± 1 ; Grober et Buschke : Rp. Im. = 16 ± 1 ; Rp. T1. = 16 ± 1 ; Rp. T2. = 16 ± 2 ; Rp. T3 = 16 ± 1 ; Rp. TDf. = 16 ± 2).

Résultats : Le déficit de la RVEF ou « *agnosothymie* » semble lié à la sévérité du syndrome démentiel qui lui est mesuré par le déficit de la mémoire épisodique verbale ($r^2 = 0,1$; $p = 0,013$) et de l'efficience cognitive globale ($r^2 = 0,79$; $p = 0,001$). La RVEF est déjà altérée à un stade léger de la maladie. Les patients MAD seraient nettement moins sensibles aux émotions comme en témoigne l'augmentation du seuil d'identification : l'expression émotionnelle doit être plus intense pour que le taux de reconnaissance des patients soit égal à celui des témoins. Le différentiel moyen est de 16 % de réponses. Il existe une confusion entre la colère et la peur.

Conclusion : La mesure conjointe *1)* de la MATTIS, *2)* de la mémoire épisodique verbale et *3)* de la RVEF pourrait permettre d'améliorer la probabilité de diagnostic positif, voire permettre un diagnostic infraclinique de l'entrée dans la MA. Par ailleurs, cette agnosothymie pourrait expliquer la tendance à la claustration et à la désocialisation des MAD et plus encore lors de la phase d'état de la MA. Cela en raison de l'incapacité pour ces sujets à décoder correctement les émotions sur les visages d'autrui. Enfin, la confusion entre colère et peur pourrait donner du sens à certains troubles du comportement ainsi que la propension aux idées délirantes de préjudice, voire certains délires dans le cas des MAD. Il nous semble licite d'imaginer une aggravation parallèle de l'intelligence rationnelle et de l'intelligence émotionnelle. Cette dernière serait « *l'intelligence du bien-vivre ensemble* » et qui conditionne une partie de la qualité de vie au domicile mais surtout en institution. Dans cette situation, le patient ne pouvant faire l'économie de l'interaction à l'Autre.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-05
Confirmation du processus amyloïdogénique dans les syndromes de Benson : apport du ratio Aβ42/Aβ40

E. Beaufils[1,2,*], D. Dufour-Rainfray[3], C. Hommet[1,2], F. Brault[1], J.-P. Cottier[4], M.-J. Ribeiro[5], K. Mondon[1,2], D. Guilloteau[3]
[1]*Centre mémoire ressources et recherche, Tours, France*
[2]*Médecine interne gériatrique, Tours, France*
[3]*Médecine nucléaire in vitro, Tours, France*
[4]*Neuroradiologie, Tours, France*
[5]*Médecine nucléaire in vivo, Tours, France*

Introduction : Le syndrome de Benson est caractérisé par l'installation progressive de troubles visuoperceptifs et praxiques. Il peut être observé dans différentes pathologies dont la maladie d'Alzheimer, caractérisée par un processus amyloïdogénique.

Objectifs : Comparer le profil des biomarqueurs du liquide céphalorachidien de patients Benson à celui de patients Alzheimer. Préciser l'existence d'un processus amyloïdogénique grâce au ratio Aβ42/Aβ40 chez les patients Benson.

Méthodes : Le dosage des biomarqueurs du liquide céphalorachidien (t-tau, p-tau, Aβ42 et Aβ42/Aβ40 ratio) et l'évaluation neuropsychologique ont été réalisés chez 22 patients présentant un syndrome de Benson et comparés avec des patients Alzheimer appariés en âge. La présence ou non de signes neurologiques associés (syndrome extrapyramidal, myoclonies) a été spécifiée pour chaque patient.

Résultats : Le profil des biomarqueurs ne diffère pas entre les deux groupes de sujets. Quatre-vingt-deux pour cent des sujets Benson présentent des biomarqueurs dont le profil biochimique est typique d'une maladie d'Alzheimer. Dix-huit pour cent des patients Benson présentent un profil biochimique atypique de maladie d'Alzheimer. Tous les patients présentant des signes neurologiques associés présentaient un profil biochimique typique d'une maladie d'Alzheimer. Le ratio Aβ42/Aβ40 était diminué chez tous les patients Benson, y compris ceux présentant un profil biochimique atypique.

Conclusion : La majorité des patients Benson présentaient des biomarqueurs évocateurs de maladie d'Alzheimer, y compris ceux présentant des signes neurologiques associés. Le dosage du ratio Aβ42/Aβ40 permet d'éviter les erreurs diagnostiques chez les patients présentant physiologiquement une forte ou une faible production de protéines Aβ et confirme, dans cette étude, l'existence systématique d'un processus amyloïdogénique chez les patients avec un syndrome de Benson.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-06
Le programme d'aide aux aidants de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées : vécu et ressenti des participants

A. Robert[1,*], F. Hequet[1], S. Leruste[2], S. Worighi[3], F. Puisieux[4]
[1]*Équipe mobile d'information et d'orientation gériatrique, Valenciennes, France*
[2]*Faculté de médecine, Lille, France*
[3]*Court séjour gériatrique, Valenciennes, France*
[4]*Clinique de gérontologie, Lille, France*

Introduction : Les aidants de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées sont vulnérables. Leur prise en charge étant devenue indispensable, le plan Alzheimer 2008–2012 a instauré plusieurs mesures pour les soutenir. La mesure 3 propose un accompagnement de l'aidant par différentes méthodes comme la formation et les groupes de soutien.

Objectifs : Un programme éducatif existe sur le centre hospitalier de Valenciennes depuis septembre 2011, l'objectif de notre étude est d'explorer le vécu et le ressenti des participants.

Méthodes : Le programme est composé de huit séances qui abordent différentes problématiques liées à la maladie d'Alzheimer. Nous avons effectué une étude qualitative, par entretiens individuels et collectifs semi-structurés, incluant 14 aidants. Les différents entretiens ont été retranscrits puis codés selon la technique de l'analyse thématique.

Résultats : Les aidants sont satisfaits du programme, de son organisation. Ils étaient en attente d'informations théoriques et pratiques qu'ils

ont obtenues et mises en application. La formation a parfois eu un réel impact positif sur la qualité de vie du proche, de l'aidant et sur la relation aidant–aidé. Les participants ont ressenti un réel bien-être en adhérant à ce programme. La formation est un véritable soutien, un lieu de rupture de l'isolement, de compréhension, d'empathie. Les participants peuvent s'exprimer librement et être rassurés par les professionnels de santé sur leurs compétences. Les aidants sont en demande de suivi pour être guidés et poursuivre cette expérience positive. Au quotidien, les participants pointent le manque de formation des professionnels de santé, le manque d'information sur la maladie et les solutions existantes. Ils évoquent également leur situation personnelle avec les croyances de la maladie, les difficultés de prise en charge, le retentissement familial.

Conclusion : Le programme d'aide aux aidants du centre hospitalier de Valenciennes a été très apprécié. Les aidants en retirent un bénéfice, ils ont pu acquérir des connaissances mais également se livrer et se sentir compris. Ces résultats nous encouragent à poursuivre ce programme éducatif.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-07
Consommation de psychotropes chez les sujets atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (cohorte PACA-Alz) : évolution des prescriptions entre 2008 et 2011

S. Bonin-Guillaume[1,*], R. Loi[2], X. Thirion[3], V. Sciortino[2], J. Micaleff[4], cohorte PACA-Alz
[1]*Service de médecine interne gériatrie, Aix-Marseille université, Assistance publique–Hôpitaux de Marseille, Marseille, France*
[2]*DRSM Assurance maladie PACA Corse, Marseille, France*
[3]*Laboratoire de santé publique EA 3279, Aix-Marseille université, Marseille, France*
[4]*Service de pharmacologie clinique, UMR 6193, Aix-Marseille université, Marseille, France*

Introduction : Une cohorte de patients atteints de maladie d'Alzheimer et maladie apparentée (MAMA) issue des bases de données de l'assurance maladie régime général a été initiée en 2008 pour une durée de dix ans. Depuis, de façon annuelle, les remboursements des traitements psychotropes de cette population sont recensés permettant de suivre l'évolution des prescriptions (cohorte PACA-Alz).

Objectifs : Évolution de la prescription de psychotropes dans la cohorte PACA-Alz entre 2008 et 2011.

Méthodes : Les sujets inclus dans la cohorte sont considérés comme atteints de MAMA s'ils bénéficient d'une ALD 15 (maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés) et/ou ont eu au moins une délivrance de traitement spécifique dans l'année en cours (anticholinestérasique et/ou antiglutamate). Cette étude observationnelle, rétrospective, non interventionnelle, porte sur les données de la cohorte PACA-Alz 2008 et 2011. L'analyse exhaustive de la consommation de psychotropes est possible, car tous sont soumis à prescription par un praticien. La consommation chronique a été définie comme un nombre ≥ 4 de délivrances d'un produit pour un patient donné au cours de l'année. Les molécules délivrées ont été étudiées d'après leur code ATC. Les données descriptives sont analysées en nombre et pourcentages.

Résultats : En 2011, le nombre de patients inclus dans la cohorte est de 36 442 dont 69,7 % ont eu un traitement spécifique ; 74 % des patients de la cohorte ont eu ≥ 1 délivrance de psychotrope (73 % en 2008). La répartition des délivrances de chaque famille est présentée dans le Tableau 1.

Tableau 1 Évolution de la consommation de psychotropes (% de la population et % consommation chronique) entre 2008 et 2011

Famille de psychotropes	Année 2008		Année 2011	
	% traités (n = 27 569)	% ≥ 4 délivrances	% traités (n = 36 442)	% ≥ 4 délivrances
Antidépresseurs	47,6	82,9	53,1	82,0
Antipsychotiques	25,6	62,4[a]	27,6	60,1[b]
Anxiolytiques	46,6	71,0	47,8	69,6
Hypnotiques	24,5	68,1	25,6	66,8

[a] Soit 16,1 % de la population totale de la cohorte.
[b] Soit 11,6 % de la population totale de la cohorte.

Le top 5 des molécules prescrites (% patients de la cohorte traités) était en 2008 : *1)* méprobamate (14,2) ; *2)* zopiclone (12,5) ; zolpidem (11,8) ; *4)* hydroxyzine (11,3) ; *5)* rispéridone (11,0) ; en 2011 : *1)* escitalopram (15,8) ; *2)* zopiclone (12,5) ; *3)* rispéridone (11,4) ; *4)* zolpidem (11,0) ; *5)* alprazolam (7,8).

Conclusion : Même si la consommation de psychotropes reste très élevée, il existe un recul notable de la consommation chronique d'antipsychotiques dans les MAMA. Ce résultat semble être un reflet positif des dernières mesures mises en place pour une meilleure prescription des AP (recommandations HAS 2009, AMI 2010). Sur le plan qualitatif, les molécules prescrites se sont modifiées en quatre ans : disparition du méprobamate dans le top 5 mais arrivée d'AD (escitalopram) et de BZD (alprazolam).

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-08
Déficit de la reconnaissance de l'expression émotionnelle corporelle dans la maladie de Parkinson du sujet âgé

E. Bellot[1,*], F. Delphin-Combe[2], E. Pongan[2], I. Rouch[2], B. Tillmann[3], C. Schmitz[3], P. Krolak-Salmon[2]
[1]*Université Lumière, Lyon-II, Lyon, France*
[2]*CMRR de Lyon, hospices civils de Lyon, Lyon, France*
[3]*Centre de recherche en neurosciences de Lyon, UCBL1, CNRS UMR5292, Inserm U1028, Lyon, France*

Introduction : Certains troubles comportementaux observés dans la maladie de Parkinson (MP) pourraient être liés à un traitement altéré des messages sociaux, notamment des expressions émotionnelles. Au-delà des troubles de l'identification des expressions faciales, aucune étude n'a évalué le traitement des émotions exprimées par la gestuelle corporelle d'autrui dans la MP. Or, ce type de message pourrait être particulièrement difficile à reconnaître dans cette pathologie induisant une altération du système « miroir ».

Objectifs : L'objectif de l'étude est de tester le jugement de valence des expressions corporelles émotionnelles chez des individus atteints de MP.

Méthodes : Treize patients atteints de MP (cinq hommes, âge = 70,4 ± 6,9) et 15 participants témoins sains (six hommes, âge : 68,6 ± 5,5) appariés selon l'âge, le genre et le niveau socioculturel ont

été inclus. Leur aptitude à juger la valence des expressions corporelles émotionnelles a été étudiée au moyen de vidéos issues de la technique de « Point Light Displays » décrivant des interactions connotées émotionnellement entre deux personnes. Pour chaque vidéo, les participants devaient évaluer la valence émotionnelle sur une échelle continue et donner une brève description de la scène perçue.

Résultats : Les patients atteints de MP présentent des performances moindres par rapport aux témoins pour le jugement de valence positive ($p = 0{,}001$) ou négative ($p < 0{,}001$) et pour l'ensemble des expressions corporelles testées à savoir la tristesse ($p = 0{,}008$), la colère ($p = 0{,}001$), la peur ($p = 0{,}004$) et la joie ($p = 0{,}001$). La condition contrôle (description des mouvements corporelles) est comparable entre le groupe MP et le groupe témoin ($p = 0{,}928$). L'ancienneté de la maladie est positivement corrélée avec l'aptitude à juger la valence des expressions corporelles de tristesse ($p = 0{,}04$).

Conclusion : Cette étude permet de montrer un profond déficit du traitement des émotions exprimées par la gestuelle corporelle d'autrui dans la MP. Plusieurs hypothèses physiopathologiques sont discutées, depuis la déplétion dopaminergique des ganglions de la base et de certaines structures limbiques, la progression des corps de Lewy à la théorie des neurones « miroir ». Les processus de simulation des expressions émotionnelles pourraient en particulier être précocement altérés dans la MP.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-09
Influence de l'institutionnalisation sur la prescription de psychotrope chez les patients présentant une maladie d'Alzheimer ou un syndrome apparenté

G. Sacco[1,*], A. Jacquin[2], N. Tavassoli[3], S. Bonin-Guillaume[4]
[1]Centre mémoire de ressource et de recherche, pôle de gérontologie, CHU de Nice, université de Nice–Sophia-Antipolis, Nice, France
[2]Centre mémoire de ressource et de recherche et service de neurologie générale, CHU de Dijon, Dijon, France
[3]Équipe régionale vieillissement et prévention de la dépendance, gérontopôle de Toulouse, CHU de Toulouse, hôpital Garonne, Toulouse, France
[4]Médecine interne gériatrie thérapeutique, AP–HM, université Aix-Marseille, Marseille, France

Introduction : En France, 70 à 90 % institutionnalisés présentent une démence, à laquelle s'associent de nombreuses comorbidités. Ainsi, le risque iatrogène est important, avec en moyenne sept à huit traitements différents pour chaque patient. Ce dernier touche notamment les psychotropes, dont la prescription en EHPAD concerne 50 à 80 % des patients. De plus, il semble exister une forte disparité de ces prescriptions entre le domicile et l'EHPAD mais aucune étude ne semble s'être intéressée aux profils de prescription des psychotropes chez les patients institutionnalisés présentant une maladie d'Alzheimer.

Objectifs : Notre objectif est de comparer les prescriptions de psychotropes chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés et institutionnalisés par rapport aux mêmes patients vivant à domicile.

Méthodes : Il s'agit d'une étude cas-témoins réalisée sur les données de l'année 2012 de la Banque nationale Alzheimer (BNA). Les prescriptions de l'ensemble des patients de plus de 75 ans vivant en EHPAD ou à domicile et ayant eu au moins une prescription de psychotrope ont été analysées.

Résultats : L'analyse descriptive de notre population a déjà été réalisée. L'âge moyen des 21 408 patients inclus était de 83,6 ± 4,7 ans. 71,5 % (15 304) d'entre eux étaient de sexe féminin et 4 500 (21 %) vivaient en EHPAD. Douze mille huit cent trente-huit patients, soit 60 % de notre population, présentaient une démence de type Alzheimer avec un MMSE moyen de 16,8 ± 6,1. Concernant les prescriptions de psychotropes, 39 % (8 357) des patients étaient sous antidépresseurs, 11,7 % (2 520) sous anxiolytiques, 5,4 % (1 163) sous hypnotiques, 5,3 % (1 142) sous neuroleptiques et 2,5 % (546) étaient sous nootropes. De façon particulièrement notable, on pouvait observer que 36,1 % (7 680) bénéficiaient de plus d'un traitement psychotrope. Les analyses bi- et multivariées comparant les prescriptions des patients en EHPAD et celles de ceux à domicile sont en cours de réalisation.

Conclusion : Les traitements antidépresseurs représentent le premier poste de prescription des psychotropes (près de 40 %) alors que la dépression majeure n'a qu'une prévalence de 2 à 5 % dans la population âgée et la dépression mineure une prévalence de l'ordre de 10 à 30 %. Ces chiffres sont à rapporter aux données de l'assurance maladie qui rapportent un taux de prescription de 53 % dans cette tranche d'âge. De plus, on note que plus de 2 % des patients sont traités par nootropes alors même que ces traitements n'ont pas fait preuve de leur efficacité et qu'ils restent générateurs de potentielles interactions médicamenteuses dans cette population largement polymédiquée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-10
Intérêt de l'*eye tracking* dans les formes atypiques de maladie d'Alzheimer

K. Mondon[1,2,3,*], V. Roubeau[1], E. Beaufils[1], J. Martineau[3], T. Constans[2], C. Hommet[1]
[1]Centre mémoire de ressources et de recherche, Tours, France
[2]Médecine interne gériatrique, Tours, France
[3]Inserm U930, CHU de Tours, Tours, France

Introduction : À côté de la classique forme amnésique, la maladie d'Alzheimer (MA) peut se présenter sous des formes atypiques : aphasie progressive primaire logopénique, syndrome de Benson. Ce dernier se caractérise par des troubles neurovisuels précoces qui peuvent dérouter le clinicien et aboutir à des retards diagnostiques préjudiciables aux patients.

Objectifs : L'objectif de notre étude était de caractériser les anomalies visuelles au moyen d'un enregistrement automatisé du regard (*eye tracking*).

Méthodes : Pour cela, nous avons enregistré les saccades oculaires de 14 patients souffrant de syndrome de Benson, dix patients MA et 15 sujets témoins.

Résultats : Cette étude a permis l'identification de stimuli et de variables d'intérêt pour le diagnostic différentiel entre syndrome de Benson et la MA. Les déficits neurovisuels observés (négligence spatiale unilatérale, simultagnosie) rendaient compte de paramètres spatiotemporaux spécifiques durant l'exploration visuelle. Les différences concernaient la durée moyenne de fixation au cours du temps (les patients présentant un syndrome de Benson ont des durées de fixation plus longues que les patients souffrant de MA et les sujets témoins) et le pourcentage de temps passé par le regard dans des zones cruciales de la scène visuelle.

Conclusion : L'*eye tracking* pourrait ainsi être considéré comme un biomarqueur indolore, non invasif et accessible, permettant la

détection précoce du syndrome de Benson. Il pourrait raccourcir les délais diagnostiques et permettre au patient un accès précoce aux traitements appropriés.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-11
Le test de Stroop en double tâche locomotrice peut-il révéler précocement des troubles cognitifs ?

A. Perrochon[1,*], G. Kemoun[2], E. Watelain[3], A. Berthoz[4]
[1]*Université de Poitiers, Poitiers, France*
[2]*Université de Poitiers, Paris, France*
[3]*Université de Valenciennes, Toulon, France*
[4]*Collège de France, Paris, France*

Introduction : Le test de Stroop est un test d'inhibition mentale qui est affecté par le vieillissement normal et pathologique.

Objectifs : L'objectif est de déterminer si l'interférence au test de Stroop est modifiée dans des situations de marche lors du vieillissement cognitif et si elle permet de détecter des troubles cognitifs.

Méthodes : Cinquante et une personnes, dont 15 sujets jeunes, 21 sujets âgés sains et 15 sujets MCI, sont évaluées par des tests psychométriques (MMSE ; BREF ; cinq mots de Dubois ; Stroop) et sur une marche de 10 m (GaitRite). Nous avons créé un test de double-tâche, le Walking Stroop Carpet (WSC), qui est une adaptation du test de Stroop à la locomotion [1]. On distingue trois conditions de marche différentes (se déplacer sur les mots, sur les couleurs et sur la couleur de l'encre dans laquelle est écrit le mot) pour lesquelles on enregistre les paramètres spatiotemporels de la marche par le GaitRite.

Résultats : À partir du WSC, on peut repérer les sujets âgés qui ont des troubles cognitifs et plus particulièrement une atteinte des fonctions exécutives. En double tâche, il n'y a pas de différence significative entre les conditions congruentes (lecture) et les conditions non congruentes (couleur de l'encre des mots imprimés).

Conclusion : L'interférence au test de Stroop est fortement modifiée pendant l'exercice de marche. Le WSC est une double tâche complexe qui permet la détection précoce de troubles dysexecutifs.

Bibliographie

1. Perrochon A, Kemoun G, Watelain E, Berthoz A (2013) Walking Stroop Carpet: an innovative dual-task concept for detecting cognitive impairment. Clin Interv Aging 8:317–28

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-12
Caractéristiques et limites de l'évaluation neuropsychologique réalisée en hôpital de jour de gériatrie

C. Lissot*, A. Bichon, N. Zerhouni, M. Boucharlat, P. Couturier
Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, France

Introduction : Le bilan neuropsychologique (BNP) est un examen long et coûteux, nécessitant plusieurs heures d'investissement attentionnel de la part du patient. La participation à une telle évaluation peut être d'autant plus difficile que la population est âgée. Il apparaît important de spécifier l'indication du bilan et de s'assurer au préalable de sa faisabilité.

Objectifs : Cette étude décrit les caractéristiques de la population évaluée en bilan cognitif au sein d'un hôpital de jour gériatrique (HDJ) et s'intéresse aux éléments limitant l'administration ou l'interprétation de l'examen neuropsychologique.

Méthodes : Étude descriptive à partir des dossiers et des comptes rendus d'évaluation des patients hospitalisés en HDJ gériatrique en 2012 pour un BNP.

Résultats : Soixante-quinze patients, âgés en moyenne de 83,7 ans (de 75 à 93 ans) et de niveau socioculturel moyen compris entre le certificat d'étude primaire et le brevet, ont passé une évaluation neuropsychologique. Le MMSE moyen est de 23/30 (ET = 3,25) et 98 % sont envoyés par un médecin gériatre. Les diagnostics posés le plus fréquemment sont une démence de type Alzheimer (25 %), une atteinte d'étiologie vasculaire (13 %) et une pathologie mixte (13 %). Pour 17 % de cette population, le diagnostic reste incertain. Parmi les 75 BNP, 9 % ont été irréalisables, 8 % ont été interrompus et 19 % ont été parasités dans leur interprétation, soit un total de 27 bilans. Les raisons de ces difficultés sont majoritairement : la présence d'un syndrome anxiodépressif non diagnostiqué au préalable (30 %), une fatigabilité excessive (19 %), un comportement opposant (12 %) et la présence d'un état confusionnel (12 %). Le seul bilan proposé à un patient illettré n'a pas pu être administré.

Conclusion : L'évaluation neuropsychologique est nécessaire dans la démarche diagnostique des stades légers à modérés des maladies neurodégénératives. Il paraît évident que les patients susceptibles d'en bénéficier aient des ressources cognitives suffisantes. Cette étude souligne l'importance d'identifier et de traiter les troubles psychocomportementaux avant la programmation d'une telle évaluation, qui doit être proposée à distance des épisodes médicaux aigus. Il est actuellement difficile, par manque de matériel adapté, d'optimiser l'interprétation de l'évaluation psychométrique lorsque le patient est illettré, analphabète, ou de langue maternelle étrangère. Les demandes de BNP doivent donc être motivées par une question diagnostique, proposées dans le respect de la volonté du patient et survenir après l'identification et la réduction des facteurs limitants.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-13
Étude de l'hydrohémodynamique cérébrale dans la maladie d'Alzheimer

J. Zmudka[1,*], F. Gleize[1], O. Balédent[2], R. Bouzerar[2], J.-M. Serot[1], P. Jouanny[1]
[1]*Médecine gériatrique, CHU d'Amiens, Amiens, France*
[2]*BioFlowImage, CHU d'Amiens, Amiens, France*

Introduction : Le cerveau d'un malade Alzheimer (MA) présente des caractéristiques spécifiques sur le plan microscopique (cytohistologique), macroscopique (vu par l'imagerie) ou hydrodynamique (vasculaire et liquide cérébrospinal [LCS]). L'exploration de ce dernier plan est rendue possible par l'introduction de l'IRM de flux, qui permet de quantifier les flux sanguins et du LCS de manière non invasive au cours du cycle cardiaque.

Objectifs : Le but de ce travail est d'évaluer les particularités hydrodynamiques des patients MA.

Méthodes : Analyse des flux sanguins et du LCS pour établir des courbes de débits et des paramètres associés par IRM 3 tesla (Signa, General Electric Medical System, Milwaukee, WI, version horizon LX, équipé d'hypergradients 23 mT/m) avec un logiciel de traitement des flux développé in situ de patients MA (critères NINCDS-ADRDA) et de témoins. Comparaison des valeurs moyennes des paramètres caractéristiques des flux mesurés entre le groupe de MA et les sujets témoins (tests *t* Student et Mann-Whitney).

Résultats : Dix-neuf patients présentant une MA et 13 témoins ont été inclus. Les MA présentaient une diminution significative de la pulsatilité artérielle cervicale (3 ± 1 vs $4 \pm 0,6$ ml/cc ; $p < 0,05$), des débits artériels cervicaux (494 ± 83 vs 675 ± 13 ml/min ; $p < 0,001$) et cérébraux (512 ± 136 vs 708 ± 145 ml/min ; $p < 0,0001$) et une diminution de la pulsatilité aqueducale du LCS ($0,05 \pm 0,03$ vs $0,07 \pm 0,03$ ml/cc ; $p < 0,05$).

Conclusion : Débits artériels et débits du LCS sont liés. Pour respecter la loi de la compliance cérébrale, le déficit du flux artériel cérébral « entrant » semble être compensé par un déficit du flux LCS « sortant », induisant une stagnation du LCS et une diminution de son turnover et de sa fonction épuratrice du système nerveux central. L'IRM de flux apparaît comme un examen complémentaire de l'imagerie morphologique, permettant une analyse physiopathologique des maladies neurodégénératives et pourrait constituer un examen diagnostique différentiel.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-14
Conditions de succès et barrières à l'implantation de nouveaux modèles de soins cliniques et organisationnels en première ligne pour les patients souffrant de maladie d'Alzheimer au Québec

I. Vedel[1,*], H. Bergman[1], L. Lapointe[2]
[1]*Département de médecine familiale et gériatrie, université McGill, Montréal, Canada*
[2]*Faculté de gestion Desautels, université McGill, Montréal, Canada*

Introduction : Le nombre important de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (MAA), leur accroissement massif, les conséquences pour ces personnes et leurs proches aidants ont poussé l'OMS à lancer aux gouvernements du monde entier le défi d'élaborer des plans stratégiques à cet effet. Les conférences de consensus canadiennes recommandent que le repérage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients avec MAA soient réalisés en première ligne (médecin généraliste). Le rapport mandaté par le précédent ministre de la Santé en vue de l'implantation du plan Alzheimer au Québec (rapport Bergman) recommande : 1) d'améliorer et de simplifier l'accès à l'évaluation et au diagnostic de MMA en première ligne ; 2) d'offrir l'accès à des soins intégrés et coordonnés de type gestion de cas ; 3) d'innover par un soutien de la première ligne par les services spécialisés (notamment les cliniques mémoires) pour les patients complexes. Plusieurs groupes de médecine de famille (GMF) du Québec ont déjà développé et mis en place des approches cliniques et organisationnelles novatrices pour cette population vulnérable dont le ministère veut s'inspirer pour développer le plan MAA du Québec.

Objectifs : Identifier les conditions de succès et les barrières à l'implantation des approches innovantes de prise en charge des personnes souffrant de MAA dans les GMF au Québec.

Méthodes : Une étude de cas multiples a été réalisée par triangulation des sources de données : 24 entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon d'acteurs clés (professionnels de 11 GMF, de cliniques mémoire et chargés de projet), de l'observation participante et de la consultation de nombreux documents. Les données ont été analysées de façon thématique en comparant les sites sélectionnés.

Résultats : Plusieurs GMF ont mis en place de nouvelles approches pour identifier, diagnostiquer, traiter et suivre les personnes atteintes de MAA et leur proche aidant. Le succès de ces approches est lié notamment à l'implication d'un champion au sein du GMF (ex. : un médecin de famille reconnu par ses pairs), à un travail collaboratif entre médecins et infirmières, au soutien d'un agent de changement (ex. : chargé de projet) et au soutien des spécialistes. Plusieurs barrières ont été identifiées au niveau du GMF (ex. : complexité des besoins des patients et de leurs aidants ; pratiques de soins non adaptées ; de nombreuses priorités de changement en simultané couplées à peu de moyens ; rôle limité des infirmières, etc.) ainsi qu'au niveau du système de santé (manque de guides de pratiques adaptés à la première ligne ; difficulté d'accès aux services spécialisés ; manque de clarté du rôle des différents intervenants ; manque d'échange d'informations ; incitatifs inappropriés ; manque de modèle économique adapté, etc.).

Conclusion : Ces résultats ont permis au ministère de développer des stratégies d'implantation du plan Alzheimer adaptées à la réalité de la première ligne.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-15
Hôpital de jour diagnostique gériatrique : apport pour les médecins généralistes dans le diagnostic et le suivi des troubles des fonctions supérieures

A. Obraztsova[1,*], E. Alonso[2], M.-A. Cariot[2], E. Paillaud[2]
[1]*Médecine interne et gériatrie, AP–HP, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France*
[2]*Médecine interne et gériatrie, AP–HP, hôpital Albert-Chenevier, Créteil, France*

Introduction : La prise en charge précoce des personnes âgées présentant des troubles des fonctions supérieures par HDJ gériatrique est insuffisamment connue des médecins traitants.

Objectifs : 1) Décrire la population de patients adressés en HDJ gériatrique par leur médecin traitant pour un bilan de troubles de fonction supérieurs ; 2) décrire l'apport de cette prise en charge pour les médecins traitants au cours du suivi.

Méthodes : 1) Étude descriptive rétrospective des dossiers des patients consultant en HDJ durant 2010 avec analyse des données démographiques, de l'évaluation gériatrique standardisée de la pathologie cognitive, du diagnostic posé et de la prise en charge sociale ; 2) courte enquête téléphonique au moyen de questions fermées, effectuée auprès des médecins traitants visant à recueillir l'analyse de leur démarche, l'utilité de la consultation en HDJ et leur appréciation de la prise en charge.

Résultats : Parmi 837 patients consultants, 328 ont été adressés par leur médecin traitant. Le ratio femmes/hommes était de 2,15. L'âge moyen des consultants était de 79,5 ans pour les hommes (63–98) et de 80,7 ans pour les femmes (46–95). L'évaluation gériatrique montrait l'existence de risque d'iatrogénie chez plus de 58 % des patients. Parmi la population totale, 3 % des hommes et 12 % des femmes avaient un état nutritionnel très altéré contre 4,4 % des hommes et 18 % des femmes souffrant de maladie d'Alzheimer. Trente pour cent des patients de population globale et 50 % de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer avaient une autonomie diminuée avec un IADL inférieur à 3. Les fonctions supérieures étaient globalement préservées chez 33 % des patients (MMS ≥ 25), diminuées chez 59 % des patients (MMS : 10–24) et dégradées de façon majeure chez 8 % des patients (MMS < 10). La maladie d'Alzheimer touchait 44 % des hommes (n = 46) et 50 % des femmes (n = 112). Un déclin cognitif léger et un syndrome dépressif étaient présents respectivement dans 12 et 16 % des cas. Le pourcentage des autres démences cumulées était faible (7 %). À peine la moitié des patients bénéficiaient d'une prise en charge sociale (n = 154). Parmi les 171 médecins ayant adressé leurs patients en HDJ, 54,4 % des médecins (n = 87) ont répondu à l'enquête et 4 % (n = 7) ont refusé d'y répondre. Le nombre de patients adressés par chaque médecin variait d'un à dix. Treize médecins (15 %) n'avaient pas pris l'initiative d'adresser leur patient en HDJ. Sur les 92 % des médecins (n = 80) qui trouvaient la consultation utile, 73 % appréciaient son utilité sur le plan médical et social tandis que 18,4 % (n = 18) la trouvaient utile uniquement sur le plan médical. Huit pour cent (n = 7) ont trouvé la consultation inutile, et six médecins (7 %) considéraient qu'elle n'apportait rien pour le médecin ni pour la famille. Globalement, 82 % des médecins étaient totalement satisfaits de la prise en charge tandis que 4,6 % étaient absolument insatisfaits. Les médecins insatisfaits avaient pour arguments que la maladie d'Alzheimer ne bénéficie pas pour l'instant de thérapeutique efficace.

Conclusion : Cette étude met en lumière la sévérité des troubles cognitifs et la complexité de la prise en charge des patients polypathologiques. Il est important de développer et d'améliorer l'information sur les HDJ gériatriques auprès des médecins généralistes qui sont en première ligne pour un dépistage précoce des troubles des fonctions supérieures.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-16
La démence de Lyme existe-t-elle ? Manifestations démentielles de la maladie de Lyme

J. Perisse[1,2,*], G. Kaltenbach[1], F. Sellal[2]
[1]*Gériatrie, hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France*
[2]*Neurologie, hôpital Pasteur, Colmar, France*

Introduction : La démence est une pathologie fréquente et d'étiologies multiples. La maladie d'Alzheimer en est la première cause et est incurable à ce jour. Cependant, il existe des étiologies curables dont les pathologies infectieuses, et notamment les infections à spirochètes.

Objectifs : L'objectif de cette étude est de déterminer les caractéristiques cliniques et paracliniques des formes démentielles de neuroborréliose de Lyme.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de quatre cas de neuroborréliose de Lyme ayant présenté des troubles cognitifs.

Résultats :

	Cas 1	**Cas 2**	**Cas 3**	**Cas 4**
Âge de début	**77 ans**	**52 ans**	**61 ans**	**80 ans**
Durée d'évolution	4 mois	2 ans	1 an	Plusieurs années
Trouble neuropsychologique	Trouble dysexécutif, attentionnel et hippocampique	Trouble dysexécutif et attentionnel	Trouble dysexécutif	Trouble dysexécutif, praxique et manque du mot
Autres symptômes	Ralentissement psychomoteur	Syndrome dépressif	Confusion, syndrome cérébelleux, tremblement	Syndrome extrapyramidal
IRM	Hypersignaux T2 de la substance blanche	Hypersignaux T2 de la substance blanche Atrophie temporale et hippocampique	Hypersignaux ponctiformes T2 de la substance blanche	Atrophie frontopariétale
LCR	GB : 213/mm^3 (lympho : 94 %) Prot : 3,26 g/l DOC+ Index+ $A\beta_{42}$ et IATI ↓ Tau et P-tau normaux	GB : 23/mm^3 (prédominance lymphocytaire) Prot : 2,71 g/l DOC+ Index+ $A\beta_{42}$ et IATI ↓ Tau et P-tau normaux Réactivité anticytoplasme des neurones	GB : 180/mm^3 (lympho : 98 %) Prot : DOC+ Index+ Biomarqueurs, non fait	GB : 2/mm^3 Prot : 0,45 g/l DOC– Index : 14 $A\beta_{42,}$ tau, P-tau et IATI normaux
Évolution	Lentement favorable	Rapidement favorable sur le plan neurologique et psychiatrique	Lentement favorable avec un épisode d'aggravation transitoire	Amélioration subjective

Conclusion : Les manifestations cognitives de la maladie de Lyme peuvent être observées aux stades 2 et 3 de l'infection, voire au stade postborréliose. Différents mécanismes peuvent être mis en cause : dans les trois premiers cas, on observe une forte réaction immunitaire et l'évolution sous antibiothérapie suggère une réaction inflammatoire en rapport direct avec la présence du spirochète. Dans le quatrième cas, l'absence de réaction immunitaire décelable dans le LCR et l'évolution partiellement favorable sous traitement laisse penser à un autre mécanisme de type para-infectieux déclenché par la persistance de l'agent infectieux. Bien que rare, la neuroborréliose de Lyme fait partie des étiologies de « démence curable », son diagnostic n'est pas toujours aisé en raison de l'absence de signes infectieux généraux. La sérologie de Lyme complété par une étude du LCR avec mesure de l'index de synthèse intrathécal en cas de positivité doit faire partie du bilan de troubles cognitifs dans les régions endémiques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-17
Patients trisomiques 21 âgés et maladie d'Alzheimer : perspectives diagnostiques

A.-S. Rebillat*, C. Mircher, A. Ravel, M. Muir, M. Conte, S. Sacco, C. Buis, M.-O. Rethore, F. Sturtz
Institut Jérôme-Lejeune, Paris, France

Introduction : L'espérance de vie des patients trisomiques 21, comme celle de la population en général, a considérablement augmenté. En effet, la prise en charge de la trisomie et de ses complications ne cesse de s'améliorer et on découvre aujourd'hui la première génération de patients trisomiques 21 âgés (au-delà de 50 ans). Ceux-ci présentent un vieillissement accéléré et une prévalence élevée de démence type Alzheimer (favorisée par la présence sur le chromosome 21 du gène codant pour l'APP) associée à de nombreuses comorbidités spécifiques aux patients trisomiques 21. Le diagnostic de démence chez ces patients répond à deux principales difficultés : 1) Dépister et traiter ces comorbidités, car elles ont un retentissement sur les performances cognitives ; 2) réaliser une évaluation cognitive adaptée et fiable. Le suivi du patient trisomique 21, qui reposait essentiellement sur le pédiatre, relève aujourd'hui du gériatre.

Objectifs : *Objectif 1 :* Identification des principales comorbidités rencontrées chez les patients trisomiques 21 vieillissants. *Objectif 2 :* Revue de la littérature et enquête auprès des consultations mémoire d'Île-de-France quant aux pratiques d'évaluation de ces patients.

Méthodes : 1) Étude rétrospective de données informatisées d'une cohorte de plus de 4 000 patients porteurs d'une trisomie 21 complète, suivis annuellement à la consultation de l'institut Jérôme-Lejeune, entre 1999 et 2013. L'institut Jérôme-Lejeune propose une consultation pluridisciplinaire spécialisée dans la prise en charge des déficiences intellectuelles d'origine génétique, principalement la trisomie 21, à tous les âges de la vie ; 2) Recherche Medline de références bibliographiques d'après les mots clés *down syndrome and dementia* (2003–2013) et revue des outils diagnostiques utilisés pour le diagnostic de démence type Alzheimer à partir de la littérature et de l'enquête de pratiques adressée aux consultations mémoire d'Île-de-France.

Résultats : 1) Les comorbidités les plus souvent rencontrées chez les patients trisomiques 21 vieillissants sont l'hypothyroïdie, l'apnée du sommeil, la dépression, les troubles visuels et auditifs, les carences en vitamines D, B9 et B12, les syndromes douloureux frustes, l'épilepsie ; 2) il n'existe pas de consensus quant au diagnostic de maladie d'Alzheimer chez les patients trisomiques 21, dont l'évaluation est assez hétérogène. En pratique, imagerie cérébrale et biomarqueurs sont peu utilisés. Les échelles neuropsychologiques le plus souvent citées dans la littérature sont la DSDS, la SIB, la VSMS, le DMR. L'interrogatoire de l'entourage, l'évaluation de l'autonomie et des mesures répétées sont indispensables.

Conclusion : Comme pour tout patient gériatrique, il est important de bien connaître les comorbidités des démences chez les patients trisomiques 21, afin de les dépister et de les traiter. Il n'existe pas de consensus quant au diagnostic de maladie d'Alzheimer chez ces patients, d'où l'intérêt à l'avenir de réaliser des études prospectives multicentriques, incluant évaluation clinique standardisée et biomarqueurs.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-18
Privation sensorielle auditive, déclin cognitif et risque de chute chez les sujets âgés institutionnalisés

E. Brocquet[1,*], S. Leusie[2], M. San Jullian[2], C. Renard[2], L. Vergnon[2], F. Puisieux[3]
[1]*Faculté de médecine de Lille, France*
[2]*GRAPsanté, Paris, France*
[3]*CHRU, Lille, France*

Introduction : Des données concordantes suggèrent que la privation sensorielle auditive est un facteur de risque de développer des troubles cognitifs et de chute chez les personnes âgées. La question qui se pose est de savoir si la correction des troubles auditifs par un appareillage auditif réduit ces risques.

Objectifs : Notre étude constitue une première approche du problème et a pour objectif principal d'évaluer la cognition par l'échelle du MMSE chez des sujets malentendants appareillés et non appareillés. Les objectifs secondaires sont l'évaluation de la cognition par d'autres échelles validées et l'évaluation du risque de chute dans cette population.

Méthodes : Étude observationnelle cas-témoin réalisée avec le soutien du groupe GRAPsanté dans 15 EHPAD et deux foyers logements du Nord. Quatre-vingt-onze sujets âgés de plus de 60 ans ont été inclus. Une évaluation de l'audition a été réalisée grâce à une audiométrie tonale et vocale. Les fonctions cognitives ont été évaluées par le MMSE, les cinq mots de Dubois, l'horloge, les fluences. Les facteurs de risque de chute ont été répertoriés.

Résultats : La régression linéaire multiple a révélé que le score du MMSE était inférieur de 3,86 points dans le groupe des sujets non appareillés par rapport aux sujets appareillés ($p = 0{,}00182$). L'évaluation cognitive par les autres échelles a retrouvé une différence significative entre les groupes appareillés et non appareillés avec des scores plus élevés pour les sujets appareillés. La prévalence de la chute était de 23 % chez les malentendants sans différence significative entre les sujets appareillés et ceux qui ne l'étaient pas.

Conclusion : L'étude conclut à un niveau de sévérité des troubles cognitifs plus grand chez les sujets malentendants non appareillés comparés à des malentendants appareillés. Elle apporte un argument supplémentaire en faveur d'un lien entre déficience auditive et déclin cognitif sans pouvoir définir la nature de ce lien. L'appareillage des sujets malentendants doit être une préoccupation des professionnels de santé et de tous ceux qui travaillent avec les personnes âgées.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-19
Démence postradique : à propos d'un cas et revue de la littérature

M.-A. Cariot*, E. Paillaud, M. Laurent, E. Liuu, E. Alonso
Département hospitalo-universitaire de médecine interne et gériatrie, Créteil, France

Introduction : La neurotoxicité des traitements des tumeurs cérébrales est fréquente et atteint la qualité de vie des patients. Il s'agit d'une toxicité imprévisible pouvant se manifester pendant ou après la fin du traitement et parfois plusieurs années après de façon irréversible. La radiothérapie occupe une place primordiale dans le traitement des tumeurs du système nerveux central.

Objectifs : Nous rapportons le cas d'un patient vu en consultation mémoire.

Méthodes : Un homme de 78 ans est adressé pour troubles du comportement évoluant depuis six ans avec perte des convenances sociales, hyperoralité, conduites stéréotypées. Parallèlement, il présente des troubles mnésiques pour les faits récents d'aggravation progressive. Parmi ses antécédents nous retrouvons une HTA et une cardiopathie ischémique. Il a été opéré en 1988 d'un macroadénome par voie haute avec exérèse partielle suivie d'une radiothérapie. Il a eu comme complications précoces une névrite optique avec cécité de l'œil droit et des troubles endocriniens. L'examen clinique n'objective aucun signe neurologique de focalisation. Le bilan neuropsychologique montre une altération modérée de son efficience cognitive globale avec un profil sous-corticofrontal avec une atteinte de la mémoire épisodique verbale au niveau de l'encodage et de la récupération. L'IRM cérébrale montre une lésion intra- et suprasellaire en hypersignal T2 hétérogène rehaussée après injection qui s'étend vers le haut au cortex frontal droit et englobe la tige pituitaire, le chiasma optique bombant le plancher du troisième ventricule. L'IRM montre également d'importantes plages en hypersignal T2 de la substance blanche périventriculaire frontale bilatérale prédominant à droite en regard de l'extension adénomateuse. Le TEP-TDM avec 18-FDG montre une masse hypermétabolique suprasellaire, latéralisée à droite partiellement calcifiée ainsi qu'un hypométabolisme du cortex frontal droit lié à l'œdème et un hypométabolisme temporal droit rapportable à la séquelle chirurgicale. Après avis neurochirurgical, il n'y a pas d'argument de récidive tumorale.

Résultats : L'hypothèse d'une éventuelle démence postradique est avancée. La fréquence de ces démences varie considérablement selon les études. Une revue de plusieurs études regroupant 748 patients estimait à 12 % la fréquence de la démence postradique (Crossen et al., 1994). Le tableau clinique est non spécifique avec au stade initial un ralentissement intellectuel, des troubles de la concentration et des troubles de la mémoire sur les faits récents. À un stade plus avancé, les troubles cognitifs sont plus sévères, caractérisés par un apragmatisme, des troubles diffus de la mémoire, des troubles du raisonnement et du jugement et des troubles de l'humeur. Les fonctions instrumentales sont longtemps préservées. L'IRM est plus sensible que le scanner et montre un hypersignal en T2 d'étendue variable, mais qui peut s'étendre à l'ensemble de la substance blanche hémisphérique.

Conclusion : Une démence postradique pourrait être retenue devant les critères suivants : 1) antécédent de radiothérapie supratentorielle ; 2) absence de récidive tumorale ; 3) peu d'arguments pour une autre cause de démence.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-20
Spécificités de la filière Alzheimer sur le territoire de l'Ondaine

A. Martineau*, C. Lefevre, N. Auguste, V. Benvenuto
Hôpital de Firminy, Firminy, France

Introduction : Depuis 2001, les trois plans Alzheimer ont permis d'améliorer la prise en charge des patients présentant un syndrome démentiel. Sur le territoire de la vallée de l'Ondaine, les nouveaux dispositifs sont intégrés dans une véritable filière psychogériatrique. Le suivi des patients est parfois difficile du fait de la non-acceptation de la maladie et de l'intérêt mal reconnu des aides nécessaires au maintien à domicile des patients.

Objectifs : Ce travail a eu pour objectif de montrer que l'organisation de la filière Alzheimer et la création d'un lieu mémoire ressource ont permis d'optimiser l'utilisation des dispositifs de prise en charge des patients déments.

Méthodes : Après avoir répertorié les différents dispositifs existants (consultation mémoire, CLIC, équipe spécialisée Alzheimer [ESA], formation d'aides aux aidants, accueil de jour [ADJ], plateforme de répit) et précisé les liens entre eux avec notamment le lieu mémoire ressource (consultation mémoire délocalisée et permanences du personnel du CLIC sur l'ADJ), nous avons utilisé les données statistiques de la Banque nationale Alzheimer pour apprécier l'intégration des patients au sein de la filière.

Résultats : Les données obtenues montrent que le pourcentage de patients pris en charge par le CLIC, l'ESA et l'ADJ semble plus élevé que dans d'autres territoires (départemental, régional et national).

	CM Firminy (%)	Départemental (Loire) (%)	Régional (Rhône-Alpes) (%)	National (%)
CLIC	5,6	1	0,25	1,43
SSIAD ESA	18	5,8	4,3	4,25
ADJ	15,3	6,2	3,8	3,3

Toutefois, l'interprétation de ces chiffres est soumise à la qualité de recueil des données de chaque centre de consultations mémoire.

Conclusion : Les spécificités de la filière Alzheimer sur le territoire de l'Ondaine permettent à un nombre élevé de patients de bénéficier des nouveaux dispositifs définis par le dernier plan Alzheimer. Une réflexion pourrait être menée pour apprécier les bénéfices de cette organisation pour les patients et leur famille au cours de l'évolution de la maladie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-21
Charge ressentie par les aidants familiaux de patients âgés pris en charge en consultation mémoire

S. Omrani[1], C. Moutet[2], F. Delphin-Combe[3], R. Faure[1], P. Krolak-Salmon[2,3], C. Mouchoux[1,2,*]
[1]*Pharmacie, Villeurbanne, France*
[2]*Centre de recherche clinique « Vieillissement, Cerveau, Fragilité », Villeurbanne, France*
[3]*Centre mémoire de ressources et de recherche, hôpital des Charpennes, HCL, Villeurbanne, France*

Introduction : Les aidants familiaux jouent un rôle essentiel dans la prise en charge à domicile des patients âgés (PA) atteints de troubles cognitifs. Cette charge peut représenter, dans certains contextes, un fardeau et placer l'aidant en situation de fragilité. Or, il a été démontré que cet état de fragilité expose l'aidant à des décompensations fonctionnelles, un état morbide invalidant et peut conduire au placement en institution du patient.

Objectifs : Analyser les facteurs influençant le fardeau des aidants de PA pris en charge en consultation mémoire.

Méthodes : Cent couples aidant/patient pris en charge en consultation mémoire entre novembre 2011 et avril 2012 ont été inclus. Ont été recueillies les données sociodémographiques, médicales, thérapeutiques du patient et de l'aidant, ainsi que la qualité de vie des patients évaluée grâce à l'Alzheimer Disease Related Quality of Life (ADRQL) et le fardeau de l'aidant à l'aide de l'inventaire du fardeau de Zarit (Mini-Zarit). Ces données ont été analysées à l'aide de tests de corrélation de Pearson et les variables catégorielles ont été analysées à l'aide de test *t* de Student ou le cas échéant avec de tests non paramétriques de Mann-Whitney (SPSS®, v 17.0). Le seuil de significativité était de 0,05.

Résultats : Sur les cent couples aidant/patient inclus, l'âge moyen des patients était de 81,3 ans (± 8,1 ans). Ils étaient pris en charge en consultation pour trouble cognitif léger (39,4 %), démence (35,3 %) ou pour une plainte isolée (25,3 %). Le score moyen à l'ADRQL était de 66,1 % (± 22,1 %), au Mini Mental State Examination (MMSE) de 20,4 (± 5,8) et à l'Instrumental Activities of Daily Living (IADL) de 4,2 (± 2,3) sur 8. L'âge moyen des aidants était de 60,6 ans (± 11,9). Les aidants étaient majoritairement des femmes (67 %) et un enfant du patient (71 %). Ils consacraient en moyenne 6,5 heures/j (± 4,1) et 4,5 journées (± 2,5) par semaine à l'aide. Le fardeau moyen des aidants était de 3,14 (± 1,95) sur 7. L'augmentation du fardeau était significativement corrélée avec l'augmentation de la distance séparant son domicile du lieu de vie du patient, avec une mauvaise qualité de vie du patient (ADRQL), ses troubles cognitifs (MMSE), psychocomportementaux (NPI) et un bas niveau d'autonomie. Les aidants ayant déclaré une modification de leur relation avec le patient avec l'aide présentaient un fardeau plus important. Le fardeau diminuait avec le nombre de médicaments psychiatriques pris par le patient.

Conclusion : Cette étude montre qu'il existe, quel que soit le niveau d'atteinte cognitive, des liens étroits entre le fardeau de l'aidant, la qualité de vie et les troubles du comportement du patient. Les stratégies de prise en soins devront, aussi bien, s'adresser aux patients qu'aux aidants dans un but synergique. Ces premiers résultats et le suivi de cette cohorte permettront d'identifier les aidants en situation de fragilité et d'orienter les stratégies de prise en soin de ces couples dans le cadre de la consultation mémoire.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-22
Revue de la littérature sur les thérapies non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer

G.-M. Dedu
Service SSR, centre hospitalier de Belfort-Montbéliard, Montbéliard, France

Introduction : La maladie d'Alzheimer préoccupe beaucoup la société actuelle. Dans la prise en charge de ces patients, la HAS propose, pour éviter le recours aux antipsychotiques qui ont des effets adverses, d'envisager dans un premier temps des interventions non médicamenteuses.

Objectifs : L'objectif de ce résumé est de présenter les différentes thérapies non médicamenteuses pour la maladie d'Alzheimer et les résultats (l'efficacité) que l'on peut en attendre en fonction de ce qui apparaît dans la littérature.

Méthodes : Plusieurs recherches ont été faites en novembre 2011 avec des mots clés variés sur les thérapies non médicamenteuses de la démence dans Pubmed (Medline), le site Cochrane et Internet. Les critères d'inclusion ont été : l'article doit présenter des résultats de thérapies non médicamenteuses sur des patients atteints de démence, l'article doit être un article de synthèse, l'article doit être publié après 2008 et doit être écrit en anglais ou en français. Cette recherche a généré 16 synthèses : une synthèse d'articles de synthèse (écrite par Hulme), dix synthèses Cochrane, quatre synthèses générales (multithérapie) et une synthèse spécifique à une thérapie.

Résultats : Efficacité de certaines thérapies non médicamenteuses

Thérapie	Indications	Hulme	Cochrane	Autres synthèses
Musicothérapie	Agression, agitation, déambulation, cognition	++	+	++, ++
Massage	Agitation, nutrition	++	+	
Aromathérapie	Agitation, agressivité, déambulation	+	+	+, ++
Exercices physiques	Humeur, sommeil, déambulation, dépression	++	=	
Réminiscence	Agitation, anxiété, dépression, hallucinations	+	+	
Animaux	Agression, agitation, nutrition	+		
Acupuncture		=		=
Entourage		=		=, =
Jardins thérapeutiques				=

Pour les thérapies notées ++ (efficaces), les études de la littérature donnent des résultats effectifs, mais limités et parfois mitigés. Pour les thérapies notées + (qui pourraient être efficaces), les résultats sont positifs, mais ne sont pas concluants, les preuves ne sont pas acquises. Pour les thérapies notées = (pas de preuve d'efficacité), les études n'ont pas montré de bénéfices.

Conclusion : Après analyse de la littérature sur les thérapies non médicamenteuses sur la démence, certaines (la musicothérapie, le massage manuel et l'aromathérapie et d'autres) ont montré des résultats bénéfiques sur certains symptômes, d'autres doivent encore être soutenues par de meilleures études, et d'autres enfin (l'acupuncture, l'entourage

et les jardins thérapeutiques) n'ont pas encore montré d'effets bénéfiques. Davantage d'études avec un nombre de patients plus important et avec une meilleure méthodologie sont nécessaires pour cerner complètement les effets de ces thérapies.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-23
Le PHRC national : validation d'une version francophone de la Confusion Assessment Method. Rationnel et objectifs

V. Antoine[1,*], B. de Wazières[1], S. Bastide[2], P. Landais[2], P. Rataboul, C. Suehs (Nîmes), J. Belmin (Ivry), H. Blain (Montpellier), S. Bonin-Guillaume (Marseille), O. Guérin (Nice), J.-L. Novella (Reims), S. Sirvain (Alès), A. Saber (Cachan), L. Goldsmith, J. Morais (Montréal, Canada), G. Wolfklein (New York, États-Unis)
[1]*Médecine gériatrique, CHU de Nîmes, Nîmes, France*
[2]*BESPIM, CHU de Nîmes, Nîmes, France*

Introduction : La fréquence du syndrome confusionnel aigu (SCA) augmente avec l'âge. Sa prévalence s'établit entre 14 et 56 % chez les personnes hospitalisées âgées de 80 ans et plus. Ses complications sont nombreuses (morbimortalité, durée de séjour prolongée, majoration des dépenses de santé). La sévérité du SCA et le type de manifestations psychomotrices associées (formes hypo- ou hyperactives, ou mixtes) sont associés au pronostic péjoratif, soulignant l'importance d'en analyser finement la sémiologie. Or, le SCA survient chez des patients ayant des affections psychiques et/ou somatiques qui compliquent son diagnostic. Sans outil formalisant son évaluation, il n'est pas diagnostiqué par les médecins dans 32 à 67 % des cas et les infirmières dans 70 % des cas. De plus, le SCA est une urgence diagnostique et thérapeutique. D'où l'importance de disposer d'outils diagnostiques validés qui soient traduits en français. La Confusion Assessment Method (CAM), validée aux États-Unis par Inouye et al., vise à améliorer, après évaluation cognitive du patient par le MMSE, le diagnostic du SCA (avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 89 %). Le Delirium Index (DI), établi par McCusker et al., permet d'en coter la sévérité.

Objectifs : Validation d'une version francophone de la CAM et du DI.

Méthodes : *Étape I :* Construction d'une version expérimentale francophone de la CAM et du DI en : 1) achevant la procédure de traduction en langue française de la CAM, publiée par une équipe canadienne (Laplante et al., 2005), mais incomplète : seules les deux premières étapes de la méthode de validation transculturelle de Vallerand, qui en comporte sept, ont été effectuées ; 2) traduisant en français le manuel de formation à l'utilisation de la CAM (livret de 26 pages qui n'a pas été traduit et qui reste méconnu de nombreux cliniciens) et le DI. *Étape II :* Étude clinique multicentrique pour : 1) démontrer par une étude clinique la validation de la traduction française de la CAM : comme le souligne la Haute Autorité de santé, aucune étude n'a comparé, sur une cohorte de patients francophones, la traduction française à une méthode de référence comme le diagnostic psychiatrique selon les critères du DSM ; 2) tester l'intérêt du Codex pour formaliser l'évaluation cognitive du patient avant de coter les items de la CAM : en effet, la dernière version du guide d'utilisation de la CAM propose l'utilisation du Mini-Cog (proche du Codex français), au lieu du MMSE recommandé jusque-là, alors qu'aucune étude de validation de la CAM n'a utilisé le Mini-Cog ni le Codex.

Résultats : La validation transculturelle (anglais→français) de la CAM et du DI selon un protocole de validation inspiré de Vallerand permettra d'obtenir un instrument francophone consensuel de diagnostic simple et rapide du SCA. L'évaluation de la version francophone de la CAM par une étude clinique comparative en cohorte versus la méthode de référence (diagnostic du psychiatre selon les critères du DSM-IV-TR) et la comparaison des cotations de la CAM, obtenues après évaluation cognitive formalisée par le Codex et le MMSE, permettront de confirmer l'intérêt d'une évaluation cognitive courte.

Conclusion : Ces outils devraient permettre de développer dans les pays francophones la recherche clinique dans le domaine du SCA.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-24
Consultation mémoire pour sujet âgé de moins de 65 ans : faisabilité d'un sous-territoire pertinent de proximité

S. Ahmine
HCL, Lyon, France

Introduction : À l'interface du médecin généraliste, de l'hôpital et l'EHPAD, les consultations mémoire (CM) occupent une position clé dans le parcours de vie du sujet âgé présentant un syndrome démentiel (SD). Pour renforcer et harmoniser, bien en amont, le diagnostic, le dépistage précoce ou la prévention des SD, il y a besoin d'optimiser la faisabilité et la localisation des CM dans un sous-territoire pertinent de proximité, par une démarche éthique, coopérative et coordonnée en réseau. Cela pour éviter les prises en charge souvent tardives et coûteuses, la saturation des services hospitaliers et la rupture dans les parcours, source de souffrance des patients et leurs familles.

Objectifs : Le diagnostic précoce des démences est un enjeu majeur de santé publique. Si la norme nationale est celle d'une CM pour 15 000 personnes âgées de plus de 75 ans, notre objectif est de montrer qu'il est possible de résorber le sous-diagnostic structurel des SD en partant des besoins réels d'un territoire pertinent spécifique et de proximité, prenant en compte les sujets âgés de moins de 65 ans. D'où un besoin de réévaluation des CM psychogériatrique coordonnée s'impliquant dans une démarche éthique et coopérative en réseau.

Méthodes : Sur la base d'études statiques de terrain et autres projections de l'évolution démographique, une démarche de base utilisée dans la réalisation des schémas de planification gériatrique du département du Rhône et autre SROS de la région Rhône-Alpes, nous avons recoupé ces données avec ceux des normes nationales de CM. Nous les avons ensuite confrontées aux besoins d'un territoire bien défini de l'ouest de la région lyonnaise. Plusieurs hypothèses sont évaluées et proposées dont la création d'une CM psychogériatique spécialisée innovante de proximité.

Résultats : Avec disparités spatiales, les résultats montrent un déficit en CM et une sous-couverture du territoire : ainsi, sur une population de près d'un million de plus de 65 ans, il n'y a que 31 CM et CMRR en Rhône-Alpes. Et sur près de 100 000 sujets âgés présentant des SD, seulement 26 000 bilans ont été réalisés en 2011. Ce qui fait un taux moyen très faible de 100 patients/an par CM. Aussi, ces mêmes résultats de déficit en CM sont confirmés sur le territoire défini dans l'étude. D'où un grand besoin en CM pour les plus de 75 ans mais aussi, dans le cas de l'hypothèse forte, des CM innovantes incluant les sujets de moins de 65 ans dans une démarche coopérative.

Conclusion : Si les études démographiques et épidémiologiques confirment que les SD sont un enjeu médical, éthique et économique majeur pour la collectivité, il y a besoin avant tout d'adapter l'offre de CM en nombre et en qualité. Leur localisation peut être réévaluée

en fonction des besoins réels et spécifiques incluant la population de moins de 65 ans, voir moins de 60 ans, qui ne bénéficierait pas au bon moment de diagnostic et de soins adaptés. La définition de nouvelles normes innovantes comme celle de sous-territoire pertinent de proximité pour les SD pour ces sujets jeunes devient essentielle pour résorber le sous-diagnostic structurel. Tout en optimisant la coordination en réseau dans un parcours de vie coopératif, transversal et partagé, intégrant les apports de l'ensemble des intervenants, on peut mieux comprendre dans une démarche éthique ce que vit et comment vit une personne présentant des SD.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-25
Neutropénie sous quétiapine et difficulté de prise en charge des hallucinations au cours de la démence à corps de Lewy

E. Jean-Bart[1], T. Guilli[1], C. Mouchoux[1,2,*]
[1]Pharmacie, hôpital des Charpennes–HCL, Villeurbanne, France
[2]Centre de recherche clinique « Vieillissement, Cerveau, Fragilité », hôpital des Charpennes–HCL, Villeurbanne, France

Introduction : La démence à corps de Lewy (DCL) est une maladie neurodégénérative dont la symptomatologie clinique est caractérisée par des troubles cognitifs associés à des hallucinations. Celles-ci nécessitent fréquemment la prescription d'un neuroleptique (NL), lorsqu'elles deviennent invalidantes. Toutefois, les NL sont mal tolérés rendant leur utilisation délicate dans la DCL. Actuellement, les principales molécules utilisées sont la clozapine et la quétiapine. Cette dernière semble présenter une tolérance hématologique meilleure que la clozapine.

Objectifs : L'objectif est à partir d'un cas clinique, de mettre en lumière la difficulté de prise en charge thérapeutique des hallucinations liées à la DCL.

Méthodes : Une patiente a été hospitalisée pour une DCL au sein d'une unité cognitivocomportementale pour un ajustement des thérapeutiques et un bilan psychocomportemental. Un mois avant son hospitalisation, la quétiapine à la dose de 50 mg/j a été instaurée pour des hallucinations visuelles et des troubles du comportement. Les autres traitements n'ont pas été modifiés et comportaient : donépézil 15 mg, escitalopram 10 mg, oxazépam 10 mg, calcium vitamine D3 500 mg, acide alendronique 70 mg, warfarine 1 mg et acide acétylsalicylique 75 mg.

Résultats : Lors de son séjour, 38 jours après l'instauration du NL, la patiente présente une neutropénie asymptomatique à 1,05 G/l. La quétiapine a été immédiatement suspendue, et une surveillance du bilan hématologique instaurée. Quarante-huit heures après l'arrêt du NL, le taux de polynucléaires neutrophiles était normalisé (3,82 G/l). Quinze jours après, le bilan hématologique était constamment normal. Une déclaration de pharmacovigilance a été effectuée auprès du centre régional de pharmacovigilance qui a confirmé l'imputabilité du NL dans la survenue de la neutropénie.

Conclusion : Ce cas illustre la difficulté que le clinicien peut rencontrer dans la prise en charge des hallucinations liées à la DCL. Une attention particulière doit être portée lorsqu'il s'agit d'avoir recours aux NL dans cette pathologie en raison d'une sensibilité accrue à ces médicaments. La quétiapine semble une molécule avec une balance bénéfice/risque intéressante dans la DCL. De même, la nécessité de surveillance hématologique avec la molécule de référence, la clozapine, fait de la quétiapine une molécule intéressante. Toutefois, son imputabilité dans les troubles hématologiques rencontrés chez cette patiente ne doit pas être négligée. Une attention particulière doit être portée lorsqu'il s'agit d'avoir recours aux NL dans la DCL. Et enfin, le cas incite à rester vigilant lorsqu'il s'agit de mettre en place de nouvelles thérapeutiques prometteuses.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-26
La Villa des Libertés (1), un PASA intégré au sein d'un EHPAD

C. Mignon, C. Malesieux, M. Legaie, L. Kouyoumdjian*
EHPAD Villa du Tertre, Troyes, France

Introduction : L'établissement la Villa du Tertre est un EHPAD de l'agglomération troyenne qui a ouvert en 2011.

Objectifs : L'idéologie portée par le Projet d'établissement en cours de rédaction est le maintien de l'autonomie, des liens sociaux, le respect du droit d'aller et venir au sein des locaux, une continuité et une qualité du parcours de vie en EHPAD.

Méthodes : Ainsi s'est construit un PASA « intégré », sur le modèle des PASA éclatés, en voie de labellisation après un an de fonctionnement. Le PASA accueille 15 résidents et bénéficie de l'architecture ouverte et conviviale de l'établissement. Le fonctionnement assure un accompagnement conforme au cahier des charges du PASA, sept jours sur sept, de 9 h 30 à 20 h 30. Deux ASG, une psychologue, une ergothérapeute et le médecin coordonnateur constituent l'effectif. Le planning des activités est établi et réévalué avec l'accord des résidents et des familles, certaines activités peuvent être communes avec l'EHPAD ou l'unité protégée. Les réunions de synthèse mensuelles pluridisciplinaires abordent les problématiques de chaque résident, réadaptent les plannings, prononcent les entrées et sorties du PASA. Un dossier individuel consigne l'ensemble des éléments propres à chaque résident : grilles d'évaluation, prescriptions, planning, participation…

Résultats : Après un an, il apparaît que l'organisation d'un tel PASA, ouvert sur la vie de l'EHPAD est possible, qu'il permet le maintien des liens entre résidents atteints de troubles cognitifs à des degrés divers, qu'il écarte le risque de stigmatisation des résidents du PASA, tant par les familles que par les autres résidents, qu'il facilite et rend moins traumatisants les transferts des personnes âgées vers l'unité protégée ou l'EHPAD en raison des liens entre les différentes modes d'accompagnement de notre établissement.

Enfin, au sein du personnel, ce projet emporte une adhésion inattendue malgré sa relative complexité.

Conclusion : Ce PASA intégré est une véritable valeur ajoutée en termes de qualité de vie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-27
PHRC national : validation d'une version francophone de la Confusion Assessment Method. Construction d'une version expérimentale francophone préliminaire de la CAM et du Delirium Index : intérêt de la méthode de validation transculturelle

V. Antoine[1,*], B. de Wazières[1], P. Landais[2], S. Bastide[2], J. Morais[3], L. Goldsmith[3], G. Wolfklein[4], A. Saber[5], P. Rataboul, C. Suehs (Nîmes), J. Belmin (Ivry), H. Blain (Montpellier), S. Bonin-Guillaume (Marseille), O. Guérin (Nice), J.-L. Novella (Reims), S. Sirvain (Alès)
[1]Médecine gériatrique, CHU de Nîmes, Nîmes, France
[2]BESPIM, CHU de Nîmes, Nîmes, France
[3]Division of Geriatric Medicine, McGill University, Montréal, Canada
[4]Geriatric Medicine, North Shore University Hospital, New York, United States
[5]École normale supérieure, ENS, Cachan, France

Introduction : La démarche de validation transculturelle d'un questionnaire est d'autant plus importante que l'outil à traduire contient des termes de neuropsychologie dont la définition consensuelle très précise est nécessaire à une bonne concordance des évaluations, surtout quand les évaluateurs, même s'ils partagent une même langue, peuvent être de culture différente.

Objectifs : Construction d'une version expérimentale francophone de la CAM et du Delirium Index (DI).

Méthodes : La construction d'une version francophone de la CAM et du DI a été réalisée selon une méthode de validation transculturelle de questionnaires psychologiques inspirée de Vallerand (1989), de Guillemin (1993) et de Beaton (2000) : ils proposent une série d'étapes systématiques pour obtenir, en langue française, des questionnaires validés en langue anglaise.

Résultats : La préparation d'une version préliminaire francophone de la CAM et du DI a impliqué une traduction simple en français, puis une rétrotraduction en anglais. La rétrotraduction implique qu'une première version traduite de l'instrument est retraduite par une personne différente dans sa langue originale. Un retour fidèle en langue originale représente un premier prérequis. Un deuxième niveau d'analyse consiste en l'étude des termes techniques utilisés. L'écart entre la version originale et la version retraduite a permis d'identifier les items problématiques. En effet, la traduction inverse magnifie les ambiguïtés de formulation entre les traductions et constitue un contrôle de validation en soulignant les contradictions brutes et les erreurs conceptuelles de la traduction. Cette méthode a été optimisée en réalisant de façon parallèle deux traductions puis deux rétrotraductions (impliquant donc quatre personnes), en incluant des traducteurs francophones de plusieurs nationalités (France, Canada, États-Unis) puis une analyse des traductions par un expert linguiste, pour offrir de meilleures garanties, particulièrement nécessaires dans le cas de questionnaires psychologiques pour éviter certains biais : caractéristiques personnelles des traducteurs, écart d'équivalence sémantique des termes et des expressions d'une culture à l'autre, compte tenu du vocabulaire et de la grammaire propres à chaque langue. Ainsi, certaines expressions traduites littéralement n'ont pas de sens dans une autre culture : des expressions propres à la culture ciblée et conservant le sens des items doivent être trouvées (équivalence des expressions). Aussi, certaines situations évoquées dans la culture de l'instrument d'origine peuvent ne pas correspondre à la réalité dans une autre culture : ces items doivent être remplacés par d'autres situations appropriées à cette culture tout en préservant l'objectif et le sens visé par ces items (équivalence expérientielle). Le même exercice doit être appliqué pour certains concepts qui, traduits littéralement, ne permettent pas la même représentation d'une culture à l'autre (équivalence conceptuelle).

Conclusion : Le trajet langue source (anglais) → langue cible (français) → langue source (anglais) permet de conserver les nuances sémantiques, de découvrir les erreurs commises lors de la traduction et de mettre en évidence les inadéquations culturelles.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-28
Analyse des fluences verbales dans une population de sujets âgés avec des formes débutantes de maladie d'Alzheimer ou de démence à corps de Lewy

C. Nouhaud*, C. Sagot, B. Dieudonne, Z. Barrou, S. Greffard, C. Guillemaud, V. Faucounau, M. Verny
Service de médecine gériatrique, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Introduction : Malgré l'existence de critères diagnostiques de la maladie d'Alzheimer (MA) et de la démence à corps de Lewy (DCL), la distinction entre ces deux maladies au stade précoce peut être difficile. Il existe une variabilité dans la présentation et la chronologie d'apparition de leurs signes cliniques et paracliniques, comme en témoigne le manque de spécificité des critères de McKeith de DCL. Une approche multimodale, incluant une évaluation clinique et neuropsychologique précise, semble indispensable. L'étude des fluences verbales est intéressante, car leur atteinte est souvent précoce. Une atteinte plus importante des fonctions exécutives a été décrite dans la DCL débutante par rapport à la MA où il y aurait une atteinte sémantique précoce. Notre hypothèse était celle d'une atteinte plus marquée des fluences littérales dans la DCL, et des fluences catégorielles dans la MA.

Objectifs : Montrer qu'il existe une différence dans l'atteinte des fluences verbales chez des patients avec des formes débutantes de MA ou de DCL.

Méthodes : Étude observationnelle rétrospective monocentrique sur quatre ans chez des patients ayant tous bénéficié d'une évaluation clinique (dont MMS, BREF, GDS, fluences littérales et catégorielles) et d'une IRM cérébrale. Les sujets inclus avaient soit une MA (critères de Dubois et al. 2007 avec des biomarqueurs du liquide céphalorachidien positifs), soit une DCL (critères de McKeith de 2005 avec un DATscan® positif). Étaient exclus les patients avec un MMSE inférieur à 20, un score de Fazekas supérieur à 2, des séquelles vasculaires (AIC ou plus de deux lacunes stratégiques), microbleeds supérieur à 5.

Résultats : Treize patients ont été inclus dans le groupe MA, dix dans le groupe MCL. Sur les données démographiques, ou les tests cliniques (MMS, BREF), il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes avec un âge moyen de 80,9 ans (± 5,7), un MMSE moyen à 23,6 (± 2,45) et une BREF moyenne à 11,2 (± 2,8). Pour les fluences littérales, les performances sont très déficitaires, plus dans la DCL (moyenne : 4,8 ± 4,2) que dans la MA (moyenne : 5,5 ± 2,6), mais de façon non significative ($p = 0,47$). Il n'est pas retrouvé de différence significative pour le test de fluence catégorielle (set test d'Isaac à 15 et à 60 secondes), avec des moyennes respectivement à 19,6 ± 5,6 et 38,2 ± 10,5 pour la DCL, et 22,1 ± 5,6 et 43 ± 8,1 pour la MA. De façon significative, il existe plus de répétitions au cours de ce test dans le groupe MA que DCL ($p = 0,02$).

Conclusion : L'absence de différence significative entre nos deux groupes ne permet pas de valider notre hypothèse, mais avec un

manque de puissance de l'étude lié au faible nombre de sujets inclus. Cette étude préliminaire nous permet de nous interroger sur la pertinence du choix du set test pour l'analyse des fluences catégorielles : si la sévérité de l'atteinte sémantique conditionne la performance, la nécessité de changer de consigne toutes les 15 secondes peut être associée à une atteinte de la mémoire de travail et des fonctions exécutives. Le résultat concernant la répétition lors du set test d'Isaac incite à une analyse fine de la mémoire de travail pour ces deux populations. Enfin, malgré le soin apporté à la sélection des patients, peut se poser la question de la variabilité des présentations cliniques avec l'existence de formes mixtes (MA et DCL) au sein des deux groupes, ainsi que le rôle joué par des spécificités de présentation de la MA chez les sujets âgés (atteinte plus marquée et plus précoce des fonctions exécutives).

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-29
Impact d'une intervention neuropsychologique combinée et simultanée de patients ayant une maladie d'Alzheimer légère à modérée et de leur aidant principal

C. Gouegoux[1,*], J. Besnard[2], A. Mikolajczyk[1], A. Benoit[1], A. Al Ahmadi[3], G. Lavernhe[1], E. Assemat[1]
[1]*Service de neuropsychogériatrie, pôle de gérontologie Chicas, Gap, France*
[2]*Université de lettres, langues et sciences humaines, Angers, France*
[3]*Université d'Aix-Marseille, Aix-en-Provence, France*

Introduction : Les interventions ou thérapies non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer et apparentées sont largement utilisées, recommandées en première intention par la HAS. Pour autant, les preuves de leurs effets restent faibles dans la littérature internationale. Parmi ces interventions certaines ciblent préférentiellement, le patient, d'autres l'aidant, d'autres les deux, et il nous est paru pertinent de s'interroger sur l'impact de l'aidant selon qu'il est pris en charge dans une optique éducative en même temps que le patient ou qu'il ne l'est pas.

Objectifs : L'objectif principal est de savoir si un programme de 12 séances d'interventions cognitives réalisées en groupe auprès de patients souffrant de maladie d'Alzheimer ou apparentée légère à modérée, assorti d'une éducation réalisée en groupe de leur aidant principal fait mieux que le même programme délivré aux seuls patients, sans éducation de l'aidant, sur des items cognitifs, comportementaux, thymiques et de qualité de vie. L'objectif secondaire était de mettre en parallèle l'évaluation de la qualité de vie et du fardeau avec la satisfaction du patient et de l'aidant après l'intervention.

Méthodes : Essai d'intervention ouvert non randomisé sur 12 semaines conduit dans le cadre d'une thèse de master professionnel de neuropsychologie. Évaluation pré- et postintervention comprenant MMS, BREF, cinq mots, Goldberg, NPI, Zarit, QOL-AD, ADL, IADL. Interventions comprenant 12 séances patients combinant réminiscence stimulation et apprentissage d'aides mémoires. Douze séances aidants combinant apports théoriques, questions–réponses, résolution de problèmes du quotidien et connaissance du réseau local de soins et d'aides. Interventions et évaluations réalisées par des personnes différentes. Contrôle de la comparabilité des deux groupes et traitement statistique des données vérifiées par un statisticien.

Résultats : Avec les réserves liées aux insuffisances méthodologiques de cette petite étude très contrainte par le temps, les résultats sont conformes à ceux généralement retrouvés : aucune différence significative avant et après intervention et entre les deux groupes, mais contraste important avec la satisfaction élevée des patients et aidants, leur souhait de poursuivre des activités collectives dans la communauté.

Conclusion : Ces résultats nous conduisent à nous questionner en outre sur la pertinence des interventions que nous proposons aux patients et à leurs aidants mais également sur la capacité des questionnaires largement utilisés en recherche clinique, notamment ceux censés évaluer la qualité de vie, le fardeau, à détecter des changements. Il serait en effet dommageable de conclure de façon hâtive à une inefficacité globale de ces interventions.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-30
Retour d'expérience du PASA « Jardins du Ried » du centre hospitalier départemental de Bischwiller

D. Krencker*, D. Andrianasolo, O. Adam, K. Tsilanizara, T. Randrianiaina, J. Marchal
Bas-Rhin, Centre hospitalier départemental de Bischwiller, Bischwiller, France

Introduction : Un des objectifs du plan Alzheimer 2008–2012 est d'améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. Ainsi est créé le pôle d'activités et de soins adaptés « PASA » pour les patients souffrant de troubles comportementaux modérés en EHPAD. Le « Jardins du Ried » est un PASA intégré dans un EHPAD de 140 lits au centre hospitalier départemental de Bischwiller (CHDB). Cette structure est fonctionnelle depuis cinq ans et a été labellisée en décembre 2011.

Objectifs : L'objectif de ce travail est de faire une présentation du « Jardins du Ried » et un retour d'expériences sur l'impact de la prise en charge sur les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée en EHPAD et prises en charge au PASA.

Méthodes : Il s'agit d'une analyse descriptive de la population et du fonctionnement du « Jardins du Ried » un an et demi après sa labellisation, et de souligner l'impact de la prise en charge sur les résidents.

Résultats : Le « Jardins du Ried » présente 12 places d'accueil pour la journée. Les personnels sont formés. Sur 140 résidents de l'EHPAD, 16 résidents (file active) intègrent cette structure. Le MMSE moyen à l'admission est de 16,85/30. Le NPI-ES est réalisé systématiquement à l'admission et est réévalué tous les six mois. La moyenne des scores F × G à l'admission est de 18,38/120 et la moyenne du score le plus élevé (F × G) pour l'item comportemental est de 7,11. On note un effet bénéfique de cette prise en charge entre autres sur les troubles du comportement productifs en EHPAD. Les soignantes de l'EHPAD en témoignent et cela est confirmé par l'amélioration des scores NPI–ES. On note également une amélioration des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit, de l'anxiété et de l'apathie.

Conclusion : La prise en charge au PASA des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée en EHPAD et souffrant de troubles de comportements modérés ouvre le champ de la prise en charge aux approches thérapeutiques non médicamenteuses. Elle allège également la charge de travail des soignants de l'EHPAD et forcément une meilleure prise en charge et une meilleure qualité de vie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-31
Optimiser et réduire la charge médicamenteuse des personnes âgées atteintes de démence avancée en soins de longue durée au Québec : résultats d'une revue de portée et d'un panel Delphi

E. Kröger[1,*], M. Arcand[2], J. Monette[3], M. Wilchesky[3], N. Champoux[4], P. Voyer[5], M. Aubin[6], P.-J. Durand[6], R. Verreault[6],
Réseau québécois de recherche sur le vieillissement du FRQ-S
[1]*Faculté de pharmacie, université Laval, Québec, Canada*
[2]*Faculté de médecine, université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada*
[3]*Faculty of medicine, McGill University, Canada*
[4]*Faculty of medicine, université de Montréal, Montréal, Canada*
[5]*Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada*
[6]*Faculty of medicine, université Laval, Québec, Canada*

Introduction : Les personnes âgées atteintes d'une maladie d'Alzheimer (MA) ou autre démence avancée reçoivent de nombreux médicaments traitant une moyenne de 21 problèmes de santé. Ce nombre élevé de médicaments augmente leur risque d'effets indésirables. Des symptômes comme l'agitation, la dépression, la constipation et la douleur pourraient être des effets indésirables de médicaments utilisés en prévention. Cependant, avec la détérioration de la démence les soins changent d'une approche curative à des soins de confort. La médication doit être révisée, ajustée ou discontinuée. Il y a peu de recherches indiquant lesquels des médicaments appropriés auparavant ne seraient plus bénéfiques pour ces patients. Il y a également peu d'évidence sur des interventions efficaces pour la révision, l'ajustement ou la discontinuation des médicaments pour ces patients.

Objectifs : Une revue de portée de la littérature a répondu aux questions suivantes : 1) quels critères permettent de juger si un médicament est encore approprié chez les patients atteints d'une démence avancée ? 2) quels médicaments seraient considérés inappropriés chez ces patients ? 3) quelles interventions seraient disponibles pour optimiser l'usage des médicaments chez ces patients ?

Méthodes : La revue de portée a suivi les recommandations du National Institute for Health and Clinical Excellence et le cadre conceptuel de Arksey et Levac. Plusieurs banques de données et sites Web de la littérature scientifique et grise furent épluchés, incluant des documents en anglais, en français, en allemand et en néerlandais. Les études identifiées furent analysées de façon indépendante par deux évaluateurs, l'extraction des données a été faite par un évaluateur et révisée par un second, et l'évaluation de la qualité a été faite par deux évaluateurs. À toutes les étapes, les désaccords furent résolus par discussion, et une méthodologie rigoureuse et transparente a été utilisée et documentée. Un panel de type Delphi selon l'approche RAND® a réuni 15 experts cliniciens (médecins de famille, gériatres, infirmiers, pharmaciens, travailleurs sociaux et un éthicien) et permis de dégager les médicaments considérés inappropriés dans le contexte clinique ainsi que les interventions jugées prometteuses et d'une faisabilité satisfaisante.

Résultats : La recherche a identifié 6 186 références ; après une vérification en double, 356 références restaient intéressantes, dont 78 furent retenues pour l'extraction des données. L'évaluation de la qualité a écarté 38 articles. Parmi les articles retenus, il y avait 25 interventions, dont huit ciblaient la médication psychoactive, tandis que 17 études visaient la médication en général et impliquaient des médecins ou spécialistes, des pharmaciens, des équipes multidisciplinaires ou des aides à la décision. Pour la plupart, les interventions résultaient dans des petites réductions significatives de la charge médicamenteuse potentiellement inappropriée tout en préservant ou diminuant la morbidité et la mortalité. Le panel Delphi a permis de dresser une liste des médicaments inappropriés à considérer pour une discontinuation et a identifié les éléments clés d'une intervention pour optimiser l'usage des médicaments chez ces patients.

Conclusion : Plusieurs éléments clés d'une intervention multidisciplinaire semblent prometteurs pour améliorer l'usage de médicaments parmi ces patients vulnérables et pour diminuer leur charge médicamenteuse : une étude d'intervention sera proposée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-32
La Villa des Libertés (2), les Nymphéas ou l'unité protégée ouverte

L. Kouyoumdjian*, C. Mignon, C. Malesieux, M. Legaie
EHPAD Villa du Tertre, Troyes, France

Introduction : L'établissement la Villa du Tertre est un EHPAD de l'agglomération troyenne qui a ouvert en 2011.

Objectifs : L'idéologie portée par le Projet d'établissement en cours de rédaction est le maintien de l'autonomie, des liens sociaux, le respect du droit d'aller et venir au sein des locaux, une continuité et une qualité du parcours de vie en EHPAD, pour l'ensemble des résidents accueillis quelle que soit la pathologie, en particulier les états démentiels constituant la première cause d'institutionnalisation. Notre deuxième projet concerne l'unité des personnes désorientées communément nommée unité Alzheimer dans la plupart des établissements, ou secteur protégé, pour nous : les Nymphéas.

Méthodes : Nous avons voulu cet espace un lieu ouvert sur l'EHPAD et non fermé au prétexte de faciliter la gestion des troubles du comportement et la sécurité des personnes démentes. L'accompagnement est conforme aux recommandations de bonne pratique. Les soignants sont formés entre autres à l'humanitude, à la réalisation d'activités sensorielles, en particulier l'utilisation de l'espace Snoezelen, et bien sûr ont reçu une formation théorique sur la démence. L'architecture en demi-niveau, la proximité des Nymphéas avec les autres secteurs de l'EHPAD, une mezzanine ouvrant sur le hall d'accueil et le restaurant, autorise le déplacement non contraint des résidents, dès lors que les accompagnants ont effectué les soins de nursing. La journée se déroule au rythme de chacun, lever, petit déjeuner, toilette, tout au long de la matinée, voire même durant l'après-midi. Les repas de midi sont partagés avec les accompagnants sur la mezzanine ou dans le restaurant pour certains résidents. Les après-midi sont ponctués par des activités « à la carte » en fonction des souhaits de chacun, depuis les animations socioculturelles de l'EHPAD jusqu'aux déplacements libres sur l'étage, en passant par des activités en petits groupes ou des soins relationnels individuels spécifiques aux Nymphéas. La liberté de jour se poursuit en soirée et tout au long de la nuit, avec un accompagnement spécifique : couchers tardifs, tisane, repas ou collation, soins relationnels sont proposés aux résidents. L'adéquation des soins est réévaluée en réunion pluridisciplinaire régulière, avec notamment les grilles MMS, NPI, tracés dans les dossiers.

Résultats : L'ensemble de l'organisation s'est constitué sur deux ans et finalisé début 2013. La satisfaction des soignants a remplacé l'inquiétude initiale devant cette liberté autorisée, inhabituelle pour des personnes désorientées. Nous avons constaté qu'elles se repéraient dans l'espace et revenaient spontanément vers les Nymphéas à la manière du cocon qui rassure. Les familles accompagnent le projet avec le sentiment que leur proche n'est pas exclu de la « vraie vie » de l'EHPAD. Là encore, lorsque la prise en soin impose un changement de lieu de vie, le traumatisme est bien moindre.

Conclusion : L'espace ouvert autorise un accompagnement de qualité et la sécurité attendue même pour des personnes âgées très désorientées dès lors que l'architecture s'y prête, le retentissement sur le comportement des personnes est indéniable, et ce projet pour nos équipes est un facteur de motivation indéniable.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-33
Dosages de folates et vitamine B12 dans le cadre de la plainte mnésique au sein d'un CMRR

M. Noaillon[1,*], Z. Barrou[1], C. Sagot[1], B. Dieudonne[1], V. Faucounau[1], J. Boddaert[2], M. Verny[1]
[1]*Gériatrie, Pitié-Salpêtrière, Paris, France*
[2]*Unité périopératoire périatrique, AP–HP et UPMC Paris-VI, Paris, France*

Introduction : Les dosages de folates et de vitamine B12 ont longtemps été recommandés dans le diagnostic étiologique des démences. Les dernières recommandations de la HAS en 2011 proposaient de prescrire ces dosages en fonction du contexte clinique, non précisé dans les recommandations. Cependant, le dosage de B12/folates reste très fréquent dans la pratique gériatrique reposant sur la notion de multimorbidité chez ces patients.

Objectifs : Analyser la pertinence des dernières recommandations sur le dosage de la vitamine B12 et des folates au vu des données cliniques provenant de l'activité d'un CMRR.

Méthodes : Étude rétrospective depuis la création de la base de données d'une cohorte de patients adressés pour évaluation cognitive dans un CMRR. Tous les patients ayant bénéficié d'un dosage B12/folates ont été inclus dans l'étude. Le critère principal était la fréquence des carences diagnostiquées. Une carence en folates et vitamine B12 était définie respectivement par un taux inférieur à 7 nmol/l (immunoanalyse ECL par compétition) et inférieur à 140 pmol/l (immunoanalyse ECL-sandwich).

Résultats : Entre 2008 et 2013, 826 patients ont été explorés dans le cadre de la consultation mémoire gériatrique du CMRR du GHPS (81 ± 7 ans, 59 % femmes, CIRS : 7 ± 4, IADL : 10 ± 4). Parmi ces patients, 342 ont bénéficié d'un dosage de folates (19 ± 15 nmol/l) et 349 patients d'un dosage de vitamine B12 (349 ± 185 pmol/l) et ont été inclus dans l'étude. On notait une carence en folates chez 26 patients (7,6 %, taux : 5,5 ± 1,1 nmol/l), et une carence en B12 chez 14 patients (4 %, taux : 120 ± 20 pmol/l). On ne notait pas de différence significative entre le groupe carencé et non carencé pour le CIRS52, le nombre de traitements, l'IMC, l'IADL/14 ou le MMS. Trois patients carencés en vitamine B12 étaient sous metformine. L'anémie était moins fréquente dans le groupe carencé (13 vs 46 %, $p < 0,05$).

Conclusion : Les dosages de folates et vitamine B12 semblent avoir une faible rentabilité. Leur utilisation « selon le contexte » d'après les recommandations devrait être précisée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-34
L'évolution des représentations sociales de la maladie d'Alzheimer : quatre ans après une étude qualitative auprès de médecins généralistes français

H. Lahjibi-Paulet*, A. de Almedia, K. Maley, C. Lopez, A. Aregui, M. Gisselbrecht, O. Saint-Jean
Gériatrie, HEGP, AP–HP, Paris, France

Introduction : Il est classique dans la littérature internationale, comme au niveau des politiques nationales de considérer qu'il persiste un sous-diagnostic la maladie d'Alzheimer (MA) et une insuffisance du nombre de malades recevant un traitement pharmacologique. Ces données seraient la conséquence d'une prise en charge insuffisante de la maladie par les médecins généralistes (MG), liée notamment à leur manque de formation au repérage du déclin cognitif. Une étude préliminaire en 2004 a montré que les représentations de la MA ont une influence sur l'attitude des MG à faire la démarche diagnostique. La priorité n'est pas au diagnostic ou à l'accès au traitement, mais d'aider les MG et les familles sur le plan social.

Objectifs : Description qualitative comparée entre 2004 et 2008 des difficultés rencontrées par les MG vis-à-vis de la MA.

Méthodes : Nous avons mené une étude qualitative, à travers dix entretiens semi-directifs et deux focus groupes centrés sur les représentations de la MA, auprès de MG parisiens et toulousains. Les résultats ont été comparés à la première étude qualitative.

Résultats : L'analyse des entretiens a révélé quatre tendances générales. Les MG revendiquent un savoir-faire diagnostique incontestable. Cependant, ils prennent position en défaveur du diagnostic précoce de la MA. L'image de la MA reste largement négative, considérée comme le vecteur de la déchéance humaine. Les MG évoquent un sentiment de solitude et de désarroi face à la détresse des familles alors qu'ils sont plus investis qu'en 2004. Le dispositif social reste insuffisant et inadapté aux besoins des malades. Les médicaments anti-Alzheimer sont toujours jugés peu efficaces et jouent un rôle de médiateur de la prise en charge. Les MG dénoncent une surmédicalisation de la MA, abordent des questions éthiques, y compris celle de l'euthanasie.

Conclusion : Bien que le diagnostic de la MA par les médecins généralistes se soit considérablement affiné en quatre ans, les représentations sociales restent une barrière au diagnostic précoce. L'idée d'une reconquête de la dignité à travers la mort est peut-être le signe d'une dégradation de la situation.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-35
Le PHRC national : validation d'une version francophone de la Confusion Assessment Method. Construction d'une version expérimentale francophone préliminaire de la CAM et du Delirium Index

V. Antoine[1,*], B. de Wazières[1], P. Landais[2], S. Bastide[2], J. Morais[3], L. Goldsmith[3], G. Wolfklein[4], A. Saber[5], P. Rataboul, C. Suehs (Nîmes), J. Belmin (Ivry), H. Blain (Montpellier), S. Bonin-Guillaume (Marseille), O. Guérin (Nice), J.-L. Novella (Reims), S. Sirvain (Alès)
[1]*Médecine gériatrique, CHU de Nîmes, Nîmes, France*
[2]*BESPIM, CHU de Nîmes, Nîmes, France*
[3]*Division of Geriatric Medicine, McGill University, Montréal, Canada*
[4]*Geriatric Medicine, North Shore University Hospital, New York, United States*
[5]*École normale supérieure, ENS, Cachan, France*

Introduction : Avant la phase clinique de validation de la Confusion Assessment Method (CAM) (Inouye et al.) et du Delirium Index (DI) (McCusker et al.) par une étude comparative versus la méthode de référence (diagnostic du psychiatre selon les critères du DSM-IV-TR), il était nécessaire d'obtenir une version francophone consensuelle de ces outils.

Objectifs : Construction d'une version expérimentale francophone préliminaire de la CAM et du DI.

Méthodes : Démarche de validation transculturelle de questionnaires psychologiques inspirée de Vallerand (1989), de Guillemin (1993) et de Beaton (2000).

Résultats : La CAM est protégée par des droits de propriété intellectuelle. L'investigateur principal a reçu l'autorisation de pouvoir utiliser la CAM (items, algorithme et guide d'utilisation) et le DI pour leur traduction en français. La CAM et le DI s'adressant à des professionnels de santé, les traducteurs et experts qui ont participé à cette étude étaient médecins ou titulaires d'une formation leur permettant de maîtriser le langage médical. Les traducteurs traduisaient toujours dans leur langue maternelle et devaient justifier la maîtrise de la langue étrangère par une qualification et/ou une expérience professionnelle significative dans le pays étranger en question. La version originale de la CAM (items, algorithme et manuel d'utilisation) et du DI, en anglais, a été remise à deux traducteurs (T1 et T2) de langue maternelle française afin qu'ils la traduisent en langue française. Ces traducteurs sont gériatres, l'un étant français exerçant aux États-Unis, l'autre canadien francophone exerçant au Québec, afin d'obtenir une version consensuelle francophone. Les traducteurs ont produit chacun un rapport écrit comprenant la traduction et parfois des commentaires sur les choix qu'ils ont dû arbitrer, les difficultés rencontrées, les incertitudes. Les traductions ainsi obtenues ont été colligées par un rapporteur (T1-2) puis un expert linguiste : travaillant à partir du texte original et des deux versions traduites T1 et T2, les traductions ont été comparées et les différences qui pouvaient traduire une formulation ambiguë du texte original ont été identifiées. Un rapport écrit documentant le processus de traduction, les problèmes rencontrés et comment ils ont été résolus, a été produit. La synthèse de ces remarques a permis la production par l'investigateur principal de l'étude d'une version traduite en français de la CAM et du DI, appelée T1-2. La version T1-2 a ensuite été remise à deux autres traducteurs (T3 et T4) de langue maternelle anglaise, l'un exerçant au Québec et l'autre entre la France et les États-Unis, pour rétrotraduction. Ils ont produit à leur tour une version anglaise de la CAM par rapport écrit, sans consulter la version originale du texte. Leur rétrotraduction a été remise à l'expert linguiste. Là encore, un rapport écrit documentant le processus de traduction, les problèmes rencontrés et comment ils ont été résolus, a été produit. La synthèse de ces remarques a permis la production par l'investigateur principal de l'étude d'une version expérimentale francophone préliminaire de la CAM et du Delirium Index.

Conclusion : L'implication de traducteurs francophones de nationalités et de cultures différentes à permis d'obtenir une version préliminaire consensuelle de la CAM et du DI. Les outils ainsi produits pourront être soumis à un groupe d'experts cliniciens pour colliger leurs remarques en regard de leur expérience en pratique clinique pour produire une version expérimentale définitive.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-36
Le PHRC national : validation d'une version francophone de la Confusion Assessment Method. Construction d'une version francophone expérimentale définitive de la CAM et du Delirium Index : intérêt de la méthode « du comité »

V. Antoine[1,*], B. de Wazières[1], P. Landais[2], S. Bastide[2], J. Morais[3], L. Goldsmith[3], G. Wolfklein[4], A. Saber[5], P. Rataboul, C. Suehs (Nîmes), J. Belmin (Ivry), H. Blain (Montpellier), S. Bonin-Guillaume (Marseille), O. Guérin (Nice), J.-L. Novella (Reims), S. Sirvain (Alès).
[1]*Médecine gériatrique, CHU de Nîmes, Nîmes, France*
[2]*BESPIM, CHU de Nîmes, Nîmes, France*
[3]*Division of Geriatric Medicine, McGill University, Montréal, Canada*
[4]*Geriatric Medicine, North Shore University Hospital, New York, United States*
[5]*École normale supérieure, ENS, Cachan, France*

Introduction : Avant la phase clinique de validation de la Confusion Assessment Method (CAM) (Inouye et al.) et du Delirium Index (DI) (McCusker et al.) par une étude comparative versus la méthode de référence (diagnostic du psychiatre selon les critères du DSM-IV-TR), il était nécessaire d'obtenir une version francophone consensuelle expérimentale de ces outils.

Objectifs : Construction d'une version francophone expérimentale définitive de la CAM et du DI à partir des versions francophones expérimentales préliminaires de ces outils.

Méthodes : Approche de type « comité ».

Résultats : L'évaluation minutieuse de la version préliminaire dans le langage cible (français) des outils CAM et DI représente une phase importante du processus de validation transculturelle de ces questionnaires anglophones. L'approche de type comité en permet une évaluation plus objective et précise (Vallerand, 1989). La composition de ce comité est critique pour l'obtention de l'équivalence transculturelle de l'instrument traduit. Dans le PHRC, le comité d'experts comprend donc les personnes de nationalité et de culture différentes ayant participé aux traductions inversées parallèles, un expert linguiste, un méthodologiste et les chercheurs cliniciens des centres investigateurs participant à l'étude. La confrontation des outils préliminaires à l'expérience de cliniciens experts est une étape importante : le prétest de ces outils sur quelques patients vise à déterminer si les items qui composent la version expérimentale des questionnaires sont clairs, rédigés sans ambiguïté, dans un langage qui s'apparente bien à celui de la population cible. Si un problème apparaît lors de ce prétest, un retour aux étapes précédentes du processus de traduction peut être effectué. Le comité est ainsi chargé de consolider les versions produites du texte original, de vérifier les équivalences entre la langue source (anglais) et la langue cible (français) et de s'assurer de la qualité de la traduction et de la justesse de la terminologie médicale. Il s'assure aussi que la version expérimentale française emprunte le même format de présentation et les mêmes directives que celles utilisées dans le texte original. Pour valider ces objectifs, un consensus doit être obtenu entre les membres du comité.

Conclusion : L'approche de type « comité » est une étape essentielle dans la construction de la version expérimentale définitive d'outils cliniques, notamment du fait de l'implication de cliniciens qui confrontent l'adéquation des outils préliminaires produits à la réalité de la pratique clinique quotidienne.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-37
Le PHRC national : validation d'une version francophone de la Confusion Assessment Method. Le guide d'utilisation de la CAM

V. Antoine[1,*], B. de Wazières[1], P. Landais[2], S. Bastide[2], J. Morais[3], L. Goldsmith[3], G. Wolfklein[4], A. Saber[5], P. Rataboul, C. Suehs (Nîmes), J. Belmin (Ivry), H. Blain (Montpellier), S. Bonin-Guillaume (Marseille), O. Guérin (Nice), J.-L. Novella (Reims), S. Sirvain (Alès)
[1]Médecine gériatrique, CHU de Nîmes, Nîmes, France
[2]BESPIM, CHU de Nîmes, Nîmes, France
[3]Division of Geriatric Medicine, McGill University, Montréal, Canada
[4]Geriatric Medicine, North Shore University Hospital, New York, United States
[5]École normale supérieure, ENS, Cachan, France

Introduction : L'algorithme de la version courte de la Confusion Assessment Method (CAM) est bien connu des cliniciens : la présence des critères 1 + 2 + (3 et/ou 4) permet de poser le diagnostic de syndrome confusionnel aigu (SCA) avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 89 % (critères 1 : début aigu et évolution fluctuante ; 2 : trouble de l'attention ; 3 : pensée désorganisée ; 4 : altération du niveau de conscience). Cependant, la manière de documenter ces critères est parfois méconnue. En particulier, l'évaluation cognitive formalisée du patient est souvent négligée, alors qu'elle est un préalable nécessaire à la cotation des items de la CAM, notamment pour ne pas méconnaître les formes paucisymptomatiques et/ou hypoactives. De plus, cette version courte ne prend pas en compte des éléments pronostiques du SCA : d'autres critères évalués par la CAM (en particulier les manifestations psychomotrices et comportementales) et la sévérité des symptômes.

Objectifs : Diffuser les recommandations de bonne pratique pour homogénéiser la méthode diagnostique du SCA.

Méthodes : Description du guide d'utilisation de la CAM dont une version francophone, la Méthode d'évaluation de la confusion (MEC), a été produite au décours d'une procédure de validation transculturelle.

Résultats : Le manuel d'utilisation de la CAM et sa grille de cotation est un livret de 25 pages protégé par des droits de propriété intellectuelle (Inouye SK (2003) The Confusion Assessment Method (CAM): Training Manual and Coding Guide. Yale University School of Medicine, New Haven). Sa première version date de 1991, sa dernière révision date de 2009. Un droit de reproduction pour traduction a été obtenu. Il comprend 11 parties : contexte (épidémiologie du SCA et historique de l'outil), procédure de formation recommandée (pour initier les nouveaux utilisateurs à l'évaluation cognitive recommandée et à l'emploi de la MEC), questionnaire de la MEC (version longue avec les neuf critères nécessaires à l'évaluation complète), feuille de travail abrégée de la MEC (version courte à quatre critères), MEC : note explicative (directives générales et instructions spécifiques concernant le recueil de chaque critère), prétest de la MEC et prétest de la MEC : réponses (description de situations cliniques que l'utilisateur doit coter avant de confronter son évaluation à une grille de réponses pour contrôler sa bonne utilisation de l'outil), cotation de la MEC (description des scores à attribuer à chaque item), comment obtenir les droits de reproduction (copyrights), adaptations de la MEC (versions pour une utilisation dans les unités de soins intensifs, dans les services d'urgences, pour mesurer la sévérité du syndrome confusionnel et pour une utilisation par téléphone), questions fréquemment posées sur la MEC (réponses aux problématiques les plus souvent soulevées par les cliniciens et chercheurs lors de l'utilisation de l'outil).

Conclusion : La validation transculturelle d'un questionnaire est d'autant plus importante que l'outil à traduire contient des termes de neuropsychologie dont la définition consensuelle très précise est nécessaire à une bonne concordance des évaluations. L'appropriation du guide d'utilisation de la MEC par les cliniciens devrait permettre d'améliorer les pratiques et de favoriser une utilisation homogène de cet outil dans les projets de recherche francophones.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-38
Le PHRC national : validation d'une version francophone de la Confusion Assessment Method. Étude clinique multicentrique d'une cohorte de patients francophones : méthodologie

V. Antoine[1,*], B. de Wazières[1], P. Landais[2], S. Bastide[2], J. Morais[3], L. Goldsmith[3], G. Wolfklein[4], A. Saber[5], P. Rataboul, C. Suehs (Nîmes), J. Belmin (Ivry), H. Blain (Montpellier), S. Bonin-Guillaume (Marseille), O. Guérin (Nice), J.-L. Novella (Reims), S. Sirvain (Alès).
[1]Médecine gériatrique, CHU de Nîmes, Nîmes, France
[2]BESPIM, CHU de Nîmes, Nîmes, France
[3]Division of Geriatric Medicine, McGill University, Montréal, Canada
[4]Geriatric Medicine, North Shore University Hospital, New York, United States
[5]École normale supérieure, ENS, Cachan, France

Introduction : La Confusion Assessment Method (Inouye et al.) est reconnue en gériatrie comme une méthode incontournable, tant en pratique clinique qu'en recherche, pour favoriser le diagnostic du syndrome confusionnel aigu (SCA). Or, comme le souligne la Haute Autorité de santé, aucune étude n'a comparé, sur une cohorte de patients francophones, la traduction française de la CAM à une méthode de référence comme le diagnostic psychiatrique selon les critères du DSM.

Objectifs : Validation d'une version expérimentale francophone consensuelle de la CAM et du Delirium Index (DI) (McCusker et al.) construite par l'approche de la double traduction inversée en parallèle.

Méthodes : Description de la méthodologie de l'étude clinique.

Résultats : Il s'agit d'une étude clinique diagnostique multicentrique. L'objectif principal est la validation de la version expérimentale francophone consensuelle de la CAM et du Delirium Index (DI) contre le *gold standard* pour le diagnostic de la confusion (diagnostic psychiatrique selon les critères du DSM-IV-TR). Les objectifs secondaires sont : la description de la sémiologie du SCA chez les personnes âgées en termes de symptômes et de sévérité ; la comparaison de la sémiologie du SCA en termes de symptômes et de sévérité en fonction de la comorbidité associée (démence, dépression, anxiété) ; l'évaluation de la performance de l'outil CAM français dans les sous-populations suivantes : patients déments, patients dépressifs, patients anxieux ; la validation de l'utilisation de l'outil Codex pour la cotation de la CAM par rapport à celle obtenue avec le MMSE ; l'appréciation de la concordance interévaluateur (médecin vs infirmière ou psychologue) dans la cotation de CAM ; l'évaluation des propriétés diagnostiques d'algorithmes alternatifs construits à partir des items de la CAM version française. Seront inclus des patients d'âge supérieur ou égal à 75 ans pour lesquels un SCA peut être suspecté dans deux contextes de soins : hospitalisation en service de gériatrie de court séjour, consultation en centre d'évaluation gériatrique/consultation mémoire ou hospitalisation de jour gériatrique. En présence d'un trouble du

fonctionnement cognitif sur le critère d'un score inférieur à 3 au SPMSQ et/ou un trouble de l'humeur et/ou du comportement, les patients seront inclus. Ils devront alors répondre à des tests d'évaluation cognitive lors d'entretiens répartis sur une journée (un entretien où les tests cognitifs nécessaires pour compléter les questionnaires de la CAM et du DI lui seront proposés par le gériatre, puis un autre entretien avec un psychiatre). Le critère de jugement principal est composé des paramètres qui permettent la validation de l'outil CAM version française en documentant ses propriétés diagnostiques évaluées par la sensibilité, la spécificité, les valeurs prédictives positives et négatives. Les critères de jugement secondaires concernent des paramètres de fiabilité et de qualité de l'outil : concordance interjuges (mesurée par un coefficient de concordance) entre deux évaluateurs ; cohérence interne du questionnaire évaluée par le calcul de l'alpha de Cronbach ; temps de passation ; acceptabilité par les cliniciens ; tolérance des patients.

Conclusion : La validation d'une version consensuelle francophone des outils CAM et DI permettra d'améliorer les pratiques professionnelles et ouvrira de nouvelles perspectives de recherche dans le domaine du SCA dans les pays francophones.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-01-39
Le PHRC national : validation d'une version francophone de la Confusion Assessment Method. État des lieux

V. Antoine[1,*], B. de Wazières[1], P. Landais[2], S. Bastide[2], J. Morais[3], L. Goldsmith[3], G. Wolfklein[4], A. Saber[5], P. Rataboul, C. Suehs (Nîmes), J. Belmin (Ivry), H. Blain (Montpellier), S. Bonin-Guillaume (Marseille), O. Guérin (Nice), J.-L. Novella (Reims), S. Sirvain (Alès)
[1]*Médecine gériatrique, CHU de Nîmes, Nîmes, France*
[2]*BESPIM, CHU de Nîmes, Nîmes, France*
[3]*Division of Geriatric Medicine, McGill University, Montréal, Canada*
[4]*Geriatric Medicine, North Shore University Hospital, New York, United States*
[5]*École normale supérieure, ENS, Cachan, France*

Introduction : La Confusion Assessment Method (CAM) (Inouye et al.) est reconnue en gériatrie comme une méthode incontournable, tant en pratique clinique qu'en recherche, pour favoriser le diagnostic du syndrome confusionnel aigu (SCA). Or, comme le souligne la Haute Autorité de santé, aucune étude n'a comparé, sur une cohorte de patients francophones, une traduction française de la CAM à une méthode de référence comme le diagnostic psychiatrique selon les critères du DSM. De plus, le guide d'utilisation de la CAM reste méconnu de nombreux cliniciens.

Objectifs : Construction puis validation d'une version expérimentale francophone consensuelle de la CAM (items, algorithme et guide d'utilisation) et du Delirium Index (DI) (McCusker et al.).

Méthodes : Notre démarche se décompose en deux étapes : 1) traduction de l'outil CAM et du DI pour en obtenir une version expérimentale francophone consensuelle, selon une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques inspirée de Vallerand (1989), de Guillemin (1993) et de Beaton (2000) ; 2) validation de cette version contre le *gold standard* pour le diagnostic de la confusion (diagnostic psychiatrique selon les critères du DSM-IV-TR) lors d'une étude clinique diagnostique multicentrique (six CHU et un centre hospitalier).

Résultats : La première étape a permis la construction d'une version expérimentale consensuelle francophone de la CAM et du DI après une démarche de traduction/retrotraduction : le trajet langue source (anglais) → langue cible (français) → langue source (anglais) a permis de conserver les nuances sémantiques, de découvrir les erreurs commises lors de la traduction et de mettre en évidence les inadéquations culturelles. L'implication de traducteurs francophones de nationalités et de cultures différentes (France, Québec, États-Unis) a permis la définition consensuelle très précise des termes de neuropsychologie, nécessaire à une bonne concordance des évaluations, surtout quand les évaluateurs, même s'ils partagent une même langue, peuvent être de culture différente. Les outils produits ont été soumis à un groupe d'experts cliniciens pour colliger leurs remarques en regard de leur expérience en pratique clinique, avant de produire une version expérimentale définitive. Cette approche, dite de type « comité », est une étape essentielle dans la construction de la version expérimentale définitive d'outils cliniques, notamment du fait de l'implication de cliniciens qui confrontent l'adéquation des outils préliminaires produits à la réalité de la pratique clinique quotidienne. Le début des inclusions pour la phase clinique est programmé pour septembre 2013. Elle se fixe comme objectif le recrutement de 200 patients, représentatifs des personnes âgées hospitalisées ou qui consultent dans les hôpitaux.

Conclusion : L'appropriation du guide d'utilisation de la CAM par les cliniciens devrait permettre d'améliorer les pratiques et de favoriser une utilisation homogène de cet outil. La validation d'une version consensuelle francophone des outils CAM et DI ouvrira de nouvelles perspectives de recherche dans le domaine du SCA dans les pays francophones.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:64-66
DOI 10.1007/s12612-013-0326-x

P1-02 Pathologies psychiatriques

© Springer-Verlag France 2013

P1-02-01
Une dépression qui masque un cancer, nécessité d'un examen clinique complet : à propos d'une observation

S. Colas[1,*], E. Goguelet[2], J.-L. Novella[1]
[1]*Service de gériatrie aiguë et médecine interne CHU de Reims, Reims, France*
[2]*Résidence ORPEA Saint-André, Reims, France*

Introduction : La dépression du sujet âgé est une entité rencontrée fréquemment en hospitalisation. Le diagnostic, même évident, ne doit pas faire oublier de réaliser un examen clinique complet.

Objectifs : Montrer à travers une observation la nécessité d'un examen clinique rigoureux, et qu'il ne faut pas s'arrêter en gériatrie sur le diagnostic le plus évident, d'autant plus que ce diagnostic est celui d'une dépression.

Méthodes : Nous rapportons le cas d'une patiente souffrant de dépression réactionnelle chez laquelle a été découvert un cancer du poumon.

Résultats : Patiente de 81 ans, ancienne femme de ménage, autonome, hospitalisée pour un amaigrissement de 17 kg en 18 mois dans un contexte de dépression réactionnelle suite au décès de son mari 18 mois auparavant. Les antécédents notables sont une HTA traitée par une association d'un inhibiteur de l'angiotensine 2 et d'un diurétique thiazidique, d'une thyroïdite, traitée par des hormones thyroïdiennes de synthèse et d'arthrose traitée par morphinique. On note l'absence d'intoxication éthylotabagique. Aucun traitement antidépresseur n'a été initié. L'examen clinique complet retrouve quelques œdèmes aux chevilles isolés. Sur le plan biologique, on note une absence d'anomalie de la numération formule sanguine, de l'ionogramme sanguin, de la calcémie, de la TSH, une absence de syndrome inflammatoire. Le bilan hépatique montre des gamma-GT augmentées à 45 UI/l. On constate également un déficit en folates et vitamine D. L'électrophorèse des protéines sériques montre une hypoprotéinémie et une baisse des gammaglobulines. La radiographie pulmonaire est sans particularité. Une fibroscopie gastrique effectuée devant des épigastralgies est normale. Aucun trouble cognitif n'est constaté (MMS à 28, le Gröger et Buschke est réussi). Le bilan psychologique met en avant un syndrome dépressif sévère. Devant l'amaigrissement, nous réalisons un scanner thoracoabdominal qui met en évidence une lésion compatible avec un carcinome bronchique périphérique du segment apical du lobe inférieur droit. La fibroscopie pulmonaire, non contributive, est complétée par un Tep-scan qui montre un hypermétabolisme de l'opacité pulmonaire de 20 mm. Les prélèvements anatomopathologiques sont tous négatifs. Il est décidé en RCP oncologie d'une lobectomie inférieure droite diagnostique et thérapeutique. La patiente décédera quelques semaines avant la chirurgie, son état général se dégradant rapidement.

Conclusion : Si des problèmes somatiques peuvent masquer une dépression, il est important pour le clinicien de ne pas oublier qu'une dépression peut masquer une pathologie somatique potentiellement grave, d'autant plus que les signes cliniques se confondent souvent (anorexie, asthénie, amaigrissement, confusion…). Un examen clinique soigneux et une écoute de la plainte doivent être la règle chez toute personne âgée dite « dépressive ».

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-02-02
À propos de la découverte d'un état de stress post-traumatique (ESPT) chez un vétéran en hôpital de jour (HDJ) gériatrique

A.-S. Aakra-Jardez[*], M.-G. Cord'homme, M. Mirato, M.-C. Auger
Service gériatrie CHI de Poissy, Poissy, France

Introduction : L'ESPT varie de 12 à 30 % chez les vétérans de guerre (Clément 2009, Yaffe 2010). La définition du DSM-IV associe deux critères : antécédent de stress extrême menaçant la vie et réaction de peur intense avec sentiment d'impuissance et d'horreur (Waddington 2003). Il se traduit cliniquement par : syndrome de répétition traumatique, conduites d'évitement de stimuli associés au traumatisme, symptômes d'hyperactivité neurovégétative. La résurgence d'un ESPT peut être favorisée par une détérioration cognitive sous-jacente, et peut entraîner un état dépressif (King 2007, Clément 2009, Yaffe 2010).

Objectifs : Savoir rechercher un traumatisme psychique sous-jacent devant une atypie clinique, une altération de l'état général inexpliquée, un syndrome dépressif associé à des troubles cognitifs.

Méthodes : Nous rapportons le cas d'un homme de 86 ans, ancien militaire, adressé aux urgences le 9 janvier 2013 pour douleur abdominale, vomissements, confusion, désorientation. Principaux antécédents : DNID, HTA, ACFA, pancréatite lithiasique, hypoacousie non appareillée, pas d'intoxication alcoolotabagique. Élimination d'une pathologie médicochirurgicale et disparition de la douleur sous paracétamol. L'équipe mobile gériatrique, appelée pour avis, évoque un syndrome confusionnel modéré sur probables troubles cognitifs vasculaires. Un retour au domicile est organisé avec un rendez-vous ultérieur en HDJ gériatrique.

Résultats : *HDJ le 13 février 2013*. Apparition d'hallucinations visuelles pour lesquelles le médecin traitant a prescrit 25 mg de tiapride ; troubles de l'équilibre, chutes sans hypotension orthostatique ni signes extrapyramidaux. Le syndrome confusionnel persiste. Sur le plan biologique **:** carence vitamines B9, B12, C, D, HbA1c 6,1 %, sans autre anomalie au bilan standard. Scanner cérébral : leucoaraïose, atrophie cortico-sous-corticale. Le patient retourne au domicile avec vitaminothérapie, conseil donné au médecin traitant d'alléger les antidiabétiques oraux (ADO), kinésithérapie. *Deuxième HDJ prévu le 28 février 2013*. Disparition des hallucinations, discours cohérent,

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

ADO inchangés. EEG fait, non spécifique. Le patient évoque son passé militaire dont il n'avait jamais parlé. Ses hallucinations concernaient des personnes tuées pendant la guerre. Il se sent très gêné par ces résurgences et sur le qui-vive. Un état de stress post-traumatique est évoqué. Prescription d'un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et allégement des ADO. Le patient refuse l'aide psychologique. *Troisième HDJ prévu le 25 mars 2013*. Le patient dit revivre depuis toujours des scènes traumatiques de son passé militaire, de plus en plus envahissantes. Bilan neuropsychologique : altération des facultés cognitives qui sont difficiles à évaluer devant le syndrome dépressif marqué. Le patient refuse toujours l'aide psychologique. Au total, on suspecte un état de stress post-traumatique ancien, exacerbé par un état douloureux, et facilité par de probables troubles cognitifs sous-jacents.

Conclusion : Nous rencontrons régulièrement des vétérans de guerre en hospitalisation. Chez eux, il peut être utile d'évoquer un ESPT afin d'améliorer leur prise en charge étiologique.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-02-03
Le syndrome de glissement dans un service de médecine interne : à propos d'une étude de 12 cas

M. Lamloum*, I. Rachdi, I. Ben Ghorbel, A. Hamzaoui, T. Ben Salem, M. Smiti Khanfir, M. Houman
Service de médecine interne, hôpital La-Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction : Le syndrome de glissement (SG) est une pathologie purement gériatrique qui est une décompensation rapide de l'état général, de l'état hémodynamique et psychiatrique faisant suite à une affection aiguë qui est guérie ou en apparence guérie.

Objectifs : Le but de notre travail est de recenser les cas de SG et d'en déterminer les principaux facteurs déclenchants.

Méthodes : Nous avons recensé tous les cas de SG dans un service de médecine interne sur une période de sept ans. Le diagnostic était retenu sur des signes somatiques (l'altération de l'état général, l'adipsie, la déshydratation, les escarres, les troubles urinaires, le météorisme abdominal, la rechute inexpliquée d'une affection guérie) sans substratum organique palpable, et sur des troubles psychiques (tableau confusionnel, dépressif, et/ou agitation et/ou troubles caractériels). Dans tous les cas, les explorations cliniques et paracliniques étaient négatives. Comme facteurs déclenchants, on a retenu les chutes, les interventions chirurgicales, les conflits et les hospitalisations.

Résultats : Douze cas de SG avec sex-ratio de 0,6. L'âge moyen était de 74,2 ans (62 à 88 ans). Les facteurs déclenchants étaient les hospitalisations dans 66,6 % des cas et les chutes dans 33,3 % des cas. Dans tous les cas, il y avait une altération de l'état général ; des signes de déshydratation extracellulaires existaient dans 66,6 % des cas, des troubles urinaires à type d'incontinence urinaire dans 33,3 % des cas, un météorisme abdominal dans 33,3 % des cas, des escarres dans 25 % des cas, une rechute d'un état infectieux dans 25 % des cas et des troubles psychiatriques dans 50 % des cas. Une prise en charge de nursing, de nutrition et des antidépresseurs a été instaurée. L'évolution était marquée par la survenue de deux décès au cours de l'hospitalisation et amélioration de l'état chez les dix autres patients avec retour à domicile.

Conclusion : Le SG est une affection grave mortelle dans la majorité des cas. Il est important de savoir la dépister et surtout de la prévenir par une prise en charge gérontologique globale du sujet âgé malade d'autant plus que dans notre série, l'évolution n'était pas aussi grave.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-02-04
Syndrome malin des neuroleptiques sous antipsychotique atypique : la clozapine

M. Gegu[1,2,*], P. Chevalet[1,2], L. De Decker[1,2], E. Le Fur-Musquer[1,2], G. Berrut[1,2]
[1]*Pôle de gérontologie clinique*
[2]*CHU de Nantes, Nantes, France*

Introduction : Le syndrome malin sous neuroleptiques est une affection rare, grave, secondaire à la prise d'antipsychotiques et pouvant engager le pronostic vital. Nous décrivons le cas d'un patient en médecine gériatrique ayant présenté un syndrome malin sous antipsychotique atypique : la clozapine.

Objectifs : *Case report* et étude de la littérature.

Méthodes : Un patient de 79 ans est hospitalisé en médecine gériatrique devant l'apparition d'une confusion. Il est suivi en psychiatrie pour syndrome dépressif majeur (chronicisé sur un mode mélancolique), résistant aux antidépresseurs, sismothérapie et divers neuroleptiques depuis trois ans. Un traitement par clozapine est introduit une semaine auparavant. Le tableau associe confusion, pic fébrile unique, rigidité plastique majeure axiale et périphérique, rhabdomyolyse (CPK 35N). Le diagnostic porté est celui de syndrome malin sous clozapine. Après arrêt du traitement, l'évolution est favorable (régression partielle des signes cliniques et normalisation du bilan biologique).

Résultats : Le syndrome malin sous clozapine est rapporté dans la littérature. Certaines associations sont mises en cause (clozapine–rispéridone). Tous les neuroleptiques atypiques semblent concernés. Les critères diagnostiques les plus adaptés paraissent être ceux de Levenson. La présentation clinicobiologique est généralement moins bruyante que sous-neuroleptiques classiques, avec en particulier moins de rigidité extrapyramidale, moins de fièvre et une moindre augmentation des CPK. Le sexe masculin et le jeune âge semblent être des facteurs de risque.

Conclusion : Le syndrome malin sous neuroleptique atypique comporte une présentation volontiers atténuée. La réversibilité des symptômes à l'arrêt permet de poser le diagnostic. Les antipsychotiques atypiques n'offrent donc probablement pas une alternative permettant de se prémunir totalement du risque de syndrome malin.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-02-05
La démence frontotemporale : quand la psychiatrie s'en mêle…

J. Cholet[1,*], T. Riaudel[2], C. Sahel-Serre[2], G. Berrut[2]
[1]*Service de psychiatrie de liaison et d'addictologie, CHU de Nantes, Nantes, France*
[2]*Pôle de gérontologie clinique, CHU de Nantes, Nantes, France*

Introduction : Les critères diagnostiques de la démence frontotemporale (DFT), dans sa forme comportementale, mettent en avant des troubles du comportement spécifiques. Ces symptômes comportementaux peuvent être soit productifs (hyperoralité, hypersexualité, labilité émotionnelle…), soit négatifs (apathie) et sont associés à des troubles des fonctions exécutives. Cependant, cette association syndromique est aussi présente dans certaines pathologies psychiatriques, y compris à début tardif, comme les troubles de l'humeur, les conduites addictives

et les troubles obsessionnels compulsifs. Différencier ces pathologies relève alors du défi clinique, mais aussi thérapeutique, d'autant plus qu'elles ne sont pas exclusives.

Objectifs : L'objectif de cette présentation est d'aider le clinicien dans son raisonnement diagnostique et thérapeutique, à partir de deux cas cliniques et d'une revue de la littérature.

Méthodes : Mme P., 74 ans, est adressée en unité cognitivocomportementale (UCC) pour des troubles du comportement à type de labilité émotionnelle, agressivité verbale et physique et théâtralisme dans un contexte de diagnostic de démence frontale atypique depuis deux ans. M. C., 77 ans, est adressé en UCC pour des troubles du comportement à type d'exhibitionnisme et désinhibition dans un contexte d'altération cognitive progressive. À partir de ces deux cas cliniques, étayés par l'anamnèse et les données biologiques et d'imagerie cérébrale, nous discuterons des intrications entre la DFT et le trouble bipolaire d'une part et les conduites addictives d'autre part.

Résultats : À partir de ces cas cliniques et d'une revue de la littérature, nous proposons un tableau synthétique mettant en avant les similitudes et différences entre ces différents diagnostics afin d'aider le clinicien dans sa démarche diagnostique et thérapeutique.

Conclusion : La DFT et les troubles psychiatriques à début tardif peuvent présenter des symptômes cliniques et neuropsychologiques similaires. Cependant, les représentations sociales associées à ces diagnostics, aussi bien pour le patient que son entourage, diffèrent. De plus, les implications thérapeutiques, aussi bien médicamenteuses que non médicamenteuses, mettent en exergue l'intérêt de différencier ces pathologies. Dans ce contexte, le travail interdisciplinaire entre gériatre, neurologue et psychiatre semble nécessaire pour améliorer la prise en charge des patients et de leur entourage, mais aussi leur acceptation des troubles et de la maladie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-02-06
Plainte mnésique et l'anxiété en consultation de mémoire et suivi psychiatrique : quelques réponses

D. Goujon*, M. Mirato, L. Bodenan
CHI de Poissy/consultations mémoire, Poissy, France

Introduction : Mme L. est une patiente de 73 ans que nous suivons à la consultation mémoire depuis 2010. Elle a bénéficié de deux bilans neuropsychologiques qui étaient satisfaisants et nous la voyons devant une plainte mnésique à sa demande. Elle est suivie en consultation spécialisée de psychiatrie une fois par mois avec adaptations du traitement. Sa plainte mnésique s'accentue au fil du temps et elle commence à présenter un repli et exprime le sentiment d'échec de sa prise en charge au quotidien. Elle ne peut plus faire ses comptes seule, conduit de moins en moins sa voiture sauf pour se rendre à la consultation de suivi.

Objectifs : Nous présenterons le parcours dans les soins longs et sans résultat satisfaisant pour la patiente à l'heure actuelle.

Méthodes : Son bilan est rassurant : un test de RL/RI, version B, permet d'exclure un trouble mnésique hippocampique : rappels libres 31/41 (12-11-8) et rappel total 48/48. Il existe en revanche les discrètes fluctuations en RL qu'on pourrait rattacher à l'anxiété. Par conséquent, l'entretien commence et se termine sur une liste déjà établie à la maison avec des situations et comportements à problème, avec des questions d'ordre médical.

Résultats : Malgré les changements dans la prescription des ISRS, l'orientation et l'atelier mémoire n'étaient pas un choix efficace. Elle y est allée une fois puis n'a pas donné suite.

Conclusion : La discussion portera sur les propositions et indications retenues et la continuité de notre investissement régulier de part et d'autre où la patiente et le thérapeute restent en relation de soins bien investie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:67-72
DOI 10.1007/s12612-013-0327-9

P1-03 Troubles psychologiques et comportementaux

© Springer-Verlag France 2013

P1-03-01
Étude de l'apport de l'équipe mobile de gériatrie par rapport au dépistage et au suivi des états confusionnels aigus survenus chez des patients âgés hospitalisés en dehors du service de gériatrie

S. Higuet[1,*], A. Higuet[2]
[1]*Gériatrie, CHTN, Nivelles, Belgique*
[2]*Urgences, AZ Sint Maria Halle, Halle, Belgique*

Introduction : Étant donné que l'état confusionnel est fréquemment rencontré chez la personne âgée et que la gestion de ce symptôme reste problématique pour le personnel soignant travaillant dans les autres unités que la gériatrie, nous avons souhaité étudier ces situations de manière plus approfondie, et ce, grâce à l'équipe mobile de gériatrie. En Belgique, grâce au programme de soins gériatriques, on a pu voir se développer progressivement depuis 2007 des équipes mobiles de gériatrie qui prennent en charge en deuxième ligne les patients âgés fragiles, hospitalisés dans des services non gériatriques.

Objectifs : Dépister et suivre la prise en charge des états confusionnels survenus en dehors des services de gériatrie et en analyser différentes données. De plus, on sait que l'état confusionnel aigu peut être le témoin d'une pathologie organique ou le signe d'une démence sous-jacente, nous avons donc tenté de répertorier les causes de ces confusions.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective de janvier à juin 2013, l'état confusionnel a été dépisté par la CAM (Confusion Assesment Method). Les données suivantes ont été répertoriées : le service d'hospitalisation, le motif d'hospitalisation, si on mentionnait un antécédent de démence, le MMSE, le GDS, l'échelle de Katz, s'il y a eu contention, le traitement au domicile, le traitement administré pour la confusion, s'il y a eu une imagerie cérébrale, la durée d'hospitalisation ainsi que la destination du patient à sa sortie.

Résultats : Pendant six mois, on a dépisté 26 états confusionnels aigus essentiellement en chirurgie (42 % en chirurgie orthopédique, 11 % en chirurgie générale, 4 % en chirurgie urologique, 4 % en chirurgie vasculaire), 31 % en médecine interne générale et 8 % en oncologie. La moyenne d'âge était de 85 ans et le nombre de femmes représentait 73 % (19/26). 26,9 % de ces patients présentaient une dépression ; 19,2 % prenaient des neuroleptiques avant leur hospitalisation, seuls 6/26 ont reçu un traitement lors de leur confusion (dans la moitié des cas, il s'agissait d'un neuroleptique, dans l'autre moitié d'une benzodiazépine). 30,8 % avaient un antécédent de démence avérée. Seuls dix CT cérébraux ont été réalisés et n'ont montré que de l'atrophie ou de la leucoaraiose. Dans 50 % des cas, on a dû utiliser des moyens de contention. Le MMSE moyen de ces 26 patients était de 21,2/30. Le score moyen de Katz était de 15/24, témoignant déjà d'un certain degré de dépendance. La durée de séjour moyenne était de 17,88 jours. 65,4 % vivaient au domicile ; 11,5 % ont été en revalidation à leur sortie ; 38,5 % sont allés en EPHAD, 42,3 % sont retournés au domicile et malheureusement 7,6 % sont décédés à l'hôpital.

Conclusion : L'état confusionnel aigu chez la personne âgée est toujours une urgence. Ces épisodes de delirium augmentent les durées d'hospitalisation, le niveau de dépendance, ainsi que la mortalité. On peut conclure que les équipes mobiles de gériatrie permettent un meilleur dépistage et suivi de ces patients. Leur intérêt concerne non seulement le dépistage, la prévention primaire et secondaire, mais aussi le suivi en organisant une consultation de mémoire à distance de l'événement étant donné que l'on sait qu'un état confusionnel aigu peut être annonciateur d'une pathologie neurodégénérative qui se développera ultérieurement.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-03-02
Vieillissement et reconnaissance visuelle des émotions faciales

P. Granato[1,*], A. Bocquet[1], O. Godefroy[2], J.-P. Van Gansberghe[3], R. Bruyer[4]
[1]*Unité de psychiatrie du sujet âgé, centre hospitalier de valenciennes, Valenciennes, France*
[2]*Neurologie, centre hospitalier d'Amiens, Amiens, France*
[3]*Mathématiques, consultant, Bruxelles, Belgique*
[4]*Institute of NeuroScience (IoNS), université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique*

Introduction : Le vieillissement habituel est à l'origine d'une altération des performances de l'intelligence rationnelle sans que l'on puisse évoquer de diagnostic de maladie acquise de l'intelligence. De nombreux outils de mesures neuropsychométriques en attestent. Par contre, nous connaissons peu de chose de l'intelligence émotionnelle et a fortiori de son évolution au cours du vieillissement habituel, cela même si un nombre croissant de publications conforte l'idée d'un émoussement de la reconnaissance visuelle des émotions faciales (RVEF). Malheureusement, les résultats semblent discordants en raison d'une grande hétérogénéité des échantillons et des outils de mesure qui restent qualitatifs, voire semi-quantitatifs.

Objectifs : Mesurer, comparer et établir une normalisation de la RVEF dans une population à l'aide de Méthode d'analyse et de recherche de l'intégration des émotions (MARIE). Cet outil mesure de façon quantitative et chiffrée la RVEF sans intervention d'un tiers. Il s'agit d'étudier cette compétence pour des échantillons d'âges allant de 20 à 70 ans. La variable de l'intelligence rationnelle est maîtrisée en raison de scores optimums et de niveaux socioculturels comparables.

Méthodes : MARIE se base sur un continuum d'images chimériques créées à partir de deux images réelles et dans des proportions

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

variables. Ce continuum est une série émotionnelle (SE) qui est unipolaire (*neutre-émotion*) ou bipolaire (*émotion-émotion*). Le sujet fait un choix binaire de type forcé pour chacune des images du continuum. Les réponses sont de type binaire et ne passent pas par le langage. MARIE est un logiciel informatique où l'interface homme-machine concerne le moniteur et le bouton droit et gauche de la souris de l'ordinateur. Le matériel comporte 9 SE × 19 images chacune × 3 personnages, soit 513 stimuli. Deux cent quatre sujets sans pathologie, ni traitement ni dépendance, répartis en sept tranches d'âges avec 50 % de femmes dans chaque tranche : 20–30, 31–40, 41–50, 51–55, 56–60, 61–65, 66–70 ans. Chaque tranche d'âge avait un effectif de 30 sujets sauf la dernière (24 sujets). Mesure optimum du MMSE, Mattis et Grober et Buschke pour les tranches 4 à 7.

Résultats : Les performances ne différaient pas selon la tranche d'âge : (F [6,19669] = 1,35 ; $p = 0,2$). L'effet de la SE était significatif : (F [8,189] = 28 ; $p = 0,0001$).

Conclusion : 1) La reconnaissance des émotions reste stable tout au long de la vie ; 2) la joie est la mieux reconnue de toutes les émotions, suivie du dégoût et de la peur ; 3) la colère est une émotion très difficilement reconnue ; 4) la reconnaissance du dégoût et de la peur est totalement insensible au vieillissement et au sexe de l'observateur.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-03-03
Troubles psychologiques et comportementaux. Mémoire et psychiatrie au bout du fil : la télémédecine en EHPAD et en SSIAD

B.A. Bernard*, G. Pisica Donose
DOMUS VI, Suresnes, France

Introduction : Le projet « Mémoire et psychiatrie au bout du fil » concerne les résidents d'EHPAD ou de SSIAD ayant recours à une consultation en psychiatrie ou une consultation mémoire en gériatrie. Ce projet a été lancé au cours du premier trimestre 2013 en région PACA, sur les territoires de Marseille et de Nice/Cannes.

Objectifs : 1) Réduction des déplacements des médecins ; 2) diminution des transports des patients fragiles et des risques associés ; 3) diminution des hospitalisations ; 4) prise de bonne décision diagnostique, thérapeutique et de suivi ; 5) meilleur suivi et prévention des complications.

Méthodes : La plate-forme collaborative du GCS esante PACA, ainsi que le réseau Medicin@pais dans les Alpes-Maritimes, sont des supports technologiques et fonctionnels qui servent au déploiement de la télémédecine. Le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice assurent la bonne organisation des séances, en lien avec le médecin traitant du résident et avec le médecin hospitalier ou libéral concerné, ainsi qu'avec l'infirmière-cadre de l'hôpital. 1) j – 2 : envoi du dossier médical et dossier de soins sous format électronique ; 2) j – 1 : explication de la séance au résident, consentement ; 3) j : résident accompagné par IDE/ASD/psy. Présence possible de la famille. Au plus deux professionnels autour du résident. Compte rendu réalisé et adressé. Traitement réévalué.

Résultats : 1) Infrastructure : réseau en état de fonctionnement (pas de coupures, connexions rapides) ; 2) matériel et équipements : installé et fonctionnel coté requérant (EHPAD) et requis (télémédecine) ; bonne qualité du son et de l'image ; 3) sécurité et confidentialité : données échangées par voie électronique sécurisée ; 4) consentements tracés dans le dossier de soins ; 5) comptes rendus de téléconsultation tracés ; 6) protocoles nécessaires mis en place ; 7) amélioration des conditions de prise en charge en organisant un parcours gradué et partagé ; 8) formation renforcée des personnels ; 9) bonne acceptation et capacité d'écoute et d'échange du résident ; 10) amélioration du traitement et de la prise en charge du résident. Hospitalisations évitées ; 11) meilleure acceptation de la prise en charge et du projet de soins par la famille ; 12) coût du raccordement réseau via Internet et du matériel et logiciel : modique par site ; 13) consommation énergétique et maintenance : faible. 14) Acte de consultation médicale : à ce jour pas de rémunération spécifique ; 15) coûts de transports évités.

Conclusion : Ce projet de téléconsultation en psychogériatrie présente des caractéristiques peu communes et particulièrement attrayantes : entrée de la téléconsultation à domicile, relations public/privé intensifiées, accompagnement collaboratif du résident âgé : familles, personnels soignants de ville, équipes médicales hospitalières. Il participe à la dynamique de rapprochement utile et économiquement favorable entre les secteurs sanitaire et médicosocial. Enfin, il répond à une évolution des comportements des familles face à l'introduction des nouvelles technologies en santé, puisqu'un récent sondage montre qu'un Français sur deux se déclare prêt à avoir recours à la télémédecine (*Les Échos* 22 mai 2013).

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-03-04
Quels sont les patients qui peuvent présenter une aggravation des troubles du comportement en UCC ? Vingt mois d'expérience à l'UCC du CHU de Nantes

C. M. Sahel*, J. Cholet, T. Riaudel, S. Calvet, V. Ould Aoudia, G. Berrut
CHU de Nantes, Nantes, France

Introduction : En 20 mois d'activité à l'UCC du CHU de Nantes, nous avons constaté que certains patients présentaient une aggravation des symptômes psychocomportementaux de leur démence pendant l'hospitalisation.

Objectifs : L'objectif de cette étude descriptive est de préciser les profils de ces patients afin de mieux repérer les facteurs de risque d'aggravation et d'améliorer leur prise en charge.

Méthodes : Entre le 18 octobre 2010 et le 18 juin 2012, sur les 110 patients pris en charge à l'UCC de Nantes, 24,5 % ($n = 27$) ont présenté une aggravation des troubles psychocomportementaux, retrouvée par l'augmentation du score au NPI-ES entre l'entrée dans l'unité et la sortie. Nous avons étudié, en rétrospectif, les données cliniques de ces patients.

Résultats : La mesure du NPI-ES pour ces patients montre une aggravation de la fréquence et de la gravité des troubles de 49,5 %. Le retentissement de ces troubles sur le travail de l'équipe soignante augmente de 42 %. 51,8 % de ces patients ($n = 14$) ont un MMS inférieur à 15 et 40,7 % ($n = 11$) un MMS supérieur à 15. Leur dépendance selon la grille AGGIR les situe dans les groupes 3 et 4 pour 66,6 % ($n = 18$). Les diagnostics de démence les plus fréquents dans ce groupe sont la maladie d'Alzheimer pour 25,9 % ($n = 7$) et la démence mixte pour 33,3 % ($n = 9$). Les troubles psychocomportementaux les plus difficiles à prendre en charge sont les symptômes psychiatriques productifs (hallucinations, idées délirantes, agitation) dans 70,3 % des cas ($n = 19$). La durée moyenne de séjour est de 49 jours (7–132 jours). La prescription de neuroleptiques classiques et atypiques diminue de 40 %. La participation aux thérapies non médicamenteuses est de 50 %. Elle est de 54 % pour le groupe de patients n'ayant pas montré

d'aggravation du score au NPI-ES. 44,4 % de ces patients (n = 12) sont entrés en institution à la sortie de l'UCC, et 53 % (n = 44) pour le groupe de patients n'ayant pas montré une aggravation du score au NPI-ES. Seulement trois patients ont été transférés en secteur psychiatrique (aucun transfert en psychiatrie pour l'autre groupe).

Conclusion : Cette étude montre que : 1) en 20 mois, 75,5 % des patients admis à l'UCC ont été améliorés ; 2) les patients présentant à l'entrée un MMS inférieur à 15 ont un risque d'aggravation au sein de l'UCC ; 3) les symptômes psychiatriques productifs plus marqués et l'hétérogénéité du profil des patients admis (pathologie démentielle, dépendance) sont les causes principales des difficultés de prise en charge ; 4) en UCC, malgré une aggravation des troubles psychocomportementaux, la prescription de neuroleptiques peut être diminuée. La prise en charge à l'UCC sera améliorée par : 1) la réalisation de formations spécifiques aux équipes à la prise en charge des symptômes psychiatriques positifs ; 2) le respect du critère d'admission sur le niveau cognitif des patients, autant que possible ; 3) l'ouverture d'unités spécialisées pour troubles du comportement des patients ayant un MMS inférieur à 15 ; 4) l'optimisation des réseaux d'aval.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-03-05
Drôle de manie : présentation d'un outil d'observation comportementale

L. Bosson*, C. Lissot, P. Couturier
Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, Grenoble, France

Introduction : L'anamnèse et l'observation sont des éléments essentiels en gériatrie où les présentations cliniques peuvent être trompeuses.

Objectifs : Nous présentons un outil de suivi utilisé à l'unité cognitivocomportementale : le calendrier comportemental. Ce calendrier, renseigné par l'équipe soignante à chaque relève, permet, grâce à une présentation graphique visuelle simple, d'avoir une vision globale des troubles du comportement présentés, de leurs horaires, évolution au cours du nycthémère ainsi que l'historique des modifications thérapeutiques engagées sur une durée de 15 jours.

Méthodes : Nous illustrons son intérêt clinique à propos du cas d'un homme hospitalisé pour agitation psychomotrice et désinhibition, dans un contexte d'antécédents vasculaires et troubles cognitifs évoluant depuis cinq mois. Initialement, cet homme de 78 ans est hospitalisé en service de médecine polyvalente pour syndrome confusionnel, agitation et agressivité. Les bilans infectieux, auto-immun et EEG sont négatifs. L'IRM objective une microangiopathie modérée. Le diagnostic d'encéphalite subaiguë est évoqué avec introduction d'une corticothérapie. Le patient rentre à son domicile. Il est réhospitalisé à trois semaines pour agitation et exaltation de l'humeur. Le MMSE est à 22/30 et le DAT-scan est normal. Sur le plan thérapeutique, la corticothérapie est arrêtée, de la rivastigmine est introduite puis suspendue, car mal tolérée. La présence d'une apathie, d'une anorexie et d'un amaigrissement motive la prescription d'antidépresseurs. Un probable trouble cognitif d'étiologie indéterminée est évoqué et le retour à domicile est organisé au bout de sept semaines avec consultation de suivi. Quinze jours plus tard, la recrudescence de l'agitation et plusieurs fugues motivent l'intervention de l'unité mobile de gériatrie à domicile qui indique une hospitalisation en UCC. La clinique, la biologie et l'ECG sont normaux. Le MMSE est à 14/30, la BREF à 8/18 et les cinq mots à 14/20. Le NPI d'entrée est à 91. La synthèse de l'évolution via le calendrier comportemental permet d'objectiver l'agitation psychomotrice diurne et nocturne, la désinhibition sexuelle, l'exaltation de l'humeur, l'hétéroagressivité et des simulations de malaise. Le diagnostic d'accès maniaque avec part confusionnelle est posé. L'évolution est favorable sous divalproate de sodium et rispéridone. Le NPI de sortie est à 0. La réévaluation à trois mois montre une stabilité de l'humeur, quelques difficultés de maintien attentionnel, un traitement de l'information exagérément pointilleux et un léger manque du mot lors du bilan neuropsychologique. À neuf mois, le MMSE est normalisé, les troubles du comportement n'ont pas récidivé et le traitement est inchangé.

Résultats : Devant un tableau comportemental atypique, plusieurs hypothèses diagnostiques ont été évoquées : encéphalite, démence de type Alzheimer, démence frontotemporale, atteinte d'étiologie vasculaire et maladie à corps de Lewy. L'observation du comportement et son évolution a permis de poser le diagnostic de trouble bipolaire à révélation tardive, d'introduire une thérapeutique adaptée et de normaliser le comportement du patient. L'utilisation d'un calendrier comportemental a été précieuse pour révéler la symptomatologie bipolaire du patient.

Conclusion : Il est important d'évoquer un trouble bipolaire en cas de symptomatologie thymique et comportementale atypique, y compris chez l'âgé sans antécédents psychiatriques connus.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-03-06
Le PASA pour mieux optimiser la prise en charge des SD : éléments comparatifs en région lyonnaise

S. Ahmine*, J. Poulard
HCL et EHPAD, Lyon, France

Introduction : Les EHPAD peuvent jouer un rôle non négligeable dans le repérage, le diagnostic des syndromes démentiels (SD) et autres SCPD. Sous l'impulsion du plan Alzheimer (2008–2012), la création en leur sein d'unités innovantes comme les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) constitue une nouvelle étape importante aspirant, à terme, à une optimisation de la prise en charge des SD du sujet âgé d'une manière coordonnée en réseau.

Objectifs : Sous la lumière du modèle PASA, explorer les nouvelles pratiques médicales et autres outils des consultations mémoire (CM). Leur application au sein des EHPAD pour le repérage, le diagnostic et la prise en charge des formes légères des SD. Il s'agit surtout d'évaluer la capacité et l'intérêt des équipes à mettre en place des thérapies non médicamenteuses conformes aux recommandations de la HAS et mieux impliquant l'environnement.

Méthodes : Dans une démarche empirique, expérimentale, un panel de dix critères de comparaison (taille, statut, etc.) est déployé pour suivre la réalisation de deux projets de PASA dans deux EHPAD différents (à statut économique et associatif). Avec des outils issus des CM (évaluation cognitive, NPIES, MMS…), les équipes pluridisciplinaires ont procédé, sur une période d'un an, au diagnostic des SD sur la base d'un fin repérage des troubles. Une file active est réalisée avec des projets de soins spécifiques intégrant l'environnement global du sujet âgé (sociale, familles, architecture, le réseau…).

Résultats : On constate une convergence des équipes des deux EHPAD, avec des ressources en interne suffisantes, des compétences et une motivation affirmée pour le PASA. Sur une population de plus de 200 personnes soumises aux tests cognitifs et autres outils d'évaluation, une file active de 30 à 40 a été réalisée dans chaque EHPAD.

Si la prévalence des SD dans les deux est de 60 %, proche de la moyenne nationale, il faut noter que moins de 25 % seulement des résidents ont pu bénéficier au préalable d'une CM spécialisée en externe.

Conclusion : Lieu d'innovation thérapeutique, architecturale et organisationnelle, l'apport des PASA est aussi avantageux dans le repérage, le diagnostic et la prise en charge des SD, par ailleurs souvent tardifs et lourds. L'usage d'outils harmonisés et standard issus des CM peut ouvrir des perspectives positives d'évolution des EHPAD, à condition d'optimiser la coordination en réseau coopératif et transversal en lien avec la filière et la proximité. D'où le besoin d'une reconnaissance accrue du rôle des équipes des EHPAD.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-03-07
L'évaluation des capacités fonctionnelles dans les consultations mémoire en France

C. Machado[1,*], L. Hugonot-Diener[2], S. Benisty[3], J. De Rotrou[2], B. Dieudonné[4], E. Magnin[5], D. Marchal[3], M. Verny[6], GREFON, GRECO
[1]*Gériatrie, hôpital A. Chenevier, France*
[2]*Gériatrie, CMRR Paris-Sud, hôpital Broca, AP–HP, France*
[3]*Unité sensoricognitive, Institution nationale des invalides*
[4]*Gériatrie, CMRR Paris-Sud, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France*
[5]*Neurologie, CMRR, CHU, Besançon, France*
[6]*Gériatrie, CMRR Paris-Sud, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France*

Introduction : L'évaluation des capacités fonctionnelles reste une étape fondamentale et incontournable pour le diagnostic des maladies d'Alzheimer et maladies apparentées ainsi que pour leur prise en charge. Elle peut être effectuée au moyen de différentes échelles d'autonomie. L'amélioration des caractéristiques métrologiques de ces échelles fait l'objet du Groupe de réflexion sur l'évaluation fonctionnelle (GREFON), commission du Groupe d'évaluation des capacités cognitives (GRECO) créée en 2012.

Objectifs : Présenter un état des lieux des pratiques professionnelles concernant l'évaluation des capacités fonctionnelles dans les Centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR) en France et proposer des recommandations de bonne pratique pour cette évaluation, fondées sur les données de la littérature.

Méthodes : Un questionnaire a été adressé aux CMRR, afin de déterminer les échelles utilisées pour évaluer les capacités fonctionnelles et le niveau de satisfaction des utilisateurs. Les résultats ont été représentés sous forme de diagrammes circulaires. À partir de cet état des lieux, nous suggérons des règles d'utilisation en tenant compte également des données de la littérature.

Résultats : Quarante-six réponses ont été obtenues, issues de différents CMRR. Les échelles IADL et ADL de Lawton sont les plus utilisées (100 %) seules ou en association avec d'autres échelles. Les conditions de passation sont variables d'une consultation à une autre et le niveau de satisfaction associé à l'utilisation de ces échelles est moyen (5,83/10). La principale limite exprimée concerne le manque de précision pour l'évaluation des capacités fonctionnelles les plus élaborées en lien avec des modifications cognitives légères ainsi que l'absence de prise en compte de l'utilisation des nouvelles technologies.

Conclusion : Les échelles actuellement utilisées apparaissent peu satisfaisantes en particulier pour détecter des modifications associées à des troubles cognitifs débutants. D'autres outils pourraient être promus ainsi que la validation en langue française de nouvelles échelles dont la réalisation est en cours. L'intérêt du présent travail est d'objectiver le manque de sensibilité des outils actuels et d'ouvrir des pistes de réflexion qui intègrent, notamment, l'utilisation des nouvelles technologies.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-03-08
Aménager un jardin prothétique au sein d'un EHPAD : choix conceptuels et méthodologiques

C. Ratsavong-Deschamps*, F. Fayaud
Hôpital-EHPAD Étienne-Rivié, Saint-Geniez d'Olt, France

Introduction : L'établissement Étienne-Rivié est un hôpital-EHPAD situé à Saint-Geniez d'Olt, dans l'Aveyron. Il est composé de plusieurs unités fonctionnelles dont une EHPAD et une unité de soins de longue durée (USLD). Du fait de contraintes architecturales et institutionnelles, ces deux unités sont fermées (portes avec digicodes placés en hauteur et pentes d'accès non conformes pour l'accessibilité des personnes en fauteuil roulant). Ces deux unités accueillent les personnes âgées les plus dépendantes ou celles nécessitant une surveillance médicale plus importante. Nombre d'entre elles présentent des troubles du comportement (agitation, agressivité verbale et physique, déambulation), de l'anxiété et des troubles de l'humeur (dépression). Nous pouvons penser qu'une part de ces symptômes sont induits par cet environnement qui majore l'impact du handicap et ne valorise pas les aptitudes restantes. Or, en institution, aucune thérapie médicamenteuse ne répond de manière efficace à ces symptômes. Si ces contraintes architecturales sont un problème majeur, elles offrent également une solution puisqu'au cœur des bâtiments se trouve un jardin clos de 800 m^2 inutilisé. Les résidents étant très attachés à la terre, l'idée d'aménager cet espace et de le rendre accessible à tous s'est progressivement imposée comme étant une solution pertinente dans ce contexte.

Objectifs : Nous nous proposons de faire ici une synthèse des expériences autour des jardins thérapeutiques. Nous pourrons ainsi proposer des outils d'évaluation qualitative et quantitative adaptés à cette population et ce média jardin afin de définir un protocole commun permettant les échanges d'expériences dans ce domaine. En effet, s'il existe des expériences de création de jardin thérapeutique pour personnes âgées en France, peu de travaux portent sur leur évaluation. Les recherches en psychologie environnementale sont essentiellement anglo-saxonnes. Elles montrent combien l'environnement agit sur nos émotions et nos comportements. Nous souhaitons discuter des outils susceptibles de nous permettre d'évaluer ces prises en charge non médicamenteuses.

Méthodes : Après avoir défini le contexte d'aménagement de ce jardin, nous définirons les choix qui ont été faits dans la conception de ce jardin. Quels sont les partis pris de ce projet et quels en sont les enjeux ? Nous effectuerons une description typologique à la fois du jardin et de la population pour laquelle il a été créé, qui est composée à la fois de personnes âgées présentant des démences de type Alzheimer, des troubles psychiatriques anciens stabilisés et des pathologies somatiques chroniques avancées. Nous adopterons un *evidence-based planning* partant des résultats attendus que nous décrirons, afin de définir les outils nous permettant d'évaluer l'impact du jardin sur la qualité de vie des résidents et sur les troubles qu'ils présentent.

Résultats : La population de cette étude étant hétérogène, les choix méthodologiques et psychométriques nous ont conduits à la fois à utiliser des matériaux existants (questionnaires d'évaluation de l'agitation, l'anxiété, la dépression), mais aussi à créer des outils spécifiques (grilles d'observation).

Conclusion : Face à la multiplicité des initiatives de jardins en EHPAD et unités Alzheimer, il nous semble utile de proposer une méthodologie d'étude d'impact de ce type d'aménagement afin d'en évaluer l'intérêt thérapeutique pour nos patients.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-03-09
Manifestations neuropsychiatriques révélant un lupus tardif

F.X. Piloquet[1,*], J.M. Brisseau[1], G. Berrut[1], L. De Decker[1], F. Toulgoat[2]
[1]*Médecine aiguë gériatrique, Nantes, France*
[2]*Loire-Atlantique, service de neuroradiologie, Nantes, France*

Introduction : Le lupus érythémateux systémique est une maladie auto-immune touchant préférentiellement la femme jeune avec peu d'études après 65 ans et a fortiori après 75 ans. À ces âges, le lupus est moins souvent associé à des signes cutanés spécifiques, des arthralgies et une atteinte rénale. La présentation clinique est alors souvent noyée dans la polypathologie, les manifestations neuropsychiatriques étant difficiles à interpréter.

Objectifs : À partir d'un cas clinique, montrer cette complexité et éliminer les diagnostics différentiels avant de conclure à la seule responsabilité du lupus.

Méthodes : Mme J., 77 ans, a pour antécédents : une HTA, une sténose carotidienne non serrée et une polyarthrite chronique inclassée depuis sept ans mais corticosensible. Il n'y a pas de troubles cognitifs ni thymiques. La patiente était hospitalisée pour asthénie, amaigrissement de 10 kg, fièvre intermittente depuis plusieurs mois puis apathie, dysfonction cognitive, troubles du comportement, épisodes confusionnels, comitialité et instabilité posturale. On notait un purpura pétéchial et livédoïde distal, une décompensation cardiaque modérée sur ACFA mais aucune nouvelle poussée polyarticulaire.

Résultats : Une PL était réalisée : normale ainsi qu'une IRM cérébrale montrant des hypersignaux de la substance blanche d'allure vasculaire et un accident lacunaire récent cérébelleux gauche. Les anticorps antinucléaires étaient supérieurs au 1/2 560^{e} avec anti-ADN (250 UI/ml en ELISA ; $n < 15$ et 772 kU/l au test de Farr) sans anti-SSA-SSB. Une cryoglobulinémie mixte IgG était retrouvée. Il n'y avait pas d'anticoagulant circulant ni anticardiolipide. Le bilan thyroïdien s'accordait avec une hypothyroïdie d'origine centrale. L'absence de polyarthrite et d'atteinte rénale faisait entreprendre un bilan paraclinique large et négatif : enquête infectiologique, biopsie musculaire, myélogramme et biopsie ostéomédullaire, échographie cardiaque, TDM thoracoabdominopelvien et endoscopie bronchique avec biopsies à l'aiguille. L'évolution était favorable sous traitement antiépileptique et corticoïdes moyennant la persistance de troubles cognitifs et d'un diabète cortico-induit.

Conclusion : Le neurolupus dont la fréquence globale serait de 30 à 40 %, parfois révélateur, nécessite d'éliminer les autres causes d'atteintes cérébrales fréquentes en gériatrie conséquence de l'HTA de l'athérothrombose, les manifestations précédentes de troubles cognitifs et dépressifs, la comitialité, les effets secondaires des corticoïdes et les complications infectieuses. L'IRM cérébrale est certes l'examen clé mais elle montre souvent des lésions non spécifiques, voire normales, comme dans notre observation.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-03-10
La gale : un facteur inhabituel de troubles du comportement chez un patient dément : à propos d'un cas clinique

A. Devun*, K. Castro Lionard, G. Bertoletti, A. Buisson, R. Gonthier
Gériatrie, Saint-Étienne, France

Introduction : La gale est une ectoparasitose due à un acarien vivant dans l'épiderme humain : *Sarcoptes scabiei variété hominis.* Les sujets âgés vivant en institution sont des sujets à risque. Les signes cliniques peuvent être atypiques dans cette population, notamment chez les patients déments, car il leur est difficile d'exprimer leurs symptômes.

Objectifs : Démontrer l'importance de l'analyse clinique dans la prise en charge des troubles du comportement chez les sujets déments.

Méthodes : Description d'un cas clinique d'un patient de 83 ans, atteint d'une démence de type Alzheimer, hospitalisé pour bilan de troubles du comportement dont l'étiologie était un prurit dû à une gale.

Résultats : Un homme de 83 ans a été hospitalisé dans un service de court séjour gériatrique, à la demande du médecin coordonnateur de l'EHPAD, pour bilan de troubles du comportement depuis plus d'un mois avec agitation psychomotrice, chutes à répétition et difficulté de prise en charge par l'équipe soignante. Ce patient était atteint d'une démence de type Alzheimer diagnostiquée depuis deux ans, avait de lourds antécédents cardiovasculaires et était en grande perte d'autonomie. Son traitement à l'entrée comprenait de la loxapine, du diazépam et de l'oxazépam introduits récemment pour prendre en charge les troubles du comportement. Une éruption cutanée diffuse diagnostiquée comme « eczéma » avait été traitée par dermocorticoïdes. Un examen clinique minutieux a mis en évidence des sillons scabieux dans les espaces interdigitaux, quelques vésicules perlées et surtout de nombreuses lésions de grattage sur le tronc, les membres, les plis inguinaux et dans les zones de prurit. Un examen spécialisé au dermatoscope a permis d'établir le diagnostic de « gale profuse disséminée ». Le traitement étiologique et curatif par ivermectine et traitement local antiparasitaire à j0, j1 et j15 associés aux règles d'hygiène a permis une guérison complète de la maladie. Les troubles du comportement liés en réalité au prurit diffus chez ce patient dément, peu communicant, ont totalement régressé. Le patient est sorti du service trois semaines plus tard sans aucun psychotrope.

Conclusion : Ce cas souligne la difficulté du diagnostic de gale notamment chez des sujets âgés atteints de troubles cognitifs, avec souvent des lésions atypiques. Il est important de ne pas oublier que les troubles du comportement chez un patient dément peuvent être dus à une étiologie somatique, telle qu'une gale avec prurit diffus.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P1-03-11
Le projet de vie individuel : un outil de prévention de la dépression du sujet âgé institutionnalisé

C. Gibowski[1,*], P. Balard[1], E. Dimova[2], F. Leduff[3], O. Guerin[3]
[1]*Nice*
[2]*EHPAD, Cagnes-sur-Mer, France*
[3]*CHU, Nice, France*

Introduction : C'est dans le cadre de la personnalisation de la prise en charge en EHPAD imposée par les autorités de tutelles que se réalise le projet de vie individuel. Ce projet s'élabore en une réunion singulière avec le résident où celui-ci fait part de ses souhaits et désirs vis-à-vis

de l'institution. Une discussion s'installe avec l'équipe pluridisciplinaire pour accorder au mieux les desiderata de la personne avec le fonctionnement de la structure. Selon les personnes interrogées, le fait de pouvoir débattre de ses attentes avec différents représentants institutionnels leur permet de trouver des repères stables et de se sentir accepté tels qu'ils sont. Or, dans la mesure où la perte de repères identitaires est patente dans la dépression, nous avons voulu savoir si l'élaboration d'un projet de vie individuel (PVI) avec une équipe pluridisciplinaire peut être un outil pertinent dans la prévention de la dépression du sujet âgé institutionnalisé.

Objectifs : Le but de cette étude est de démontrer que chez la personne âgée récemment institutionnalisée, la réalisation d'un PVI en équipe a un impact favorable et préventif sur les troubles de l'humeur.

Méthodes : Soixante-six sujets âgés vivant en institution ont été étudiés. Les sujets ont été répartis en deux groupes : un groupe interventionnel (GI, $n = 34$, âge moyen = 88,9 ± 5,6 ans) et un groupe témoin (GC, $n = 32$, âge moyen = 89,37 ± 5,7 ans). Le risque de dépression a été déterminé par la Geriatric Depression Scale (GDS). Le PVI a été réalisé selon des critères définis. Les deux groupes ont été étudiés en deux temps : à T0 (T0 est compris entre j et j + 1 mois, j étant le jour de l'entrée en institution, passation d'un GDS suivie de la réalisation d'un PVI uniquement dans le GI) et à T1 (T0 + 1 mois), passation d'un second GDS, puis réalisation d'un PVI uniquement dans le GC.

Résultats : Dans le GI, le score du GDS est ($p < 0,002$) plus bas à T1 (4,44 ± 2,65) que T0 (6,18 ± 3,14). Cependant, pas de différence significative observée entre T0 et T1 chez le GC. À T1, le GDS était plus bas ($p = 0,002$) chez le GI que le GC. Cette différence n'était pas significative entre les deux groupes à T0.

Conclusion : Cette étude permet de montrer l'intérêt de réaliser un PVI avec la personne et l'équipe pluridisciplinaire pour prévenir la dépression du résident entrant en institution.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:73-77
DOI 10.1007/s12612-013-0328-8

P2-04 Épidémiologie – Santé publique

© Springer-Verlag France 2013

P2-04-01
Conséquences cliniques et économiques des infections respiratoires basses chez des patients vivant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes — Résultats préliminaires de l'étude INCUR

L. Demougeot[1,*], Y. Rolland[1,2], S. Gerard[1], D. Pennetier[1], M. Duboue[1], B. Vellas[1,2], M. Cesari[1,2]
[1]*Gérontopôle, CHU de Toulouse, France*
[2]*Inserm UMR 1027, université Paul-Sabatier, Toulouse-III, Toulouse, France*

Introduction : La prévalence des infections (respiratoires, cutanées et urinaires) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) varie de 1,6 à 32 % et le taux d'incidence globale de 1,8 à 13,5 pour 1 000 résidents-années. Ces estimations sont dix fois plus élevées que celles observées en population générale. Parmi les infections les plus lourdes survenant chez des personnes âgées vivant en EHPAD, les infections respiratoires représentent une problématique majeure.

Objectifs : Le principal objectif de notre étude est de déterminer l'incidence des pneumopathies chez les personnes âgées vivant en EHPAD. Nous étudierons par ailleurs les conséquences cliniques et médicoéconomiques en évaluant les procédures médicales mises en œuvre et les ressources mobilisées.

Méthodes : INCUR est une étude observationnelle longitudinale de 800 personnes âgées résidant dans 13 EHPAD et suivies durant un an. Les participants sont âgés de 60 ans et plus et caractérisés par un groupe isoressources (GIR) compris entre deux et cinq. L'étude comprend une visite initiale et deux visites de suivi à 6 et 12 mois. Chaque visite est réalisée en utilisant le même ensemble d'échelles et questionnaires multidimensionnels. L'incidence des événements concernant la santé du résident (apparition de pneumopathies et autres) est évaluée après 6 et 12 mois de suivi. Nous travaillons en lien avec la caisse primaire d'assurance maladie afin de recueillir les données médicoéconomiques des participants. Des paramètres supplémentaires sont également considérés. Nous étudions en particulier le nombre et la durée des hospitalisations, le nombre de procédures médicales sévères et l'aggravation de la dépendance. L'étude INCUR est financée par Pfizer. Le financeur n'a eu aucun rôle dans la conception et la réalisation de l'étude.

Résultats : L'étude est actuellement en cours et se terminera en août 2013. Des résultats préliminaires pourront être présentés lors des journées annuelles de la SFGG.

Conclusion : Le projet INCUR nous permettra d'estimer les conséquences cliniques et économiques de ces événements en prenant en compte les ressources mobilisées. Les résultats de cette étude nous permettront d'obtenir des données essentielles pour la conception de futurs essais dans le domaine de la prévention en EHPAD.

Conflit d'intérêt : L. Demougeot : chef de projet de l'étude INCUR financée par Pfizer, Y. Rolland : aucun, S. Gerard : aucun, D. Pennetier : technicienne de recherche clinique de l'étude INCUR financée par Pfizer, M. Duboue : technicienne de recherche clinique de l'étude INCUR financée par Pfizer, B. Vellas : co-investigateur principal de l'étude INCUR financée par Pfizer, M. Cesari : co-investigateur principal de l'étude INCUR financée par Pfizer.

P2-04-02
Évaluation de la fragilité en soins primaires : comparaison de méthodes objectives et subjectives

F. Gleize*, J. Zmudka, Y. Lefresne, P. Jouanny
Médecine gériatrique, CHU d'Amiens, Amiens, France

Introduction : La fragilité est un syndrome gériatrique qui se caractérise par un processus dynamique de vulnérabilité croissante favorisée par l'âge. Elle est associée à un risque augmenté de chute, d'hospitalisation, de perte d'autonomie et de décès.

Objectifs : Comparer l'évaluation objective de la fragilité selon les critères de Fried avec l'évaluation subjective perçue par le médecin et le patient, afin d'élaborer un outil de dépistage plus simple.

Méthodes : Étude descriptive prospective chez des patients de plus de 75 ans venant consulter au cabinet de trois médecins généralistes, durant un an. La fragilité était définie par la présence de trois critères parmi la perte de poids, la faiblesse musculaire, la fatigue subjective, la faible activité physique et la lenteur de marche. Un ou deux critères présents définissait les patients préfragiles. Le médecin traitant et le patient devaient estimer leur fragilité par échelle numérique entre 0 et 10.

Résultats : Soixante-quatre patients ont été inclus (38 femmes et 26 hommes) âgés de 81,2 ± 5,0 ans, selon les critères de Fried, 10 (15,6 %) étaient fragiles et 34 (53,1 %) étaient préfragiles. Le nombre de médicaments, les ADL et IADL, le CES-D total, la dépense énergétique, l'âge et la force du poignet étaient corrélés de façon significative à la fragilité objective. La fragilité estimée par le médecin traitant était corrélée à l'état nutritionnel mais pas à la fragilité objective. La fatigue subjective du patient était le critère le mieux corrélé ($p = 0{,}0313$).

Conclusion : L'outil de Fried est de réalisation difficile en soins primaires. La fatigue subjective du patient constitue une piste intéressante pour un outil de dépistage simple en médecine générale afin de permettre une prise en charge précoce et de retarder l'évolution vers la dépendance.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

P2-04-03
Conduite automobile et sujets âgés titulaires du permis

J. Pacheco*, O. Bahri, C. Levasseur, N. Ben Aicha, P. Chassagne
Médecine gériatrique, Rouen, France

Introduction : Les projections démographiques prévoient une augmentation du nombre de conducteurs âgés de l'ordre de 60 % en 2030, chez qui le risque relatif d'accident rapporté au kilomètre parcouru apparaît supérieur. À ce jour, en France, pour le permis B, aucune réévaluation légale de l'aptitude à la conduite n'est obligatoire, quel que soit l'âge du conducteur.

Objectifs : Les buts de ce travail étaient, chez des sujets âgés titulaires du permis de conduire B consultants dans un centre d'évaluation gérontologique, de : 1) décrire leurs caractéristiques cliniques et fonctionnelles et de déterminer leur aptitude à la conduite automobile selon les recommandations du rapport d'experts publié en juin 2003 ; 2) comparer ces caractéristiques entre deux groupes de sujets selon qu'ils aient été ou non impliqués dans un accident déclaré récent et selon qu'ils aient ou non cessé la pratique de la conduite automobile.

Méthodes : Étude prospective de 33 consultants volontaires (69 % d'hommes), âge moyen : 77 ans, tous titulaires du permis B (conduite automobile poursuivie ou non).

Résultats : Parmi les 33 sujets étudiés, dix avaient déclaré au moins un accident dans les cinq années précédentes ; sept avaient cessé la conduite automobile. Dans ce groupe ayant interrompu la conduite, l'âge, la comorbidité (score de Charlson) et la vitesse de marche (indicateur de fragilité) étaient significativement supérieurs versus ceux poursuivant la conduite. La comparaison des deux groupes, avec ou sans accident, ne montrait aucune différence significative selon les paramètres étudiés (âge, comorbidité, nombre de médicaments, vitesse de marche, IADL, statut cognitif et acuité visuelle). Au terme de l'évaluation fonctionnelle, un diagnostic de démence possible ou probable était établi chez 12 sujets (44 %). Chez les 26 sujets poursuivant la conduite automobile, 12 sujets (40 %) étaient « inaptes » selon les recommandations du comité d'experts publiées en 2003 et auraient dû être référés à une évaluation spécialisée complémentaire pratique.

Conclusion : Les résultats de cette étude suggèrent que : 1) 30 % des consultants âgés sont impliqués dans un accident dans les cinq ans ; 2) les paramètres observés chez ces conducteurs impliqués dans un accident étaient un âge élevé, une polypathologie et une vitesse de marche altérée, indicateur établi de fragilité ; 3) le diagnostic d'une démence était ignoré chez 44 % des conducteurs poursuivant leur pratique ; 4) enfin, ces conducteurs âgés selon les recommandations émises en 2003 auraient dû, pour 40 % d'entre eux, bénéficier d'une évaluation complémentaire du fait de leur incapacité.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-04-04
Incidence et histoire naturelle des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin diagnostiquées après 60 ans : étude en population générale

J.-B. Beuscart[1,*], M. Fumery[2], C. Charpentier[3], J. Salleron[4], L. Peyrin-Biroulet[5], J.-L. Dupas[2], E. Lerebours[3], J.-F. Colombel[6], E. Laberenne[7], E. Boulanger[8], C. Gower-Rousseau[4], G. Savoye[3], Registre Epimad
[1]*Médecine aiguë gériatrique, CHU de Lille, Lille, France*
[2]*Gastroentérologie, CHU d'Amiens, Amiens, France*
[3]*Gastroentérologie, CHU de Rouen, Rouen, France*
[4]*Pôle de santé publique, CHU de Lille, Lille, France*
[5]*Rééducation, CHU de Lille, Lille, France*
[6]*Gastroentérologie, CHU de Lille, Lille, France*
[7]*Gastroentérologie, centre hospitalier Seclin, Seclin, France*
[8]*Gériatrie–gérontologie, CHU de Lille, Lille, France*

Introduction : Du fait du vieillissement constant de la population, la prévalence des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) du sujet âgé augmente.

Objectifs : L'objectif de ce travail était de décrire l'histoire naturelle des MICI diagnostiquées après 60 ans.

Méthodes : Entre 1988 et 2006, 841 patients de plus de 60 ans au diagnostic de MICI (10 % de l'ensemble des MICI inclus dans le registre EPIMAD) et suivis pendant plus de deux ans ont été recensés. L'aggravation de la MICI au cours du temps était définie pour la maladie de Crohn (MC) par l'extension digestive des lésions ou le passage d'une forme inflammatoire B1 à une forme compliquée (sténosante B2 ou pénétrante B3) et pour la rectocolite hémorragique (RCH) par une extension colique des lésions. Les probabilités cumulées de traitement médical (5-ASA, corticoïdes, immunosuppresseurs [IS] ou anti-TNFα) et de résection chirurgicale ont été calculées par la méthode de Kaplan-Meïer.

Résultats : Trois cent soixante-sept patients (62 % de femmes) atteints de MC et 474 patients (62 % hommes) atteints de RCH ont été recensés. L'incidence globale des MICI chez les plus de 60 ans était de 5,7/10^5 habitants [IC 95 % : 5,4–5,9] répartie en 2,6 [2,4–2,8] pour la MC et 3,1 [2,9–3,4] pour la RCH. L'âge médian au diagnostic (70 ans [Q1 = 65–Q3 = 76] vs 69 [64–74]), le délai diagnostique (2 mois [1–4] vs 2 [1–6]) et la durée médiane de suivi (6 ans [2–11] vs 6 [2–10]) étaient similaires dans les deux pathologies. Au diagnostic, la localisation de la MC était purement colique dans 65 % (L2), iléocolique dans 25 % et purement iléale dans 10 % des cas. La forme inflammatoire était la plus fréquente (78 % B1, 17 % B2 et 5 % B3). Huit pour cent des MC présentaient une lésion anopérinéale au diagnostic. Dans la RCH, la localisation initiale la plus fréquente était colique gauche (E2) dans 45 % des cas ; elle correspondait à une proctite (E1) et à une forme extensive (E3) dans respectivement 29 et 26 % des cas. Lors du suivi, une aggravation était observée dans 14 % des MC et 16 % des RCH. L'aggravation était plus fréquente en cas de coexistence de comorbidités cardiovasculaires. Les probabilités cumulées de recevoir du 5-ASA et des corticoïdes dix ans après le diagnostic étaient similaires dans la MC et la RCH : 80 vs 84 % et 45 vs 40 %. Dix ans après le diagnostic, 25 % des MC et 16 % des RCH avaient reçu un IS, 9 % des MC et 2 % des RCH un traitement par anti-TNFα. Les probabilités de résection chirurgicale à dix ans étaient de 32 % dans la MC et de 8 % dans la RCH. La présence d'un diabète diminuait le risque de recours à la chirurgie au cours de la RCH.

Conclusion : Les MICI diagnostiquées à un âge supérieur à 60 ans représentent 10 % de l'ensemble des MICI. C'est la seule tranche d'âge où l'incidence de la RCH est plus élevée que celle de la MC. Leur évolution est marquée par une absence d'aggravation dans 85 %

des cas. Dix ans après le diagnostic, 83 % des patients ont reçu du 5-ASA et 43 % des corticoïdes. L'utilisation des IS et des bithérapies reste faible alors qu'un tiers des MC a eu une résection intestinale.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-04-05
Hypovitaminose D : un biomarqueur des hospitalisations prolongées en court séjour gériatrique

L. Hélard[1,*], O. Beauchet[2], C. Launay[2], L. Mateus[3], C. Annweiler[2]
[1]*Gériatrie, centre hospitalier, Laval, France*
[2]*Gériatrie, CHU, Angers, France*
[3]*Gériatrie, centre hospitalier, Château-Gontier, France*

Introduction : La durée d'hospitalisation en court séjour gériatrique (CSG) est un marqueur objectif des morbidités et de la charge en soins requise par les patients âgés.

Objectifs : Déterminer si la concentration sérique de vitamine D, une hormone impliquée dans le fonctionnement de multiples organes, était associée à la durée d'hospitalisation en CSG.

Méthodes : Entre juin et décembre 2008, 253 patients (âge moyen : 86,2 ± 6,0 ans ; 66,8 % de femmes) hospitalisés dans le CSG du CHU d'Angers ont été séparés en deux groupes en fonction de leur statut vitaminique D (insuffisance définie par une concentration de 25-hydroxyvitamine D [25-OHD] inférieure ou égale à 50 nmol/l). La durée d'hospitalisation en CSG a été mesurée en jours. L'âge, le sexe, le score AGGIR, le lieu habituel de résidence, le nombre de pathologies aiguës diagnostiquées à l'admission, le nombre de morbidités, la supplémentation habituelle en vitamine D et la clairance de la créatinine ont été utilisés comme potentiels facteurs de confusion.

Résultats : La concentration moyenne de 25-OHD était de 33,9 ± 21,1 nmol/l. Les 207 patients avec une hypovitaminose D avaient une durée de séjour plus longue que les autres (15,2 ± 8,2 jours contre 12,1 ± 7,0 ; $p = 0{,}017$). La concentration de 25-OHD était inversement corrélée à la durée de séjour ($r = -0{,}138$; $p = 0{,}028$). Cette association inverse restait significative après ajustement ($\beta = -0{,}07$; $p = 0{,}043$).

Conclusion : La concentration sérique de 25-OHD était inversement associée à la durée d'hospitalisation en CSG, suggérant que le dosage sérique de 25-OHD en début d'hospitalisation pourrait prédire la charge en soins requise par les patients âgés.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-04-06
Importance du déficit en vitamine D chez les femmes françaises ostéoporotiques et ostéopéniques âgées de plus de 80 ans

O. Bruyère[1,*], J. Slomian[1], C. Beaudart[1], F. Buckinx[1], E. Cavalier[2], S. Gillain[3], J. Petermans[3], J.-Y. Reginster[1]
[1]*Santé publique, épidémiologie et économie de la santé, université de Liège, Liège, Belgique*
[2]*Chimie médicale, Liège, Belgique*
[3]*Service de gériatrie, CHU de Liège, Liège, Belgique*

Introduction : Des études antérieures ont démontré qu'un faible taux sanguin de vitamine D peut entraîner un hyperparathyroïdisme secondaire, qui augmente la fragilité osseuse et, de ce fait, le risque de fractures, particulièrement chez les sujets âgés de plus de 50 ans.

Objectifs : Le but de ce travail est d'évaluer le niveau d'insuffisance en vitamine D chez les femmes françaises âgées de plus de 80 ans.

Méthodes : Au cours d'une cohorte menée sur 8 532 femmes, nous avons mesuré la vitamine D (25-OHD) sérique chez 821 femmes françaises ostéoporotiques ou ostéopéniques, âgées de plus de 80 ans. Dans cette population, 19,7 % des patientes consommaient une supplémentation de vitamine D. Deux valeurs seuil de 25-OHD ont été retenues sur base des données de la littérature : 50,75 nmol/l (< 20 < 30 ng/ml).

Résultats : L'âge moyen de la population est de 83,3 ± 2,7 ans et l'indice de masse corporelle de 24,7 ± 3,6 kg/m². Le taux sérique moyen de 25-OHD était de 47,7 ± 26,4 nmol/l. Cent soixante-deux patientes recevaient une supplémentation en vitamine D, associée ou non à du calcium. Celles-ci présentaient une concentration sérique moyenne de 25-OHD supérieure à celle des non-consommatrices (63,7 ± 31,2 versus 43,8 ± 23,4 nmol/l ; $p < 0{,}001$) alors qu'aucune différence statistiquement significative n'était rapportée pour l'âge ou l'indice de masse corporelle. Chez les patientes non supplémentées en vitamine D, le taux de prévalence de l'insuffisance en vitamine D était de 59,9 % lorsque le seuil de 50 nmol/l est utilisé et de 91,5 % pour le seuil de 75 nmol/l.

Conclusion : Cette étude met en évidence une prévalence élevée de l'insuffisance en vitamine D chez les femmes françaises âgées ostéoporotiques ou ostéopéniques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-04-07
Facteurs associés au risque de réhospitalisation en gériatrie aiguë

D. Bonnet-Zamponi[1,2,*], F. Tubach[2,3,4], S. Lacaille[5], M.-L. Gaubert-Dahan[6], B. Pasquet[2], S. Legrain[1,3,6]
[1]*OMEDIT Île-de-France, France*
[2]*Épidémiologie et recherche clinique, hôpital Bichat–Claude-Bernard (AP–HP), France*
[3]*UFR de médecine, université Paris-Diderot, Sorbonne Paris Cité, France*
[4]*CIE 801, Inserm, hôpital Bichat–Claude-Bernard (AP–HP), France*
[5]*Gériatrie, hôpital Bichat–Claude-Bernard (AP–HP), France*
[6]*Gériatrie, hôpital Bretonneau (AP–HP), France*

Introduction : Les sujets âgés sont à haut risque d'hospitalisations répétées, coûteuses, potentiellement délétères et en partie évitables. Diminuer l'incidence de ces réhospitalisations évitables est un enjeu majeur de santé publique et l'un des objectifs du projet national Paerpa (personne âgée en risque de perte d'autonomie). Les facteurs associés au risque de réhospitalisation chez les personnes âgées hospitalisées en gériatrie sont mal connus et pourtant nécessaires pour concevoir les interventions de minimisation de risque et cibler les populations à plus haut risque.

Objectifs : Déterminer les facteurs associés au risque de réhospitalisation six mois après une sortie de gériatrie aiguë.

Méthodes : *Population étudiée :* patients inclus dans le bras témoin (soins usuels) de l'essai randomisé multicentrique OMAGE (Optimisation des Médicaments chez les sujets AGEs) : patients âgés de 70 ans et plus, hospitalisés en urgence dans six unités de gériatrie aiguë d'Île-de-France. Les réhospitalisations en urgence de ces patients ont été recueillies à six mois par appels téléphoniques du patient et/ou de

son aidant, de son médecin traitant et un screening des bases administratives des six hôpitaux où était menée l'étude. Les facteurs de risque de réhospitalisation à six mois ont été identifiés par une analyse univariée (tests du *log-rank*) puis multivariée (modèle de Cox). Un *p* inférieur à 0,05 a été considéré comme significatif.

Résultats : D'avril 2007 à octobre 2008, 348 patients ont été inclus dans le bras témoin de l'essai OMAGE (âge moyen : 86,4 ± 6,3 ans, 62,6 % de femmes, 6,6 ± 3,4 de traitements chroniques en moyenne). Trois facteurs sont indépendamment associés au risque de réhospitalisation à six mois : la polypathologie définie par la présence d'au moins quatre maladies chroniques sur une liste fermée (odds ratio [OR] : 1,62 et intervalle de confiance [IC] à 95 % : [1,15 ; 2,29] ; $p = 0{,}006$), l'insuffisance respiratoire chronique (OR : 1,65 et IC 95 % : [1,06 ; 2,58] ; $p = 0{,}03$) et l'insuffisance rénale chronique sévère (clairance < 30 ml/min ; OR : 2,18 et IC 95 % : [1,29 ; 3,69] ; $p = 0{,}004$).

Conclusion : Les actions de minimisation du risque de réhospitalisation en gériatrie aiguë devraient prioritairement cibler les patients polypathologiques (avec quatre maladies chroniques ou plus) et/ou souffrant d'insuffisance respiratoire chronique et/ou d'insuffisance rénale chronique sévère.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-04-08
Les performances cognitives sont-elles liées au statut vitaminique D ? Étude en hôpital de jour mémoire

P. Vicente[1,*], M. Herr[1,2], F. Mahieux[2], J. Ankri[1,2]
[1]*Laboratoire santé environnement vieillissement (EA2506), UVSQ, Paris, France*
[2]*Centre de gérontologie, hôpital Sainte-Périne, Paris, France*

Introduction : L'insuffisance en vitamine D est fréquente, en particulier chez le sujet âgé. Or, la vitamine D semble jouer un rôle dans de nombreux problèmes de santé. Des travaux suggèrent l'intervention de la vitamine D dans le fonctionnement cognitif, mais les résultats sont parfois divergents et peu d'études ont exploré en détail le fonctionnement cognitif à la recherche des fonctions spécifiquement touchées.

Objectifs : Décrire la prévalence du déficit en vitamine D dans une population de patients âgés présentant des troubles mnésiques et explorer les relations entre vitamine D et troubles cognitifs.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle à partir des dossiers médicaux des patients ayant eu un dosage de vitamine D ($25\text{-}OHD_{2,3}$) à l'occasion de leur passage en hôpital de jour mémoire au cours de l'année 2012. Les performances cognitives ont été explorées à l'aide d'une batterie de 13 tests neuropsychologiques, évaluant les performances cognitives globales (Mini-Mental State Examination [MMSE]) et les domaines spécifiques de la cognition : les fonctions exécutives (test de l'horloge, Trail Making Test A et B), le langage (fluences verbales catégorielle et littérale, DENO100), les fonctions instrumentales (gestes sans signification, symboliques et pantomimes) et la mémoire (test des cinq mots, RL/RI 16, figure de Rey). Pour chaque test, le risque d'avoir un score compris dans le plus bas tercile de la distribution a été évalué dans des modèles de régression logistique ajustés sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et la saison de prélèvement.

Résultats : Parmi les 240 sujets inclus, d'âge moyen de 80,2 ans, les concentrations en vitamine D étaient insuffisantes (10–29 ng/ml) chez 60,8 % d'entre eux, et 14,2 % souffraient de carence vitaminique D (< 10 ng/ml). L'insuffisance en vitamine D concernait plus particulièrement les sujets prélevés en hiver, les hommes, les sujets ayant un indice de masse corporelle élevé et ceux non supplémentés en vitamine D. Par rapport aux sujets ayant des concentrations suffisantes, les sujets carencés en vitamine D avaient un risque augmenté de présenter un score compris dans le tercile inférieur de la distribution pour les cinq tests suivants : MMSE (OR = 5,5 [1,9–16,0]), Trail Making Test A (OR = 3,4 [1,1–10,5], fluence verbale catégorielle (OR = 4,2 [1,4–12,4]), RL/RI-16 (OR = 3,5 [1,2–10,0]) et test des cinq mots (OR = 6,5 [2,0–21,5]). On estime que lorsque le taux de vitamine D augmente de 10 ng/ml, le score MMSE augmente de 0,5 point et le score du test des cinq mots de 1 point. En revanche, le statut vitaminique D n'était pas associé significativement aux résultats des huit autres tests neuropsychologiques.

Conclusion : Cette étude confirme la forte prévalence de l'insuffisance en vitamine D dans une population de patients âgés exprimant une plainte mnésique. La déficience sévère en vitamine D concerne 14 % des sujets et semble associée à une altération de certaines fonctions cognitives, en particulier de l'attention et de la mémoire épisodique et sémantique. Ces résultats devraient encourager la supplémentation en vitamine D des sujets âgés et la conduite de travaux de recherche pour mieux comprendre les relations entre cognition et vitamine D.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-04-09
En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, un psychotrope peut en cacher bien d'autres

I. Petillon[1,*], M. Dangin[1], A. Ordekyan[2], J. Bohatier[3], D. Olleon[1], J. May[1], J. Chopineau[4], A. Boyer[4]
[1]*ARS Auvergne, Clermont-Ferrand, France*
[2]*OMEDIT Auvergne, Clermont-Ferrand, France*
[3]*Pôle gériatrie, Clermont-Ferrand, France*
[4]*Pharmacie centrale, CHU, Clermont-Ferrand, France*

Introduction : La iatrogénie médicamenteuse serait la cause de 10 à 20 % des hospitalisations des personnes âgées. Dans cette population, les psychotropes sont fréquemment incriminés en raison d'une surconsommation (notamment benzodiazépines et neuroleptiques) et d'effets indésirables (chutes, confusions…).

Objectifs : Véritable enjeu de santé publique, la lutte contre la iatrogénie a conduit l'Agence régionale de santé d'Auvergne et le CHU de Clermont-Ferrand à mener une étude/action dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de la région. Une partie de cette étude a été consacrée à l'évaluation des taux d'exposition des résidents aux psychotropes et à leurs différentes classes.

Méthodes : Les ordonnances ont été recueillies dans 83 EHPAD accueillant 7 091 résidents dont 62 % ont été étudiés ($n = 4\,363$, tirage au sort) afin d'évaluer la consommation de psychotropes et les coprescriptions.

Résultats : Soixante-dix-sept pour cent de la population étudiée consomment au moins un psychotrope et 24 % en prennent minimum trois différents (3 % au moins cinq). Selon la Haute Autorité de santé (HAS), les coprescriptions de minimum trois psychotropes doivent être évitées du fait d'une majoration du risque d'accident iatrogène. La moitié des résidents est exposée à au moins une benzodiazépine (BZD) ou à une molécule apparentée. Des coprescriptions (≥ 2) sont observées pour 12 % des résidents. Les BZD à demi-vie inférieure à 20 heures et les molécules apparentées sont les plus consommées (43 % ; coprescriptions : 8 % des résidents). Douze pour cent des résidents

consomment des BZD à demi-vie supérieure ou égale à 20 heures (coprescriptions : 0,4 %). Ces dernières sont considérées comme inappropriées chez la personne âgée, car elles induisent un surrisque iatrogène. De plus, une association entre BZD supérieure ou égale à 20 heures et BZD inférieure à 20 heures (ou une molécule apparentée) est retrouvée chez 4 % des résidents. Pour les neuroleptiques, 28 % de la population en consomment au moins un (coprescriptions : 4 %). La consommation des antidépresseurs concerne 42 % de la population (coprescriptions : 4 %). Par ailleurs, l'âge des résidents semble affecter la consommation de psychotropes, BZD, neuroleptiques et coprescriptions de psychotropes (Ch^2 ; $p < 0{,}001$), et ce, selon une relation inverse ($r^2 \geq 0{,}88$ pour chacun) : les personnes âgées de moins de 75 ans sont les plus exposées. En outre, les personnes les plus dépendantes (GIR 1) consomment significativement moins de psychotropes, de BZD, et les coprescriptions sont moins fréquentes. Par contre, les personnes du GIR 1 consomment plus de neuroleptiques.

Conclusion : Cette étude confirme la forte prévalence de la consommation de psychotropes en EHPAD et une forte fréquence de coprescriptions. La restitution de ces résultats directement aux EHPAD (rapports, réunions) devrait permettre d'initier une dynamique d'amélioration des pratiques professionnelles (réévaluation régulière, hiérarchisation des traitements). De plus, relayer la campagne de communication sur le bon usage des somnifères initiée par la HAS pourrait permettre de réduire la consommation de ces molécules.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-04-10
Étude du repérage des signes cliniques de vieillissement de personnes handicapées en institutions médicosociales en région Alsace

S. Carnein*, K. Mangeney
Centre départemental de repos et de soins, Colmar, France

Introduction : Le vieillissement des personnes handicapées constitue un phénomène semi-récent interpellant tant les intéressés que les politiques publiques. L'augmentation de l'espérance de vie va de pair avec l'émergence de signes cliniques en rapport avec la baisse des capacités fonctionnelles d'une part et de l'augmentation de la prévalence des affections dégénératives d'autre part. Le repérage de ces signes (observation, évaluation et orientation) constitue un enjeu fort du défi que constitue l'émergence d'une nouvelle gérontologie.

Objectifs : L'objectif est le recensement des signes cliniques du vieillissement repéré par le personnel d'accompagnement soignant et éducatif ; l'étude concerne l'exhaustivité des personnes prises en charge dans les foyers médicalisés d'Alsace et âgées de plus de 55 ans.

Méthodes : L'enquête est réalisée par voie de questionnaires adressés aux différentes catégories de personnels. Cette étude est réalisée en partenariat avec le CREAI de la région Alsace et avec les spécialistes du vieillissement de l'université de Strasbourg.

Résultats : Les résultats en cours d'étude permettent de noter l'effondrement des prévalences du vieillissement spécifique au profit d'un vieillissement ordinaire ; l'augmentation des maladies ordinaires dans le domaine cardiovasculaire, sensoriel et surtout cognitif est significative.

Conclusion : Les résultats intermédiaires de cette étude en cours devraient permettre de déconstruire le concept dépassé de vieillissement précoce ou spécifique ; l'effet prise en charge aboutirait tant à une augmentation insoupçonnée de l'espérance de vie qu'à l'émergence des maladies ordinaires de la vieillesse évoluant dans un contexte de surhandicap qui nécessite à lui seul un savoir-faire particulier.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-04-11
Utilisation de ViaTrajectoire en Alsace : étude quantitative et qualitative du flux des patients âgés vers le SSR

M. Noblet-Dick[1,*], A. Deblasi[2], V. Dreux[2]
[1]*CHU de Strasbourg, pôle de gériatrie, Strasbourg, France*
[2]*CHU de Lyon, Équipe trajectoire, Lyon, France*

Introduction : ViaTrajectoire est un outil Web d'aide à l'orientation et à l'admission des patients en service de soins et de réadaptation (SSR), développé par le CHU de Lyon, déployé dans 15 régions sous l'impulsion des ARS. Sa fonctionnalité observatoire permet de fournir des statistiques et d'étudier quantitativement et qualitativement les flux de patients. L'Alsace, qui comporte 1,85 million d'habitants dont 8 % de plus de 75 ans, a déployé cet outil dans tous ses établissements sanitaires.

Objectifs : Cette étude vise à étudier, sur une région, la sous-population des personnes âgées de plus de 75 ans pour qui une demande de SSR a été envoyée par ViaTrajectoire et à la comparer à la population totale sur différents critères : proportion de patients admis en SSR, délai moyen d'admission en SSR, type d'orientation, motifs de refus, profil patient (pathologie principale, autonomie, troubles cognitifs, conditions sociales…).

Méthodes : Les données sont issues des statistiques de ViaTrajectoire pour l'année 2012 et pour la région Alsace.

Résultats : En 2012, sur l'ensemble des demandes de SSR issues du secteur sanitaire, 85 % ont été faites dans ViaTrajectoire, ce qui permet une bonne représentativité des données de l'observatoire. Soixante-quinze pour cent des patients, tous âges et pathologies confondus, ont été transférés en SSR. Parmi les principaux motifs de non-accès en SSR, 30 % des patients ont pu rentrer à domicile du fait de leur amélioration, 14 % sont décédés et 10 % n'ont pas trouvé de place en SSR. L'étude descriptive de la sous-population des patients âgés est en cours.

Conclusion : Ces données, en complément des chiffres issus du PMSI, permettent d'identifier l'offre et les besoins en SSR pour une population, en particulier les patients âgés. Avec le développement en cours du module EHPAD de ViaTrajectoire, ce sera bientôt tout le parcours du patient âgé qui pourra être identifié dans l'observatoire.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:78-82
DOI 10.1007/s12612-013-0329-7

P2-05 Éthique

© Springer-Verlag France 2013

P2-05-01
La communication intime, une technique de communication non verbale

M.-L. Lamarque
Opti'soin, Toulouse, France

Introduction : Lorsque les fonctions cognitives se dégradent, les émotions restent pour le patient le support principal d'interaction avec le monde extérieur. Pour effectuer un soin, le soignant entre en contact avec le périmètre intime du patient, là où s'établit la communication émotionnelle ; or, les soignants ont appris à se méfier des émotions. La communication intime enseigne au soignant à découvrir et exploiter déontologiquement son intelligence émotionnelle : à transformer son état central fluctuant pour que les émotions deviennent un outil relationnel dans la zone intime.

Objectifs : 1) Donner à tout aidant la capacité d'établir une communication maîtrisée ; 2) réduire les actes inconscients de maltraitance ; 3) satisfaire chez la personne atteinte de troubles cognitifs le besoin d'échanges relationnels ; 4) permettre de stabiliser, améliorer l'autonomie. Participer à la prévention dans un contexte de fragilité ; 5) prévenir l'épuisement de l'aidant, du soignant.

Méthodes : Analyser les atteintes des organes relationnels : sensoriels, cognitifs. Avant l'entrée en contact avec le périmètre intime du patient, se préparer mentalement. 1) Mobiliser l'intelligence émotionnelle : dans quel état je suis ? Qu'est-ce que je veux apporter à cette personne ? Comment cette personne comprend notre relation ? Comment dois-je lui parler pour qu'elle ait confiance en moi ? Technique d'analyse basée sur : la conscience de soi, la motivation, la maîtrise de soi, l'empathie, la maîtrise des relations humaines. Ce travail mental met le soignant en pertinence avec la situation de soin, crée l'intention bienveillante, son humeur devient positive, il comprend comment le patient vit la relation. L'intention conditionne le geste. Le soignant s'approche, les périmètres intimes fusionnent, la communication émotionnelle se crée. L'intention bienveillante donne de la cohérence à la relation, car la distance intime est la zone de l'affection. Sans comprendre le soin, le patient est en confiance, il peut participer pour poursuivre l'échange, ou négocier.

Résultats : L'utilisation de la communication intime permet des relations avec des personnes présentant de graves altérations des fonctions cognitives. Bénéfices de l'utilisation de la communication intime : 1) pour le soignant : diminution du sentiment d'impuissance ; enrichissement dans la relation de soin ; possibilité de ressentir, d'analyser ses émotions. Revalorisation du travail avec maîtrise d'un outil relationnel individuel. Diminution de l'épuisement professionnel ; 2) pour le patient : maintien des relations ; respect et valorisation de la personne ; baisse du stress donc optimisation des capacités, voire récupération de certains actes de la vie quotidienne. Contre-indications : 1) état de grandes souffrances physiques et/ou psychiques ; 2) surdosage morphinique : 3) pathologies psychiatriques.

Conclusion : La communication intime apporte une solution pour les soignants et les aidants, face au problème du lien et de son maintien avec les personnes atteintes de troubles cognitifs. Cet outil donne accès aux soignants à une dimension relationnelle jusque-là réservée à l'art, la musique, le clown… La communication intime fait prendre conscience de la communication émotionnelle. Elle amène le soignant à travailler sur son identité professionnelle, le sens de ses actes, en ce sens elle devient incontournable dans la lutte contre la négligence, la maltraitance, l'épuisement professionnel.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-05-02
Projet d'extension de la loi permettant l'euthanasie en Belgique aux patients déments

S. Higuet
Gériatrie, CHU de Charleroi, Charleroi, Belgique

Introduction : En Belgique, la loi sur l'euthanasie est en application depuis mai 2002 et est légale sous réserve de conditions strictes. Depuis quelque temps, un projet de résolution de loi est en cours pour étendre les conditions actuelles d'euthanasie légale aux mineurs atteints de maladies incurables ainsi qu'aux patients déments (« Extension de la déclaration anticipée pour les situations de démence, ou de diminution grave et irréversible des fonctions cérébrales, en donnant à la déclaration anticipée une durée illimitée »). Il y a toujours eu débat entre les pro et les contre, mais ce projet ravive les discussions philosophiques.

Objectifs : Faire réfléchir les politiques et les scientifiques aux conséquences qu'une telle loi pourrait avoir.

Méthodes : Citer quelques remarques reprises dans la littérature (éthique, scientifique) pouvant mener à une réflexion plus profonde afin de ne pas banaliser ce projet de résolution de loi et faire prendre conscience des dérives que cette loi pourrait engendrer.

Résultats : Actuellement, les patients atteints de « coma irréversible » peuvent bénéficier d'un geste d'euthanasie s'ils ont fait une demande anticipée. Certains politiciens souhaitant étendre la loi proposent que ce soit le patient qui définisse sa notion de la perte de conscience. Cette condition est bien entendu à ajouter à toutes les conditions de base de la loi, à savoir que la maladie doit être incurable et que sa souffrance psychique ou physique ne peut être apaisée. Mais dans le cas du patient présentant une démence, à partir de quand peut-on définir qu'il était apte à décider ? Comment définir sa souffrance quand il est atteint d'une maladie neurodégénérative ? Il ne faudrait pas non plus négliger les pressions sociales, familiales… De plus, les maladies neurodégénératives sont mal perçues dans la population générale, peut-être que la peur de perdre son autonomie et sa conscience pousse à prendre de telles décisions ? Par ailleurs, le gériatre doit également pouvoir refuser de réaliser une euthanasie si c'est contre sa conscience ; qui alors

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

protégerait le médecin qui s'y refuse ? Les soins palliatifs ne peuvent-ils pas suffire ? Chaque situation individuelle ne doit-elle pas pouvoir être prise en compte par rapport à sa réalité ? Celle-ci ne pouvant pas dès lors être décrite dans une loi.

Conclusion : Un seul mot : prudence ! Il est clair qu'une résolution de loi peut être envisagée, mais il est important d'en définir le cadre le plus précis afin d'éviter toute dérive. De plus, les médias jouent un rôle d'information qui est parfois mal interprété et partiellement compris par la population générale. Le risque est que tout un chacun pense avoir « le droit de », sans bien connaître la loi, ce qui mettrait le gériatre en difficulté, sans compter les pressions indirectes (familiales, équipes soignantes). S'il devait exister une extension de la loi actuelle, ce serait d'abord pour maximaliser le dialogue entre tous les protagonistes et non pour accentuer une dimension procédurale de cette dernière.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt

P2-05-03
L'éthique face aux enjeux médicoéconomiques : expérience de réflexion dans un pôle

M.-A. Manciaux*, I. Gantois, L. Roux, L. Soulon
Pôle gérontologie soins palliatifs, CHU de Nancy, France

Introduction : Depuis plusieurs années, les soignants découvrent la dimension économique de l'organisation des soins ; grâce à la mise en place des pôles, la gestion se rapproche du terrain, mais cela dans un contexte de restrictions budgétaires et de déficit. En même temps, la réflexion éthique se développe dans nos unités, mais essentiellement autour de situations cliniques particulières. Pourtant, les choix médicoéconomiques que nous avons à faire interrogent l'éthique : comment préserver et promouvoir nos valeurs de soignants dans les changements en cours, dans les dimensions économiques de nos projets ? Le comité éthique du pôle gérontologie et soins palliatifs du CHU de Nancy a décidé de prendre en compte ces questions au cours d'un travail de deux années présenté dans cette communication.

Objectifs : Fournir un espace de réflexion éthique pluridisciplinaire autour des projets entrepris dans le pôle et aider les soignants à faire face aux interrogations suscitées par les changements en cours dans les organisations hospitalières.

Méthodes : Plusieurs actions ont été proposées : la création d'une cellule de veille éthique qui s'est réunie régulièrement et a piloté le travail, la diffusion d'un numéro spécial du journal de pôle, une enquête auprès des soignants, un travail des groupes éthiques des USLD, l'organisation d'une journée éthique de réflexion sur ce thème ouverte à l'ensemble des personnels du pôle. L'enquête a été réalisée par entretiens semi-directifs auprès de soignants volontaires après diffusion de la lettre du pôle. Elle visait un recueil qualitatif des opinions des personnes interrogées.

Résultats : Ce travail présentera les grandes lignes des réflexions de la cellule de veille éthique, le journal de pôle diffusé à chaque soignant qui en a tracé les principales recommandations, et les résultats de l'enquête, ainsi que le programme de la journée éthique de pôle. L'impact de la dimension économique dans les choix est a priori ressenti négativement par les soignants habitués à penser « service public » sans notion de coût. Pour autant, ce travail a permis l'émergence de réflexions nouvelles (par exemple : éviter les gaspillages pour préserver nos outils et garantir la meilleure qualité des soins possibles) et de propositions pour mieux vivre les changements (inventer d'autres manières de faire, être solidaires et créatifs…).

Conclusion : Au total, une démarche pas facile, mais qui s'est révélée passionnante, fédératrice et encourageante… à maintenir et renouveler !

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt

P2-05-04
Questionnements éthiques sur la compatibilité de la continuité des soins avec l'absence d'infirmières diplômées d'État (IDE) la nuit en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

S. Moulias[1,2,*], F. Catelain[3], L. Teillet[1]
[1]*Unité de court séjour gériatrique, CHU Ambroise-Paré, AP–HP, Boulogne, France*
[2]*Laboratoire d'éthique médicale, université Paris-Descartes, Paris, France*
[3]*EHPAD résidence de la Tour, DOMUS VI, Conflans-Sainte-Honorine, France*

Introduction : La réflexion éthique en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est née des interrogations légitimes des soignants sur la capacité effective des maisons de retraite à pouvoir assumer pleinement la prise en charge de la vie des résidents jusqu'à leur fin ultime, en limitant les hospitalisations in extremis, très douloureusement vécues non seulement par le résident et son entourage, mais aussi par les soignants. Ces hospitalisations de dernier recours ont souvent lieu la nuit. À ce jour, il n'existe pas en France d'autorisation pour le recrutement d'infirmières de nuit en EHPAD. Pourtant, les aides-soignantes n'ont pas le droit de faire la plupart des gestes, y compris l'administration nocturne d'un antalgique ou la réfection d'un pansement qui se serait détaché.

Objectifs : Ainsi, les patients institutionnalisés en EHPAD ont un accès aux soins moindre que ceux vivant à domicile qui peuvent bénéficier de l'aide de leurs proches ou de structures d'intervention à domicile. Il est donc nécessaire de penser les alternatives possibles pour améliorer l'accès aux soins de confort nocturne pour les résidents.

Méthodes : Plusieurs EHPAD publiques et privées ont été interrogées dans les Yvelines, pour connaître leur fonctionnement de soins la nuit.

Résultats : Il existe actuellement des solutions alternatives à la présence d'une infirmière de nuit : l'inscription systématique de chaque nouveau membre du personnel de nuit à une formation diplômante organisée par un hôpital public, la signature d'une convention de partenariat avec une structure d'hospitalisation à domicile (HAD), ou la signature d'une convention de partenariat avec le réseau de soins palliatifs. Le stage permet l'assimilation des techniques d'aspiration trachéobronchique. Ainsi, les résidents le nécessitant peuvent être aspirés à tout moment, de jour comme de nuit. L'HAD n'a pas toujours assez de personnels pour intervenir la nuit. Il n'y a pas de réseau de soins palliatifs partout en France. La solution idéale, qui permettrait de maintenir des soins 24 heures/24 serait une astreinte médicale avec infirmière de nuit 24 heures/24, mais cela a un coût, non envisagé actuellement par les tutelles.

Conclusion : Ainsi, il existe à ce jour en EHPAD un paradoxe : il s'agit d'une structure médicalisée qui accueille des résidents toujours plus âgés donc de plus en plus polypathologiques, nécessitant ainsi une surveillance accrue et une complexification des soins, sans qu'il soit possible à l'heure actuelle d'organiser une continuité de la prise en charge médicale et paramédicale auprès des résidents, alors que ce serait la plupart du temps possible d'organiser ces soins à domicile.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-05-05
Maltraitance envers les personnes âgées au Congo-Brazzaville, pays d'Afrique subsaharienne

F. Bikouta[1,*], F. Puisieux[2], R.R. Bileckot[3], J. Massamba[4]
[1]*Nord, PH gériatre, centre hospitalier de Roubaix, Roubaix, France*
[2]*Nord, PUPH CHRU de Lille, Lille, France*
[3]*Congo-Brazzaville, rhumatologue–MPR–gériatre, Congo*
[4]*Congo-Brazzaville, ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille, Brazzaville, Congo*

Introduction : L'image traditionnelle de la famille africaine qui a laissé pendant longtemps une place de choix aux personnes âgées au Congo-Brazzaville ne correspond peut-être plus à la réalité d'aujourd'hui. Le récent rapport de l'OMS sur la maltraitance suggère que les personnes âgées subissent aussi de mauvais traitements en Afrique subsaharienne.

Objectifs : Décrire le regard que portent les jeunes adultes congolais sur les personnes âgées et les actes de maltraitance qui peuvent en résulter.

Méthodes : L'enquête de nature transversale a été réalisée entre les mois de janvier et avril 2008 auprès de 300 personnes âgées de 15 à 55 ans, dont 203 âgés de 25 ans ou moins, habitant Brazzaville ou Pointe-Noire. L'échantillon de 300 personnes a été constitué selon la méthode d'échantillonnage non probabiliste. La collecte des données a été effectuée sur le terrain par des fonctionnaires du ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille. Elle a permis de recueillir des informations quantitatives et qualitatives, au moyen d'un questionnaire préétabli contenant des questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées.

Résultats : Les jeunes et les adultes ont des représentations contrastées et contradictoires des personnes âgées. Dans 70 % des cas, ils disent entretenir de bons rapports avec les personnes âgées, 70 à 90 % les qualifient de sages, de références, de bonne compagnie, de modèles et à l'inverse, 64 et 52 % d'entre eux les trouvent aussi indésirables et dérangeantes. Les accusations de sorcellerie portées sur elles sont fréquentes avec souvent des conséquences graves.

Conclusion : Les transformations sociales dépossèdent peu à peu les personnes âgées de leurs prérogatives au Congo-Brazzaville et s'accompagnent d'un changement de regard et de comportement des jeunes adultes à leur endroit. Les actes maltraitants et les violences qui peuvent en résulter sont reconnus aujourd'hui comme un problème profond de société.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-05-06
Chambre du patient en unité de gériatrie aiguë à l'hôpital Ambroise-Paré de Boulogne, territoire du soignant ou de la famille ? Quid du patient ?

A. De Malherbe[1,*], S. Moulias[1], L. Aubert[1], T. Cudennec[1], C. Herve[2], L. Teillet[1]
[1]*Gériatrie, Boulogne-Billancourt, France*
[2]*Éthique, Paris, France*

Introduction : La jurisprudence « Chantal Nobel » découlant de l'arrêt de la cour d'appel de Paris du 17 mars 1986 donne à la chambre d'hôpital le statut de domicile privé du patient pendant le temps où il y réside. De plus, l'article 13 de la Déclaration universelle des droits de l'homme affirme que toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un État. La chambre du patient est pourtant un lieu de passage libre pour les soignants, de contraintes évidentes pour les patients et de restriction en termes d'horaires de visite pour les familles.

Objectifs : L'objectif de l'étude était de mener une réflexion d'équipe sur les horaires de visite pour les familles en unité de gériatrie aiguë à l'hôpital Ambroise-Paré de Boulogne-Billancourt et de mettre en place une étude prospective sur le ressenti des familles, patients et soignants sur l'extension des horaires de visite 24 heures/24 aux familles.

Méthodes : La première étape consistait en la réalisation de 12 entretiens dirigés auprès de médecins, infirmières et aides-soignantes, d'une psychologue et d'une juriste. La deuxième étape consistait à distribuer lors des réunions de service des questionnaires sur le même sujet à l'ensemble de l'équipe soignante. On réalisait ensuite une analyse de contenu de ces entretiens.

Résultats : L'âge moyen des interrogés lors des entretiens directifs était de 38 ans. L'ouverture du service pourrait permettre de rassurer les soignants, patients et familles notamment dans le contexte de troubles cognitifs. Elle pourrait permettre au patient de mieux accueillir ses proches dans sa chambre et de mieux respecter ses droits. Elle pourrait aussi accorder aux familles plus de liberté dans leurs allers et venues. Elle favoriserait le lien entre les soignants, les familles et les patients. Restent posées les questions de la liberté du patient vulnérable à consentir à ces visites, du manque de temps dont disposent les soignants notamment auprès des familles et de la violence inhérente à l'hôpital.

Conclusion : Les soignants se sont révélés lors des entretiens globalement favorables à l'ouverture du service 24 heures/24 aux familles dans un souci du mieux-être du patient. Ils exposaient cependant certaines limites liées pour la plupart à la peur que leur travail ou que leur personne soit moins respecté. La mise en situation lors de l'étude prospective sur le ressenti des familles, patients et soignants à l'ouverture du service 24 heures/24 aux visites permettra peut-être de répondre à ces questions et de mieux respecter les droits du patient.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-05-07
Suicides et équivalents suicidaires chez les aidants naturels de personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée : plaidoyer pour le développement d'une réflexion éthique tout au long du parcours d'aidant

L. Boudet[*], M.-L. Linon
EHPAD Korian Sorgentino de Nice, Nice, France

Introduction : Si le questionnement permanent, l'interpellation quotidienne, que nous impose l'accompagnement de l'autre atteint d'une maladie d'Alzheimer ou syndrome apparenté, doivent absolument nous amener à faire évoluer le regard que nous portons sur lui, celui qui est posé sur les « aidants naturels » doit aussi bénéficier de nouveaux éclairages à la hauteur des enjeux de société dont ils sont l'objet. En effet, aujourd'hui, des premiers signes de la maladie en passant par l'annonce du diagnostic et jusqu'à la vie en institution, ce rôle d'aidant naturel reste difficile. Pour preuve, le constat fait au sein de notre institution et qui a été à l'origine de notre réflexion : celui des suicides et/ou équivalent suicidaire de deux aidants naturels survenus comme une conclusion à ce long chemin alors même que celui qui est « malade » est pris en soins et que son état est au pire stabilisé ou au mieux amélioré !

Objectifs : Sensibiliser sur le fait qu'outre le retentissement reconnu sur l'état de santé et la qualité de vie des aidants, il existe en plus un risque suicidaire qui ne se termine pas avec l'entrée en institution de celui qui est malade et montrer que les voies explorées jusqu'à ce jour dans l'accompagnement des aidants font fi d'une réflexion éthique lors des moments principaux du parcours de ces aidants.

Méthodes : Face à cette réalité de notre quotidien nous avons : 1) fait une recherche bibliographique concernant le suicide ou les équivalents suicidaires chez les aidants ; 2) recensé l'ensemble des éléments d'évaluation et de suivi mis en place autour des aidants naturels ; 3) fait un travail d'analyse du nombre de cas de suicides chez des aidants au cours des cinq dernières années au sein du CHU de Nice, grâce au codage PMSI ; 4) mené une réflexion visant à comprendre à côté de quoi nous passons ou quelle démarche a été oubliée ?

Résultats : Force nous a été de constater : 1) qu'il n'existe aucunes données chiffrées spécifiques concernant le suicide ou les équivalents suicidaires chez les aidants naturels de personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée ; 2) que les éléments d'évaluation et de suivi sont centrés sur des notions de fardeau, de mesure de qualité de vie et que les plans se succèdent sans véritable changement sur le terrain et la perception qu'ont les aidants d'un quelconque accompagnement ; 3) que même si les chiffres issus de l'analyse des données du CHU nous permettent de sortir un pourcentage de suicides d'aidants par rapport au nombre total des suicides recensés, ils ne nous permettent pas pour autant d'identifier le type de handicap pris en charge par l'aidant et qu'il reste un vrai travail à faire ; 4) que devant cette réalité qui nous a interpellés, il paraît licite de proposer une réflexion « éthique » incluant les différents acteurs à chaque étape du parcours de l'aidant, permettant ainsi à celui-ci de décider d'endosser ou non, poursuivre ou non ce rôle, de définir lui-même ce qui marche et qui le gratifie et donc de l'inclure à chaque étape.

Conclusion : Il s'agit bien là de sensibiliser les professionnels de l'accompagnement que nous sommes à un problème dont l'ampleur pourrait demain nous dépasser compte tenu du nombre exponentiel des pathologies démentielles et donc de celui des aidants naturels et de proposer un modèle d'aide non plus centré sur la personne, mais faisant appel à une réflexion éthique incluant tous les acteurs.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt

P2-05-08
Élaboration du projet personnalisé : pertinence des trois questions kantiennes

J.-C. Hansen[1,*], Groupe de travail projet de vie et de soins individualisé de l'EHPAD Asselin-Hédelin
Médecin coordonnateur, hôpital Asselin-Hédelin, Yvetot, France

Introduction : La construction du projet personnalisé (selon l'ANESM) ou le projet de vie et de soins individualisé (selon l'usage en EHPAD) constitue toujours un véritable défi pour les équipes de soin : comment construire un projet de vie pour un résident, alors que soi-même, on en est la plupart du temps dépourvu (ou on ne l'a pas intellectualisé comme tel). Un précédent travail de réflexion a abouti au concept de nature Duale de la Dignité (Essentielle & Existentielle). Ce concept autorise l'intégration des « trois questions d'Emanuel Kant », à savoir « que puis-je connaître ? », « que puis-je accomplir ? », « que puis-je espérer ? » dans l'élaboration du projet de vie et de soins.

Objectifs : Reformuler ces trois questions en termes concrets pour les soignants chargés de travailler sur le projet de vie et de soins individualisé de chaque résident, et ce, quel que soit le degré de déficit des fonctions cognitives ou motrices.

Méthodes : Travail inductif/déductif de vulgarisation aboutissant à la formulation de définitions opérantes.

Résultats : *« Que peut-il connaître ? »* : 1) le résident a présent à l'esprit l'idée plus ou moins précise de son environnement, des soignants, de ses proches, de son passé, de son présent, de son futur, de ses envies, de ses désirs… ; 2) il peut donc (même de manière minimaliste*) : percevoir, ressentir, constater, comprendre, concevoir, expérimenter, discerner, juger, apprécier, éprouver… *« Que peut-il accomplir ? »* : 1) le résident peut mettre à exécution, mener jusqu'à leur terme, réaliser plus ou moins parfaitement des projets, des tâches, des programmes, des occupations… 2) il peut donc (même de manière minimaliste*) : pratiquer, réaliser, exécuter, achever, tenir, remplir, consommer, satisfaire, effectuer, atteindre, procéder, suivre, fournir, exaucer… *« Que peut-il espérer ? » :* 1) le résident entrevoit, attend, de manière intuitive, la possibilité de quelque chose par l'action de son environnement, de ses proches, des soignants… ; l'arrivée, la venue, la présence… de quelqu'un, de quelque chose ; 2) il peut donc (même de manière minimaliste[1]) : prévoir, présumer, pressentir, vouloir, souhaiter, désirer, se promettre, entrevoir, avoir confiance, tabler sur…

Conclusion : Ce travail vient compléter l'abondante littérature disponible en proposant un lien entre principe d'intention et complexité des questionnaires d'une part, des représentations opérantes d'autre part, pour éviter que le projet de vie et de soins ne se résume pas à un projet de fin de vie comme se le représentent trop souvent les résidents, leurs proches et parfois même les soignants.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_synthese-attentespersonneetlepp.pdf
2. Hansen JC (2013) De la nature duale de la Dignité en EHPAD. Rev Geriatr 38:295–304
3. http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/2.Analyse_documentaire_Qdevie_Ehpad_accueil_et_PP_version_site-2.pdf

P2-05-09
Quel accueil en soins de suite et réadaptation gériatriques ?

B. Denis[1,*], S. Moulias[2,3], L. Teillet[1,2]
[1]Hôpital Sainte-Périne, groupe hospitalier Paris-Île-de-France Ouest, AP–HP, Paris, France
[2]CHU Ambroise-Paré, groupe hospitalier Paris-Île-de-France Ouest, AP–HP, Boulogne, France
[3]Laboratoire d'éthique médicale, université Paris-Descartes, Paris, France

Introduction : L'accueil est une mission hospitalière inscrite dans la charte des patients hospitalisés. Toutefois, les valeurs auxquelles cet accueil doit se rattacher ne sont pas explicites.

Objectifs : Dans ce travail, il a été proposé d'analyser au regard de valeurs éthiques quelques éléments de l'accueil tel qu'il se fait dans un service de soins de suite et de réadaptation d'un hôpital gériatrique parisien.

Méthodes : Description du chemin clinique emprunté par le patient à l'admission. Réalisation d'entretiens individuels pluridisciplinaires (personnels soignants, techniques et administratifs).

1. Pas spontanément et/ou pas totalement et/ou pas correctement et/ou pas habituellement.

Résultats : Lors de l'arrivée, les formalités d'admission s'effectuent en pratique dans un couloir à bonne distance du hall d'accueil, avant que le patient soit accompagné directement dans sa chambre. Le hall d'accueil n'accueille finalement que les visites. Les procédures d'entrée, inscrites dans le règlement intérieur, dont le but est la protection des patients et de leurs biens, sont ressenties par les malades comme une atteinte à leur autonomie et leur liberté. Diverses questions fréquemment posées par les malades ou leur entourage (liberté de sortie, accès à une chambre seule, heures de visites…) ont été soumises à différents personnels de l'établissement. Les équipes soignantes ne différencient pas les règles de l'ordre de la loi, du sécuritaire, de celles qui, bien qu'inscrites dans le règlement intérieur, demeurent au besoin aménageables.

Conclusion : L'accueil reste un concept flou, englobant pour certains la qualité de prestation hôtelière et l'existence de lieux d'informations, qui ne doit pas faire oublier qu'il s'agit aussi de la qualité de la réponse d'une équipe soignante face aux besoins fondamentaux des malades.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-05-10
Analyse de connaissances sur la contention physique

S. Moulias[1,2,3,*], B. Rul[4], P. Gaurier[5], A. Abel[5], M. Derome[4], I. Dufour[6], J.-M. Nores[4]
[1]Groupe d'intérêt éthique (GIE), GHU Paris-Île-de-France Ouest, Boulogne, France
[2]Unité de court séjour gériatrique, CHU Ambroise-Paré, AP–HP, Boulogne, France
[3]Laboratoire d'éthique médicale, université Paris-Descartes, Paris, France
[4]GIE, GHU PIFO, Garches, France
[5]GIE, GHU PIFO, Boulogne, France
[6]GIE, GHU PIFO, Paris, France

Introduction : La contention physique passive définie par la HAS en 2005 est un moyen de limiter la liberté des patients. Elle est sensée être prescrite suivant certaines règles comme la prescription écrite, la réévaluation pluriquotidienne et la prise de décision en équipe. Cependant, les pratiques sont très variables. Profitant d'une formation mise en place au sein de notre groupe hospitalier pour sensibiliser les professionnels au fait que la contention est un soin à part entière, nous avons voulu interroger les professionnels du soin sur la contention physique, la vision et les pratiques qu'ils en ont.

Objectifs : Étudier et analyser la signification du terme « contention physique » dans l'imaginaire et la pratique de personnels médicaux et paramédicaux.

Méthodes : Nous avons choisi d'utiliser une méthode d'analyse qualitative basée sur un questionnaire. Les questions étaient centrées sur les termes « contention physique » : l'imaginaire auquel il renvoie, sa définition, son utilisation, sa pratique. La population interrogée venait à une formation sur le thème et était donc concernée. Il s'agissait de professionnels de l'AP–HP. L'analyse des résultats s'est faite à l'aide du logiciel Sphinx.

Résultats : Au total 75 questionnaires ont été remplis en trois fois, la même formation ayant lieu sur chacun des trois sites du GH. Des médecins, cadres de soins, infirmières, aides-soignantes, psychologues, kinésithérapeutes et directeurs d'établissements ont répondu. Les images évoquées se rapportent principalement à la violence (douleur, torture, cris, maltraitance), au thème carcéral, aux modes de contention (attaches, ridelles), plus rarement à la notion d'urgence et de danger, à la sécurité. Certains dénoncent un moyen inventé par les soignants pour minimiser les troubles de comportement de certains patients. Pour ces professionnels, la contention doit être prescrite par le médecin et autant physique que chimique. Elle vise à la sécurisation du patient. C'est avant tout un soin. Elle devrait être mieux encadrée et le personnel mieux formé.

Conclusion : La contention physique garde une image très négative même si les soignants l'emploient volontiers. La grande majorité déplore un manque de formation alors qu'ils en ont déjà posé une pour 99 % d'entre eux.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-05-11
Analyses de pratiques soignantes sur les limitations et arrêt des thérapeutiques actives (LATA)

S. Moulias[1,2,3,*], A. Abel[4], P. Gaurier[4], B. Rul[5], M. Derome[5], I. Dufour[6], J.-M. Nores[5], M. Spranzi[6]
[1]Unité de court séjour gériatrique, CHU Ambroise-Paré AP–HP, Boulogne
[2]Laboratoire d'éthique médicale, université Paris-Descartes, Paris, France
[3]Groupe d'intérêt éthique (GIE), GHU Paris Île-de-France Ouest, France
[4]GIE, GHU PIFO, Boulogne, France
[5]GIE, GHU PIFO, Garches, France
[6]GIE, GHU PIFO, Paris, France

Introduction : Les limitations et arrêts des thérapeutiques actives (LATA) répondent à une certaine démarche mise en avant dans la loi Léonetti en 2005. Huit ans après, cette démarche est loin d'être évidente et ses règles ne sont pas toujours connues des professionnels.

Devant la forte demande des professionnels à une formation sur ce sujet, nous avons voulu interroger les professionnels du soin sur les LATA, la vision et les pratiques qu'ils en ont.

Objectifs : Étudier et analyser la signification du terme « LATA » dans l'imaginaire et la pratique des personnels médicaux et paramédicaux.

Méthodes : Nous avons choisi d'utiliser une méthode d'analyse qualitative, basée sur un questionnaire. Les questions étaient centrées sur les termes « LATA » et « acharnement thérapeutique » : l'imaginaire auquel ils renvoient, leurs définitions, leurs mises en pratique. La population interrogée venait à une formation sur le thème et était donc concernée. Il s'agissait de professionnels de l'AP–HP. L'analyse des résultats s'est faite à l'aide du logiciel Sphinx.

Résultats : Au total 55 questionnaires ont été remplis en trois fois, la même formation ayant lieu sur chacun des trois sites du GH. Des médecins, cadres de soins, infirmières, aides-soignantes, psychologues, kinésithérapeutes et cadres d'administration ont répondu. Quarante-cinq personnes ont déjà entendu parler des LATA, et la plupart d'entre elles ont une démarche active dans leur service. Les images associées avec les LATA sont plutôt positives (éthique, multidisciplinarité, bienveillance…) et l'acharnement thérapeutique semble être une notion sans ambivalence. Dans la hiérarchie des traitements pouvant être arrêtés au cours d'une LATA, la réanimation arrive en premier, très proche de l'alimentation artificielle.

Conclusion : Les LATA restent un sujet de réflexion très complexe pour les professionnels. Elles véhiculent une image plutôt positive. Même si la plupart des personnes interrogées ont déjà participé à une décision de LATA, elles déplorent un manque de formation.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:83-90
DOI 10.1007/s12612-013-0330-1

COMMUNICATIONS AFFICHÉES / POSTERS

P2-06 Organisation des soins

© Springer-Verlag France 2013

P2-06-01
Quelles contraintes pour la mise en place d'admission en gériatrie aiguë en circuit court ?

A. Teixeira*, J. Laganier, V. Ducasse, N. Pairault
Service de gériatrie, AP–HP, GH Lariboisière-Fernand-Widal, Paris, France

Introduction : Le développement des unités de gériatrie aiguë au sein des groupes hospitaliers a permis de répondre aux besoins institutionnels en prenant en charge de façon adaptée les patients âgés polypathologiques admis après passage dans les services accueil d'urgence (SAU). Néanmoins, la pression est forte sur nos structures pour développer une relation plus étroite et directe avec les professionnels de ville au travers du développement de prise en charge en circuit court (admissions directes sans passage par les SAU). Dans le cadre de nos travaux sur l'amélioration du parcours de santé des personnes âgées sur notre territoire, menés avec l'ARS IdF, nous avons mis en place un numéro de téléphone (06) dédié à cette activité, en parallèle nous avons mis en place un outil de suivi et d'évaluation (fiche) de cette activité.

Objectifs : *Objectif principal :* Évaluer la charge de travail induite par la mise en place d'un numéro de téléphone dédié à la relation ville–hôpital pour la prise en charge en circuit court des personnes âgées. *Objectif secondaire :* Évaluer les modalités de pénétration de ce nouvel outil chez les utilisateurs cibles (professionnels libéraux du territoire).

Méthodes : Le numéro de téléphone dédié à la relation ville–hôpital a été mis en fonctionnement en février 2013 après une phase de communication avec les professionnels cibles (communication via le réseau de santé couvrant notre territoire, information de mise à disposition de ce nouveau mode de contact via tous les courriers à destination des professionnels émanant du service, via un annuaire des ressources à destination des professionnels libéraux développé par notre groupe hospitalier). Une phase préliminaire de mise en place de la fiche de suivi et d'évaluation de l'activité de l'UGA a précédé d'un mois la mise en place du numéro de téléphone dédié (mise en place de la fiche au mois de janvier 2013). Cette phase a permis de vérifier l'utilisation par l'équipe de l'UGA de la fiche de suivi et d'évaluation. Après six mois (début septembre 2013) d'utilisation, il est prévu l'envoi d'un questionnaire de satisfaction aux professionnels cibles du territoire.

Résultats : Une première analyse intermédiaire (un mois) montre une bonne utilisation de la fiche de suivi par l'équipe médicale (permettant d'avoir l'information de l'heure, de la durée, du motif du contact entre professionnel extérieur à l'unité et médecin de l'UGA, de la réponse apportée à la requête). En revanche, la pénétration du nouvel outil (06 dédié) est très imparfaite (très faible utilisation par les professionnels de ville du 06 sur les trois premiers mois), les modalités de contact antérieur restent privilégiées. Une évaluation à six mois est prévue et permettra d'avoir une meilleure information sur les capacités et difficultés de pénétration de l'outil. Un questionnaire de satisfaction à destination de ces professionnels des utilisateurs est également prévu à six mois de la mise à disposition.

Conclusion : Une première analyse préliminaire montre une difficulté de pénétration du nouvel outil de communication auprès de la cible professionnelle malgré la mise en place d'une communication ciblée. Cette difficulté de diffusion est une des contraintes fortes qui peut limiter l'utilisation de ce type d'outil (d'autant plus forte qu'une organisation antérieure était présente même très imparfaite). Une analyse prévue à six mois de mise à disposition de cet outil permettra d'avoir une vision plus claire de son utilisation et de l'impact qu'il peut avoir sur une structure telle que l'UGA.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-06-02
Vécu par les médecins traitants de la problématique de la dépendance des sujets âgés : résultats de l'enquête sur le territoire nord de Paris

M. Ruelle*, A. Teixeira, V. Ducasse, J. Laganier, F. Allache
Service de gériatrie, AP–HP, GH Lariboisière–Fernand-Widal, Paris, France

Introduction : La population française vit un changement démographique caractérisé par le vieillissement de sa population. Corollaire de ce vieillissement, une part croissance de cette population très âgée va être concernée par une modification par ses capacités fonctionnelles en partie liée aux conséquences de la présence de pathologie évoluant vers la chronicité. La part des patients âgés dépendants devrait passer de 14 % à plus de 30 % dans les 30 prochaines années. Les médecins traitants sont au cœur de la prise en charge des personnes âgées vivant en dehors des institutions. Leur vision de la place de la dépendance et des modalités de prise en charge de cette problématique est indispensable à l'appréhension que nous pouvons avoir de l'évolution qualitative des parcours de santé qui vont être proposés aux personnes âgées souhaitant rester au domicile.

Objectifs : *Objectif principal :* Étudier le ressenti des médecins traitants d'un territoire de santé concernant la problématique de la dépendance chez les personnes âgées de ce territoire. *Objectif secondaire :* Évaluer la connaissance qu'ont ces médecins traitants des structures et des moyens utiles à la prise en charge des personnes âgées et leur place dans la prise en compte de la dépendance.

Méthodes : Identification des médecins traitants intervenant auprès des personnes âgées de quatre arrondissements du Nord parisien, envoi d'une lettre d'information et de participation à une enquête sur le sujet de la dépendance des personnes âgées. Cette enquête était accessible via un site Internet dédié. Il s'agissait de répondre à un questionnaire

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

avec questions à choix multiples fermés ou à réponse libre en fonction des items.

Résultats : Parmi les 478 médecins généralistes identifiés du territoire, 294 ont pu être contactés, et 95 ont répondu au questionnaire (deux réponses ont été exclues). L'âge moyen des répondants est de 46 (ET : 10 ans), ils sont installés depuis 16,3 ans en moyenne (ET : 8,66 ans), ils ont en moyenne moins de 30 patients âgés de plus de 75 ans dans leur patientèle. Une majorité des répondants (72/95 ; 76 %) déclarent en outre avoir des difficultés dans la prise en charge de la dépendance de leurs patients, principalement liées à l'isolement des patients (62,4 %), puis aux difficultés rencontrées dans le suivi des prescriptions médicamenteuses pour 31,2 % des médecins. Les médecins mettent également pour 50 % d'entre eux en avant le manque de structures d'hébergement ou le manque de coordination (42 %).

Conclusion : Notre enquête a permis de mettre en évidence, sur ce territoire parisien couvrant plus de 55 000 personnes âgées de plus de 75 ans caractérisé par des problématiques de précarité socio-économique importante, un ressenti difficile des médecins traitants concernant la dépendance ou le risque de dépendance de cette population fragile. Il ressort de ce travail la nécessité de formation et d'information à destination de ces professionnels sur les structures ou moyens permettant d'améliorer la prise en charge de cette population à domicile, ainsi qu'un besoin de coordination dans la mise en place du plan de soins et d'aide.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-06-03
Améliorer la qualité de la sortie d'hospitalisation du patient gériatrique en modifiant le processus et l'organisation de fin de séjour en SSR gériatrique

A. Teixeira*, E. De La Harpe, V. Ducasse, S. Bourhis, J. Laganier, H. El Hadj, B. Quiévreux
Service de gériatrie, AP–HP, GH Lariboisière–Fernand-Widal, Paris, France

Introduction : La sortie d'hospitalisation d'un patient est un élément critique du séjour hospitalier, en particulier pour les patients âgés. La non-qualité de la préparation de la sortie du patient peut entraîner des conséquences physiques : risque de dysfonctionnements dans la continuité d'un traitement médicamenteux, dans le suivi des examens biologiques ou des soins de rééducation ; psychologiques (fragilité du patient à sa sortie) ; voire sociales (environnement, dépenses, insatisfaction) pour le patient et/ou sa famille, pour le service (mauvaise image de marque) et pour la société (retentissement financier en termes de dépenses publiques). La mise en place d'une réflexion sur cette étape du séjour peut donc avoir un impact majeur sur la qualité de la prise en charge des patients âgés hospitalisés.

Objectifs : Analyser le processus existant (et ses failles) concernant la sortie du patient du SSR gériatrique afin d'améliorer la qualité de la sortie en modifiant le processus et l'organisation de la fin de séjour.

Méthodes : Analyse d'un « chemin clinique » : recensement de tous les éléments et étapes du processus de sortie du patient en SSR (audit première phase) et élaboration d'une check-list avec évaluation de l'utilisation de cette check-list (enveloppe de sortie) par audits des dossiers des patients (test et modification du document itératif).

Résultats : *Première phase :* Audit sur 40 dossiers patients en rétrospectif avec mise en place d'un plan d'action : constat de dysfonctionnements et de réclamations de famille relatifs aux documents de sortie pas toujours bien remplis (prescription médicale sans durée de traitement) ou documents non fournis au patient à sa sortie (ordonnance de soins de suite, bons de transport…) et manque de traçabilité de l'information donnée au patient et/ou à sa famille. *Identification des causes d'écart à la bonne pratique :* Manque d'anticipation de la préparation des documents nécessaires à la sortie du patient (ordonnances des traitements et soins de suite, bon de transport) ; les étapes du processus de sortie du patient sont définies et doivent être systématisées à tous les patients. Mise en place d'une check-list (enveloppe de sortie), audit (2) sur dossier avec enveloppe de sortie : 40 dossiers ; les enveloppes de sortie sont insuffisamment utilisées (82 %), et pour 18 % aucune trace de papiers de sortie, des versions différentes et anciennes de la check-list sont trouvées pour des patients sortis après la dernière mise au point de l'enveloppe. Les photocopies des papiers de sortie ne sont pas toujours agrafées ensemble (50 % = trombone).

Conclusion : La mise en place d'une évaluation de la sortie du patient a permis de mettre en place une procédure standardisée (check-list ou enveloppe de sortie). Néanmoins, il est important de régulièrement évaluer cette procédure (contrôle qualité) pour pérenniser l'amélioration des pratiques. La culture contrôle qualité doit être recherchée et devenir une constante. Par ailleurs, la check-list a été utilisée de façon optimale dès la période de test et a pu être étendue sur tout le service. L'utilisation d'une enveloppe évite pour la personne âgée la perte des papiers de sortie et regroupe ainsi tous les éléments de prescription nécessaires à la sortie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-06-04
Évaluation après quatre mois d'un programme de coordination gérontologique (Cogert)

M.B. Devès*, V. Mactoux, P. Ledieu, E. Dumont, A. Boucaumont, J. Bohatier
Pôle gériatrie–gérontologie, CHU de Clermont-Ferrand, Riom, France

Introduction : La coordination gérontologique (Cogert) a été mise en place le 27 novembre 2012 au sein du pôle gériatrie–gérontologie du CHU de Clermont-Ferrand. Le principe est de coordonner via une *hotline* la prise en charge du patient âgé depuis son lieu de soin (domicile, EHPAD, hôpital…). Le numéro de téléphone (+33 4 73 75 08 00) est réservé aux médecins, quel que soit leur mode d'exercice. Le Cogert doit coordonner l'action du pôle gérontologie, mais aussi améliorer la collaboration entre les différents intervenants (ville/hôpital, sanitaire, médicosocial…). Il permet de joindre directement un gériatre du CHU du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h 30, lui-même capable de mobiliser sans délai les ressources du pôle gériatrie–gérontologie du CHU.

Objectifs : Son objectif principal est d'optimiser les parcours de soin des personnes âgées dans la filière gérontologique : 1)·favoriser les entrées directes en court séjour gériatrique (CSG) ; 2) diminuer de fait les passages inutiles aux urgences des plus de 75 ans ; 3)·maintenir le sujet âgé sur son lieu de soin en évitant les hospitalisations non nécessaires.

Méthodes : Le médecin Cogert centralise les demandes des confrères pour y apporter une réponse rapide et pertinente : 1) avis téléphonique, discussion autour d'un cas, aide à la prise de décision ; 2) programmer une hospitalisation directe dans des délais adaptés ; 3) avis d'une unité mobile, en hospitalisation, en EHPAD, à domicile ; 4) intervention du service social pour des patients non

hospitalisés, grâce à du temps social dédié ; 5) orientation vers les partenaires compétents : CLIC, MAIA, CCAS, EHPAD, USLD, confrères libéraux ou hospitaliers…

Résultats : Plus de 500 appels pour 248 cas traités du 27 novembre 2012 au 27 mars 2013. Âge moyen des patients : 84,6 ans. Médecins requérants : principalement médecins généralistes (62 %) et médecins coordonnateurs d'EHPAD (15 %). Réponses apportées : 134 hospitalisations dont 82 % en CSG, 11 % des patients ont été directement orientés vers les urgences, 42 consultations urgentes, 14 interventions des unités mobiles. Délai de 0,9 jour pour les hospitalisations urgentes, et de 5,6 jours pour les consultations urgentes. Trois (1 %) patients sont entrés aux urgences alors qu'ils attendaient une place en CSG. Problèmes médicaux liés à l'appel : comportement (17 %), chutes (6 %), confusion (5 %), cognitif (7 %), infectiologie (9 %), altération de l'état général (11 %), social (6 %). Pendant la période, le taux d'entrée directe sur les CSG du CHU (60 lits) est passé de 31 à 40 %. On ne retrouve pas d'impact sur le nombre de passage aux urgences des plus de 75 ans (9 500 passages en 2012 aux urgences du CHU de Clermont-Ferrand).

Conclusion : D'une démarche de coordination simple, le Cogert évolue vers une démarche intégrative rendue souvent nécessaire par le manque de réactivité des systèmes institutionnels. C'est en décloisonnant les secteurs sanitaires et sociaux, hospitaliers et libéraux que l'on a une chance de pouvoir répondre rapidement et efficacement aux problèmes posés par la population âgée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-06-05
Modes d'admission des patients déments en hospitalisation de court séjour : comparaison avant-après

J. Despres*, L. Robin, J.-M. Eychene
Gériatrie, Saint-Joseph, La Réunion

Introduction : Le recours à l'hospitalisation est un événement fréquent dans le parcours des patients déments. L'admission en court séjour gériatrique doit être coordonnée avec le médecin généraliste, tout en évitant le passage par le service d'accueil des urgences (SAU), souvent délétère pour le sujet âgé, a fortiori dément. Par ailleurs, à ce jour, il n'existe aucune étude épidémiologique sur les étiologies des démences à La Réunion et leurs modalités d'hospitalisation.

Objectifs : Notre étude a donc pour but d'évaluer l'impact de l'instauration, en 2009, d'une filière gériatrique au centre hospitalier régional Sud-Réunion sur le mode d'admission des patients déments en court séjour.

Méthodes : Nous avons étudié rétrospectivement les circonstances d'admission de 100 patients en 2008 et de 100 en 2011, tirés au sort parmi les patients déments hospitalisés dans le service de médecine Saint-Joseph, avant et après l'individualisation du service de court séjour gériatrique. Les critères secondaires de l'étude sont les motifs d'hospitalisation, les étiologies des pathologies démentielles, les durées de séjour et les thérapeutiques médicamenteuses utilisées.

Résultats : Le taux d'admissions directes par le médecin traitant (ADMT) est passé de 24 à 46 %, celui des admissions via le SAU a diminué de 67 à 41 % ($p = 0{,}0003$ pour l'évolution comparée de ces deux modalités). L'analyse par motif montre que cette évolution concerne surtout les patients admis pour des pathologies somatiques ($p = 0{,}004$) et des problématiques sociales ($p = 0{,}045$), elle n'est pas significative pour les motifs cognitifs. Dans le même temps, la proportion de patients dont le diagnostic de démence était établi précédemment à l'admission a augmenté significativement ($p < 0{,}0001$). Par ailleurs, les étiologies des démences retrouvent une nette prédominance des étiologies vasculaires. Il ne semble pas exister de modification des durées moyennes de séjours ou des taux de réhospitalisation entre 2008 et 2011. De même, il n'y a pas de modifications des habitudes de prescription, hormis une augmentation significative d'utilisation des benzodiazépines.

Conclusion : Concernant les patients déments du Sud de La Réunion, depuis l'instauration de la filière gériatrique hospitalière, le recours à l'hospitalisation par admission directe a augmenté au détriment des admissions par le SAU. Par ailleurs, les démences de type vasculaires semblent largement prédominantes sur l'île, des études épidémiologiques supplémentaires sont nécessaires pour confirmer ces résultats préliminaires.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-06-06
Admission au service d'accueil des urgences et retour précoce au domicile : impact des différentes recommandations de l'équipe mobile de gériatrie

C. Launay[1,*], O. Beauchet[1], J. Morio[2], A. Kabeshova[1], C. Annweiler[1]
[1]*Gériatrie, CHU d'Angers, Angers, France*
[2]*Gériatrie, centre hospitalier de Le Mans, France*

Introduction : Déterminer si les recommandations médicales et/ou sociales de prise en charge émises par les équipes mobiles de gériatrie (EMG) permettent de réduire la durée d'hospitalisation des patients âgés admis au service d'accueil des urgences (SAU) est un objectif à atteindre.

Objectifs : Identifier quelles recommandations de l'EMG, c'est-à-dire gériatriques (médicales) ou gérontologiques (médicales + sociales), étaient associées à un retour précoce au domicile des patients âgés de 75 ans et plus admis au SAU.

Méthodes : Cent soixante-huit patients (âge moyen de 85,0 ± 5,2 ans ; 64,9 % de femmes) admis au SAU du CHU d'Angers ont été inclus de manière prospective dans cette analyse. L'âge, le sexe, le nombre de classes thérapeutiques pris quotidiennement, un antécédent de chute, un trouble des fonctions cognitives, l'isolement social, le lieu de vie, le motif d'hospitalisation et les deux types de recommandations émises par l'EMG (c'est-à-dire gériatriques ou gérontologiques) ont été recueillis.

Résultats : Trente-deux patients âgés (19 %) sont retournés immédiatement au domicile après leur admission au SAU. Parmi eux, cinq patients (15,6 %) avaient reçu des recommandations gériatriques. Le modèle de régression logistique multivarié a montré que les recommandations gériatriques, mais pas les recommandations gérontologiques, étaient significativement associées à une durée d'hospitalisation inférieure à 48 heures (OR = 4,38 avec $p = 0{,}046$).

Conclusion : Les recommandations gériatriques de l'EMG au SAU, basées sur une aide diagnostique et/ou une modification thérapeutique, permettaient un retour précoce au domicile.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-06-07
La cellule de coordination gériatrique aux urgences

M. Floccia[1,*], M. Lambert[2], C. Ramage[3], G. Valdenaire[3], M.-C. Graveleau[3], N. Salles[1]
[1]*Pôle de gérontologie clinique, hôpital Xavier-Arnozan, Pessac, France*
[2]*CHU Pellegrin, Bordeaux, France*
[3]*Pôle de médecine d'urgence, CHU Pellegrin, Bordeaux, France*

Introduction : Les services d'urgences accueillent de plus en plus de personnes âgées de plus de 75 ans présentant des problèmes médico-psychosociaux complexes. Dans un premier souci d'amélioration de la prise en charge de cette population, une équipe mobile de gériatrie a été mise en place dès décembre 2006. Mais, devant l'augmentation constante de cette population complexe aux urgences et face aux difficultés de leur prise en charge, une cellule de coordination des urgences gériatriques a été créée en décembre 2011.

Objectifs : Les objectifs de cette Cellule étaient d'identifier la personne âgée fragile le plus précocement possible, d'accélérer son parcours dans les urgences, de prévenir la confusion, de limiter l'iatrogénie, de maintenir l'autonomie et de l'orienter dans la bonne filière.

Méthodes : La cellule est composée de membres permanents (un médecin urgentiste, un médecin gériatre, les cadres de santé) et se réunit une fois par mois. En fonction des besoins, elle fait appelle à un groupe de travail pluridisciplinaire composé d'infirmiers, d'aides-soignants, de médecins urgentistes du service, des responsables d'unité et de pôle (urgences, gériatrie…), et d'experts extérieurs (ingénieur qualité, ergothérapeute…).

Résultats : Pour atteindre ces objectifs, une sensibilisation de l'équipe médicale et paramédicale a été menée par le biais de mise en place de protocoles et de formations. Du matériel adapté a été acheté. Les membres de la cellule et du groupe de travail pluridisciplinaire ont été identifiés comme référents, permettant ainsi la diffusion des informations. Les services partenaires d'aval des urgences ont été rencontrés afin d'identifier les possibilités de prise en charge de chaque service et les personnes référentes. À partir de ces rencontres, des fiches descriptives de ces services ont été établies et diffusées aux médecins urgentistes. Régulièrement, ces services sont recontactés afin d'évaluer les problèmes potentiels rencontrés. Les rencontres avec les partenaires d'amont sont en cours.

Conclusion : En un an et demi, la mise en place de la cellule a permis une meilleure communication entre les différents intervenants, une fluidité des hospitalisations et une sensibilisation globale des urgences aux problèmes des personnes âgées avec une très nette amélioration de la prise en charge. Un dynamisme a été créé, et de nombreux projets sont en cours.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-06-08
Réflexions sur la nécessité de l'assistance informatique à la réalisation des audits d'évaluation interne et externe en EHPAD

A. Sonnic[1,*], L. De Decker[1], J. Delatouche[2], J.-Y. Royer[1], P. Javel[1], P. Carpentier[1], M. Legendre[1], G. Berrut[1]
[1]*Loire-Atlantique, pôle hospitalo-universitaire de gérontologie clinique, CHU de Nantes, Nantes, France*
[2]*Loire-Atlantique, AGEVAL, Angers, France*

Introduction : En 2007 a été instituée l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médicosociaux en vue d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et d'impulser les démarches d'évaluation interne et externe. Le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixe le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médicosociaux. Le décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 instaure le calendrier, les modalités de restitution des résultats des évaluations : une évaluation interne tous les cinq ans dont la première doit être réalisée avant le 31 décembre 2013 suivie d'une première évaluation externe réalisée avant le 31 décembre 2014. Pour cela, il est nécessaire d'avoir un logiciel d'évaluation et de suivi de cette démarche qualité.

Objectifs : Il s'agit d'effectuer une recherche-action sur l'apport spécifique d'un logiciel d'assistance informatique qui répondrait aux exigences de la démarche d'autoévaluation interne et externe en EHPAD.

Méthodes : Le CHU de Nantes a effectué une recherche des outils qui permettraient de faciliter la réalisation de cet audit et a choisi le logiciel AGEVAL. C'est un logiciel d'évaluation et de gestion de la qualité pour le secteur médicosocial (personnes âgées). Ergonomique et facile d'utilisation, il permet d'impliquer les différents acteurs de l'établissement (gestion des utilisateurs, des droits d'accès). Le module d'évaluation intègre un référentiel très complet (au-delà des cinq axes prioritaires de l'ANESM) et offre des fonctionnalités qui facilitent le travail d'évaluation et de production de rapports. L'autoévaluation est une « porte d'entrée » sur un logiciel qui propose un ensemble de modules pour la gestion de la qualité en continu : une gestion et un pilotage des plans d'action, un module de suivi des indicateurs, une gestion documentaire, une gestion des enquêtes de satisfaction, une gestion des événements indésirables.

Résultats : Lors d'une rencontre pluriprofessionnelle ont été relevés comme facteurs d'amélioration de l'audit des critères indicateurs majeurs : un logiciel ergonomique, facile à installer, bénéficiant d'un service d'assistance et d'un coût raisonnable ; un logiciel avec une capacité à construire une gestion du projet, à réaliser un plan d'actions, à faire un rapport de synthèse mais surtout un logiciel avec un référentiel en lien avec les bonnes pratiques et recommandations préconisées par les agences régionales de santé (ARS), l'ANESM et la Haute Autorité de santé.

Conclusion : Notre recherche a montré la multiplicité des logiciels d'assistance et des fonctionnalités proposées pour réaliser l'évaluation en EHPAD notamment le référentiel proposé. Il est difficile en l'absence de labellisation de bien choisir un outil informatique d'aide à l'évaluation et à la gestion de la qualité en EHPAD. Il serait nécessaire que des critères informatiques soient clairement établis par les ARS avec un niveau de qualité minimum imposé.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-06-09
Ligne téléphonique gériatre–médecin de ville : proposition d'une charte de fonctionnement

B.-A.G. Kim*, E. Castel-Kremer, S. Azzaoui-Cuzon, A. Ricanet-Delannoy, Y. Moyenin, B. Comte
Médecine gériatrique, pavillon K, hôpital Édouard-Herriot, CHU de Lyon, France

Introduction : Le nombre des personnes de plus de 75 ans va tripler entre 2010 et 2050. Le recours au service d'accueil des urgences (SAU) est actuellement fréquent pour les personnes âgées (PA). Plus de deux tiers des patients de plus de 80 ans y sont adressés sur prescription

d'un médecin. L'augmentation de la population âgée nécessite une adaptation des réseaux de soins. Conformément aux recommandations de l'IGAS et de la DGOS, une nouvelle organisation d'accès direct rapide à la filière gériatrique se met en place, afin d'éviter, si possible, le passage au SAU.

Objectifs : L'objectif est de définir les modalités de fonctionnement d'une interface téléphonique ville–hôpital participant à l'organisation d'un réseau de soins et au parcours de soins coordonné des patients âgés.

Méthodes : À partir d'une expérience pratique d'une interface téléphonique ville–hôpital du service de médecine gériatrique du pavillon K de l'hôpital Édouard-Herriot existant depuis 2010 (433 appels en 2012, 308 appels en cinq mois en 2013), une charte de fonctionnement est proposée.

Résultats : 1) Cette activité de jour (cinq jours sur sept) nécessite une ligne et un numéro téléphonique unique dédiés ; 2) les appels proviennent uniquement d'un médecin du secteur extrahospitalier ou éventuellement d'un soignant. Sont recueillis : l'identité du patient, son adresse, l'identité de l'interlocuteur, le motif de l'appel avec les éléments médicaux, psychologiques et sociaux, ainsi que les hospitalisations et consultations antérieures ; 3) les réponses sont assurées par un gériatre confirmé. Le décroché par le gériatre permet une expertise rapide. Les réponses sont concrètes et rapides afin de permettre d'organiser un relais dans la filière. Elles sont de plusieurs types : soit conseils diagnostiques ou thérapeutiques, soit conseils en orientation (vers SAU, court séjour gériatrique [CSG], filière ambulatoire telle que hôpitaux de jour, consultations spécialisées, secteur psychiatrique, équipes mobiles extrahospitalières). Cette ligne téléphonique ne peut pas être une modalité d'admission en structure d'hébergement ; 4) des partenaires indispensables : les réponses sont conditionnées par une collaboration étroite avec une unité de CSG où des admissions rapides (48 heures en moyenne) sont possibles. La réactivité du CSG est nécessaire afin de pouvoir répondre rapidement à la demande extrahospitalière en assurant un taux optimal d'occupation des lits. L'orientation vers la filière ambulatoire nécessite une connaissance concrète des ressources disponibles avec un accès effectif ; 5) traçabilité et évaluation : les appels doivent être colligés pour pouvoir transmettre les éléments recueillis aux différents partenaires. L'activité est évaluée par des indicateurs annuels : nombre d'appels et provenance, nombre d'hospitalisations au SAU et en CSG, délai d'hospitalisation, nombre de conseils diagnostiques et d'orientation dans la filière, répertoire des partenaires ; 6) responsabilité : cette activité s'apparente à de la régulation téléphonique mais n'en est pas. C'est une activité de conseil téléphonique, la responsabilité du gériatre ne se substitue pas à celle du médecin en charge du patient.

Conclusion : Cette activité d'interface entre la ville et l'hôpital peut permettre une amélioration du chemin clinique des PA. Elle s'inscrit dans le développement actuel des réseaux de soins en facilitant le contact entre médecins généralistes et médecins hospitaliers. Elle bénéficiera sans doute dans un futur proche des innovations des techniques de communication.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-06-10

Le rôle de « soutien-conseil » de l'infirmière clinicienne à l'équipe de consultation en gériatrie au centre hospitalier universitaire de Sherbrooke : accompagnement à l'acquisition de « pratiques exemplaires » pour tout l'hôpital

G. Lacombe[1,2,*], J. Neveu[1,2], D. Mailhot-Bisson[1], V. Poulin[1], Équipe de consultation gériatrique du CHUS
[1]*Gériatrie, CHU de Sherbrooke, Canada*
[2]*Gériatrie, CSSS-IUGS, Sherbrooke, Canada*

Introduction : La majorité des interventions de plus de 24 heures en centres hospitaliers de courte durée s'adressent aux personnes âgées. Tous les services hospitalisés sont confrontés à la fragilité et aux besoins spécifiques des aînés. Depuis la mise en place des équipes de consultation à la fin des années 1990, nous constatons aussi les difficultés de compréhension et de suivi des recommandations dans les unités de soins. Nous croyons qu'une partie de la solution relève du rehaussement de la formation des infirmières et de l'optimisation des nouveaux rôles infirmiers.

Objectifs : Notre projet vise à développer une modalité d'intervention liée à la consultation pour amener les équipes soignantes de tous les programmes de soins adultes de l'hôpital universitaire vers l'acquisition et l'application de pratiques de soins exemplaires en gériatrie.

Méthodes : Depuis 2009, les infirmières cliniciennes spécialisées de l'équipe de consultation en gériatrie (ICSG) du centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) ont développé l'intervention de soutien-conseil. Il a fallu développer de nouvelles capacités d'intervention. Le modèle de la compétence de mentorat de l'infirmière en pratique avancée (Spross, 2009) et le guide clinique du processus de fonction/conseil de Legault (2009) sont à la base du cadre de référence pour ce changement de rôle. Elle est évaluée par la révision de consultations nursing et la perception des infirmières adjointes cliniques d'unités particulièrement touchées par la fragilité de la clientèle.

Résultats : L'intervention développée est complémentaire à la consultation médicale en gériatrie. Les infirmiers et infirmières de l'équipe de consultation gériatrique rédigent une « consultation de soins infirmiers spécialisés » pour tout patient évalué par l'équipe. Une intervention de *coaching* auprès des équipes de soins accompagne dans la pratique les recommandations rédigées. Ce support est particulièrement apprécié dans les situations cliniques de delirium, de syndrome d'immobilisation et de troubles de comportement. En moyenne, le nombre de consultations produites à chaque semaine est de 17 au CHUS-Fleurimont et 17 au CHUS-Hôtel-Dieu. Le rôle évolue avec l'enrichissement de la cueillette de données auprès des familles, nécessaire à l'élaboration du plan de soins gériatrique, mais qui crée un lien de confiance permettant l'échange et la concrétisation des recommandations.

Conclusion : Cette expérience fournit une perspective de ce que les infirmières soignantes peuvent attendre d'une ICSG et soutient le développement de cette nouvelle fonction de soutien-conseil de l'ICSG au CHUS. Cette nouvelle responsabilité devient encore plus pertinente dans le contexte d'application du programme ministériel québécois de *L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* (MSSS, 2011).

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-06-11
L'unité de courte durée de gériatrique de l'institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS–IUGS), 30 ans d'évolution des structures de soins

G. Lacombe[1,2,*], J. Thibault[3], On behalf of Unité de courte durée gériatrique, D. Bergeron[4], C. Filion[4], Unité de courte durée gériatrique
[1]*Gériatrie, CHU de Sherbrooke, Canada*
[2]*Gériatrie, CSSS–IUGS, Canada*
[3]*CSSS–IUGS, institut de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada*
[4]*Direction générale, CSSS–IUGS, institut de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada*

Introduction : Le vieillissement de la population a entraîné le développement de structures spécifiques pour répondre aux besoins des aînés. Mais ces besoins changent tout autant que ceux de la société qu'ils ont participé à construire. Comment l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) a-t-elle évolué dans ce contexte ?

Objectifs : Décrire l'évolution de 1981 à 2012 des concepts de soins et structures d'intervention de l'UCDG du CSSS–IUGS, en portant une attention particulière au contexte ayant influencé ses changements.

Méthodes : Nous avons revu les documents internes incluant les programmations, tableaux de bord et statistiques ainsi que les publications et présentations se rapportant à l'UCDG. Concepts et structures d'intervention entourant l'UCDG du CSSS–IUGS.

Résultats : La première unité d'« évaluation–orientation » gériatrique de l'hôpital de Youville ouvre ses dix lits en 1981. Elle est la première unité civile du Québec (non liée aux services des vétérans canadiens). Avec dix puis 20 lits, elle évalue les aînés en perte d'autonomie en vue de l'orientation vers la structure d'accueil la plus appropriée. En 1982 se structure un réseau interne incluant un hôpital de jour, la réadaptation fonctionnelle intensive et des soins prolongés. En 1983, ajout des consultations ambulatoires gériatriques gérontopsychiatriques. En 1987, internistes-gériatres, gérontopsychiatres et neuropsychologues intègrent leur service dans une unité fermée, désormais appelée UCDG, une équipe multidisciplinaire traite les clientèles fragilisées aux niveaux biopsychosocial et cognitif. Les internistes gériatres hospitalisent les aînés plus instables en médecine du CHUS et développent le réseau régional de consultation. Sous l'impulsion de centres de recherche de l'institut, les développements sont de mieux en mieux documentés ; objectifs de processus, interdisciplinarité aux responsabilités partagées centrées sur les bénéficiaires, etc. En 1996 apparaissent avec l'IUGS fusionné 40 lits intégrant les services de réadaptation et les laboratoires avec un nouveau concept architectural. Les gestionnaires de cas, le réseau intégré, les dossiers informatisés améliorent la continuité de soins. En 2004, le CSSS–IUGS résultant de la fusion des CLSC et de l'IUGS offre une continuité de service allant du domicile à l'hébergement qui atteindra quelques années plus tard 750 lits. Alors, 50 % des admissions en UCDG sont de première instance à partir du domicile. En 2008, ajout de dix lits d'unité de gériatrie dans le CHUS et supporté par le CSSS–IUGS qui atteint les 750 lits d'hébergement et améliore ses structures pour refléter cette continuité de soins, mais le manque de personnel infirmier crée une pression sur les organisations. Le nombre de gériatres ne suit pas l'augmentation de la demande et n'arrive plus à supporter la première ligne à partir de la consultation externe et à limiter l'admission par les urgences. Temporairement, près de 100 % de sa clientèle de l'UCDG provient du CHUS, en seconde instance des hospitalisés.

Conclusion : L'évolution des structures a grandement élargi et amélioré l'offre de service aux aînés. Les fusions nécessaires à certaines rationalisations ont aussi servi la continuité. Le manque de personnel incluant les gériatres a limité le rôle de support direct à la première ligne de l'UCDG, mais participe à l'amélioration de la prise en charge hospitalière.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-06-12
Parcours de soin des patients hospitalisés en gériatrie aiguë via les urgences

D. Preulier[1,*], B. Colombier[1], F. Muller[1], C. Boully[2], L. Lechowski[1], L. Teillet[1]
[1]*SSR Pr Teillet Sainte-Périne, AP–HP, Paris, France*
[2]*UGA Pr Rigaud-Broca AP–HP, Paris, France*

Introduction : Le vieillissement de la population combiné à l'accroissement de l'espérance de vie nous oblige à repenser l'offre de soin. En situation aiguë, le taux de recours aux urgences des sujets âgés est important. Ces patients présentent souvent des symptômes non attribuables à une pathologie précise, ce qui explique la complexité de leur prise en charge initiale.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude était, en considérant les personnes âgées hospitalisées en unité de gériatrie aiguë via les urgences, de savoir qui les avait adressées aux urgences et pour quel motif. Les objectifs secondaires étaient de chercher à connaître leur devenir, la durée des séjours, les pathologies prévalentes afin de mieux définir le trajet de soin des sujets âgés, dans leur globalité.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, prospective, basée sur un recueil de données issues des dossiers médicaux de deux centres hospitaliers de l'Assistance publique–Hôpitaux de Paris : l'hôpital Broca et l'hôpital Sainte-Périne. Nous avons inclus tous les patients admis en service de gériatrie aiguë via les urgences sur les mois de juillet et août 2012.

Résultats : Cent trente et un patients ont été inclus. C'est le médecin généraliste qui adressait le patient aux urgences dans la majorité des cas, soit dans 25 % des situations. Le patient était aussi adressé par la famille dans 23 % des cas, par l'aidant formel dans 18 % des cas. Les trois principaux motifs d'adressage des patients âgés aux urgences étaient les chutes (45 %), soit 59 patients ; l'altération de l'état général (15 %), soit 20 patients et la confusion–agitation (14 %), soit 18 patients. Dans le cadre des patients adressés pour chutes, les sujets étaient plus âgés ($p < 0{,}06$), et les femmes étaient plus nombreuses ($p < 0{,}03$) dans le groupe « chute » par rapport au groupe « non chute ». La durée du séjour était significativement plus longue ($p < 0{,}01$) chez les chuteurs avec une moyenne de 17,5 ± 9 contre 13,7 ± 6,5 jours dans le groupe « non chute ». De même qu'ils étaient plus souvent adressés ensuite dans un service de SSR ($p < 0{,}002$). Sur les 131 patients, 51 patients sont rentrés à domicile, 58 ont été hospitalisés en service de soin de suite. Deux ont été directement adressés en maison de retraite, quatre en service de médecine ou de chirurgie spécialisé et 11 sont décédés. La durée moyenne de séjour en unité de gériatrie aiguë était de 15,4 ± 7,9 jours.

Conclusion : Les chutes, la confusion ou encore l'altération de l'état général sont des « symptômes » complexes du malade âgé, souvent révélateurs d'une pathologie sous-jacente en cours de décompensation. Cette étude a permis de préciser au mieux ce trajet de soin, de confirmer les données de la littérature sur les facteurs de risque de chute, les conséquences, mais aussi de redéfinir les autres « symptômes gériatriques » rencontrés aux urgences, et les pathologies sous-jacentes à dépister.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-06-13
Modèle de cahier des charges de projet de soin en EHPAD

A.S. Comello[1] On Behalf of Agree, F. Delamarre Damier[2,*],
On behalf of AGREE and Association gérontologique de recherche et d'enseignement en EHPAD (AGREE)
[1]*AIMR, Nantes, France*
[2]*Centre hospitalier de Cholet, Château Thébaud, France*

Introduction : La vocation des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est de prendre soin des personnes âgées en perte d'autonomie et/ou en état de dépendance. Le cadre législatif du projet de soin en EHPAD est défini, mais son contenu n'est pas précisé : il doit être mis en œuvre par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante (arrêté du 26 avril 1999), et faire partie intégrante du projet d'établissement (arrêté du 13 août 2004).

Objectifs : Proposer un modèle cahier des charges de projet de soins pour les résidents d'EHPAD.

Méthodes : Les références utilisées sont surtout législatives ou elles se basent sur des recommandations professionnelles (Bonnes pratiques en EHPAD SFGG, recommandations de l'ANESM), car l'analyse bibliographique est pauvre (le projet de soin est souvent confondu avec le projet de vie du résident).

Résultats : Ce projet aborde les différents domaines du soin qui contribuent à prévenir l'aggravation de l'altération des capacités psychomotrices des résidents. Il se présente sous forme de tableaux présentant les objectifs, les moyens proposés pour les atteindre et un calendrier (date de réalisation souhaitée ou notation des objectifs acquis). Les items retenus sont les suivants : composition de l'équipe soignante, chutes, dénutrition, déshydratation, douleur, escarres, élimination urinaire et fécale, troubles psychiatriques, troubles sensoriels, symptômes psychocomportementaux liés à la démence, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, bientraitance, soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie, risques liés aux médicaments, aux infections et aux événements indésirables liés aux soins, protection juridique, contentions.

Conclusion : L'accompagnement des personnes âgées en EHPAD doit être soucieux de préserver les capacités fonctionnelles et l'autonomie des résidents en respectant leur choix de vie. La réalisation et l'application du projet de soins reposent sur l'investissement et les compétences de chacun des acteurs du soin. Une uniformisation des projets de soins pourrait permettre de s'assurer que les EHPAD investissent tous les domaines du soin déterminants pour assurer un accompagnement de qualité de leurs résidents.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-06-14
Point de vue des médecins généralistes sur le parcours complet d'une hospitalisation en gériatrie aiguë chez leurs patients de plus de 75 ans

L. d'Arailh*, T. Augy, V. Bourdaire, L. Lechowski, L. Teillet
Hôpital Sainte-Périne, groupe hospitalier Paris-Île-de-France Ouest, AP–HP, Paris, France

Introduction : La création des filières gériatriques devrait améliorer le parcours de soin des personnes âgées et renforcer le lien ambulatoire (médecin traitant) et l'hôpital.

Objectifs : Recueillir le point de vue des médecins généralistes (MG) de Paris-XVI[e], sur le parcours complet d'une hospitalisation en gériatrie aiguë chez leurs patients âgés de plus de 75 ans.

Méthodes : Enquête descriptive, réalisée auprès de MG de Paris-XVI[e] en 2012. Les MG devaient avoir au moins un patient de plus de 75 ans hospitalisé, pendant la période donnée, en unité de gériatrie aiguë (UGA) de l'hôpital Sainte-Périne et avoir reçu un compte rendu de cette hospitalisation (CRH). L'enquête a été réalisée par un questionnaire.

Résultats : Cinquante-deux questionnaires étaient analysables. Pendant l'hospitalisation : 69 % des MG ne sont pas informés de l'état clinique de leur patient, 92 % ne sont pas prévenus de leur décès. Soixante-dix-neuf pour cent des MG ne sont pas prévenus de la sortie, 68 % des MG aimeraient qu'on prenne un rendez-vous avec eux pour le patient dans les 15 jours après la sortie. Quatre-vingt-dix-huit pour cent ne reçoivent pas le CRH dans les temps (huit jours) et 75 % le reçoivent après avoir revu le patient. Plus de 80 % des MG attendent du CRH principalement un diagnostic et une justification des modifications de traitement.

Conclusion : Lors d'un parcours complet d'une hospitalisation en UGA des patients âgés, la sortie d'hospitalisation semble être l'un des moments les plus critiques d'après les MG.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-06-15
Intervention communautaire en gériatrie : utilisation du modèle OARS/QAFMI pour la planification des soins

R. Rodrigues*, Z. Azeredo, L. Loureiro, S. Silva, S. Silva, C. Ribeiro
Escola Superior d'Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introduction : Le scénario de la transition démographique dans les sociétés occidentales est caractérisé par une population vieillissante combinant faible taux de natalité à une augmentation de l'espérance de vie. Le projet « *Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra* - PTDC/CS-SOC/114895/2009 » propose l'utilisation du modèle OARS (Older Americans Resources and Services)/QAFMI pour la planification des soins et l'intervention communautaire en gériatrie. Le OARS (QAFMI, c'est la version portugaise du OARS) est un instrument multidimensionnel, aidant à identifier les incapacités et guidant les interventions.

Objectifs : L'objectif de ce projet est d'évaluer les personnes très âgées (≥ 75 ans), en fonction de leur capacité fonctionnelle, de l'utilisation des services de santé et de soutien social, et de leur nécessité ressentie. L'état fonctionnel est évalué dans cinq domaines (ressources sociales, ressources économiques, santé mentale, santé physique et les activités de la vie quotidienne).

Méthodes : Le projet sera développé en ayant pour base la population âgée inscrite dans les centres de santé de la municipalité de Coimbra (11 279 individus âgés de 75 ans ou plus), en utilisant un questionnaire d'évaluation fonctionnel multidimensionnel pour les personnes âgées (version portugaise du OARS) dans lequel nous proposons d'évaluer l'état fonctionnel dans cinq domaines cruciaux pour la qualité de vie des plus âgés, et une évaluation sera également faite de l'utilisation et de la nécessité ressentie de 23 services. L'échantillon est probabiliste et stratifié, obtenu à partir des données de la population totale, visant à atteindre 10 % de la population. L'évaluation fonctionnelle est faite en utilisant un programme informatique fondé sur le modèle de ponctuation OARS. Les résultats préliminaires mettent l'accent sur les différences de sexe et les tranches d'âge (75–84 ans et ≥ 85 ans).

Résultats : Les résultats préliminaires montrent une espérance de vie inférieure pour les hommes, reflétant l'état civil des femmes avec une quantité plus basse de femmes mariées et plus élevée de veuves. Dans le domaine des ressources sociales, il n'y a pas de différence significative dans la classification selon le sexe et le groupe d'âge. Dans le domaine des ressources économiques, la différence selon le sexe est significative, ayant les femmes une pire situation économique ; pour la catégorie d'âge, il y a une différence significative, avec les plus mauvais scores dans la catégorie d'âges supérieurs ou égaux à 85. Dans le domaine de la santé physique, il y a des différences dans la classification seulement pour les groupes d'âge. Dans le domaine de la santé mentale, il y a une différence dans le sexe et le groupe d'âge, avec un mauvais score chez les femmes et chez les personnes de 85 ans ou plus. Par rapport aux activités de la vie quotidienne, on peut observer des différences de genre et groupe d'âge, avec un mauvais score pour les femmes et pour les personnes avec plus de 85 ans.

Conclusion : Nous sommes confrontés à une distribution par tranches d'âge et de genre, semblable à celle trouvée dans notre pays. La promotion de la santé, du bien-être et de la qualité de vie, dans cette population est un défi dans le cadre des soins de santé, indiquant en plus les différences entre les tranches d'âge et entre les sexes, ayant les femmes des situations spéciales de vulnérabilité. Nous proposons une intervention concentrée sur des incapacités détectées et une attention particulière à la situation de santé et sociale des femmes.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-06-16
Cinq ans de collaboration dans un EHPAD entre médecins, rééducateurs et équipes, pour la prévention des chutes chez les résidents avec démence sévère

A. Floriot[1,2,*], G. Pisica Donose[2], C. Meyer[1], P. Melon[2], E. Helbourg[1], P. Nègre[2], F. Barthélémy[2]
[1]*Eleusis, Poissy, France*
[2]*Expertise & Soins, Suresnes, France*

Introduction : EHPAD Eleusis Poissy prend en charge des personnes atteintes de démence en particulier à un stade sévère. Cette population spécifique présente un risque élevé de chute et de complication fracturaire qui a besoin d'être pris en charge. Pour la prévention, les médecins traitants et le médecin coordonnateur collaborent avec un psychomotricien, un ergothérapeute et les équipes soignantes : mêmes objectifs moteurs mais regards et axes de travail différents.

Objectifs : Prévention des chutes chez les personnes atteintes de démence sévère et maintien de l'autonomie à la marche, par des méthodes applicables en EHPAD.

Méthodes : 1) Étude observationnelle, de comparaison temporelle cinq ans avant et cinq ans pendant et après l'introduction d'une prise en charge spécifique avec collaboration des médecins et rééducateurs ; 2) réalisation d'un bilan complet par le médecin puis sur prescription médicale par le rééducateur ; 3) proposition d'ateliers en petits groupes (atelier prévention des chutes, atelier Wii, atelier marche, atelier gymnastique douce) et/ou prise en charge individuelle par les rééducateurs sur tous les éléments nécessaires à l'autonomie de la mobilité. Stimulation pour les transferts et la marche au quotidien par les équipes (AS ou APM) formées et encadrées par les rééducateurs : 1) adaptation de l'environnement pour une déambulation sécurisée ; 2) suivi par une évaluation individuelle, afin de définir les objectifs et de les réévaluer régulièrement ; 3) évaluation systématique des fractures en conséquence des chutes.

Résultats : 1) EHPAD de 85 lits, au dernier GMP de 865 et PMP de 293, MMS moyen de 10 ; 2) le nombre total de fractures a régressé d'environ de la moitié sur les cinq années évaluées en comparaison avec les cinq années précédentes (d'une moyenne de ~15/an à ~8/an) ; 3) le nombre de fractures graves (bassin, col du fémur) a suivi la même évolution à la baisse suite au programme de prévention. En condition de stabilité de tous les autres facteurs : nombre de résidents, type de démence, autonomie, pathologies, médications, environnement, etc., le principal paramètre modifié est l'introduction du projet de prévention de chutes et le ratio de rééducateurs présents dans l'EHPAD passé de 0,5 ETP à 2 ETP suite à la validation du PATHOS en 2007 (l'année 2005 représente une exception en relation avec un taux de létalité et de renouvellement très important associé avec un recrutement particulier de résidents grabataires). Les fractures du col fémoral ont un coût très important évalué en France à environ un milliard d'euros par an de frais hospitaliers directs. Pour notre établissement, sur les cinq dernières années, on peut estimer une réduction globale de l'ordre de 40–50 fractures, ce qui correspond à une économie directe d'environ 100 jours d'hospitalisation/an auxquels on peut rajouter les coûts extrahospitaliers, coûts indirects et aussi les souffrances des patients.

Conclusion : Auprès de résidents avec des démences sévères, les projets de prévention des chutes basés sur la collaboration médecins–rééducateurs peuvent réduire d'une manière importante les fractures et ainsi représenter une économie en soins et en dépendance, tout en préservant la dignité d'une personne fragilisée valorisée par ses efforts.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:91-95
DOI 10.1007/s12612-013-0331-4

COMMUNICATIONS AFFICHÉES / POSTERS

P2-07 Sciences humaines et sociales

© Springer-Verlag France 2013

P2-07-01
Santé perçue et mortalité six semaines après une hospitalisation en urgence

C. Godard-Sebillotte*, T. Basileu, L. Godaert-Simon, J.-L. Fanon
Service de médecine interne gériatrique, Fort-de-France, France

Introduction : La santé perçue est un paramètre d'évaluation de l'état de santé de plus en plus étudié. Chez le sujet âgé, son association avec la mortalité et le déclin fonctionnel a été montrée à plusieurs reprises. Dans la cohorte SAFES (sujet âgé fragile évaluation et suivi), il existe une association indépendante entre santé subjective à l'admission et mortalité un an après l'hospitalisation en urgence après ajustement sur l'âge, le sexe, l'autonomie dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, le score de Charlson, l'échelle de Norton, l'existence d'un risque de dénutrition évaluée par le Mini-Nutritional Assessment Short Form et l'existence d'un syndrome confusionnel aigu. L'évaluation de la santé perçue peut être réalisée à l'aide d'une question extrêmement simple : « en général, comment qualifieriez-vous votre santé ? ». L'association entre la santé perçue et la mortalité précoce, par contre, a été peu étudiée.

Objectifs : Étudier l'association entre santé perçue à l'admission en service de gériatrie aiguë et mortalité six semaines après l'admission.

Méthodes : Cohorte prospective observationnelle.

Résultats : Du 1er janvier 2012 au 30 juin 2012, 370 patients ont été admis en gériatrie aiguë. Deux cent quatre-vingt-sept patients ont été inclus dans la cohorte, dont 60,6 % de femmes. Leur âge moyen était de 85,6 ans. Quinze jours avant l'admission en urgence, 30,1 % d'entre eux présentaient une perte d'autonomie pour moins de deux activités de la vie quotidienne, 17,8 % pour deux à quatre activités de la vie quotidienne et 52,1 % pour plus de quatre activités de la vie quotidienne. Un risque de malnutrition était retrouvé chez 96,1 % des patients, évalué à l'aide du MNA-SF (Mini-Nutritional Assessment-Short Form). Selon l'index de Charlson, les patients présentaient des niveaux de comorbidité bas pour 8,0 % d'entre eux, moyens pour 50,9 % et élevés pour 41,1 %. À l'admission dans le service de gériatrie aiguë 44,8 % des sujets considéraient leur santé comme « moyenne, mauvaise ou très mauvaise ». Six semaines après l'admission en urgence, ces sujets étaient significativement plus souvent décédés que ceux considérant leur santé comme « bonne ou très bonne ». Il existait une association entre santé perçue et mortalité six semaines après l'admission en urgence.

Conclusion : Nous retrouvons une association entre santé perçue et mortalité six semaines après l'admission en urgence en service de gériatrie aiguë. La santé perçue semble être un indicateur de santé intéressant en situation aiguë dans une population gériatrique afro-caribéenne martiniquaise.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

P2-07-02
La représentation de l'homme âgé maghrébin est-elle un frein à son intégration dans les dispositifs gérontologiques ? Étude socioanthropologique MATC

J. Duchier*, J.-P. Rwabihama, J. Mantovani, A.-M. Duguet
Inserm UMR 1027, Toulouse, France

Introduction : Chez les migrants âgés originaires du Maghreb, la dimension culturelle : perception du vieillissement, place de la personne âgée dans la société, différences liées au genre comme le patriarcat ainsi que les traditions d'entraide ont un impact sur les solidarités familiales et les prises en charge des troubles cognitifs.

Objectifs : Un des volets de l'étude MATC soutenue par la fondation Médéric Alzheimer se propose d'identifier les besoins des migrants vieillissants et les freins à l'accès aux dispositifs et aux structures d'aide aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. L'étude s'appuie sur les trajectoires de vie et les représentations des familles susceptibles d'entraîner des réticences pouvant aboutir à un retard au diagnostic et à la prise en charge.

Méthodes : Une enquête qualitative socioanthropologique est réalisée sur des patients âgés originaires du Maghreb admis dans des services hospitaliers pour des pathologies diverses mais présentant des troubles cognitifs diagnostiqués ou non. Des monographies sont constituées à partir de l'analyse d'une quinzaine d'entretiens semi-directifs enregistrés avec le patient et/ou avec un aidant proche de son entourage familial.

Résultats : Les personnes vieillissantes d'origine maghrébine sont peu nombreuses dans les services hospitaliers. Les retards aux soins sont particulièrement importants, certains patients entrant à l'hôpital à un stade avancé de dégradation cognitive. Les familles concernées sont réticentes à se situer dans une perspective de prévention précoce de la maladie et à faire appel à une aide non familiale. On constate une tendance à prendre en charge les troubles du grand âge au sein de la famille méconnaissant ainsi souvent les ressources extérieures mobilisables du fait des difficultés à formuler une demande pourtant légitime. Dans certains entretiens, un respect excessif pour l'image du « patriarche » a conduit des familles à refuser l'intervention de prestataires extérieurs ou l'institutionnalisation pour les hommes. Ces recours semblent être acceptés plus facilement pour les femmes. Par ailleurs, une connaissance de la culture de ces personnes favoriserait les interventions des professionnels. Le rapport à la démence (maladie d'Alzheimer ou apparentée) reste très marqué d'étiologie profane et on observe fréquemment un déni de la maladie par crainte de la stigmatisation. Cependant, les prémices d'un renversement de cette situation apparaissent dans les discours des enfants issus de la deuxième génération.

Conclusion : Des facteurs culturels jouent un rôle dans les freins à l'accès aux soins des personnes âgées originaires du Maghreb atteintes

de troubles cognitifs ou de démence et à leur prise en charge. Une « compétence culturelle » paraît indispensable pour faire bénéficier ces migrants âgés des prestations auxquelles ils ont droit dans le respect de leur mode de vie en articulant les différences dans une approche intégrative.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-07-03
Défense des droits des aînés, maltraitance, bientraitance et comités des usagers : une schématisation conceptuelle

M.-E. Bédard[1,*], M. Beaulieu[2,3], E. Gagnon[4,5]
[1]*Doctorat en gérontologie, université de Sherbrooke et chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées, boursière du Fonds de recherche du Québec, société et culture (FRQSC)*
[2]*Professeur titulaire, facultés des lettres et sciences humaines, université de Sherbrooke, Canada*
[3]*Titulaire, chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées, université de Sherbrooke et centre de recherche sur le vieillissement, Sherbrooke, Canada*
[4]*Chercheur d'établissement, CSSS de la Vieille-Capitale, université Laval, Québec, Canada*
[5]*Professeur associé au département de médecine sociale et préventive, université Laval, Québec, Canada*

Introduction : Il importe de schématiser les liens que l'on fait dans les écrits scientifiques et ministériels entre défense des droits des aînés (DDA), maltraitance, bientraitance et comités des usagers (CU). Ces concepts renferment une multitude de caractéristiques, dimensions et représentations complexes (générales ou abstraites), qui jusqu'à présent, n'ont fait l'objet d'aucune figuration conceptuelle. En fait, à notre connaissance, aucune étude ne les lie explicitement. Pourtant, les CU furent créés expressément pour défendre les droits des usagers, une action visant notamment la lutte contre la maltraitance. Ce processus analytique permettra de résumer la structure synthétique de ces connaissances construites à partir de sources diverses.

Objectifs : Présenter une schématisation conceptuelle des liens alliant la DDA, la maltraitance, la bientraitance et les CU, tant dans les textes politiques que dans les écrits scientifiques.

Méthodes : 1) Extraction des liens unissant : DDA, maltraitance, bientraitance et CU, de documents ministériels et d'une recension systématique des écrits sur l'évolution de la DDA et ses usages contemporains dans le champ du vieillissement (n = 113) ; 2) dans une perspective de gérontologie critique, synthèse de ces liens (ex. : valeurs, intentions) ; 3) schématisation.

Résultats : Les CU sont considérés comme un moyen d'améliorer la qualité des services en permettant aux usagers de faire connaître leurs besoins et leurs insatisfactions sur des sujets de préoccupations tels que la maltraitance des aînés. Ils ont le mandat, entre autres, de défendre les droits et les intérêts collectifs de tous les usagers, de manière à prévenir ou intervenir lors de situations de maltraitance (violence, exploitation, négligence), en favorisant des changements dans les conditions qui persécutent et violent les droits des aînés. Le point de convergence, entre les actions s'appliquant à promouvoir la bientraitance et à contrer la maltraitance, réfère à la prévention (de la maltraitance), plus précisément aux approches développées en amont du problème, dans un contexte donné, favorisant les bonnes pratiques et attitudes, pour la personne elle-même ou pour les autres.

Conclusion : La schématisation conceptuelle permet de relier les concepts et d'en faire ressortir, d'un seul coup d'œil, l'articulation théorique et politique. Elle nous permet ainsi de poser un regard critique sur les politiques institutionnelles et sociales de santé et les moyens entrepris pour prévenir, dépister ou corriger les situations de maltraitance. Elle aide également à préciser la pensée et à augmenter la quantité et la qualité des informations analysées.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-07-04
La génération sandwich et la prise en charge de parents âgés atteints de la maladie d'Alzheimer: Une histoire de générations ? L'étude française ALERT

C. Pagniez[1,*], D. Huvent-Grelle[1], F. Puisieux[1],
C.S. Société septentrionale de gérontologie clinique[2], T. Martin[1]
[1]*CHRU Lille, France*
[2]*SSGC, Lille, France*

Introduction : L'aide informelle fournie auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer par un proche peut être source de stress et ressentie comme un fardeau. Les traitements permettant de réduire les troubles du comportement induits par la maladie sont rares, et la perte d'autonomie et de la mémoire, inéluctables. Nous nous sommes intéressés à ces aidants, « pris en sandwich » entre deux générations : celle de leurs parents âgés malades et celle de leurs petits-enfants, réclamant toutes deux une partie de leur temps, et leurs soins.

Objectifs : Étude des caractéristiques sociodémographiques et de la qualité de vie de la « génération sandwich », définie comme la génération prenant soin à la fois de parents âgés déments et de petits-enfants.

Méthodes : Étude multicentrique, prospective, observationnelle, s'étendant sur une année. Onze centres de gériatrie du Nord de la France ont participé à l'étude. Quatre-vingt-dix-neuf aidants familiaux prenant soin à la fois de leurs parents âgés atteints de la maladie d'Alzheimer et de leurs jeunes petits-enfants ont été inclus.

Résultats : Ces grands-parents de la génération sandwich sont en majorité des femmes (79 %), et sont nés dans les années 1950. Leurs parents ont en moyenne 86 ans, et les petits-enfants sept ans. Quarante-sept pour cent d'entre eux prennent des médicaments, 57 % se sentent stressés et 53 % ont des troubles du sommeil. Le patient atteint de la maladie d'Alzheimer est le plus souvent la mère ou la belle-mère de l'aidant. L'aidant intervient de façon hebdomadaire dans 95 % des cas. Trente-huit pour cent des personnes incluses dans l'étude exercent une activité salariée à temps plein. La plupart d'entre eux affirment apprécier aider leur parent, mais préfèrent toutefois s'occuper de leurs petits-enfants.

Conclusion : Ces femmes « prises en sandwich » doivent faire face aux demandes de deux générations, leurs parents et leurs petits-enfants. Cette situation semble similaire aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Uni et probablement dans d'autres pays. Nous nous demandons si ce phénomène ne reflète pas un problème de société plus large.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-07-05
L'engagement bénévole dans les associations de soutien à domicile des aînés : une question d'adaptabilité et d'équilibre

J. Castonguay[1,2,*], A. Vézina[2,3], A. Sévigny[1,2]
[1]*École de service social, université Lava, Québec, Canada l*
[2]*Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, CHU de Québec, Canada*
[3]*Faculté des sciences sociales, université Laval, Québec, Canada*

Introduction : Demeurer à domicile le plus longtemps possible, telle est une volonté partagée par l'ensemble des personnes aînées. Cependant, les associations de soutien à domicile, qui leur offrent un soutien considérable, sont aux prises avec un problème important de recrutement et de fidélisation des bénévoles. Or, ces associations reposent essentiellement sur l'action de ces bénévoles. De plus, ceux qui jouent un rôle de premier plan dans leur fonctionnement vieillissent ; ils dépassent maintenant l'âge de 70 ans.

Objectifs : Cette étude québécoise vise trois objectifs : 1) identifier les facteurs qui facilitent ou qui contraignent l'engagement des bénévoles dans ces associations ; 2) mieux comprendre les circonstances dans lesquelles ces facteurs apparaissent ; 3) mieux comprendre la relation qui les lie entre eux.

Méthodes : Cette étude, descriptive et compréhensive, s'appuie sur des méthodes qualitatives. Un échantillon non probabiliste et typique est constitué de 12 bénévoles et de 4 coordonnateurs, ceux-ci représentant deux types d'acteurs contribuant au fonctionnement des associations. Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées. Les données ont été soumises à une analyse qualitative de contenu thématique mixte.

Résultats : L'engagement bénévole apparaît comme un processus ponctué de plusieurs étapes (recrutement, accueil et fidélisation). Pour chacune d'elles, des facteurs sont plus influents que d'autres. Leur présence ou absence rend possible ou non l'initiation de cet engagement et son maintien. Dans ce contexte, une négociation constante a lieu entre les acteurs : chacun d'eux est amené à s'adapter à la réalité des autres. Cette adaptabilité est cependant limitée. Un équilibre entre la position de l'organisme et celle du bénévole est nécessaire.

Conclusion : L'identification des facteurs associés à l'engagement bénévole permet d'améliorer la qualité de la coordination des bénévoles et, par le fait même, de favoriser leur engagement. Néanmoins, un des enjeux concernant le développement de l'action bénévole consiste à savoir si les nouveaux retraités prêteront leur concours à des réponses concrètes et directes aux besoins de solidarité et d'engagement actuels. En effet, tel que le montre cette étude, disposer de davantage de temps disponible ne fait pas en sorte que l'on devient automatiquement bénévole.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-07-06
Phénoménologie de la vieillesse à partir de Philippulus dans *L'étoile mystérieuse* de Hergé

D. Riviere
Service de psychiatrie, centre hospitalier de Tulle, Tulle, France

Introduction : « Fin du monde ou fin d'un monde ». Ou comment le vieillard fou peut devenir prophète. Quand le monde adulte et pensant — le cogito — voit le socle sur lequel il croit être stable vaciller, il interroge la science, symbolisée par les astronomes, et cherche des appuis solides. La folie et la vieillesse réunies, et symbolisées par Philippulus le prophète, ne sont pas accueillies et renvoyées à l'asile.

Objectifs : Peut-on envisager le vieillissement cognitif autrement que dans un paradigme défectologique ?

Méthodes : On interroge autant la phénoménologie lévinassienne que les approches artistiques telles que Hergé a pu les présenter. Certains personnages de Hergé sont porteurs d'une symbolique qui peut avoir un intérêt heuristique pour le gériatre.

Résultats : Si le fou est prié de se taire, seul le sérieux de la science peut apporter la lumière (« l'étoile ») sur le supposé sens de la vie. L'expédition, sur le navire l'Aurore, qui fait penser à l'œuvre éponyme de Nietzsche, à haut risque, rois mages de l'univers de Hergé, n'arrive qu'à extraire un misérable caillou de l'étoile, dont le « mystère » demeure quasi entier. Rien ne prouve donc que la stabilité soit l'affaire de la science, dont Popper a défini le caractère nécessairement falsifiable. Le fou, certes, est prié sans trop de ménagement de retourner à l'asile, mais il aura auparavant annoncé quelques prophéties pour qui veut l'entendre : la mort étant la seule certitude, il importe à chacun d'en faire « le seul espoir » (M. X. dément sévère, EHPAD Neuvic, 2012) et d'en tirer quelques conséquences dans l'ordre de ce que Kant appelait « métaphysique des mœurs ». Les troubles psychiatriques du sujet âgé, délires, hallucinations, agressivité… ont, par-delà le caractère incohérent qu'ils se donnent, une fonction non seulement psychologique, mais aussi sociale : l'annonce du passage du cogito, parangon de l'ontologie comme philosophie première, qui est aussi philosophie de la puissance (Lévinas), à l'obéissance, qui est aussi, voire surtout, écoute (*oboedio* : prêter l'oreille, obéir).

Conclusion : Que dirait le vieillard qu'il nous importe d'entendre, si ce n'est que la fin d'un monde n'est pas la fin du monde ? Il y a donc dans le discours du sujet âgé, fou, quelque chose à découvrir qui est, au sens grec du terme, une apocalypse (*απο-καλυπτω* : découvrir, se dévoiler).

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-07-07
Leviers et obstacles à l'engagement bénévole des aînés dans le domaine du soutien à domicile : une recension des écrits

J. Castonguay[1,2,*], M. Beaulieu[3], A. Sévigny[2]
[1]*Centre universitaire de formation en gérontologie, université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada*
[2]*Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, CHU de Québec, Québec, Canada*
[3]*École de travail social, université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada*

Introduction : Les associations de soutien à domicile sont aux prises avec un problème important de recrutement et de fidélisation des bénévoles. Dans un contexte de vieillissement démographique, cette situation est préoccupante. En effet, ces associations assurent une part importante du soutien offert aux aînés et reposent essentiellement sur l'action bénévole.

Objectifs : Cette recension des écrits vise à répertorier les facteurs pouvant faciliter ou contraindre l'engagement bénévole (recrutement, accueil et fidélisation) des aînés dans le domaine du soutien à domicile auprès des aînés.

Méthodes : Seize bases de données, francophones et anglophones, en santé et sciences sociales sont interrogées pour la période 2005–2013

en croisant les thèmes bénévolat et soutien à domicile, et bénévolat et soins palliatifs. Parmi les 1 898 documents recensés, 266 sont retenus. Ces documents — articles scientifiques (articles empiriques ou théoriques, recensions systématiques, etc.), thèses, mémoires et livres — sont pertinents pour mieux comprendre l'engagement bénévole des aînés dans le domaine du soutien à domicile.

Résultats : Deux types de facteurs sont identifiés. Les facteurs individuels comprennent les caractéristiques sociodémographiques de la personne, sa capacité à s'engager bénévolement, ses motivations et ses sentiments de liberté et de bien-être. Les facteurs organisationnels ont trait principalement à l'activité bénévole et aux ressources dont l'association dispose. Un même facteur peut être facilitant ou contraignant dépendamment du contexte d'actualisation. En effet, le contexte sociopolitique, qu'il soit local, régional, national ou international, a une influence sur ces facteurs et la dynamique qui les lie entre eux.

Conclusion : L'engagement bénévole est un processus qui découle d'une combinaison de facteurs dont la présence ou l'absence rend possibles ou non l'initiation et le maintien de cet engagement. Le tout demeure une question d'adaptabilité et d'équilibre. Même si l'engagement bénévole est un geste libre et gratuit, il nécessite tout de même certaines balises. Certes, les bénévoles sont libres de s'engager ou non dans le respect de leurs intérêts, de leur disponibilité et de leur rythme. Toutefois, le soutien (formation, encadrement, suivi, reconnaissance, etc.) reçu de la part de leur association est d'importance pour eux et favorise leur engagement.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-07-08
Analyse de pratiques concernant la contention chimique

B. Colombier[1,*], S. Moulias[2], N. Curatolo[2], T. Cudennec[2], F. Muller[1], D. Preulier[1], L. Teillet[1]
[1]SSR Pr Teillet AP–HP Sainte-Périne, Paris, France
[2]UGA Pr Teillet AP–HP Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt, France

Introduction : La contention chimique est un sujet complexe, se situant à la frontière entre un objectif de soin et une visée sécuritaire, rendue possible depuis les années 1950 grâce aux progrès de la chimie avec notamment l'arrivée sur le marché des neuroleptiques. Dans la littérature médicale, le terme de contention physique est bien défini. Par contre, celui de contention chimique peut désigner trois contextes. Il peut s'agir de l'administration de psychotropes en général. Ce peut être aussi toute prescription médicamenteuse à un patient au comportement difficilement tolérable pour l'entourage. Enfin, il peut s'agir d'une prescription occasionnelle de médicaments afin de contrôler un comportement ou de limiter la liberté de mouvement d'un patient. Devant cette difficulté d'accéder à une définition fiable et utilisable en pratique clinique, il nous a semblé pertinent de recueillir et d'analyser la perception de la « contention chimique » par les professionnels soignants.

Objectifs : Étudier et analyser la signification du terme « contention chimique » dans l'imaginaire et la pratique d'un échantillon de personnels médicaux et paramédicaux.

Méthodes : Nous avons choisi d'utiliser une méthode d'analyse qualitative, basée sur des entretiens semi-dirigés, à l'aide d'un guide d'entretien. Les thèmes de ce guide d'entretien étaient centrés sur le terme « contention chimique » : l'imaginaire auquel il renvoie, sa définition, son utilisation ; la pratique de la contention chimique : molécules utilisées, circonstances de prescription ou de délivrance, avantages, inconvénients et impact sur la pratique médicale, les difficultés éthiques ou encore légales qu'elle peut entraîner. Notre population cible était essentiellement un échantillon de médecins, d'infirmières, d'aides-soignantes travaillant majoritairement aux hôpitaux universitaires Paris Île-de-France-Ouest. L'analyse des résultats s'est faite à partir du verbatim, par deux médecins formés aux sciences sociales.

Résultats : Au total 45 entretiens, soit 20 heures d'enregistrement, ont été réalisés et retranscrits entre avril et juin 2013, avec 32 femmes et 13 hommes de 23 à 62 ans. Il y avait 12 gériatres travaillant en unité de gériatrie aiguë, unité de soins de suite et réadaptation, unité de long séjour, équipe mobile et en psychogériatrie ; trois psychiatres, un neurologue, un radiologue, un médecin d'équipe de soins palliatifs, un chirurgien orthopédique, un pédiatre réanimateur, un médecin généraliste, deux internes et un externe en médecine. Cinq infirmières, un cadre infirmier et huit aides-soignantes, un ergothérapeute, un kinésithérapeute, trois psychologues, un psychomotricien, un pharmacien ont aussi été interrogés. L'analyse de ces entretiens permet de mettre en avant une hétérogénéité dans la perception de ce qu'est la contention chimique pour chaque intervenant, selon son statut et son rapport au patient, et de nombreuses incertitudes concernant sa définition et son utilisation appropriée.

Conclusion : La multiplicité des situations en pratique médicale rend difficile un standard de définition et de cadre d'utilisation pour la contention chimique. Le but de cette première intervention est d'amener les soignants à réfléchir sur le sujet et à se former à cette prescription si particulière.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P2-07-09
« Le sans fourchette®» : le plaisir, la convivialité et l'intergénération

F. Verdureau[1], P. Metais[2], R. Lepage[3], M. Palud[1], M.-P. Pancrazi[1], E. Laurine[4,*]
[1]Mémoire et Santé, Marseille, France
[2]ELY Consulting SA, Luxembourg, Luxembourg
[3]Le Grand Puech, Mimet, France
[4]Mémoire et santé, Londres, Royaume-Uni

Introduction : « Le sans fourchette® » propose un repas sans couvert au restaurant pour les malades d'Alzheimer, leur famille et les soignants. Cette initiative se propose de sensibiliser le monde de la restauration au handicap invisible. Dans cette optique, le projet a été réalisé en partenariat avec l'école hôtelière afin de former la future génération de restaurateurs, d'intégrer la connaissance de ce type de handicap au cours de leurs études et de déstigmatiser le malade atteint de maladie d'Alzheimer.

Objectifs : « Le sans fourchette® » a deux objectifs. D'une part, il s'agit de maintenir des moments de plaisir, de convivialité et de partage autour du repas pour des patients et leur famille. Prendre ce moment propice pour en faire une sortie, en dehors du lieu de vie des personnes en mettant l'accent sur le plaisir de la table et l'échange dans un milieu rassurant. D'autre part, « Le sans fourchette® » a pour objectif de sensibiliser les professionnels de la restauration à la maladie d'Alzheimer et de les amener à proposer des formules adaptées aux besoins des personnes malades et de leur famille.

Méthodes : Dans le cadre du projet « Le sans fourchette® », l'association Mémoire et Santé intervient tout d'abord auprès des écoles hôtelières. À travers une série de séminaires, elle sensibilise les élèves et les responsables pédagogiques à la maladie d'Alzheimer, au handicap

invisible, et aux liens vieillissement/besoins alimentaires. En partenariat avec l'équipe pédagogique nous élaborons un « sans fourchette® » adapté à chaque structure d'accueil. Mémoire et Santé intervient aussi auprès des réseaux de professionnels de santé et des patients afin de communiquer sur la réalisation à venir d'un « sans fourchette® ».

Résultats : À ce jour, plusieurs « sans fourchette® » ont été réalisés avec succès avec les équipes du lycée hôtelier de Marseille (60 couverts en 2012, 90 couverts en 2013). Les élèves et encadrants ont montré leur adhésion au projet à travers leur intérêt pour la meilleure compréhension de la maladie et des répercussions du handicap dans la vie quotidienne des malades. Les élèves ont montré une bonne capacité d'adaptation en cuisine lors des discussions sur l'adaptation des mets aux besoins des malades. En service, ils ont été à l'écoute et ont su adapter leur communication avec les différents convives ne sachant pas qui autour de la table était malade ou pas. Les assiettes sont retournées vidées de leur contenu après le repas, sans avoir eu besoin de venir en aide aux malades. Tout le monde est resté à table sur l'ensemble du repas, l'ambiance était chaleureuse et paisible, les sourires étaient présents et les tentatives de communications retrouvées avec le personnel de salle.

Conclusion : « Le sans fourchette® » est une action innovante auprès des malades d'Alzheimer et de la jeune génération de futurs restaurateurs. Cette jeune population reste surprise des capacités restantes de communication des malades et de la transmission de plaisir et de jovialité au moment du repas. Pour les soignants comme pour les familles, cette nouvelle approche doit faire évoluer l'image du repas qui ne devrait pas être un combat pour les malades mais un moment de plaisir. Notre démarche veut gagner sur les idées reçues, combattre les a priori du maintien coûte que coûte de l'usage des couverts afin de retrouver un moment convivial et chaleureux autour du repas au restaurant.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:96-97
DOI 10.1007/s12612-013-0332-z

COMMUNICATIONS AFFICHÉES / POSTERS

P3-08 Insuffisance rénale — dialyse

© Springer-Verlag France 2013

P3-08-01
La polyangéite microscopique cause exceptionnelle d'insuffisance rénale chez un sujet âgé

R. Hajji[1,*], F. Derbali[2], Z. Jallali[2], S. Zribi[2], M. Elleuch[2]
[1]*Service de médecine interne, hôpital régional Sidi-Bouzid, Regueb-Sidi-Bouzid, Tunisie*
[2]*Service de médecine interne, hôpital régional Sidi-Bouzid, Sidi-Bouzid, Tunisie*

Introduction : L'atteinte rénale et pulmonaire est fréquente au cours des vascularites à ANCA. Leurs présentations cliniques, radiologiques, histologiques et son évolution est très hétérogène. Elles sont souvent graves, et elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

Objectifs : *Observation* : Un homme âgé de 72 ans était hospitalisé pour une dyspnée d'apparition récente et d'aggravation progressive. Le patient n'avait aucun antécédent pathologique. Il était grand tabagique. Il présentait depuis une semaine quelques épisodes d'hémoptysie de faible abondance. L'examen physique avait montré des râles crépitants prédominant au niveau des bases pulmonaires, une hypoxie avec une saturation d'oxygène à l'air ambiant à 81 %. La radiographie thoracique avait objectivé un syndrome alvéolaire bilatéral. Une insuffisance rénale sévère, associée à un tableau d'un œdème pulmonaire aigu, avait posé l'indication d'une hémodialyse en urgence. L'évolution après première séance n'a pas pu diminuer la dyspnée. La TDM thoracique avait montré un aspect en « verre dépoli » laissant suspecter avec les hémoptysies une hémorragie alvéolaire. Le lavage bronchoalvéolaire venait confirmer le diagnostic. L'association d'une insuffisance rénale rapidement progressive et d'une hémorragie alvéolaire concorde avec un syndrome pneumorénal. Les résultats de la biopsie rénale et du bilan immunologique ont confirmé le diagnostic d'une polyangéite microscopique. Le patient a été traité par une corticothérapie pleine dose pendant un mois avec des boli mensuels de cyclophosphamide avec une hémodialyse bihebdomadaire. Le patient a bien répondu initialement avec, mais suite à un état de choc septique le patient est décédé.

Méthodes : *Discussion* : Une hémorragie intra-alvéolaire est observée chez environ 30 % des patients atteints de polyangéite microscopique. Associée à l'atteinte rénale, elle définit le syndrome pneumorénal. L'âge moyen de survenue est de 55 ans. Les hémoptysies peuvent être modérées et répétées, ou au contraire massives, responsables de détresse respiratoire, d'anémie, voire d'état de choc. Notre observation a la particularité de survenue à un âge plus avancé avec des circonstances inhabituelles de découverte de la maladie.

Résultats : *Discussion :* Une hémorragie intra-alvéolaire est observée chez environ 30 % des patients atteints de polyangéite microscopique. Associée à l'atteinte rénale, elle définit le syndrome pneumorénal. L'âge moyen de survenue est de 55 ans. Les hémoptysies peuvent être modérées et répétées, ou au contraire massives, responsables de détresse respiratoire, d'anémie, voire d'état de choc. Notre observation a la particularité de survenue à un âge plus avancé avec des circonstances inhabituelles de découverte de la maladie.

Conclusion : La symptomatologie clinique et biologique de la polyangéite microscopique est très polymorphe. Il faut savoir l'évoquer surtout devant un syndrome pneumorénal chez tout patient quel que soit son âge. Elle reste une cause exceptionnelle d'insuffisance rénale chronique chez le sujet âgé. Un diagnostic précoce peut améliorer le pronostic d'une maladie dont la mortalité globale demeure très élevée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-08-02
Comparaison entre les trois principales formules d'estimation de la fonction rénale chez des sujets de plus de 75 ans

S. Chauvelier[1,*], J. Belmin[2], R. Pequignot[3], O. Hanon[1]
[1]*Hôpital Broca, Paris, France*
[2]*Hôpital Charles-Foix, Ivry, France*
[3]*Hôpital national Saint-Maurice, Saint-Maurice, France*

Introduction : Pouvoir estimer la fonction rénale des patients est primordiale en clinique, afin d'ajuster les doses de traitement ou de ne pas donner des traitements contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale ; or, il existe plusieurs formules d'estimation de la fonction rénale utilisées en gériatrie, sans que l'on sache laquelle est la plus précise.

Objectifs : Comparer la précision des trois principales formules d'estimation de la clairance de la créatinine (CLCR) chez des sujets âgés hospitalisés. La formule de Cockcroft et Gault (CG) et les deux formules Modification of Diet in Renal Disease à quatre et six variables (MDRD4 and MDRD6).

Méthodes : Étude prospective, observationnelle menée dans quatre services de gériatrie, les patients inclus consécutifs avaient 75 ans et plus et une sonde urinaire posée dans un but thérapeutique. La CLCR a été déterminée par quatre méthodes : mesure de CLCR par la créatinine sanguine et urinaire des 24 heures et estimée par les formules de CG, MDRD4 et six variables.

Résultats : Cent cinquante-sept patients ont été inclus. L'âge moyen était de 86,5 ± 6,1 ans (valeurs extrêmes : 75–105) et 46,5 % étaient masculins. Les médianes (et interquartiles) en ml/min étaient de 44,0 (IQR : 32,1–64,5) pour CLCR mesurée, 42,1 (IQR : 31,3–56,3) pour CG-CLCR, 64,3 (IQR : 49,8–81,7) pour MDRD4-CLCR et 49,3 (IQR : 37,4–63,4) pour MDRD6-CLCR, respectivement $p < 0,05$, $p < 0,001$ et $p = 0,44$ comparée à CLCR. Le biais (± ET) pour CLCR-CG, CLCR-MDRD4 et CLCR-MDRD6 était de –3,6 (± 22,2), 19,3 (± 26,4) et 2,4 (± 22,5) ml/min, respectivement. Lorsqu'on comparaît le classement en différent stade d'insuffisance rénale (absent, modéré,

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

sévère) selon CLCR estimée à CLCR mesurée, il y avait une erreur pour 41 % des patients avec CG, 40 % avec MDRD6 et 45 % avec MDRD4. La précision à 30 % des trois formules était de 63 % pour CG, 59 % pour MDRD6 et 37 % pour MDRD4.

Conclusion : Chez les patients âgés hospitalisés, CG et MDRD6 donnaient une meilleure estimation de la CLCR que MDRD4, sans différence significative entre elles.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-08-03
Prescription d'une antibiothérapie et fonction rénale

D. Lagoutte*, G. Le Pallec
Service Pharmacie, hôpital Georges-Clémenceau, Champcueil, France

Introduction : L'insuffisance rénale est une pathologie fréquente dans la population générale comme dans certaines pathologies (VIH, cancérologie) et son incidence augmente de façon importante avec l'âge. Ainsi, l'insuffisance rénale chronique toucherait 13 à 25 % de la population des sujets âgés de plus de 65 ans.

Objectifs : Estimer systématiquement la fonction rénale des sujets âgés doit donc être une nécessité absolue pour éviter les effets indésirables lors de la prescription des médicaments à métabolisme rénal et à marge thérapeutique étroite. C'est le cas de nombreux antibiotiques qui nécessitent une adaptation de posologie en cas d'insuffisance rénale modérée à sévère. Dans notre établissement la grande majorité des patients a plus de 65 ans. Nous avons ainsi voulu étudier l'adéquation entre la fonction rénale du patient et sa prescription en ciblant les antibiotiques.

Méthodes : Nous avons effectué le recueil exhaustif de l'ensemble des prescriptions d'antibiotiques des patients hospitalisés sur un mois (à l'aide du logiciel de dispensation PHEDRA). La clairance de la créatinine de chaque patient a été calculée avec la formule aMDRD (DFG) afin d'évaluer sa fonction rénale et a été comparée avec les informations indiquées dans le logiciel de prescription ACTIPIDOS. Pour chaque antibiotique prescrit, nous avons vérifié les posologies par rapport aux RCP et aux recommandations du guide local du bon usage des antibiotiques élaboré par la COMAI locale en fonction de l'état rénal du patient.

Résultats : Quarante-huit patients ont été inclus dans l'étude dont six de moins de 65 ans. Pour 17 % de ces patients une clairance avec la formule aMDRD n'a pu être calculée par manque d'information (poids et/ou taille). Seulement 33 % avaient une clairance calculée dans actipidos (une datait de plus d'un an). Parmi ces 48 patients, 35 % présentaient une altération de la fonction rénale (insuffisance rénale modérée à sévère). Sur les 17 patients ayant une fonction rénale altérée, un a reçu un traitement contre-indiqué et sept une thérapeutique nécessitant une adaptation de posologie. Sur ces sept patients, un seul avait une posologie conforme aux recommandations du RCP, deux prescriptions présentaient une diminution de posologie mais non conforme au RCP et quatre patients avaient des posologies utilisées chez le patient normorénal.

Conclusion : Ce travail démontre l'intérêt d'un contrôle et d'une estimation de la fonction rénale en gériatrie, mais également pour d'autres patients dits « à risque ». Il soulève aussi la nécessité de mettre à la disposition du corps médical des informations précises sur certaines molécules ciblées. La difficulté supplémentaire chez le patient insuffisant rénal est de ne pas seulement adapter de façon empirique la posologie d'un médicament, mais d'optimiser le rapport bénéfice/risque en prescrivant la posologie adaptée au niveau de la fonction rénale du patient concerné tout en conservant l'efficacité des traitements. Les premiers résultats de cette étude nous ont permis de sensibiliser les prescripteurs notamment via le COMAI local et de montrer l'intérêt d'élaborer un projet d'analyse pharmaceutique ciblée sur la fonction rénale. Cette analyse pharmaceutique pourrait être facilitée par un accès direct via la prescription informatisée aux données biologiques et microbiologiques avec un DFG déjà calculé (formule aMDRD).

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-08-04
Profil des patients hémodialysés dans un hôpital gériatrique

T. Haine*, S. Makouf, J.-P. Vincent, S. Haulon
Service G4 Émile Roux, AP–HP, Limeil Brevannes, France

Introduction : L'insuffisance rénale du sujet âgé est une pathologie courante. Faute de prévention et de traitement, cette pathologie évolue vers un traitement de suppléance par dialyse ou greffe rénale. L'âge médian d'entrée dans la dialyse se situe actuellement à 71 ans. La dialyse concerne donc des patients qui sont parfois hospitalisés en gériatrie.

Objectifs : Quelles sont les particularités de ces patients dialysés en centre de dialyse mais hospitalisés dans un service de gériatrie ?

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, avec une feuille de recueil de données des patients dialysés hospitalisés dans un hôpital gériatrique. On recueille les données démographiques, le motif d'hospitalisation, les comorbidités, le statut nutritionnel, le statut cognitif, le type de dialyse et le devenir de ces patients. L'analyse s'attachera à rechercher les facteurs de risque de mortalité dans cette population (test de Mann et Whitney).

Résultats : Sur une cohorte entre 2005 et 2011, 27 patients ont bénéficié d'une dialyse dans le service. Quatorze femmes, 13 hommes, d'âge moyen 84,1 (± 6,49), ces patients ont 120 jours de DMS. Les motifs d'hospitalisation principaux en dehors de la dialyse sont les chutes avec fracture et la perte d'autonomie. Les comorbidités sont multiples : 81 % des patients ont plus de six pathologies autres que l'insuffisance rénale. 77,8 % de la population présente une HTA, 59,2 % présente une pathologie démentielle et 45 % un diabète. 48,1 % de la population est dénutrie. 44,4 % de la population a un MMS supérieur à 24 et 37 % de la population présente un ADL inférieur à 4.

L'hémodialyse : L'âge de mise en dialyse dans notre cohorte est de 79 ans pour les femmes et 75 ans pour les hommes. Le descriptif des voies d'abord utilisées pour notre cohorte représentées en majeure partie par les KT (témoin d'une mise en dialyse en urgence). La durée totale de dialyse dans notre cohorte : 50,8 mois. La survie actuarielle de notre cohorte est de 48 mois pour 50 % des patients. Les résultats des données de notre cohorte sont très proches de ceux retrouvés dans la littérature.

Conclusion : Le profil nutritionnel, cognitif et fonctionnel de la population gériatrique hémodialysée semble identique à la population gériatrique hospitalisée non dialysée. Les patients hémodialysés et hospitalisés en SSR gériatrique ont une survie comparable aux autres patients hémodialysés, par rapport à l'entrée en dialyse. Toutefois, ces patients gériatriques ont un éventail de lieu d'institutionnalisation possible limité, l'hémodialyse ne permettant pas l'entrée dans toutes les structures. À l'issue de l'étude de notre cohorte, il résulte que l'évaluation gériatrique standardisée médicosociale est indispensable dès le stade d'IRC prédialytique. Elle pourrait faire partie des bonnes pratiques cliniques pour optimiser la prise en charge médico-socio-économiques des patients âgés dialysés. Une collaboration étroite doit s'établir entre néphrologues gériatres biologistes, médecins généralistes, pour améliorer l'accès aux soins et assurer la continuité de la prise en charge de l'IRC chez les sujets âgés.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:98-103
DOI 10.1007/s12612-013-0333-y

P3-09 Nutrition – diabète – métabolisme

© Springer-Verlag France 2013

P3-09-01
Comment sont pris en charge en France les patients diabétiques de type 2 âgés, avec maladie rénale chronique ?

J.-F. Blickle[1,*], A. Penfornis[2], B. Fiquet[3], S. Dejager[3]
[1]*Diabétologie, hôpitaux universitaires, Strasbourg, France*
[2]*Diabétologie, hôpital Jean-Minjoz, Besançon, France*
[3]*Affaires cliniques, Novartis Pharma SAS, Rueil-Malmaison, France*

Introduction : Peu de données existent sur la prise en charge des patients diabétiques de type 2 (DT2) de plus de 75 ans, dont un grand nombre présente une altération rénale.

Objectifs : Évaluer la prise en charge thérapeutique en 2012, en France, d'une population DT2 âgée avec maladie rénale chronique (MRC).

Méthodes : Étude transversale, observationnelle : 3 704 patients ont été inclus par 968 médecins. Les données des 980 patients âgés de plus de 75 ans avec MRC sont présentées ici, 771 inclus par des médecins généralistes (MG) et 209 par des diabétologues.

Résultats : Ces patients étaient, pour 56 % des hommes, d'âge moyen de 81 ans (75–101), d'IMC de 28,5 kg/m^2, avec un diabète ancien (15,4 ans), en moyenne bien contrôlé (HbA1c : 7,4 % ; dont 59,4% < 7,5 % et 24% ≥ 8 %), et souvent compliqué (rétinopathie : 20 %, complications macrovasculaires : 49 % [coronaropathie : 31 %], insuffisance cardiaque : 20 %). Respectivement, 96 et 78 % étaient hypertendus et dyslipidémiques, quasi tous traités : 43 % recevaient au moins une trithérapie antihypertensive, et 52 % une combinaison de traitements antihypertenseurs, hypolipémiants et antiagrégants plaquettaires. Globalement, le nombre moyen de traitements associés pour la prise en charge du risque cardiovasculaire était de 5,5. Leur DFGe moyen était de 43 ml/min par 1,73 m^2, 20 % avaient une IR sévère (DFGe < 30 ml/min par 1,73 m^2, moyenne : 22,5), 71 % une IR modérée (DFGe : 30–60) et 38 % avaient un suivi néphrologique. Le traitement antidiabétique comprenait la metformine (47 %), un sulfamide (26 %) ou un glinide (19 %), un inhibiteur des alphaglucosidases (6 %), un inhibiteur de la DPP-4 (31 %) ou bien de l'insuline (49 %). Le traitement était exclusivement oral pour 51 % des patients (40, 46 et 13 % respectivement en mono-, bi- et trithérapie) et incluait de l'insuline pour 49 % des patients (en association avec au moins un ADO dans 59 % des cas). Avec l'altération de la fonction rénale, la part de la metformine diminuait (70, 49, et 29 % des patients à FR normale, en IR modérée et en IR sévère) ainsi que celle des sulfamides (28, 28 et 19 %) et des DPP-4-i (38, 33 et 20 %), alors que celle des glinides (11, 19 et 22 %) et de l'insuline (37, 46 et 65 %) augmentait. La metformine restait globalement prescrite à des doses relativement élevées (moyenne : 1,9 g/j ; > 2 g/j pour 25 %). Au total, un arrêt ou une diminution de dose en fin de consultation était décidé pour 25 % des patients, cette proportion était de 40 % pour les patients en IR sévère (31 % d'arrêt). Les patients inclus par les diabétologues avaient un âge, un sex-ratio, un IMC et un DFG moyen similaires, mais une ancienneté du DT2 plus importante (19,7 ans ; 66 % ≥ 15 ans) et une HbA1c moyenne plus élevée (7,8 % ; 42 % < 7,5 % et 34 % ≥ 8 %). Ils recevaient en premier lieu de l'insuline (75 %) puis, à égalité, metformine (26 %) et glinides (26 %), puis sulfamides (20 %) et DPP-4-i (17 %). La dose moyenne de metformine était de 1,5 g/j (13,7 % recevant plus de 2 g/j). Dans le sous-groupe des patients en IR sévère (18 %), les diabétologues ont tous arrêté la metformine en fin de consultation (21,6 % des patients en IR sévère inclus par les diabétologues étaient encore sous metformine).

Conclusion : Cette cohorte de patients DT2 âgés en moyenne de 81 ans et porteurs d'une MRC, dont 20 % présentent une altération sévère de la fonction rénale, montre une adaptation imparfaite du traitement antidiabétique et un niveau de contrôle glycémique trop strict. Contrairement aux recommandations, 30 % des patients âgés en IR sévère (DFGe : 22,5 ml/min par 1,73m^2) recevaient encore de la metformine, et 19 % des sulfamides hypoglycémiants.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-09-02
Carence en vitamine D et mortalité six semaines après l'admission en urgence dans un service de gériatrie aiguë

C. Godard Sebillotte*, T. Basileu, L. Godaert-Simon, J.-L. Fanon
Service de médecine interne gériatrique, Fort-de-France, France

Introduction : La vitamine D joue un rôle majeur dans le métabolisme phosphocalcique et osseux. Son rôle squelettique est de mieux en mieux connu : association entre carence en vitamine D et risque de chute, bénéfice de la supplémentation sur le risque de fracture ostéoporotique, de chute, et sur l'amélioration de l'équilibre et de la force musculaire. Les effets extrasquelettiques de la vitamine D sont plus controversés, notamment son association avec la fragilité et la mortalité. Chez les sujets âgés, hors situation aiguë, des auteurs ont montré une association entre carence en vitamine D et mortalité, toutes causes confondues, lors de suivi long de plusieurs années. À l'entrée en réanimation, une association indépendante entre carence en vitamine D et mortalité précoce a été retrouvée par plusieurs auteurs dans des populations pédiatriques et adultes. L'association entre mortalité précoce et carence en vitamine D dans une population de patients âgés hospitalisés en urgence a peu été étudiée.

Objectifs : Étudier l'association entre carence en vitamine D et mortalité six semaines après l'admission en urgence, dans un service de gériatrie, pour une pathologie aiguë.

Méthodes : Cohorte prospective observationnelle.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

Résultats : Du 1er janvier 2012 au 30 juin 2012, 370 patients ont été admis en gériatrie aiguë. Deux cent quatre-vingt-sept patients ont été inclus dans la cohorte, dont 60,6 % de femmes. Leur âge moyen était de 85,6 ans. Quinze jours avant l'admission en urgence, 30,1 % d'entre eux présentaient une perte d'autonomie pour moins de deux activités de la vie quotidienne, 17,8 % présentaient une perte d'autonomie pour deux à quatre activités de la vie quotidienne et 52,1 % pour plus de quatre activités de la vie quotidienne. Un risque de malnutrition était retrouvé chez 96,1 % des patients, évalué à l'aide du MNA-SF (Mini-Nutritional Assessment-Short Form). Selon l'index de Charlson, les patients présentaient des niveaux de comorbidités bas pour 8,0 % d'entre eux, moyens pour 50,9 % et élevés pour 41,1 %. La vitamine D à l'entrée était en moyenne de 24,9 ng/ml (±13,6 ng/ml), et 63 % des sujets présentaient une carence en vitamine D inférieure à 30 ng/ml. Il n'existait pas d'association entre l'existence d'une carence en vitamine D et la mortalité six semaines après l'hospitalisation.

Conclusion : Nous retrouvons une prévalence élevée de carence en vitamine D chez nos sujets âgés hospitalisés en urgence pour une pathologie aiguë. Cette prévalence élevée était attendue dans cette population afro-caribéenne martiniquaise qui cumule plusieurs facteurs de risque : âge élevé, peau noire, habitudes de protection du soleil culturellement ancrée. De plus, il a été montré que chez les patients âgés hospitalisés en urgence, la prévalence de carence en vitamine D est particulièrement élevée. Nous ne retrouvons pas d'association entre carence en vitamine D et mortalité à six semaines dans notre population. Cette absence d'association pourrait être due à un manque de puissance. Cependant, il est possible qu'il n'existe effectivement aucune association entre carence en vitamine D et mortalité à six semaines dans notre population afro-caribéenne.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-09-03
Troubles musculosquelettiques de l'épaule des personnes âgées diabétiques au Maroc

H. Azanmasso[1,*], S.N. Diagne[1], E. Alagnidé[2], F. Lmidmani[1], A. El Fatimi[1]
[1]Service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle, CHU Ibn-Rochd de Casablanca (Maroc), Casablanca, Maroc
[2]Service de rééducation et réadaptation fonctionnelle, centre national hospitalier universitaire HKM, Cotonou, Bénin

Introduction : Le diabète est une maladie chronique dont la prévalence croissante passera de 6,4 % en 2010 à 7,7 % de la population mondiale en 2030. Il génère de nombreuses complications surtout vasculaires touchant les organes les plus nobles. Des troubles musculosquelettiques sont aussi décrits et de façon isolée les atteintes de l'épaule du diabétique d'où l'intérêt de ce travail.

Objectifs : Analyser les caractéristiques des troubles musculosquelettiques de l'épaule des personnes âgées diabétiques au Maroc.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique portant sur 11 patients diabétiques vus de février à mai 2013 au service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle du CHU Ibn-Rochd de Casablanca.

Résultats : L'âge moyen était de 67,8 ans ± 5,62 écart-type avec majoritairement des femmes (90,9 %). Le délai moyen d'évolution du diabète était de 11,1 ans ± 5,11 écart-type, et toutes les personnes âgées dans cette étude sont diabétiques type II, associé à l'hypertension artérielle chez 63,7 % des patients. L'hémoglobine glyquée était élevée, moyenne de 10,9 ± 3,14 écart-type malgré le traitement insuline (54,5 %) et/ou antidiabétiques oraux (36,4 %) bien suivi 63,6 %. 27,3 % avaient déjà été hospitalisés pour des complications aiguës du diabète. La prévalence des troubles musculosquelettiques de l'épaule était de 36,4 % avec 27,3 % de tendinite de la coiffe des rotateurs dont 9,1 % calcifiante et 9,1 % capsulite rétractile. Le contexte traumatique a été retrouvé chez 18,2 %, l'intensité moyenne EVA = 4 évoluant depuis sept mois. Atteinte du côté dominant (18,2 %), bilatérale (9,1 %), amyotrophie deltoïdienne, sus- et sous-épineux (18,2 %) avec limitation frontale, sagittale et transversale (27,3 %) étaient retrouvées. Tous les tests de conflits : Yocum, Neer et Hawkins, les tests tendineux : Palm-up, Jobb et test de Patte étaient positifs à 27,3 % des cas avec une limitation fonctionnelle : score de Constant : 51,02/100 en moyenne. La qualité de vie est mauvaise chez toutes les personnes âgées colligées avec ADDQoL sans influence statistique des troubles musculosquelettiques de l'épaule.

Conclusion : Les troubles musculosquelettiques de l'épaule des personnes âgées diabétiques au Maroc sont dominés par les tendinites de la coiffe avec importante limitation fonctionnelle sans une influence sur leur qualité de vie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-09-04
Prise en charge du diabète en institution gériatrique

C. Oliver[1,*], M. Grino[2], L. Mari[3], M. Lachamp[3], L. Adjemout[4], D. Frant[3], A. Langar[1], F. Retornaz[1]
[1]Cellule recherche, centre gérontologique départemental 13, Marseille, France
[2]Physiologie, faculté de médecine, Marseille, France
[3]EHPAD, Marseille, France
[4]USLD, centre gérontologique départemental 13, Marseille, France

Introduction : Le suivi du diabète en institution gériatrique présente des spécificités liées aux comorbidités, aux déficits cognitifs et fonctionnels et à une espérance de vie limitée. Sécurité métabolique (en évitant hypoglycémie et pics hyperglycémiques fréquents) et maintien de la qualité de vie sont les deux objectifs prioritaires chez ces personnes.

Objectifs : Notre étude a pour but d'évaluer les modalités de prise en charge du diabète des résidents en EHPAD et USLD du centre gérontologique départemental 13 par référence à ces deux objectifs.

Méthodes : Les dossiers des 68 résidents diabétiques ont été analysés avec le recueil des comorbidités, des incapacités et des troubles cognitifs et du suivi du diabète, sur le plan métabolique (fréquence des mesures et valeurs des glycémies capillaires et de l'HbA1C, relevé des hypoglycémies et des pics hyperglycémiques), relevé du régime alimentaire et des bilans de complications.

Résultats : La prévalence du diabète est de 19 % en EHPAD (40/210 résidents) et de 19,7 % en USLD (28/150 résidents). Le statut médical des diabétiques est moins bon en USLD qu'en EHPAD avec un score GIR de 1–2 dans 78,6 % des cas vs 42,5 %, une perte de mobilité dans 42,9 % des cas vs 32,6 % et une incontinence urinaire dans 92,9 % des cas vs 40,0 %. La surveillance et le contrôle glycémique sont corrects dans la majorité des cas avec des valeurs moyennes d'HbA1C de 7,2 ± 1,0 en EHPAD et de 7,0 ± 1,3 % en USLD. Chez deux résidents, l'HbA1C est supérieure à 9,5 % ; huit résidents traités par sulfamides hypoglycémiants ont une HbA1C inférieure à 6,5 % avec un risque potentiel d'hypoglycémie. La surveillance ophtalmologique est significativement plus limitée en USLD (10,7 %) qu'en EHPAD (55 %) en raison de comorbidités et d'incapacités fonctionnelles

plus importantes. La fonction rénale est évaluée deux fois par an par la mesure de la clairance de la créatinine (MDRD). Le dosage de microalbuminurie n'est effectué que dans 10 % des cas en USLD et 17,5 % des cas en EHPAD en raison de l'incontinence urinaire. La surveillance et le traitement d'anomalies lipidiques ne sont réalisés que chez les résidents en prévention secondaire.

Conclusion : Le suivi du diabète est globalement satisfaisant notamment sur le plan de la sécurité métabolique. Il peut être amélioré par la formalisation de protocoles standardisés en fonction du type de traitement antidiabétique. La faisabilité et l'intérêt des bilans de complications du diabète doivent être personnalisés en fonction du statut médical du résident et de son espérance de vie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-09-05
Impact d'un programme d'amélioration des repas sur la qualité de vie, l'humeur et le statut nutritionnel des sujets âgés vivant en institution : étude quasi expérimentale

S. Blanchemain[1,*], C. Guezennec[2], V. Kowalski[2]
[1]*Médecine gériatrique aiguë, Caen, France*
[2]*Médecine générale, CHU de Caen, Caen, France*

Introduction : Le nombre de sujets âgés vivant en institution ne cesse de croître. La dépression et la dénutrition du fait de leurs fortes prévalences en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont de véritables enjeux de santé publique. La mise en place d'interventions visant à améliorer la qualité de vie des résidents semble nécessaire.

Objectifs : Évaluer l'impact d'un programme nutritionnel sur la qualité de vie, l'humeur et le statut nutritionnel des sujets âgés vivant en EHPAD.

Méthodes : Deux EHPAD ont été choisis, l'un avec mise en place de l'intervention, l'autre comme témoin. L'intervention consistait en l'amélioration de la qualité des repas en utilisant des produits frais cuisinés sur place et des textures adaptées, ainsi qu'une formation du personnel. L'évaluation a utilisé un schéma quasi expérimental, avec mesure par hétéroquestionnaires avant et trois mois après la mise en place du programme, de la qualité de vie (indicateur de santé perceptuelle de Nottingham), de l'humeur (GDS) et du statut nutritionnel (IMC).

Résultats : Quatre-vingt-un résidents ont été inclus, 41 dans le groupe intervention et 40 dans le groupe témoin, la moyenne d'âge était de 83 ans. Dans le groupe intervention, on observait une tendance à l'amélioration des scores d'isolement ($p = 0{,}088$), de douleur ($p = 0{,}093$), de dépression ($p = 0{,}090$), et une baisse significative de l'IMC ($p < 0{,}001$). Dans le groupe témoin, toutes les mesures étaient stables. La différence de changement entre les deux groupes était significative uniquement pour l'IMC ($p = 0{,}017$).

Conclusion : L'amélioration de la qualité des repas n'a pas permis d'améliorer significativement la qualité de vie ou l'humeur des sujets âgés vivant en EHPAD. La baisse significative de l'IMC est probablement plus liée à un événement intercurrent et à un biais de mesure qu'à l'intervention en elle-même. En association à cette démarche, une meilleure socialisation du moment des repas pourrait avoir un impact supplémentaire.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-09-06
Prévalence de la malnutrition protéinoénergétique de patients de plus de 75 ans hospitalisés pour une fracture de l'extrémité supérieure du fémur

S. Drevet[1,*], S. Maziere[2], C. Bioteau[2], P. Couturier[2], J. Tonetti[2], G. Gavazzi[2]
[1]*Isère, Grenoble, France*
[2]*CHU de Grenoble, Grenoble, France*

Introduction : Un pour cent des chutes après 75 ans conduit à une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF). La malnutrition protéinoénergétique (MPE) serait associée à la survenue de chutes et de fractures. Le dépistage de la MPE et la prise en charge nutritionnelle périopératoires sont recommandés par l'European Society of Parenteral and Enteral Nutrition cependant, il existe peu de données sur le statut nutritionnel des patients âgés hospitalisés pour une FESF. Le Mini Nutritional Assessment (MNA) est probablement le meilleur outil pour le dépistage de la MPE en phase aiguë périopératoire.

Objectifs : L'objectif principal de notre étude était de déterminer la prévalence de la MPE de patients de plus de 75 ans, hospitalisés pour une FESF en utilisant le score MNA. Les objectifs secondaires étaient d'étudier les facteurs associés à la présence d'une MPE et le rôle de la MPE comme facteur évolutif.

Méthodes : Notre étude épidémiologique prospective portait sur des patients de plus de 75 ans admis pour une FESF dans un secteur de huit lits de chirurgie orthopédique avec suivi gériatrique. Une MPE était retenue pour un MNA inférieur à 17/30. Nous avons évalué pour chaque patient : les comorbidités associées (CIRS-G), les statuts cognitif avec le Mini Mental State Examination (MMSE) et fonctionnel avec les activités de la vie quotidienne (ADL) et la durée moyenne de séjour (DMS). Le seuil de significativité des tests était retenu pour un $p < 0{,}05$.

Résultats : L'âge moyen des 50 patients inclus était de 86,1 ans (77–94). La prévalence de MPE était de 28 %. Le risque de MPE était présent pour 58 % des patients. Les dénutris avaient un score de comorbidité plus élevé ($p < 0{,}006$), un nombre de comorbidités sévères plus important ($p = 0{,}006$). Leurs troubles cognitifs ($p = 0{,}005$) et leur dépendance fonctionnelle ($p = 0{,}002$) étaient plus marqués. La durée moyenne de séjour (DMS) était prolongée en cas de MPE ($p = 0{,}012$).

Conclusion : Notre étude confirme la haute prévalence de la MPE chez des patients de plus de 75 ans présentant une FESF mais suggère un allongement de séjour en cas de MPE. Compte tenu de l'enjeu économique actuel lié aux durées de séjours des patients gériatriques traumatisés, de la forte prévalence de la MPE et de l'augmentation de la DMS en cas de MPE, il semble indispensable que prévention et traitement précoce de la MPE soient réalisés. Des études interventionnelles paraissent nécessaires pour évaluer l'impact à moyen et long termes d'une prise en charge nutritionnelle périopératoire d'une FESF.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-09-07
Particularités du diabète chez le sujet âgé en médecine interne : étude de 51 cas

H. Abdelhedi*, N. Kraiem, N. Khammassi, A. Tajmout, O. Cherif
Médecine interne, La Manouba, Tunisie

Introduction : Le nombre de diabétiques âgés ne cesse d'augmenter du fait du vieillissement de la population et de la progression

de l'obésité. La prise en charge du diabète dans la population âgée demeure un challenge, notamment de par les contre-indications croissantes aux antidiabétiques oraux avec l'avancée en âge.

Objectifs : Évaluer les caractéristiques épidémiologiques, évolutives et thérapeutiques du diabète chez le sujet âgé.

Méthodes : Nous avons colligé de façon rétrospective 51 cas de diabète (54,83 %) parmi 93 patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés dans le service de médecine interne à l'hôpital Razi durant la période allant de janvier 2011 à décembre 2012. L'équilibre du diabète est apprécié par le dosage de l'Hb glyquée.

Résultats : L'âge moyen est de 71,5 ans avec des extrêmes allants de 65 à 86 ans. Le sex-ratio est de 0,54 (18 hommes et 33 femmes). L'IMC moyen est de 29,45 kg/m². Nous avons trouvé 51 cas de diabète parmi 93 patients, soit une prévalence de 54,83 %. Nous avons relevé 16 cas de diabète type 2 (31,37 %) et 35 cas de diabète type 2 insulinonécessitant (68,62 %). La durée moyenne d'évolution est de 11,38 ans. La moyenne de l'Hb glyquée est de 10,09 % avec des extrêmes allant de 6,3 à 14,3 %. Nous avons relevé 13 cas de rétinopathie (25,49 %), 30 cas de néphropathie (58,82 %) dont 22 cas d'insuffisance rénale sévère, 30 cas de neuropathie (58,82 %), sept cas d'atteinte carotidienne (13,72 %), dix cas d'artériopathie des membres inférieurs (19,60 %), cinq cas d'atteinte coronarienne (9,80 %), six cas d'hypoglycémie (11,76 %), trois cas de cétose (5,88 %), un cas d'acidocétose (1,96 %), aucun cas de coma hyperosmolaire ni d'acidose lactique. Pour les pathologies psychiatriques, nous avons relevé huit cas (15,68 %) répartis comme suit : un cas de démence, trois cas de schizophrénie, un cas de pathomimie, deux cas de dépression et un cas de trouble bipolaire. Nous avons noté 44 cas d'hypertension artérielle (HTA) soit 86,27 %, 33 cas de ménopause soit 64,70 %, l'obésité 26 cas, soit 50,98 %, la dyslipidémie 21 cas, soit 41,17 %, le tabagisme dix cas, soit 19,60 %. Nous avons recensé 14 cas d'infections cutanées (36,84 %), sept cas d'infections urinaires (18,42 %), cinq infections pulmonaires (13,15 %), cinq mal perforant plantaire (13,15 %), deux amputations (5,26 %). Les antidiabétiques oraux ont été prescrits chez 12 patients (23,53 %), l'insulinothérapie chez 35 patients (68,63 %), quatre patients (7,84 %) sont sous régime.

Conclusion : Dans la littérature, le diabète du sujet âgé est une pathologie fréquente, sa prévalence est de 54 %, dans notre étude, elle est de 54,83 %. Les diabétiques âgés sont nombreux et constituent un groupe hétérogène de patients. Les complications du diabète ont un impact plus lourd sur l'autonomie du sujet âgé.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-09-08
Évaluation des apports alimentaires en posturgence gériatrique. Intérêt d'une collaboration diététicien/aides-soignants

H. Rossignol-Dalat[1,*], O. Boibieux[2], P. Blanc[1], C. Roux[2], B. Comte[1]
[1]*Pavillon K, service de gériatrie, hospices civils de Lyon, Lyon, France*
[2]*Service de diététique, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France*

Introduction : La dénutrition protéinoénergétique (DPE) chez la personne âgée (PA) est un problème important de santé publique. Elle augmente la fragilité et la probabilité de présenter des décompensations en cascade de comorbidités. Le statut nutritionnel est un facteur prépondérant de morbimortalité. En posturgence gériatrique, du fait de la pathologie aiguë, la DPE est omniprésente et doit être prise en charge précocement. Le relevé alimentaire constitue une première mesure simple de ce dépistage. Il s'effectue sur au moins trois repas consécutifs grâce à une fiche de relevé alimentaire.

Objectifs : Analyser l'intérêt d'une collaboration aides-soignants (ASD)/diététiciens pour le dépistage de la DPE en service de posturgence gériatrique, avec formation des ASD à ce relevé alimentaire en binôme avec le diététicien.

Méthodes : Étude rétrospective comparative effectuée sur deux audits de pratique clinique réalisés les 19 décembre 2012 et 19 mars 2013, concernant le relevé alimentaire par ASD du service de posturgence. Entre les deux audits, les ASD ont tous bénéficié d'une formation individuelle au relevé alimentaire enseignée par le diététicien.

Résultats :

Audit	Décembre 2012	Mars 2013
Dossiers analysés	15	17
Fiches de relevé mises en place dès l'admission	6	13
Fiches de relevé remplies pour 3 repas consécutifs	6	13
Fiches analysables	1	15
Fiches poursuivies si prise alimentaire incorrecte	0	15
Transmissions ciblées dans dossier de soins	0	15

Discussion : Notre travail révèle l'intérêt d'une collaboration ASD/diététicien pour l'amélioration de nos pratiques. La formation au relevé alimentaire des ASD les sensibilise et améliore le suivi du dépistage. D'une part, les fiches de relevé sont quasiment toutes ouvertes à l'admission, mieux remplies, incluant trois repas consécutifs, optimisant l'analyse diététique. D'autre part, ces relevés objectivent des conduites alimentaires anormales chez certains patients, justifiant la poursuite de la surveillance pluriquotidienne. Malgré ces résultats encourageants, nous remarquons qu'il reste des dossiers sans relevé alimentaire, certains incomplets, nous incitant à maintenir cette collaboration et notre vigilance pour le repérage du risque de DPE. Parallèlement, une analyse quotidienne de ces relevés est réalisée par le diététicien, en réunion pluridisciplinaire. Cela renforce le lien ASD/diététicien et l'implication des soignants, médicaux et paramédicaux, dans le dépistage de la DPE.

Conclusion : La DPE est un problème majeur chez les PA, notamment dans un contexte de décompensation aiguë. Une des mesures simples du dépistage est le relevé alimentaire sur trois repas consécutifs. Or, ce dernier n'est pas toujours bien renseigné par les équipes soignantes, ni de façon systématique à l'admission. La collaboration ASD/diététicien montre une réelle amélioration des relevés alimentaires, mieux remplis, davantage analysables et utiles aux diététiciens. La présence quotidienne du diététicien dans le service renforce la sensibilisation et le repérage de la DPE par les équipes médicales et paramédicales pour une prise en charge précoce.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-09-09
Statut vitaminique A, E, B12 et folate chez les patients âgés malnutris hospitalisés

M. Lamloum[1,2,*], I. Rachdi[1], Y. Zayani[2], I. Ben Ghorbel[1], A. Hamzaoui[1], T. Ben Salem[1], M. Smiti Khanfir[1], M. Asmi[2], N. Kaabachi[2], M. Houman[1]
[1]*Médecine interne, Tunis, Tunisie*
[2]*Biochimie, hôpital La-Rabta, Tunis, Tunisie*

Introduction : La malnutrition protéinoénergétique (MPE) est un problème majeur de santé publique en gériatrie. Elle concerne 5–10 % des personnes âgées ambulatoires, 50 % hospitalisées et 50–80 % institutionnalisées. La malnutrition s'accompagne souvent d'une carence en

vitamine. Elle peut être à l'origine d'asthénie, de troubles psychologiques, voire d'encéphalopathie carentielle, des troubles neurologiques, d'anémie et de déficit immunitaire. Elle favorise la survenue plus précoce de pathologie (ou de récidives). La MPE entraîne une entrée dans la fragilité globale avec perte d'autonomie et est également associée à une augmentation de la morbimortalité.

Objectifs : Étudier le statut vitaminique chez des patients âgés dénutris.

Méthodes : L'étude a porté sur 158 patients âgés de plus de 65 ans (âge moyen : 75,86 ± 7,5 ans) recrutés par le service de médecine interne (hôpital La-Rabta-Tunis). Deux groupes de patients ont été individualisés : un premier groupe (G1) ayant une MPE et un second groupe (G2) sans MPE. Les paramètres anthropométriques (poids [P], taille [T = déterminée à partir de la distance talon–genou], indice de masse corporelle [IMC = P/T^2], circonférence du bras [CB], circonférence du mollet [CM] et pli cutané tricipital [PC]) ont été relevés. Un prélèvement sanguin a été pratiqué après 12 heures de jeûne. Les vitamines A (vit A) et E (vit E) ont été dosées par HPLC. La vitamine B12 (vit B12) et le folate ont été dosés par RIA. L'albumine (Alb) et la préalbumine (Palb) ont été analysées par immunoturbidimétrie sur un automate COBAS Integra 400 (Roche). Le cholestérol total (CT) et le HDL-cholestérol (HDL-C) ont été dosés par les méthodes enzymatiques colorimétriques sur un automate Hitachi 912. Les lymphocytes (Lym) et l'hémoglobine (HBG) ont été dosés sur un automate d'hématologie : ABX Micro 60.

Résultats : La comparaison des caractéristiques anthropométriques (âge, poids, IMC, CB, PC) entre les deux groupes a montré une différence significative uniquement pour l'IMC (G1 : 23,81 kg/m^2 ± 4,09 versus 25,70 kg/m^2 ± 4,82 pour le G2 ; $p < 0,03$). La comparaison des caractéristiques biologiques de la population selon leur état nutritionnel (CT, TG, LDL, HDL, Alb, Palb, Hb, Lym) a montré une différence statistiquement significative pour le taux de cholestérol, de HDL, d'albumine, de préalbumine et d'hémoglobine. La comparaison du profil vitaminique de la population selon leur état nutritionnel a montré une différence statistiquement significative pour le taux de vit A (G1 : taux de 0,49 mg/l ± 0,24 versus 0,49 mg/l ± 0,24 pour le G2), vit E (G1 : taux de 9,39 mg/l ± 4,72 versus 11,35 mg/l ± 5,07 pour le G2), et folates (G1 : taux de 5,53 ± 4,58 versus 5,53 ± 4,58 pour le G2). La différence entre les deux groupes n'était pas significative pour le taux de vit B12. Dans le G1, l'hypovitaminose était plus fréquente (vit A : 24 %, vit E : 18 %, vit B12 : 26 %, folates : 49 %).

Conclusion : Les personnes âgées constituent un groupe à risque élevé de déficiences vitaminiques. Ce risque est particulièrement élevé chez les patients à haut risque de malnutrition surtout en milieu hospitalier. La déficience vitaminique intervient probablement dans la survenue de certaines pathologies dégénérative (parkinson, rhumatisme). Les vitamines directement concernées sont celles à haut pouvoir antioxydant (vit E, vit A). La correction de ces perturbations peut se faire de différentes façons.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-09-10
Impact de l'intervention d'une unité transversale de nutrition en court séjour gériatrique

N. Guesdon[1,*], J. Brissard[2], S. Blanchemain[1], P. Lescure[1], M. A. Piquet[3]
[1]*Médecine gériatrique aiguë, Caen, France*
[2]*Médecine générale, Caen, France*
[3]*Unité de nutrition clinique, CHU de Caen, Caen, France*

Introduction : La prévalence croissante de la dénutrition avec l'âge fait de sa prise en charge une pratique courante en court séjour gériatrique (CSG) et un enjeu majeur de santé publique. La Haute Autorité de santé (HAS) recommande, dans les éléments de coordination entre les différents acteurs de cette prise en charge, la création dans les hôpitaux d'unités transversales de nutrition clinique (UTNC).

Objectifs : L'objectif principal était d'évaluer l'impact de l'intervention d'une UTNC en CSG sur la stratégie de prise en charge de la dénutrition. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'impact de cette intervention sur l'évolution des statuts nutritionnel, fonctionnel et cognitif et sur la survenue d'événements indésirables au décours de l'hospitalisation et à trois mois.

Méthodes : Étude prospective contrôlée non randomisée. Inclusion de tout patient de plus de 75 ans hospitalisé en CSG sur une période de deux mois. Une unité pilote (UP) bénéficiait de l'intervention systématique de l'UTNC, et une unité contrôle (UC) recevait les soins courants. Le critère principal de jugement était la stratégie nutritionnelle : alimentation enrichie, compléments nutritionnels oraux, nutrition entérale ou parentérale, kinésithérapie motrice. La prise de poids, la cinétique de l'albuminémie, l'évolution des scores aux échelles d'évaluation gériatrique et la survenue d'événements indésirables (escarres, infections nosocomiales, chutes et décès) ont été évaluées à l'entrée, puis à la sortie du CSG et à trois mois (en consultation ou par contact téléphonique auprès de professionnels de santé). La dénutrition a été définie selon les critères de la HAS, le statut fonctionnel a été défini par la mesure des activités de la vie quotidienne (échelle ADL), le statut cognitif a été estimé par le Mini-Mental State Examination (MMSE) et une échelle d'autonomie instrumentale (IADL).

Résultats : Quatre-vingt-dix-sept patients ont été inclus, 47 dans l'UP et 50 dans l'UC. Les deux échantillons étaient comparables : moyenne d'âge de 85 ans, 38 % étaient des hommes, 66 % vivaient à domicile, 71 % étaient dénutris, MMSE moyen à 16/30. Entre l'évaluation à l'entrée et à la sortie du CSG, il n'a pas été mis en évidence de différence significative sur la stratégie de prise en charge de la dénutrition entre l'UP et l'UC. Une alimentation enrichie (24,5 % des cas) et la prescription de compléments nutritionnels oraux (65 % des cas) prédominaient. Il n'y avait pas de prescription de nutrition entérale, un patient avait bénéficié d'une nutrition parentérale dans l'UP. Une prise en charge en kinésithérapie motrice était proposée dans 27 % des cas. Il n'y avait pas non plus de différence significative sur l'évolution des statuts nutritionnel, fonctionnel et cognitif et sur la survenue d'événements indésirables à la sortie du CSG et à trois mois.

Conclusion : Cette étude n'a pas permis de montrer un impact significatif de l'intervention d'une UTNC en CSG sur la stratégie de prise en charge nutritionnelle. Le recours à la complémentation orale fait partie des pratiques courantes. Le manque de puissance statistique et l'aspect limitatif du déclin cognitif sur l'indication de la nutrition entérale peuvent expliquer en partie ces résultats. Le recours à l'UTNC pour des situations complexes identifiées par le gériatre semblerait plus pertinent.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-09-11
« Mixage froid », une alternative aux compléments nutritionnels oraux ?

S. Magelli*, E. Ngamba, O. Barrandon
EHPAD du Larmont, Doubs, France

Introduction : La dénutrition du sujet âgé institutionnalisé en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées) atteindrait selon les études de 15 à 38 % des résidents [1]. La correction est d'autant plus difficile avec les troubles de la déglutition et de la démence.

De plus, les compléments nutritionnels oraux liquides sur le marché sont peu appréciés des personnes âgées et inadaptées aux résidents présentant des troubles de la déglutition. L'EHPAD du Larmont est une structure de 252 lits divisée en trois secteurs : une unité de soins de longue durée (USLD), une unité Alzheimer, trois unités résidents fragiles.

Objectifs : Le dépistage et le diagnostic de dénutrition sont réalisés à l'admission du résident avec la diététicienne qui établit un plan de renutrition. Il a été mis en place à l'EHPAD du Larmont une préparation spécifique appelée « mixage froid » afin de proposer une alternative aux compléments nutritionnels oraux traditionnels. Sa texture est également adaptée aux troubles de la déglutition.

Méthodes : La méthode d'évaluation retenue est une étude prospective. *Critères d'inclusion :* Âge supérieur à 65 ans, démence (MMSE < 20/30), troubles de la déglutition aux liquides, ingestas inférieurs à 1 500 kcal/j et/ou protéines inférieurs à 60 g, après échec des aliments enrichis chauds. *Recette* : Le mixage froid est une préparation onctueuse, servi dans un ramequin qui se compose : 1) d'une crème sucrée hyperprotéinée parfumée réfrigérée (125 g) ; 2) d'un sachet de lait en poudre demi-écrémé (15 g) ; 3) de sucre en poudre (10 g) ; 4) d'un fromage blanc à 20 % de matière grasse (100 g). Composition nutritionnelle pour une portion : 394 kcal dont 23 g de protéines, 14 g de lipides, 43 g de glucides et 533 mg de calcium.

Résultats : Étude de l'évolution du poids à trois mois sur l'échantillon de 18 résidents (7 % de la population de l'établissement) :

Variation poids	Perte > 0,5 %	Stable –0,5 à +0,5 %	Gain 0,5 à 5 %	Gain > 5 %
Résultats	22 % (4/18 résidents)	17 % (3/18)	44 % (8/18)	17 % (3/18)

Les 18 résidents ont pris le mixage froid pendant les trois mois au moins une fois par jour sans lassitude. Onze résidents sur 18 ont eu un gain de poids d'au moins 0,5 %. La prise moyenne de poids est de 6,3 % [–9,8, +11].

Conclusion : Notre échantillon est de petite taille du fait des critères d'inclusion stricts, donc notre étude est statistiquement non significative, mais il nous paraît opportun de présenter les résultats provisoires. En effet, cette préparation culinaire froide est très appréciée par les résidents car elle est sucrée, sa texture est jugée agréable et convient aux personnes démentes sujettes aux fausses routes. L'étude se poursuit et les résultats à six mois sont en attente. Le « mixage froid » est maintenant proposé comme complément alimentaire aux résidents dénutris de notre établissement. L'objectif est de faire connaître cette préparation qui a un impact positif sur l'état nutritionnel aux autres EHPAD.

Référence

1. HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéinoénergétique chez la personne âgée. Recommandations avril 2007

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-09-12

Dépistage de la dénutrition, avec des critères objectifs, chez des résidents d'EHPAD en situation d'admission

M. Hommel[1,*], G. Pisica Donose[2], A. Floriot[2], F. Barthelemy[2]
[1]*EHPAD Les Jardins-Médicis, Provins, France*
[2]*Expertise & Soins, Suresnes, France*

Introduction : La dénutrition du sujet âgé est reconnue comme un véritable problème de santé publique car elle entraîne ou aggrave l'état de fragilité, de dépendance et favorise la survenue de morbidités. Selon les recommandations de la HAS, le dépistage de la dénutrition est recommandé chez toutes les personnes âgées et doit être réalisé au minimum à l'admission puis une fois par mois en institution, et lors de chaque hospitalisation. Ces dernières années le sujet de la dénutrition en EHPAD a été beaucoup abordé par les autorités et soutenu par des programmes nationaux et par les sociétés savantes, associations et professionnels. Tous soulignent la nécessité d'un dépistage précoce afin de mettre en place une stratégie nutritionnelle adaptée. En EHPAD les estimations de la prévalence de la dénutrition varient de 15 à 45 % selon les auteurs. Détectée dès l'admission, elle permet d'adapter la prise en soins des résidents et d'améliorer leur qualité de vie et leur pronostic.

Objectifs : L'objectif de cette étude était d'évaluer différentes méthodes de dépistage de la dénutrition et du risque de complications, à un moment donné, chez des résidents d'EHPAD, en vue d'un suivi et d'une prise en soins adaptés.

Méthodes : Nous avons dépisté les cas de dénutrition en utilisant les calculs de l'IMC (indice de masse corporelle), les dosages sanguins de l'albumine et de la protéine C réactive en appliquant les critères de la HAS. Nous n'avons pas tenu compte des variations du poids car nous nous sommes mis en position d'évaluation d'un résident à l'arrivée en institution pour lequel ce paramètre n'est pas encore disponible ou n'est pas fiable. Pour évaluer le pronostic et déterminer le niveau de risque de complications et le risque vital, nous avons aussi calculé l'index PINI (Pronostic Inflammatory and Nutritional Index).

Résultats : Enquête transversale dans trois EHPAD du groupe DomusVi en Île-de-France sur un total de 235 résidents avec une moyenne d'âge de 85 ans et un MMS moyen de 21,2. Selon le paramètre calculé : 1) avec l'IMC seul, le taux de résidents dénutris était de 12,2 % ; 2) avec l'albuminémie : 102 résidents diagnostiqués potentiellement dénutris (dosage inférieur à 35 g/l) sur 214 étudiés, soit 47,6 %. Parmi ceux-ci, le dosage concomitant de la CRP était inférieur à 10 g/l pour 70 (32,7 %) qui sont donc les seuls résidents pour lesquels le diagnostic de dénutrition peut être posé ; 3) avec l'IMC seul : seulement trois dénutris sévères ; 4) avec l'albumine inférieure à 30 g/l et la CRP inférieure à 10 g/l, 16 cas (7,4 %) apparaissent alors comme dénutris sévèrement. L'index PINI a été calculé pour 205 résidents et il a orienté 192 résidents dans le groupe à faible risque de complication, quatre dans le groupe à moyen risque et neuf cas (4,3 %) dans les groupes à risque majeur et vital.

Conclusion : Pour le dépistage de la dénutrition avec des critères objectifs, on passe de 12 % de détection avec le seul IMC à 47,6 % avec l'albuminémie et à 32,7 % avec la correction CRP. Cette valeur se trouve dans les chiffres décrits pour les EHPAD dans la littérature. L'index PINI donne une orientation de surveillance spécifique pour 6,3 % des résidents testés à moyen et haut risque de complications. Pour confirmer nos résultats, un suivi sera mis en place et les résultats analysés avec d'autres variables et déterminants de la dénutrition.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:104-114
DOI 10.1007/s12612-013-0335-9

P3-10 Pathologies cardiovasculaires

© Springer-Verlag France 2013

P3-10-01
La santé perçue chez les personnes âgées victimes d'AVC, suivies au service de neurologie de l'hôpital Fann, Dakar, Sénégal

N.S. Diagne[1,*], G. Goudjini[2], B. Ady Lolla[1], H. Azanmansso[1], F. Lmidmani[1], A. El Fatimi[1]
[1]Ibn-Roch, médecine physique, Casablanca, Maroc
[2]CHU Fann, neurologie, Dakar, Sénégal

Introduction : La qualité de vie est souvent altérée chez les patients victimes d'AVC. L'appréciation de cette qualité de vie se fait par des échelles comprenant plusieurs rubriques dont la santé perçue.

Objectifs : Le but de notre étude était d'apprécier l'autoperception de l'état de santé chez les patients âgés suivis à la clinique neurologique du CHU Fann de Dakar, Sénégal.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique. Les patients âgés d'au moins 60 ans, victimes d'AVC, suivis au service de neurologie ont été inclus. Les patients avec des troubles sévères de la compréhension étaient exclus. Ils ont été soumis à un questionnaire préétabli qui a permis de relever les données biographiques, les antécédents médicaux, les résultats de l'examen neurologique, le traitement en cours. Les résultats de l'autoappréciation de l'état de santé ont été classés en cinq rubriques : excellent, très bon, bon, passable et mauvais.

Résultats : Nous avons inclus 67 patients. Le sex-ratio a été de 0,8. L'âge moyen était de 71,04 ans. Plus de la majorité des patients étaient mariés (91 %). 98,5 % des patients vivaient en famille. L'HTA était retrouvée chez tous les patients. Les autres antécédents médicaux étaient constitués de cardiopathies (16,4 %), de diabète (4,5 %), de tabagisme (1,5 %), d'alcool (1,5 %). Les principales activités physiques pratiquées étaient constituées par la marche (98,5 %), les travaux champêtres (49,3 %), la danse (28,4 %), le jardinage (13,4 %), le vélo (7,5 %), la pêche (4,5 %). L'absence d'activité physique n'était retrouvée que chez un seul patient. Les patients avaient déclaré que leur état de santé était passable dans 85,1 %, bon dans 13,4 %. Seul 1,5 % des patients qualifiaient leur état de santé de mauvais.

Conclusion : Les patients âgés, victimes d'AVC, suivis à la clinique neurologique de Fann, sont le plus souvent hypertendus. Leur état de santé est jugé passable dans plus de la moitié des cas.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-02
Intérêt médicoéconomique de la mise en place d'un dispositif de mesure de l'INR pour la surveillance des traitements anticoagulants dans une unité de cardiogériatrie

G. Hebert[1,*], T. Landre[1], A. Khellaf[2], D. Lameira[2], G. Sebbane[2], R. Ratiney[1]

[1]Service de pharmacie à usage intérieur, Sevran, France
[2]Service de cardiogériatrie, hôpital gériatrique René-Muret (AP–HP), Sevran, France

Introduction : À l'hôpital René-Muret, les patients polymédicamentés traités par antivitamine K (AVK) représentent 20 % des patients. L'hôpital ne disposant pas de laboratoire de biologie, le suivi du traitement par AVK est actuellement externalisé.

Objectifs : Une étude prospective a été mise en place dans l'unité SSR cardiogériatrique afin d'évaluer le coût global de la mise à disposition d'un système de mesure instantanée de l'International Normalized Ratio (INR) et de le comparer au coût de l'analyse externalisée.

Méthodes : Chacune des deux ailes du service de SSR cardiogériatrique a constitué un groupe distinct et a été suivie pendant neuf semaines. Le groupe Coaguchek a utilisé uniquement le Coaguchek® (Roche Diagnostics). Ce système permet de déterminer avec fiabilité et instantanément l'INR sur un prélèvement capillaire. Le groupe témoin a utilisé le circuit classique avec prélèvement d'un tube de sang et mesure de l'INR dans un laboratoire externe à l'hôpital. Pour chaque groupe, plusieurs paramètres ont été recueillis : données-patients, coûts liés à l'analyse (temps infirmier, transports, consommables, B20/B25), durée entre le prélèvement et la modification de l'ordonnance et l'impact sur la prise en charge du patient. Les données économiques ont été analysées selon une approche de microcosting.

Résultats : Dix-huit patients (n = 9 dans chaque groupe) ont été suivis durant l'étude. Cent quarante dosages d'INR (60 par Coaguchek et 80 par prélèvement sanguin) ont été effectués. Dans le groupe Coaguchek, le coût d'un dosage d'INR de jour comme de nuit était de 8,76 € tandis qu'il était de 8,59 € le jour et de 60,08 € la nuit dans le groupe témoin. Le temps écoulé entre le prélèvement et la modification de la prescription lors de surdosage a été évalué à 37 contre 330 minutes respectivement dans les groupes Coaguchek et témoin. Les dosages représentaient 0,60 % (ET : 0,43 %) du coût journalier moyen d'hospitalisation.

Conclusion : La mise en regard des coûts et de l'impact thérapeutique pour les patients a montré la supériorité du Coaguchek® sur l'analyse externalisée dans la prise en charge des patients en situation d'urgence thérapeutique. Le dosage externalisé en tube reste préconisé en situation de suivi de routine (dosage matinal). En revanche, en situation d'urgence (surdosage, signes cliniques), le dosage par Coaguchek® est recommandé (gain de temps dans la prise en charge thérapeutique). Cette évaluation a permis d'élaborer le cadre d'utilisation d'un système de détermination de l'INR capillaire en gériatrie. Coaguchek® est un outil clé pour diminuer les dommages iatrogènes, leur fréquence. Sur la base de ces résultats, des recommandations vont être rédigées pour la réalisation des INR à l'hôpital René-Muret.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

P3-10-03
Calcémie et pression pulsée chez la femme âgée vivant en communauté

L. Mateus[1,*], O. Beauchet[2], C. Launay[2], L. Hélard[3], C. Annweiler[2]
[1]*Gériatrie, centre hospitalier, Château-Gontier, France*
[2]*Gériatrie, CHU, Angers, France*
[3]*Gériatrie, centre hospitalier, Laval, France*

Introduction : La pression pulsée (PP) est un marqueur de morbimortalité cardiovasculaire chez la personne âgée. Le métabolisme calcique a été associé au contrôle tensionnel.

Objectifs : Définir quelle molécule parmi le calcium, la vitamine D (25(OH)D) et la parathormone était associée après ajustement réciproque à la PP chez la personne âgée.

Méthodes : Six cent dix femmes issues d'EPIDOS (âge moyen : 80,2 ± 3,5 ans) ne prenant aucun traitement antihypertenseur ont été séparées en deux groupes en fonction de leur PP de repos (hypertension artérielle définie par PP > 50 mmHg). L'âge, l'indice de masse corporelle, le nombre de morbidités, le diabète sucré, la dysthyroïdie, le nombre de médicaments consommés quotidiennement, la prise d'estrogènes, la consommation de tabac et d'alcool, la pratique d'une activité physique régulière, la clairance de la créatinine, le centre et la saison des tests ont été utilisés comme potentiels facteurs de confusion.

Résultats : Les 539 femmes hypertendues avaient une calcémie plus élevée que les autres (94,3 ± 4,1 contre 93,3 ± 3,4 mmol/l, $p = 0{,}040$). Il n'y avait pas de différence significative pour les concentrations sériques de 25(OH)D et parathormone. Les modèles de régression logistique examinant la calcémie, 25(OH)D et parathormone comme prédicteurs d'hypertension ont trouvé, après ajustement réciproque, une association positive avec la calcémie (odds ratio = 1,19, $p = 0{,}015$), mais pas avec la 25(OH)D ($p = 0{,}971$) ni la parathormone ($p = 0{,}349$).

Conclusion : La calcémie était directement associée à la PP. Un mécanisme possible repose sur la perte d'élasticité artérielle en cas d'hypercalcémie. La normalisation de la calcémie pourrait permettre de prévenir le risque cardiovasculaire chez la personne âgée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-04
Hypertension artérielle chez les patients âgés de plus de 80 ans

M. Lamloum*, I. Rachdi, I. Ben Ghorbel, A. Hamzaoui, T. Ben Salem, M. Smiti Khanfir, M. Houman
Service de médecine interne, hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction : L'hypertension artérielle (définie par une pression artérielle supérieure à 140/90 mmHg) affecte plus de deux tiers des patients âgés de plus de 75 ans. Cependant, la tendance actuelle est de ne pas traiter les élévations de pression artérielle par des antihypertenseurs. En effet, il est établi qu'une trop rapide ou une trop importante réduction de la pression artérielle peut être mal tolérée chez les sujets âgés. L'utilisation des antihypertenseurs chez les patients âgés de plus de 80 ans a montré une réduction de la mortalité de 21 %, confirmant l'efficacité du traitement pharmacologique de l'hypertension chez les sujets.

Objectifs : Étudier les particularités cliniques, biologiques et thérapeutiques de l'hypertension artérielle chez des sujets âgés de plus de 80 ans.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur des patients hypertendus âgés de plus de 80 ans hospitalisés dans un service de médecine interne. Les valeurs moyennes de pression artérielle ont été obtenues par une relève systématique à partir des dossiers d'hospitalisation. Nous avons étudié les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques.

Résultats : Nous avons retenu 90 patients hypertendus âgés de plus de 80 ans. L'âge moyen était de 82,2 ans avec un sex-ratio de 58 F/32 H. L'ancienneté de l'HTA était de 12,63 ans. La moyenne des pressions artérielles de ces patients était de 15 pour la systolique et de 7 pour la diastolique. Chez 63 patients, l'HTA était systolique isolée. Les patients étaient polypathologiques dans 71 cas. Parmi ces patients, 23 n'étaient pas traités. Pour les autres, les principaux traitements étaient les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) chez 35 patients, les diurétiques chez 22 patients, les inhibiteurs calciques chez 45 patients, les bêtabloquants chez trois patients. Une hypercholestérolémie était associée dans 28 cas. Les complications observées chez ces patients étaient les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques chez 24 patients, les AVC hémorragiques chez un patient, une rétinopathie chez 20 patients (33 patients ont eu un examen ophtalmologique), une néphropathie chez 20 patients, une coronaropathie ou une insuffisance cardiaque gauche chez 20 patients. Une perte de l'autonomie était associée chez dix patients et une démence était diagnostiquée chez sept patients. Trois patients sont décédés.

Conclusion : D'après notre étude, l'hypertension artérielle systolique semble plus fréquente chez les sujets très âgés. Le traitement de l'hypertension semble réduire le risque de survenue des AVC et de l'insuffisance cardiaque et permet de retarder une démence et éventuellement une perte de l'autonomie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-05
Quand la constipation révèle un anévrisme de l'aorte abdominale

A.-A. Zulfiqar*, J.-L. Novella
Service médecine interne et gériatrie, CHU de Reims, Reims, France

Introduction : L'anévrisme de l'aorte abdominale est une dilatation localisée et permanente de l'aorte avec perte de parallélisme des parois, dont le diamètre dépasse 30 mm. Les anévrismes de l'aorte abdominale sous-rénaux représentent plus de 75 % des anévrismes de l'aorte. La grande majorité des anévrismes de l'aorte abdominale débute sous les artères rénales et progresse vers la bifurcation iliaque (les artères iliaques peuvent être également englobées dans l'anévrisme). Le diagnostic chez le sujet âgé peut s'avérer être difficile, en raison d'une clinique peu évidente et l'existence de nombreux diagnostics différentiels.

Objectifs : Nous rapportons, chez un patient de 95 ans, un cas concret d'anévrisme de l'aorte abdominale, initialement pris pour une constipation.

Méthodes : Nous recevons un patient de sexe masculin, âgé de 95 ans, adressé par son médecin traitant pour la prise en charge d'une constipation traînante depuis une dizaine de jours. Les principaux antécédents médicaux et chirurgicaux sont marqués par une HTA traitée par une bithérapie, une dyslipidémie traitée et une diverticulose sigmoïdienne non compliquée. De nombreux laxatifs ont été utilisés sans succès. À l'examen clinique, le patient présente une douleur vague diffuse au niveau abdominal, sans nausées, sans vomissements. Nous percevons au niveau abdominal (région ombilicale) une voussure pulsatile, indurée. Un anévrisme de l'aorte abdominale est donc suspecté. Les pouls périphériques sont bien perçus, sans souffles au niveau des trajets vasculaires, sans le signe de De Bakey. Un angioscanner avec coupes

fines est demandé, révélant un anévrisme de l'aorte abdominale avec un diamètre de 55 mm, de localisation sous-rénale, sans association à un anévrisme de l'aorte thoracique. Il n'y a ni rupture ni syndrome fissuraire. Le traitement chirurgical n'a pas été retenu par nos collègues vasculaires en raison de son âge. Une surveillance médicale est préconisée avec contrôle tensionnel.

Résultats : L'anévrisme de l'aorte abdominale reste une pathologie fréquente chez le sujet âgé, dont la principale étiologie reste la pathologie athéromateuse. L'anévrisme peut être asymptomatique le plus souvent. La complication principale est dominée par la rupture, proportionnelle à la taille de l'anévrisme (> 50 mm), essentiellement au niveau rétropéritonéal réalisant un tableau de syndrome abdominal aigu. Les complications autres peuvent être emboliques et liées à la compression des organes de voisinage. Le traitement est chirurgical si complications ou diamètre de l'anévrisme au-delà de 50 mm, et médical avec contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire.

Conclusion : L'anévrisme de l'aorte abdominale reste une pathologie fréquente chez le sujet âgé. Ils doivent être dépistés par une échographie abdominale chez les patients à risque (comprenant des facteurs de risque cardiovasculaire).

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-06
Prise en charge médicamenteuse de l'hypertension artérielle de la personne âgée résidant dans 11 établissements pour l'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) des Pays de la Loire

C. Joyau[1] on behalf of AGREE, F. Delamarre Damier[2,*] on behalf of AGREE, G. Veyrac[1] on behalf of AGREE, S. Henni[3] on behalf of AGREE, M.C. Bourgeois[4] on behalf of AGREE, C. Massiquet[5] on behalf of AGREE, N. Camussi[6] on behalf of AGREE, P. Delmulle[7], P. Jolliet[1], Association gérontologique de recherche et d'enseignement en EHPAD (AGREE)
[1]*Service de pharmacologie clinique, CHU de Nantes, Nantes, France*
[2]*Centre hospitalier Cholet and AGREE, Cholet, France*
[3]*Centre hospitalier Ancenis and AGREE, Ancenis, France*
[4]*AGREE and EHPAD Mon Repos, Aigrefeuille-sur-Maine, France*
[5]*EHPAD La Seguinière, La Seguinière, France*
[6]*EHPAD La Verrie, La Verrie, France*
[7]*EHPAD Le Sillon, Saint-Étienne de Montluc, France*

Introduction : Le traitement de l'HTA chez le sujet âgé de plus de 80 ans avec un objectif tensionnel de pression artérielle systolique (PAS) inférieure à 150 mmHg a montré un bénéfice en termes de morbidité cardiovasculaire. Mais une baisse de la PAS en dessous de 140 mmHg chez le sujet de plus de 80 ans n'a pas montré clairement de bénéfice. Selon les experts, le traitement de l'HTA chez la personne âgée doit débuter par une monothérapie, et il n'est pas recommandé de dépasser trois antihypertenseurs.

Objectifs : L'objectif principal est de faire un état des lieux de la prise en charge médicamenteuse de l'HTA chez la personne âgée et très âgée résidant en EHPAD.

Méthodes : Nous avons analysé 741 dossiers de liaisons d'urgence (DLU) de patients résidant dans 11 EHPAD. Une analyse descriptive de la population d'étude a été réalisée, ainsi qu'une analyse descriptive du traitement antihypertenseur chez les patients présentant un antécédent d'HTA noté dans le DLU.

Résultats : Parmi les 741 DLU analysés, on dénombre 221 hommes et 486 femmes, le sexe de 34 patients n'est pas renseigné. La moyenne d'âge est de 86,46 ans. Le nombre moyen de lignes par prescription est de 8,19 (extrêmes : [0–21]). Parmi les 741 patients, 460 (62 %) ont un antécédent d'HTA noté dans le DLU, dont 64 (14 %) qui n'ont pas de traitement antihypertenseur. Le nombre de molécules antihypertensives prescrites par patient varie de zéro à cinq avec une médiane à deux. Trois cent quatre-vingt-quinze patients bénéficient d'un traitement antihypertenseur : 148 patients (37 %) sont traités en monothérapie, 138 (35 %) en bithérapie, 81 (20,5 %) en trithérapie, 23 (6 %) en quadrithérapie et six (1,5 %) avec cinq molécules. Parmi les classes médicamenteuses prescrites, on retrouve des diurétiques chez 234 patients (36 patients avec deux diurétiques, un patient avec trois diurétiques), des inhibiteurs calciques chez 165 patients, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion chez 110 patients, des sartans chez 108 patients, des bêtabloquants chez 98 patients, des antihypertenseurs centraux chez 19 patients, des alphabloquants vasodilatateurs chez 14 patients et des inhibiteurs de la rénine chez deux patients.

Conclusion : Les classes médicamenteuses les plus prescrites sont les diurétiques et les inhibiteurs calciques et la majorité des patients traités pour leur HTA le sont en mono- ou bithérapie. La recherche d'une hypotension orthostatique doit être systématique ainsi qu'une surveillance de la clairance rénale rarement retrouvée dans le dossier, de la natrémie et de la kaliémie pour les patients traités par un diurétique ou par un inhibiteur du système rénine–angiotensine.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-07
Facteurs associés à la prescription des AVK dans la fibrillation auriculaire : analyse d'une cohorte de sujets âgés de 75 ans et plus hospitalisés dans une unité de courts séjours gériatrique

M. Tabue Teguo[1,*], N. Simo[2]
[1]*Hôpital Saint-Cyr, Villeneuve-sur-Lot, France*
[2]*CHU de Rouen, France*

Introduction : La fibrillation auriculaire (FA) est une arythmie fréquente dont la prévalence augmente avec l'âge. Elle affecterait près de 5 % des sujets âgés de 75 ans et plus. Elle est à l'origine de complications graves emboliques, souvent invalidantes, sources d'hospitalisations non programmées et prolongées, d'une morbimortalité importante. La FA est une indication théorique à un traitement par anticoagulant. Chez les sujets âgés de 75 ans et plus, l'initiation de ce traitement tient compte de la présence de syndromes gériatriques et de comorbidités.

Objectifs : Identifier les facteurs associés à la prescription d'AVK dans la prise en charge des sujets âgés de 75 ans et plus, hospitalisés dans une unité de court séjour gériatrique et présentant une FA.

Méthodes : Étude monocentrique, observationnelle, prospective d'une cohorte de malades âgés de 75 ans et plus hospitalisés dans une unité de court séjour gériatrique, d'une capacité de 60 lits. Comparaison des caractéristiques d'un échantillon de 102 sujets ayant un antécédent de FA ou flutter inscrit dans le dossier médical, avec un électrocardiogramme (ECG) de moins d'une année s'inscrivant en FA à l'entrée dans le service ou une FA découverte durant son séjour. Tous les sujets inclus justifiaient d'une indication théorique à traitement par AVK avec un score CHADSVASc 2 supérieur à 5.

Résultats : 1) Six cent treize malades (âge moyen : 86,7 ans) étaient hospitalisés dont 102 (16,60 %) avaient une FA ; 2) 64 parmi ces 102 patients (62,75 %) avaient un traitement par anticoagulant, 23 (22,55 %) par antiagrégant plaquettaire et 15 (14,71 %) aucun traitement antithrombotique ; 3) seuls cinq malades (7,8 %) avaient un

carnet d'information et de suivi des AVK à la sortie ; 4) les éléments significativement et indépendamment associés à une prescription des AVK (analyse multivariée) étaient : un antécédent d'accident hémorragique (RR : 9,90), un traitement par antiagrégant plaquettaire (RR : 8,23), en état de dépendance totale (RR : 5,2).

Conclusion : Les résultats de cette enquête montrent que : 1) la prévalence de la FA dans une unité de court séjour gériatrie est proche de 16,6 % ; deux fois sur trois, les malades sont traités par AVK ; 2) les principales causes motivant la non-prescription des AVK sont : un antécédent d'accident hémorragique, un traitement par antiagrégant plaquettaire et un état de dépendance totale ; 3) des actions de prévention (anticipation des accidents hémorragiques au AVK), renforcement des programmes d'éducation thérapeutique, doivent être promues.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-08
Prévalence de l'hypertension artérielle en population gériatrique : étude de 61 cas

H. Abdelhedi*, A. Tajmout, N. Khammassi, N. Kraiem, O. Cherif
Médecine interne, Manouba, Tunisie

Introduction : L'hypertension artérielle (HTA) est l'affection chronique la plus fréquente en gériatrie. Sa prévalence augmente avec l'âge. L'HTA reste le principal facteur de risque cardiovasculaire dans cette population.

Objectifs : Le but de notre étude est d'évaluer les caractéristiques épidémiologiques et thérapeutiques de l'HTA chez les sujets âgés hospitalisés dans un service de médecine interne sur une période de 24 mois (janvier 2011 à décembre 2012).

Méthodes : Nous avons colligé de façon rétrospective 61 hypertendus (65,59 %) parmi une série de 93 patients âgés de plus de 65 ans.

Résultats : Le sex-ratio (H/F) est de 0,56 (22 hommes, 39 femmes). L'âge moyen est de 73 ans avec des extrêmes de 65 à 88 ans. *La comorbidité :* nous avons noté 43 cas de diabète (70,39 %), 31 cas d'anémie (50,81 %), 29 cas d'obésité (47,54 %), 17 cas de dyslipidémie (27,86 %), cinq cas de rhumatisme dégénératif (8,19 %), cinq cas d'ostéoporose (8,19 %), cinq cas d'insuffisance respiratoire (8,19 %), quatre cas d'hypothyroïdie (6,55 %), trois cas de maladies systémiques (sarcoïdose, maladie de Horton, polyarthrite rhumatoïde) [4,91 %] et 11 cas de troubles psychiatriques (18,03 %) répartis comme suit : trois cas de schizophrénie, trois cas de dépression, trois cas de démence et deux cas de trouble bipolaire. La durée d'évolution moyenne est de 10,19 années. Parmi les complications secondaires à cette HTA, nous avons noté 38 cas de néphropathie (62,29 %), dix cas de rétinopathies (16,39 %), neuf cas d'artériopathies des membres inférieurs (14,75 %), 23 cas de complications ischémiques (37,70 %) répartis comme suit : 12 cas d'infarctus du myocarde (IDM) [19,67 %], huit cas d'accident vasculaire cérébral (AVC) [13,11 %] et trois cas d'accident ischémique transitoire (AIT) [4,91 %]. Tous les patients ont été traités : règles hygiénodiététiques et traitement médicamenteux : inhibiteur de l'enzyme de conversion chez 38 patients (62,29 %), inhibiteurs calciques chez 25 patients (40,98 %), diurétiques huit patients (13,11 %), bêtabloquants chez dix patients (16,39 %), inhibiteur du récepteur de l'angiotensine 2 chez cinq patients (8,19 %) et les antihypertenseurs centraux chez deux patients (3,27 %).

Conclusion : Dans la littérature, l'HTA est un problème fréquent en gériatrie, sa prévalence est de l'ordre de 65 % pour les sujets de plus de 65 ans. Notre étude confirme cette constatation avec une prévalence de l'HTA très importante (65,59 %). Le patient gériatrique est polypathologique, en effet dans notre étude nous avons noté une association importante avec le diabète, l'obésité androïde et l'anémie. Selon la littérature, le sujet âgé hypertendu présente significativement plus d'AVC et de pathologies cardiovasculaires. Or, dans notre étude, les complications de l'HTA sont dominées par l'atteinte rénale et les complications ischémiques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-09
Quel est le profil des personnes âgées prises en charge directement en gériatrie pour accident vasculaire cérébral, dans un CHU possédant une unité neurovasculaire ?

G. Bertoletti[1,*], A. Devun[2], K. Castro-Lionard[1], A.-F. Chaneliere-Sauvant[1], A.-M. Dascalita[2], P. Garnier[3], R. Gonthier[2]
[1]*Service de gérontologie clinique, Trousseau, CHU de Saint-Étienne, France*
[2]*Service de gérontologie clinique, La Charité, CHU de Saint-Étienne, France*
[3]*Unité de neurovasculaire, hôpital Nord, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France*

Introduction : L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un problème majeur de santé publique, dont la prise en charge a été récemment transformée par la création des unités neurovasculaires (UNV). La fréquence ainsi que les répercussions de l'AVC augmentent avec l'âge.

Objectifs : Le but de l'étude est de présenter les caractéristiques et le devenir des patients présentant un AVC pris en charge en unités de gériatrie via le service d'urgence, dans un CHU disposant d'une UNV.

Méthodes : Nous avons prospectivement étudié, du 1er juillet au 31 décembre 2012, les patients présentant un AVC et hospitalisés au sein de quatre services de court séjour gériatrique du CHU de Saint-Étienne. Le degré de handicap a été évalué grâce au score de Rankin, à la durée totale de séjour et au changement de mode vie (principalement l'entrée en institution), et la sévérité des patients sur la mortalité.

Résultats : Soixante-trois patients ont été inclus dont 40 femmes (64 %). Le type de handicap était assez hétérogène ; cependant, 27 patients (43 %) présentaient un Rankin supérieur ou égal à 4. Douze patients (19 %) sont décédés dans les suites de leurs AVC et 11 (18 %) sont entrés en institution. La durée moyenne de séjour globale était de 23 jours ; cependant, on observe que 17 (27 %) patients ont eu une hospitalisation inférieure ou égale à 12 jours et 16 (26 %) une hospitalisation supérieure à 30 jours.

Conclusion : Les patients entrant dans un service de gériatrie plutôt qu'à l'UNV, pour prise en charge d'un AVC, représentent une population hétérogène. Chez les patients avec un handicap majeur, la prise en charge en soins est plus lourde, avec une mortalité importante avec une entrée fréquente en institution dans les suites, chez les survivants.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-10
Association entre pression artérielle et vitamine D chez le sujet âgé

L. Caillard*, J.-S. Vidal, C. Boully, E. Chaussade, F. Labouree, A. Diop, A. Chahwakilian, O. Hanon
Hôpital Broca, Paris, France

Introduction : Des études récentes ont suggéré un rôle potentiel de la vitamine D dans la régulation de la pression artérielle, via une action sur le système rénine–angiotensine, l'homéostasie phosphocalcique et la contraction des cellules musculaires lisses vasculaires.

Objectifs : L'objectif de ce travail est de déterminer si la concentration sérique en 25(OH)D3 est associée à la pression artérielle dans une population de sujets âgés hospitalisés.

Méthodes : Une étude rétrospective a été conduite sur 108 patients hospitalisés en service de gériatrie aiguë et de soins de suite et de réadaptation, du 1er janvier au 1er avril 2012. Tous les patients inclus avaient un dosage de la 25(OH)D3 et une mesure de la pression artérielle systolique et diastolique. Les sujets ont été répartis selon les tertiles de vitamine D : T1 = 2,72–10,64 ng/ml (n = 36) ; T2 = 11–24 ng/ml (n = 37) ; T3 = 24,3–68,7 ng/ml (n = 35). La relation entre la pression artérielle et les tertiles de vitamine D a été étudiée après ajustement sur les facteurs confondants : l'âge, le sexe, la supplémentation en vitamine D, les antécédents d'hypertension artérielle et les traitements antihypertenseurs.

Résultats : Les 108 sujets inclus dans l'étude avaient en moyenne 86,2 ans (± 6,3), et 66,7 % étaient des femmes. En analyse multivariée, la pression artérielle systolique apparaissait significativement associée à la concentration sérique en vitamine D : 144,2 mmHg (± 18,9) dans le premier tertile (T1) versus 129,4 mmHg (± 20,6) dans le troisième tertile (T3), p = 0,01. Cette association négative était également retrouvée au niveau de la pression artérielle diastolique : 74,6 mmHg (± 14) dans le premier tertile versus 64 mmHg (± 13) dans le troisième tertile, p = 0,003.

Conclusion : La vitamine D est associée de manière négative et indépendante à la pression artérielle systolique et diastolique. Plus le taux de vitamine D est bas, plus la pression artérielle est élevée. Ces résultats ouvrent la voie à de nouveaux essais thérapeutiques étudiant l'effet d'une supplémentation en vitamine D sur les chiffres de pression artérielle.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-11
Angiographie coronaire chez les nonagénaires : événements hospitaliers et suivi à long terme

M. Pepin[1,2,*], O. Barthelemy[2], T. Petroni[2], J. Silvain[2], E. Berman[2], C. Le Feuvre[2], G. Helft[2]
[1]*Gériatrie, hôpital Bichat, Paris, France*
[2]*Cardiologie, GHPS, Paris, France*

Introduction : Le nombre d'angiographies coronaires réalisées chez des nonagénaires augmente en raison des évolutions démographiques (vieillissement de la population et prévalence des maladies cardiovasculaires) et des évolutions techniques avec l'apparition du remplacement valvulaire aortique transcathéter (TAVI). Il y a cependant peu de données cliniques dans la littérature au sujet de ces patients, concernant les complications précoces, la mortalité et la qualité de vie en particulier.

Objectifs : Caractériser cette population spécifique, évaluer les complications intrahospitalières et les événements à moyen et long termes.

Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective, monocentrique, observationnelle sur 88 nonagénaires ayant bénéficié d'une coronarographie entre 2007 et 2012 et effectué leur suivi au moins une année après la procédure.

Résultats : La moyenne d'âge est de 92 ± 2,02 ans (63 % de femmes). Seulement 13 % sont diabétiques et 20 % ont une insuffisance cardiaque connue. Trente-trois pour cent des patients se présentent pour un infarctus du myocarde, 24 % pour un syndrome coronaire sans sus-décalage permanent du ST, 11 % pour de l'angor stable et 26 % des procédures sont réalisées en préopératoire de chirurgie cardiaque (dont 15 TAVI). La voie radiale a été choisie pour 90 % des angiographies ; 31 % des patients ont une atteinte coronaire monotronculaire, 51 % une atteinte pluritronculaire et 59 % bénéficient d'une angioplastie. La durée moyenne de séjour est de 7 (± 6) jours, et la moitié des patients rentrent à domicile après l'hospitalisation. Les événements majeurs intrahospitaliers sont fréquents : 18 patients (20 %), dont 16 décès et deux AVC ; et des événements intrahospitaliers surviennent chez 25 patients (28 %) : six complications vasculaires, dix saignements, 19 insuffisances rénales, huit passages en fibrillation auriculaire et sept syndromes confusionnels. La majorité des événements surviennent chez les patients admis pour syndrome coronaire aigu, particulièrement les infarctus. La survie moyenne après la sortie de l'hôpital est de 20,5 ± 15,9 mois, et nous avons observé une survie supérieure à 36 mois chez 16 % des patients. La qualité de vie après l'examen est jugée bonne chez 70 % des patients évalués. La mortalité à un mois, six mois et un an est respectivement de 23, 36 et 43 %.

Conclusion : La population des nonagénaires qui bénéficie d'une angiographie coronaire est très spécifique et sélectionnée, avec une mortalité hospitalière élevée mais une survie relativement longue. La réalisation de cet examen chez les sujets très âgés paraît réalisable avec peu de complications majeures à condition que la présentation clinique initiale ne soit pas trop grave, et en utilisant la voie radiale. Les nonagénaires mériteraient une évaluation gériatrique spécifique afin de dépister une éventuelle fragilité et de limiter les complications de l'examen.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-12
Évaluation gériatrique des patients de plus de 75 ans un an après un remplacement valvulaire aortique par voie percutanée

M. Maudet[1,*], C. Rousseau[2], G. Sost[2], D. Somme[2]
[1]*Service de court séjour gériatrique, centre hospitalier de Fougères, Fougères, France*
[2]*CHU de Rennes, Rennes, France*

Introduction : Le rétrécissement valvulaire aortique est la valvulopathie la plus fréquente du sujet âgé. Le remplacement valvulaire aortique percutané (TAVI) offre une alternative thérapeutique aux patients ayant une contre-indication à la chirurgie ou estimés à haut risque chirurgical.

Objectifs : Cette étude décrit les caractéristiques d'une population de plus de 75 ans bénéficiant d'un TAVI et évalue les résultats à un an sur la symptomatologie fonctionnelle, l'autonomie et la qualité de vie.

Méthodes : Étude prospective incluant tous les patients de plus de 75 ans hospitalisés consécutivement au CHU de Rennes pour un TAVI entre juillet 2011 et janvier 2012. Chaque patient faisait l'objet d'une évaluation gériatrique standardisée avant le geste et à un an avec une évaluation de la qualité de vie par la SF12, de la symptomatologie fonctionnelle et un recueil des réhospitalisations.

Résultats : Trente-trois patients ont été inclus d'âge moyen de 83,5 ans (76 à 91 ans), 18 hommes pour 15 femmes. Les principales caractéristiques à l'inclusion sont une population vivant majoritairement à domicile, dont l'autonomie pour les activités de la vie quotidienne (ADL) est cotée à 5,7/6 et pour les activités instrumentales (IADL) cotées à 3,1/4, polypathologique (score de Charslon à 5,8), polymédiquée avec 8,2 médicaments par patient, sans troubles cognitifs (MMS à 25,6/30). Aucun patient ne présente aucun facteur de fragilité (polypathologie, polymédication, perte d'autonomie). Le rétrécissement aortique est symptomatique avec deux patients en stade 4 de la NYHA, 21 patients en stade 3 et neuf patients en stade 2. L'euroscore moyen évaluant le risque chirurgical est à 19,7 %, 19 patients sont récusés pour la chirurgie malgré un euroscore inférieur à 20 % pour des causes cardiologiques, pneumologiques ou gériatriques. Sept patients sont décédés à 12 mois du TAVI : deux au décours immédiat du geste, quatre dans un tableau d'insuffisance cardiaque, un au décours d'une fracture du col du fémur survenue deux mois après le TAVI. Chez les patients survivants à un an on note une amélioration fonctionnelle avec 95 % des patients en classe 1 ou 2 de la NYHA contre 71 % en classe 3 ou 4 en préopératoire. Cela est corrélé avec une amélioration de la qualité de vie physique avec un SF12 moyen passant de 31,8 à M0 à 39 à M12 avec dix patients gagnant plus de 5 points, quatre patients restant stables et six patients perdant plus de 5 points. En revanche la qualité de vie psychique semble plus altérée avec un score moyen passant de 53,1 à M0 à 46 à M12 (amélioration pour quatre patients, score stable pour neuf et dégradation pour sept patients) en lien probablement avec un syndrome dépressif noté chez sept patients à M12 alors qu'il n'était noté que chez deux patients à M0, ces deux patients étant décédés à M12. Quatre patients estiment le résultat comme non satisfaisant en lien avec la persistance d'une dyspnée dans deux cas, un syndrome dépressif dans un cas et une perte d'autonomie majeure dans un cas. Il n'y a pas de différence significative entre M0 et M12 en termes de lieu de vie, d'autonomie, de polymédication, de troubles de la marche, de troubles cognitifs.

Conclusion : Cette étude confirme donc le bénéfice apporté par le TAVI pour la prise en charge du rétrécissement aortique serré chez le sujet âgé fragile récusé à la chirurgie avec une morbimortalité non négligeable dans cette population. Il n'a pas été possible de mettre en évidence de facteurs prédictifs de mauvais résultats au vu des différentes données étudiées.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-13
Hémorragie dans une population gériatrique traitée par dabigatran au long cours

E. Chaussade*, J.-S. Vidal, M. Plichart, C. Boully, L. Caillard, F. Labouree, L. Joffredo, O. Hanon
Hôpital Broca, Paris, France

Introduction : La fibrillation atriale est une affection dont la prévalence augmente avec l'âge. Les recommandations de la Société européenne de cardiologie soulignent l'importance des nouveaux anticoagulants dans la prise en charge de la fibrillation atriale. Ces derniers ne nécessitent pas de surveillance biologique en routine mais en raison de leur élimination rénale, un risque d'accumulation ou de surdosage est possible chez le sujet âgé vulnérable.

Objectifs : Étudier la tolérance du traitement par un nouvel anticoagulant oral (dabigatran = antithrombine) au sein d'une population gériatrique récemment traitée par dabigatran, sur une période de suivi de six mois.

Méthodes : Cinquante-cinq patients âgés de plus de 80 ans hospitalisés en gériatrie aiguë ou en SSR gériatrique chez qui un traitement par dabigatran venait d'être débuté pour une fibrillation atriale ont été inclus. Un suivi téléphonique auprès du médecin traitant a été réalisé afin de déterminer la survenue d'une hémorragie majeure (ayant nécessité une hospitalisation et/ou perte de 2 g/dl du taux d'hémoglobine) ou mineure, sur une durée de six mois.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 85,2 ans (ET = 4,9), 76,3 % (n = 42) étaient des femmes et 12,7 % (n = 7) avaient un antécédent d'hémorragie digestive. Un sujet présentait une insuffisance rénale sévère, 42,0 % (n = 23) avaient une clairance de la créatinine (Cockroft and Gault) entre 30–50 ml/min et 56,0 % (n = 31) une clairance supérieure à 50 ml/min. Le score moyen de risque embolique CHA2DS2VASC était de 4,1 (ET = 1,3) et le score moyen de risque hémorragique HASBLED était de 2,6 (ET = 0,6). Après un suivi de six mois, sept hémorragies mineures sont survenues et une hémorragie majeure. Le facteur principal associé à la survenue d'une hémorragie était un antécédent d'hémorragie (OR [IC 95 %] = 8,2 [1,3–50,6], $p < 0,03$).

Conclusion : Dans cette population de patients âgés présentant une fibrillation atriale et récemment traités par une antithrombine, une hémorragie majeure a été observée, et le taux d'hémorragie mineure était de 13 % à six mois. Le facteur principal associé aux saignements était un antécédent d'hémorragie. Ces premières données à six mois suggèrent que le dabigatran est bien toléré chez le sujet très âgé.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-14
Malaises récurrents et hypoxémie chez un patient âgé avec un foramen ovale perméable

A. Breining[1,*], A. Forest[2], P. Ray[3], M. Verny[1], J. Boddaert[1]
[1]*Service de gériatrie, hôpital La Pitié-Salpêtrière, Paris, France*
[2]*Service de gériatrie, centre hospitalier intercommunal Marmande-Tonneins, Marmande, France*
[3]*Service d'accueil des urgences, hôpital Tenon, Paris, France*

Introduction : Le foramen ovale perméable (FOP) est lié à la persistance d'une communication fœtale normale entre l'oreillette droite et l'oreillette gauche, survenant dans 20 à 34 % de la population. Dans la majorité des cas, le FOP n'est associé à aucune complication. Cependant, même chez les patients âgés, certains facteurs peuvent aboutir à la réouverture d'un FOP et aboutir à la survenue de complications.

Objectifs : Ne pas méconnaître les causes plus rares de malaise chez le sujet âgé.

Méthodes : Nous rapportons un cas clinique ayant fait porter le diagnostic de FOP chez un sujet âgé.

Résultats : Un patient âgé de 82 ans a été hospitalisé en gériatrie aiguë pour une pneumopathie. On notait dans les antécédents un abcès cérébral gauche plus de 30 ans auparavant, et la notion de chutes à répétition. L'évolution était marquée durant l'hospitalisation par l'apparition de malaises récurrents, transitoires, associés à une hypoxémie réfractaire requérant une oxygénothérapie. La tolérance de ces malaises demeurait cependant satisfaisante, sans autre critère de gravité. En reprenant l'interrogatoire, des malaises identiques étaient déjà survenus à d'autres occasions soit lors d'effort en réhabilitation, soit lors de défécation à domicile, limitant l'autonomie du patient par peur de récidive. L'ECG, la radiographie pulmonaire et l'angio-TDM étaient normaux. L'échographie cardiaque mettait en évidence un shunt droit gauche, en rapport avec un FOP. La décision de fermeture du FOP était retenue, en raison d'un certain nombre de critères, au premier rang desquels le retentissement sur l'autonomie,

les antécédents symptomatiques et le rôle potentiel dans la survenue de chutes aboutissant à des séjours fréquents aux urgences, ainsi que la survenue d'un abcès cérébral 30 ans auparavant, chez un patient en bon état général par ailleurs. Une procédure de fermeture percutanée était réalisée avec succès, et un traitement par clopidogrel ajouté pour maintenir une double antiagrégation plaquettaire pour une durée de trois mois. Les malaises liés à l'hypoxémie ont régressé, et le patient a pu rentrer directement à domicile. Deux mois plus tard, il demeurait strictement asymptomatique. L'intérêt de ce cas clinique est de rapporter l'existence d'une pathologie rarement observée chez le patient âgé, et de mettre en évidence deux facteurs rendant le FOP symptomatique. D'abord une particularité anatomique représentée par l'association du FOP avec un anévrisme septal atrial et une valve d'Eustache mobile. Ensuite, un facteur fonctionnel représenté par l'augmentation de la pression pulmonaire par la toux, la défécation et la réhabilitation.

Conclusion : Le diagnostic de FOP symptomatique doit être évoqué en présence de malaises associés à une hypoxémie sévère non expliquée par ailleurs.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-15
Intérêt pronostique en postopératoire des QRS fragmentés chez les patients âgés admis avec une fracture du col du fémur : résultats préliminaires

A. Breining[1,*], N. Hammoudi[2], J. Cohen-Bittan[1], M. Verny[3], J. Boddaert[1]
[1]*Unité périopératoire gériatrique, Paris, France*
[2]*Service de cardiologie, Paris, France*
[3]*Service de gériatrie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France*

Introduction : L'aspect en QRS fragmentés (fQRS) est une anomalie électrocardiographique due au retard de conduction après infarctus du myocarde (IDM). Les fQRS sont donc des marqueurs d'IDM (sensibilité : 85,6 %, spécificité : 89 %). Ce sont aussi des facteurs prédictifs d'événement cardiovasculaire chez les patients ayant une cardiopathie ischémique ainsi que de troubles du rythme chez les patients ayant une cardiopathie ischémique ou une cardiomyopathie dilatée. La survenue de complications cardiaques en phase postopératoire est fréquente surtout s'il existe une pathologie cardiaque sous-jacente associée à un stress lors d'une intervention chirurgicale. Quatre pour cent des patients développeront un événement cardiaque périopératoire majeur (mortalité de cause cardiaque, IM non fatal, arrêt cardiaque non fatal). Le but de cette étude est d'analyser les événements cardiaques et la morbimortalité pendant la période périopératoire des patients âgés présentant des fQRS par rapport à ceux n'en ayant pas.

Objectifs : Nous avons émis l'hypothèse que les patients âgés ayant un aspect de fQRS sur l'ECG initial sont plus à risque d'événements cardiaques pendant la période périopératoire.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective à partir de données recueillies prospectivement et des dossiers des patients dans une base de données recensant toutes les comorbidités ainsi que tous les événements rencontrés. Les ECG 12 dérivations ont été analysés par deux lecteurs indépendants. Nous avons comparé la survenue d'événements cardiaques (trouble du rythme et/ou syndrome coronarien aigu) chez les patients âgés (> 75 ans) admis pour une fracture de l'extrémité supérieure du fémur pris en charge en gériatrie.

Résultats : Cent quatre-vingt-quatre patients ont été inclus. Avant la chirurgie, 91 % des patients étaient en rythme sinusal et 8 % étaient en fibrillation atriale. Vingt-neuf pour cent avaient un fQRS et 15 % avaient une onde Q sur leur ECG initial. Pendant leur séjour en unité périopératoire gériatrique, 56 % des patients ont présenté un événement cardiaque : 28 % ont présenté des extrasystoles auriculaires, 21 % des extrasystoles ventriculaires et 11 % un passage en fibrillation atriale. Un syndrome coronarien aigu avec ou sans sus-décalage du segment ST a été observé chez 7 % des patients. La présence d'un fQRS sur l'ECG initial n'est pas corrélée à la survenue d'un événement cardiaque (insuffisance cardiaque, troubles du rythme ou syndrome coronarien aigu). La présence d'une onde Q sur l'ECG initial est corrélée à la survenue d'une élévation de la troponine en postopératoire.

Conclusion : Les fQRS sont fréquents sur les ECG des sujets âgés, ainsi que les événements cardiaques, rythmiques ou coronariens, dans la période postopératoire d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur du sujet âgé. Cependant, les fQRS ne sont pas prédictifs des événements cardiaques postopératoires chez le sujet âgé. L'onde Q est prédictive d'une élévation de la troponine en postopératoire.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-16
Facteurs déclenchants des décompensations cardiaques chez les sujets âgés

A. Cloppet-Fontaine[1], P. Ray[2], E. Pautas[3], E. Bouvard[4], A. Raynaud-Simon[5], E. Casalino[6], D. Pateron[7], C. Verny[8], C. Thomas[9], A. Bornand[3], B. Riou[10], M. Verny[1], J. Boddaert[1,*]
[1]*Gériatrie, hôpital Pitié-Salpêtrière, AP–HP, Paris, France*
[2]*Service d'accueil des urgences, hôpital Tenon, AP–HP, Paris, France*
[3]*Gériatrie, hôpital Charles-Foix, AP–HP, Ivry-sur-Seine, France*
[4]*Gériatrie, hôpital Tenon, AP–HP, Paris, France*
[5]*Gériatrie, Paris, France*
[6]*Service d'accueil des urgences, hôpital Bichat, AP–HP, Paris, France*
[7]*Service d'accueil des urgences, hôpital Saint-Antoine, Paris, France*
[8]*Gériatrie, hôpital Bicêtre, AP–HP, Le Kremlin-Bicêtre, France*
[9]*Gériatrie, hôpital Saint–Antoine, AP–HP, Paris, France*
[10]*Service d'accueil des urgences, hôpital Pitié-Salpêtrière, AP–HP, Paris, France*

Introduction : L'insuffisance cardiaque aiguë est une cause fréquente d'hospitalisation chez les sujets âgés et représente un tournant évolutif péjoratif. Les facteurs déclenchants de ces décompensations sont mal connus et semblent difficiles à identifier dans le contexte de l'urgence.

Objectifs : L'objectif de notre travail est d'étudier ces facteurs déclenchants ainsi que l'influence sur le pronostic de tels facteurs et de leur méconnaissance, chez des patients âgés.

Méthodes : Nous avons conduit une étude rétrospective, multicentrique, portant sur 234 sujets âgés, hospitalisés en gériatrie aiguë (UGA) après un passage aux urgences (SAU) pour un épisode de décompensation cardiaque. Nous avons étudié les facteurs déclenchants au SAU et en UGA, la durée de séjour, la mortalité intrahospitalière, les réhospitalisations au 30e jour. Afin d'évaluer l'impact du facteur déclenchant et de son diagnostic au SAU sur le pronostic, nous avons comparé les patients avec un bon pronostic et ceux avec un mauvais pronostic (défini par un décès intrahospitalier ou une réhospitalisation au 30e jour).

Résultats : Un facteur déclenchant a été retrouvé dans 73 % des cas, essentiellement représentés par les infections (71 % des facteurs déclenchants) dont les infections bronchopulmonaires (60 %), le passage en fibrillation atriale (19 %), l'anémie (12 %), l'inobservance thérapeutique (9 %), l'ischémie myocardique (9 %), les poussées hypertensives (7 %), l'iatrogénie (4 %), les embolies pulmonaires

(4 %). La durée moyenne de séjour était de 14,6 ± 9,5 jours avec une mortalité hospitalière de 15 %. À 30 jours, 13 % des patients ont été réhospitalisés. Le facteur déclenchant a été méconnu aux urgences dans 32 % des cas sans que cela soit associé à un mauvais pronostic. Le seul facteur associé de façon statistiquement significative à un mauvais pronostic est un index de sévérité du score de CIRS-G élevé ($p = 0,02$).

Conclusion : Nos résultats montrent qu'un facteur déclenchant existe dans un grand nombre de cas lors des décompensations cardiaques chez les patients âgés admis aux urgences. Le pronostic à court terme ne semble pas influencé par l'existence d'un facteur déclenchant ou par sa mise en évidence ou non par l'urgentiste.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-17
Reproductibilité de l'hypotension orthostatique en médecine gériatrique

A. Kearney-Schwartz[1,*], A. Sadowski[1], C. Labat[2], C. Perret-Guillaume[1], A. Benetos[1]
[1]*Service de gériatrie, CHU de Nancy, France*
[2]*Inserm U 1116, université de Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy, France*

Introduction : L'hypotension orthostatique (HO) chez le sujet âgé fragile et polypathologique est fréquente et peut être à l'origine de complications graves, et de perte d'autonomie. Cependant, dans ce type de patients, il n'existe pas d'étude de la reproductibilité de la mesure de l'HO et de façon plus générale de l'évolution de la pression artérielle (PA) en orthostatisme.

Objectifs : L'objectif de ce travail était d'étudier chez des patients hospitalisés dans un service de médecine gériatrique les modifications tensionnelles entre la position assise et debout trois fois sur une période de 24 heures.

Méthodes : Trente patients recrutés dans le service de gériatrie ont été étudiés au moins trois jours après l'hospitalisation et à condition que l'état du patient soit considéré comme stable. La première série de mesures a été réalisée le matin (j1M), la deuxième l'après-midi du même jour (j1A-M) et la troisième le lendemain matin (j2M). Nous avons retenu uniquement les patients sans modifications thérapeutiques au cours des trois séries de mesures. Chaque série comportait deux mesures de la PA en position assise (la moyenne de ces deux mesures a été utilisée), puis deux mesures après une et trois minutes d'orthostatisme. L'HO était définie comme une baisse de la PAS de plus de 20 mmHg ou de la PAD de plus de 10 mmHg au cours de la première ou la troisième minute d'orthostatisme. Les données démographiques, cliniques et biologiques ont été obtenues en même temps.

Résultats : Dix-huit femmes et 12 hommes ont été étudiés ; l'âge moyen était de 88,1 ± 5,8 ans. Dix-huit personnes n'ont présenté d'HO à aucune des trois mesures. Parmi les 12 autres patients, quatre ont présenté une HO une seule fois, cinq deux fois et trois patients les trois fois. Sur l'ensemble de la population, les modifications tensionnelles en orthostatisme entre les différentes mesures étaient bien corrélées à la fois à la première et à la troisième minute, mais les meilleures corrélations ont été observées entre j1M et j2M. Sur les 23 mesures positives d'HO, deux sont dues à la baisse de la PAD, 12 à celle de la PAS et neuf à la baisse de la PAD et de la PAS ; huit ont survenu à la première minute, huit à la troisième minute et sept à la première et à la troisième minute. Quand on a comparé les 18 personnes sans HO avec les 12 avec au moins une fois l'HO nous avons constaté une tendance à l'augmentation des fractures (50 vs 17 % ; $p = 0,05$) mais nous n'avons pas constaté de différences majeures pour les autres données cliniques et biologiques. Par contre, les huit personnes qui avaient présenté de l'HO au moins deux fois présentaient par rapport aux 18 personnes sans HO un *D Pression Pulse* plus bas à j1A-M et j2M (jusqu'à –24 mmHg) : un IMC plus bas (20 ± 3 vs 25 ± 5 ; $p < 0,02$), une tendance à l'augmentation de la créatinémie et à la diminution de l'hématocrite. Tous ces éléments sont en faveur d'une plus grande fragilité chez les sujets qui présentent de l'HO à plusieurs reprises.

Conclusion : Cette étude suggère que chez le patient gériatrique, l'hypotension orthostatique doit être recherchée à plusieurs reprises afin de détecter les sujets à plus haut risque.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-18
Les thromboses veineuses et hyperhomocystéinémies en gériatrie

A. Rezgui*, A. Mzabi, M. Karmani, O. Ben Abdallah, F. Ben Fredj, C. Kechrid
Médecine interne, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction : Une hyperhomocystéinémie (HH) est fréquemment rencontrée chez le sujet âgé (SA). Elle favorise l'apparition des thromboses veineuses (TV) sur ce terrain.

Objectifs : Le but de notre étude est de déterminer les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives de la TVSA associée à une HH.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de 219 dossiers de patients âgés de 65 ans et plus, suivis pour thrombose veineuse, colligés dans le service de médecine interne du centre hospitalo-universitaire Sahloul de Sousse, entre 1999 et 2012 ; parmi ces patients 50 cas de TV associée à une HH ont été étudiés.

Résultats : Il s'agissait de 23 hommes (46 %) et 27 femmes (54 %). L'âge moyen était de 75,3 ans. Le taux moyen d'homocystéinémie était de 20,04 µmol/l. Une TV des membres inférieurs (MI) était rencontrée chez tous les malades. Elle était associée à une thrombose de la veine cave inférieure dans un cas. L'œdème était retrouvé chez 98 % des malades. Les complications liées à la TV et/ou au traitement étaient fréquemment : le surdosage asymptomatique en antivitamine K (AVK) dans 24 % des cas, l'hémorragie (14 %), la récidive (14 %) et l'embolie pulmonaire (11 %). Le traitement était basé, essentiellement, sur l'héparinothérapie et/ou AVK. L'acide folique était associé au traitement anticoagulant dans tous les cas.

Conclusion : La TV est localisée au niveau des MI dans la majorité des cas. L'HH peut expliquer, également, la survenue d'une TV de siège insolite. Une HH non traitée peut être un facteur de risque de récidive de la TV. L'HH reste une cause prépondérante dans la survenue de la pathologie thromboembolique veineuse chez la personne âgée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-19
Iatrogénie et thrombose veineuse de la personne âgée

A. Rezgui*, A. Mzabi, O. Ben Abdallah, M. Karmani, F. Ben Fredj, C. Kechrid
Médecine interne, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction : La prise en charge de la thrombose veineuse du sujet âgé (TVSA) expose à des complications qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital de la personne âgée.

Objectifs : Le but de notre travail est de préciser les complications liées au traitement de la TVSA, les causes favorisantes ainsi que la conduite à tenir.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 219 dossiers de patients âgés de 65 ans et plus, hospitalisés, entre 1999 et 2012, dans le service de médecine interne du centre hospitalo-universitaire Sahloul de Sousse pour thrombose veineuse.

Résultats : Il s'agissait de 92 hommes (42 %) et 127 femmes (58 %). L'âge moyen était de 76,6 ans. La TV était confirmée par une échographie en mode doppler veineux dans tous les cas. Le traitement était basé, essentiellement, sur : une héparine non fractionnée (chez 21 % des malades), une héparine de bas poids moléculaire (HBPM, chez 78,5 %) et les AVK (97,7 % des cas). Les complications liées au traitement étaient : un surdosage asymptomatique en AVK (50,2 %), une hémorragie (17,4 %), une thrombopénie à l'héparine (1,4 %) et une nécrose aux AVK (0,5 %). Les accidents hémorragiques étaient en rapport avec l'HNF (2,6 % des cas) et les AVK (97,4 %). L'hématurie était le saignement le plus fréquent (dix cas). Un état de choc (EDC) hémorragique était constaté chez deux malades, il était non récupérable dans les deux cas. La conduite à tenir dépendait de la nature de l'accident iatrogène.

Conclusion : L'AVK reste l'une des thérapeutiques les plus impliquées dans les accidents iatrogènes notamment chez le sujet âgé. Dans notre série, les complications inhérentes au traitement étaient principalement le surdosage asymptomatique en AVK et l'hémorragie. L'anticoagulation demeure à nos jours le traitement de choix de la TVSA mais son instauration doit être prudente et sa surveillance doit être régulière. L'hémorragie reste la complication la plus redoutable sur ce terrain fragile.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-20
Thrombose veineuse profonde et superficielle chez le sujet âgé

A. Rezgui*, A. Mzabi, O. Ben Abdallah, M. Karmeni, F. Ben Fredj, C. Kechrid
Médecine interne, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction : La thrombose veineuse (TV) est fréquente et son pronostic est particulièrement sévère chez le sujet âgé (SA).

Objectifs : Le but de ce travail est d'analyser les particularités cliniques, paracliniques, étiologiques, évolutives et thérapeutiques de la TVSA.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 219 dossiers de patients âgés de 65 ans et plus, hospitalisés, entre 1999 et 2012, dans le service de médecine interne du centre hospitalo-universitaire Sahloul de Sousse pour TV.

Résultats : Il s'agissait de 92 hommes (42 %) et 127 femmes (58 %). L'âge moyen était de 76,6 ans. La TV des membres inférieurs était rencontrée chez 217 malades (99,1 %). La TV insolite était notée dans 2,7 % des cas. L'œdème était retrouvé chez 99,1 % des malades. L'alitement était le FDR le plus fréquent (65,3 %). Une étiologie était retenue dans 38,4 % des cas, dominée par l'hyperhomocystéinémie (22,8 %), suivie par la néoplasie (14,6 %). La TV était idiopathique chez 135 malades (61,6 %). L'évolution était favorable dans 27,4 % des cas. Les complications étaient, fréquemment, le surdosage asymptomatique en antivitamine K (AVK) dans 50,2 % des cas, l'hémorragie (17,4 %), l'embolie pulmonaire (12,8 %) et la récidive (9,1 %). Quatre décès (1,8 %) étaient déplorés. Le traitement était basé, essentiellement, sur l'héparinothérapie et/ou AVK.

Conclusion : L'œdème reste le signe clinique le plus fréquent. L'alitement est le FDR transitoire le plus prépondérant. L'embolie pulmonaire et l'hémorragie sont des complications fréquentes et potentiellement létales. La TVSA est multifactorielle. L'anticoagulation demeure le traitement de choix, mais son instauration doit être prudente et sa surveillance doit être régulière.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-21
Profil étiologique de la thrombose veineuse chez le sujet âgé

A. Rezgui*, A. Mzabi, M. Karmani, O. Ben Abdallah, F. Ben Fredj Ismail, C. Kechrid
CHU Sahloul, médecine interne, Sousse, Tunisie

Introduction : La thrombose veineuse (TV) est fréquente chez le sujet âgé (SA). Elle pose un problème de diagnostic positif, étiologique et surtout un problème de prise en charge thérapeutique.

Objectifs : L'objectif de ce travail est de déterminer les différents aspects étiologiques de cette TVSA.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 219 dossiers de patients âgés de 65 ans et plus, hospitalisés, entre 1999 et 2012, dans le service de médecine interne du centre hospitalo-universitaire Sahloul de Sousse pour TV.

Résultats : Il s'agissait de 92 hommes (42 %) et 127 femmes (58 %). L'âge moyen était de 76,6 ans. La TV des membres inférieurs était la localisation la plus fréquente (99,1 %). La TV insolite était notée dans 2,7 % des cas. L'alitement était le facteur de risque (FDR) le plus fréquent (65,3 %). Une étiologie était retenue dans 38,4 % des cas, dominée par l'hyperhomocystéinémie (HH) dans 22,8 %, suivie par la néoplasie (14,6 %) et la maladie inflammatoire chronique (3,1 %). Un déficit en antithrombine était noté dans deux cas. L'iatrogénie était retrouvée dans un seul cas. Les cancers le plus souvent rencontrés étaient : le cancer de la prostate (cinq cas), du poumon (quatre cas), de la vessie (trois cas) et colorectal (trois cas). La TV était idiopathique chez 135 malades (61,6 %).

Conclusion : L'HH est la cause la plus fréquente de TV chez la personne âgée. La TV insolite est fréquemment associée à une néoplasie. La TVSA reste d'origine indéterminée dans la majorité des cas, seul le FDR est retrouvé. La TVSA est multifactorielle. L'enquête étiologique doit être exhaustive en cas de TV récidivante ou de siège insolite.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-22
Maladie inflammatoire et thrombose veineuse chez le sujet âgé

A. Rezgui*, A. Mzabi, O. Ben Abdalah, M. Karmani, F. Ben Fradj, C. Kerchrid
Médecine interne, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction : La thrombose veineuse chez le sujet âgé (TVSA) est multifactorielle. La pathologie systémique reste une cause rare de cette TV sur ce terrain fragile.

Objectifs : Le but de notre travail est de déterminer les particularités cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de la TVSA associée à une maladie inflammatoire.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de 219 dossiers de patients âgés de 65 ans et plus, suivis pour TV, colligés dans le

service de médecine interne du centre hospitalo-universitaire Sahloul de Sousse, entre 1999 et 2012 ; parmi ces patients sept cas de TV associée à une maladie systémique ont été étudiés.

Résultats : Il s'agissait de deux hommes (28,6 %) et cinq femmes (71,4 %). L'âge moyen était de 74,3 ans. Les maladies systémiques en cause de la TVSA étaient : une maladie de Behçet (un cas), une maladie de Buerger (un cas), une maladie de Horton (un cas), une pseudopolyarthrite-rhizomélique (deux cas) et une polyarthrite rhumatoïde (deux cas). La TV était localisée au niveau des membres inférieurs dans tous les cas. Elle était récidivante dans un cas. Le traitement était basé sur l'héparinothérapie et/ou antivitamine K (AVK) d'une part et sur la prise en charge de la pathologie causale d'autre part. Il s'agissait de deux hommes (28,6 %) et cinq femmes (71,4 %). L'âge moyen était de 74,3 ans. Les maladies systémiques en cause de la TVSA étaient : une maladie de Behçet (un cas), une maladie de Buerger (un cas), une maladie de Horton (un cas), une pseudopolyarthrite-rhizomélique (deux cas) et une polyarthrite rhumatoïde (deux cas). La TV était localisée au niveau des membres inférieurs dans tous les cas. Elle était récidivante dans un cas. Le traitement était basé sur l'héparinothérapie et/ou antivitamine K (AVK) d'une part et sur la prise en charge de la pathologie causale d'autre part.

Conclusion : L'inflammation systémique peut aider à l'apparition de la TV chez la personne âgée. La TV peut constituer une circonstance de découverte d'une maladie systémique chez la personne âgée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-23
Efficacité du traitement anticoagulant par AVK chez la personne âgée en institution

N. Lawniczak
HUS / pôle de gériatrie, Strasbourg, France

Introduction : Alors que l'intervalle de temps thérapeutique (ITT) a été corrélé à un meilleur contrôle dans la prévention de la MVTE et à une réduction du risque d'AVC, il n'existe que peu d'études françaises objectivant l'efficacité de contrôle du traitement par AVK, et les données de la littérature internationale montrent une grande variabilité d'une étude à l'autre dans l'équilibre du traitement par AVK.

Objectifs : Dans ce contexte, nous proposons de réaliser une étude rétrospective de cohorte chez des patients institutionnalisés afin de déterminer l'efficacité du contrôle du traitement par AVK dans la population âgée par l'étude de l'intervalle de temps thérapeutique.

Méthodes : Nous avons recruté pour cette étude les patients résidant au secteur hébergement des HUS entre juin et août 2012. Elles devaient bénéficier d'un traitement par AVK depuis un minimum de trois mois. Nous avons colligé rétrospectivement sur dossier les données des 12 mois précédant l'inclusion et déterminé les ITT par une analyse qualitative des résultats d'INR par la méthode d'interpolation linéaire de Rosendaal et al.

Résultats : Huit cent quarante-huit résultats d'INR ont été rassemblés pour 36 patients inclus sur une période moyenne de 332,17 jours, soit 11 958 patients-jours. L'âge moyen de la population était de 89,8 ans [83,4–94,7] avec un sex-ratio féminin de 1/3. Les patients recevaient un traitement AVK par fluindione (81 %), warfarine (6 %) ou acénocoumarol (14 %). Le score $CHADS_2$ moyen est de 3,5 et le score CHA_2DS_2VASc est compris entre 4 et 6. La principale indication était la prévention du risque d'AVC chez les patients en FA (78 %) et la récidive d'AVC (19 %). L'ITT moyen a été de 201,76 jours (IC 95 % : [173,63–229,89]), soit 60,74 % (IC 95 % : [55,39 > 66,09]) sur la période étudiée. L'intervalle de temps moyen entre deux dosages d'INR a été de 17,45 jours, soit 1,7 contrôle d'INR par mois. L'intervalle de temps infrathérapeutique et suprathérapeutique moyen était de 68,06 (IC 95 % : [52,9–83,22]) et 62,31 jours (IC 95 % : [45,01–79,61]), soit 20,49 et 18,76 % respectivement pour l'ensemble de la population étudiée. L'analyse en sous-groupe entre les secteurs EHPAD et SMTI en fonction de la durée moyenne d'étude dans chaque secteur montre que les patients sont restés dans l'intervalle thérapeutique 205,30 jours, soit 58,68 % (IC 95 % : [51,49 % > 65,87 %]) en EHPAD et 196,20 jours, soit 64,46 % (IC 95 % : [56,3 > 72,62 %]) en SMTI. Onze des 36 patients de l'étude (31 %) ne dépassent pas les 50 % d'ITT, six patients dans le secteur EHPAD et cinq dans le secteur SMTI. Pour cette sous-population, l'ITT moyen était de 42 % (IC 95 % : [38,54–46,18]), le temps restant étant à 26 % (IC 95 % : [16,69 % > 35,31 %]) en zone infrathérapeutique et à 32 % (IC 95 % : [22,49 % > 41,51 %]) suprathérapeutique.

Conclusion : Notre étude a permis de montrer que l'ITT du secteur hébergement du pôle de gériatrie des hôpitaux universitaires de Strasbourg était suboptimal à 60,74 % sur une période de moyenne de 11 mois dans une population âgée en moyenne de 89,8 ans et dans les conditions de surveillances préconisées dans les recommandations de bonne pratique que ce soit en secteur EHPAD ou en secteur SMTI. Ces résultats sont supérieurs aux données rétrospectives de la littérature. Malgré cela il existe une grande variabilité interindividuelle et 11 patients sur les 36 n'atteignent pas le seuil des 50 % d'ITT. Ces résultats nécessitent d'être confrontés avec ceux pouvant être obtenus dans les EHPAD non universitaires afin d'évaluer la pratique courante en EHPAD.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P3-10-24
Évaluation des accidents hémorragiques liés aux antivitamines K chez le sujet âgé

E. Matonnat-Dauge*, M.-A. Picat, T. Dantoine
Médecine gériatrique, Haute-Vienne, Limoges, France

Introduction : Les anticoagulants sont des traitements bénéfiques. Ils diminuent le risque d'AVC, mais un déséquilibre chez un sujet âgé fragile peut engendrer des effets secondaires mettant en jeu le pronostic vital.

Objectifs : Réaliser un état des lieux des accidents hémorragiques liés aux antivitamines K chez le sujet âgé.

Méthodes : Étude rétrospective, monocentrique, observationnelle, transversale. Du 1er janvier au 30 juin 2012. L'étude inclut les patients âgés de 75 ans et plus. Pris en charge au service d'accueil et d'urgences du CHU de Limoges pour un accident hémorragique aux antivitamines K. Elle exclut donc les moins de 75 ans ainsi que les accidents hémorragiques d'autres étiologies (traumatiques, spontanées, autres traitements : aspirine, héparine).

Résultats : Soixante patients : 38 (63 %) hommes, 22 (37 %) femmes ; dix (17 %) patients de 75 à 79 ans, 42 (70 %) entre 80 et 89 ans et huit (13 %) entre 90 et 98 ans ; trente-neuf (65 %) une durée d'hospitalisation inférieure à dix jours ; soixante-dix pour cent (n = 42) sont traités pour une ACFA ; dix (17 %) patients pour une maladie thromboembolique dont huit ayant un épisode inférieur à six mois ; douze pour cent (n = 7) pour une valve cardiaque ; cinquante-quatre (90 %) sont traités par fluindione ; trois (5 %) par warfarine ; trois (5 %) par acénocoumarol ; aucun avec des antithrombiniques. Dix-neuf (32 %) patients avaient un INR inférieur à 2,19 (32 %), INR en zone thérapeutique 23,3 (5 %) > 10,43 (72 %) présentaient une instabilité de leur

INR. Les scores CHADs2VASc et HAS BLED retrouvés dans aucun dossier. Huit (19 %) patients avaient un score CHADsVASc 2 à 2, sept (17 %) patients étaient à 3, dix (24 %) à 4 et 11 (26 %) à 5. Les scores 6 et 7 étaient retrouvés chez trois patients (7 %). La majorité a un score HASBLED de 2, 3 ou 4 (respectivement : $n = 13$, 22 % ; $n = 17$, 28 % ; $n = 22$, 37 %). Un seul patient avait comme seul risque son âge. Quatre patients avaient un score à 5 et deux patients à 6,65 % (39) des cas, les patients ont pu rentrer à domicile. Onze (18 %) sont décédés en service de MCO. Neuf (15 %) ont bénéficié d'un SSR. Quarante-deux (70 %) patients n'avaient pas de recherche de l'albuminémie.

Conclusion : Une éducation des patients de leurs pathologies et leurs traitements associés est nécessaire. Une formation des médecins vis-à-vis de la fragilité des patients âgés, des traitements inappropriés est indispensable. Parmi les effets secondaires connus, les accidents hémorragiques aux AVK sont prépondérants. La proportion d'arythmie dans la population âgée est importante avec un risque d'AVC qui augmente avec l'âge d'où la prescription justifiée des AVK. Les plus fatals sont les hémorragies intracrâniennes. Ces complications, même mineures, ont des répercussions pour les patients (confusion liée à l'hospitalisation, anémie, décompensation de pathologies chroniques…) et ont un coût. La labilité de l'INR est l'élément à reconnaître plutôt que le taux d'INR. Ce dernier ne sera important que pour le traitement du risque hémorragique en urgence. La recherche de la labilité de l'INR permet une surveillance plus stricte de ces patients. Elle dépend de plusieurs facteurs : des comorbidités, des interactions médicamenteuses, de l'alimentation, ce qui nécessite une surveillance accrue. Les nouveaux anticoagulants pourraient avoir un intérêt sur l'équilibre de l'anticoagulation. L'évaluation gériatrique a elle aussi son intérêt pour le dépistage des critères de fragilité présents chez les patients âgés polypathologiques (les chutes, la dénutrition, les comorbidités, les troubles cognitifs, l'environnement social…). Car tous ces critères ne doivent pas amener à une sous-prescription des anticoagulants, mais ils doivent bénéficier d'un accompagnement.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:115-116
DOI 10.1007/s12612-013-0336-8

P3-11 Pathologies respiratoires : BPCO/asthme

© Springer-Verlag France 2013

P3-11-01
Utilisation des dispositifs broncho-inhalés chez le sujet âgé

I. Gest*, S. Delamare, S. Grieu, L. Druesne, O. Bahri, M. Parrad, P. Chassagne
Médecine gériatrique, Rouen, France

Introduction : Les médicaments broncho-inhalés représentent la base de la prise en charge des BPCO, et cela, quel que soit l'âge du malade. L'âge est cependant associé à une augmentation de la prévalence : des troubles cognitifs ou sensoriels (vision) qui peuvent limiter en pratique leur utilisation.

Objectifs : Le but de cette étude était de décrire, chez des malades âgés hospitalisés, traités par un médicament broncho-inhalé prescrit avant leur admission, l'utilisation réelle du produit.

Méthodes : Étude descriptive, prospective, monocentrique de 41 patients traités pour une BPCO (47 %) ou un asthme (22 %) depuis en moyenne trois mois. Les investigateurs de l'étude examinaient en situation réelle d'autoadministration du médicament les paramètres figurant sur sa notice d'utilisation.

Résultats : 1) Âge moyen : 86,1 ± 6,9 ans, 53 % de femmes, ADL moyen : 4,2 ± 1,6 dont deux tiers vivaient seuls au domicile. Le dispositif inhalé était prescrit depuis plus d'un an dans 41 % des cas. 2) Présence d'un handicap moteur ou visuel dans 34 % (n = 14) des cas, de troubles cognitifs dans 56 % des cas (n = 23), d'une arthrose digitale sévère dans 16 % (n = 6) des cas. 3) Le dispositif Handihaler® était utilisé chez 15 patients (36 %) chez lesquels seuls 23 % (n = 4) parvenaient à réaliser les sept étapes préconisées par le laboratoire. Pour le dispositif Turbuhaler® qui était utilisé par 12 patients (29 %) et qui nécessite cinq étapes consécutives, seuls 36 % des malades (n = 15) parvenaient à les réaliser en totalité. L'inhalateur classique sans chambre (comportant six étapes consécutives de manutention) était utilisé par dix patients que seuls 36 % parvenaient à utiliser correctement. Le taux de réussite complète de maniement entre les trois dispositifs ne différait pas statistiquement.

Conclusion : L'utilisation des dispositifs inhalés est souvent mal réalisée par les patients âgés après pourtant plusieurs mois de prescription. Selon le dispositif, 23 à 36 % seulement d'entre eux parviennent à réaliser en totalité les étapes successives indispensables pour une administration correcte du médicament telles qu'elles sont recommandées par le fabricant. Ces difficultés techniques semblent limiter l'efficacité de ces thérapeutiques chez les sujets très âgés chez qui il est nécessaire de vérifier au préalable les capacités sensorielles, motrices ou cognitives.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

P3-11-02
Syndrome d'apnées du sommeil du sujet âgé : étude de cohorte de patients âgés de 75 ans et plus ayant bénéficié d'une polygraphie ventilatoire pour suspicion de SAS

C. Lopez[1,*], V.-H. Nguyen-Michel[2], A. Monti[3], K. Kinugawa[4], J.-L. Golmard[5], E. Pautas[3,6]
[1]*Service de gériatrie, hôpital européen Georges-Pompidou (AP–HP), Paris, France*
[2]*Explorations fonctionnelles, hôpital Charles-Foix, GH Pitié-Salpêtrière–Charles-Foix, France*
[3]*Unité gériatrique aiguë, Ivry-sur-Seine, France*
[4]*Explorations fonctionnelles, hôpital Charles-Foix, GH Pitié-Salpêtrière–Charles-Foix (AP–HP), Ivry-sur-Seine, France*
[5]*Département de biostatistiques, GH Pitié-Salpêtrière–Charles-Foix (AP–HP), Ivry-sur-Seine, France*
[6]*UFR médecine P.-et-M.-Curie, université Paris-VI, Paris, France*

Introduction : Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS), fréquent chez le sujet âgé, est responsable d'une morbidité avérée par retentissement sur la qualité de vie et par des complications principalement cardiovasculaires. Il est sous-diagnostiqué et sous-étudié dans la population gériatrique, dans laquelle ses facteurs prédictifs et ses symptômes pourraient être différents.

Objectifs : L'objectif principal de ce travail est d'étudier les facteurs de risque et les signes d'appel associés au SAS dans une cohorte de patients très âgés. Les objectifs secondaires sont de décrire d'éventuelles spécificités techniques dans la réalisation de la polygraphie ventilatoire (PV) [résultats non présentés], et d'évaluer l'observance du traitement par ventilation en pression positive continue (VPPC).

Méthodes : Étude rétrospective d'une cohorte de patients âgés de 75 ans ou plus, bénéficiant d'une PV pour suspicion de SAS entre avril 2009 et janvier 2012. Pour chaque patient sont recueillies : données démographiques, facteurs de risque et antécédents cardiovasculaires, autres comorbidités, thérapeutiques médicamenteuses, symptômes évocateurs de SAS (Tableau 1). L'observance thérapeutique de la VPPC est évaluée par le taux d'acceptation initiale, puis l'observance à un–trois–six mois. Une analyse statistique univariée puis multivariée est menée pour chercher des corrélations entre caractéristiques des patients/signes d'appel/données polygraphiques et présence ou absence de SAS.

Résultats : Sur 76 patients inclus dans l'étude, six ont arraché l'appareillage d'enregistrement et 13 ont une durée d'enregistrement insuffisante pour interpréter la PV. Les données de 57 patients, âge moyen de 85,5 ± 5,3 ans, 63 % de femmes, sont donc analysées. L'autonomie moyenne est de 4,8 ± 1,2 (échelle de Katz sur 6), 91 % vivent à domicile, 32 % avec un conjoint. L'IMC moyen est de 28 ± 5 kg/m^2 avec 37 % de patients obèses et 33 % en surpoids. Quatre-vingt-six pour cent des patients ont au moins cinq médicaments au long cours,

70 % ont au moins un psychotrope. Toutes les données recueillies sont comparées entre groupes SAS (n = 36) et non SAS (n = 21). Les symptômes jugés évocateurs de SAS sont détaillés dans le Tableau 1.

Tableau 1

Symptômes	% groupe SAS	% groupe non SAS	*p*
Ronflement	44,7	42,9	0,91
Somnolence diurne	86,1	61,9	0,05
Pauses respiratoires	22,2	4,8	0,13
Sommeil agité	13,9	14,3	1
Insomnie	22,2	38,1	0,2
Nycturie	33,3	23,8	0,45
Céphalées matinales	5,6	4,7	1
Troubles de l'humeur	41,7	38,1	0,79
Plainte mnésique	22,2	4,8	0,13

Du fait du petit nombre de patients avec manque de puissance statistique, seule l'hypersomnolence diurne est significativement plus fréquente dans le groupe SAS, mais une tendance est notée pour les pauses respiratoires et la plainte mnésique. Pour les pathologies associées, on note des fréquences plus élevées de comorbidités cardiovasculaires chez les apnéiques (AVC, FA, HTA sévère), mais seule la BPCO est significativement corrélée au SAS (p = 0,045). En analyse multivariée, hypersomnolence diurne et BPCO gardent une association significative (p = 0,036 dans les deux cas). Une VPPC est proposée à 31/36 patients apnéiques ; huit ont refusé d'emblée. Pour les 23 appareillés, on note à un mois : 11 abandons, sept avec bonne observance (utilisation > 4 heures/nuit), cinq avec observance faible (utilisation < 2 heures/nuit). À trois et six mois, cinq patients gardent une bonne observance, tous les autres ayant arrêté la VPPC.

Conclusion : L'interprétation des résultats de cette étude pilote est limitée par la faible puissance de l'analyse statistique. Le recueil de données se poursuit pour tenter de confirmer les spécificités sémiologiques du SAS chez les patients très âgés, avec notamment une faible pertinence du ronflement, des troubles du sommeil et de la nycturie pour le diagnostic, mais en revanche l'intérêt des troubles de vigilance diurne et des plaintes mnésiques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:117-129
DOI 10.1007/s12612-013-0337-7

COMMUNICATIONS AFFICHÉES / POSTERS

P4-12 Chutes/pathologies de l'appareil locomoteur

© Springer-Verlag France 2013

P4-12-01
Éducation thérapeutique centrée sur la chute en soins de suite et de réadaptation gériatrique

L. Mora[1,*], J. Jenn[2], N. Salles[2], M. Rainfray[2]
[1]*CHU Paul-Brousse, Villejuif, France*
[2]*CHU Xavier-Arnozan, Bordeaux, France*

Introduction : La chute de la personne âgée est un événement multifactoriel qui nécessite une prise en charge globale. Malgré son essor actuel, l'éducation thérapeutique (ET) fait trop peu souvent partie du plan d'intervention.

Objectifs : Décrire et évaluer l'impact d'une ET centrée sur les chutes de la personne âgée, incluse dans la prise en charge pluridisciplinaire d'un SSR. L'objectif principal était d'évaluer le retentissement sur l'incidence des chutes à deux mois.

Méthodes : Étude prospective interventionnelle sur sept mois. Quarante-cinq patients inclus étaient âgés de plus de 75 ans, polypathologiques et avec des antécédents de chutes. Les MMS étaient supérieurs à 18/30. Durant leur hospitalisation en SSR, les patients inclus bénéficiaient, en plus de la prise en charge multidisciplinaire traditionnelle, de trois ateliers d'ET, animés par une équipe formée de rééducateurs. *Atelier n° 1 :* « vécu et partage d'expérience ». Les patients, réunis par groupe, échangent leur vécu de chutes (lieu, moment, causes, conséquences). *Atelier n° 2 :* « risques de chutes et solutions ». Le but est d'identifier les facteurs de risque de chutes à partir de l'environnement et de l'expérience de chacun. *Atelier n° 3 :* « que faire si je tombe ? ». Les patients sont amenés à réfléchir sur les actions et conduites à tenir en cas de chute. Une fiche restituant la réflexion du groupe était donnée à chaque participant. Parallèlement, une fiche de « retours aux équipes » était remplie par le binôme soignant. Le recueil de données était effectué par un appel téléphonique aux participants, deux mois après la sortie du SSR. Les informations étaient confirmées par un deuxième appel aux aidants principaux et/ou aux médecins traitants. Un questionnaire de satisfaction évaluant le bénéfice de l'atelier était également rempli par les participants.

Résultats : L'âge moyen de la population était de 85,3 ans. La polypathologie était marquée avec un score de Charlson moyen à 7,64. Sur les 45 patients inclus, 38 ont été finalement évalués (cinq sortis d'étude, un perdu de vue et un décès). La prise en charge multidisciplinaire couplée à l'ET a permis d'observer une tendance à la diminution des chutes et de leur gravité à deux mois, mais sans significativité statistique. 1) Seulement 23,7 % des patients inclus ont présenté une ou des chute(s) dans les deux mois suivant leur hospitalisation. Seul un patient a présenté une chute grave nécessitant une hospitalisation. Parmi les chuteurs à deux mois, 33,3 % ont réussi à se relever seuls du sol (contre 16,7 % pour les chutes antérieures à l'hospitalisation). Le plan d'intervention a été accueilli favorablement par les patients et semblait également avoir un impact favorable sur leur qualité de vie. 2) 70,6 % des patients ont manifesté un intérêt pour les séances d'ET, 61,8 % des patients ont jugé avoir acquis des connaissances, enfin 44,2 % ont estimé que les séances avaient eu un réel impact dans leur vie quotidienne.

Conclusion : Cette étude a permis de démontrer que l'ET est faisable et accueillie favorablement. Nous n'avons pas pu avoir de résultats significatifs du fait du faible effectif. Toutefois, les résultats sont encourageants et justifient une expansion de la pratique de l'ET chez la personne âgée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-02
Évaluation de la peur de chuter chez la personne âgée au service de MPR du CHU de Casablanca Maroc : à propos de 60 cas

K. Asmaa*, D. Cherquaoui, F. Lmidmani, A. Elfatimi
Service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : La chute est définie comme l'action de tomber, c'est-à-dire de perdre son équilibre et d'être attiré vers le sol sous l'effet de la force de pesanteur, c'est un problème important chez les personnes âgées.

Objectifs : Évaluer la peur de tomber chez la personne âgée de plus de 65 ans suivie en consultation de MPR au CHU de Casablanca.

Méthodes : Étude prospective portant sur 60 patients âgés de plus de 65 ans vus en consultation de MPR du CHU Ibn-Rochd durant l'année 2011. Les patients ont été évalués par un questionnaire oui/non en répondant à la question : avez-vous peur de tomber ?

Résultats : La moyenne d'âge de nos patients est de 72,57 ans ; une prédominance féminine, le sex-ratio est de 0,32. Les facteurs socio-économiques : 20,76 % des sujets habitent une maison de plain-pied et 79,24 % habitent à l'étage dont 39 sans ascenseur. Tous nos patients vivent avec leur famille. Ils ont pour antécédents : diabète (sept cas dont deux sous insuline), hypertension artérielle (43 cas et 33 sous traitement), ostéomalacie (43 cas), ostéoporomalacie (11 cas), arthrose (gonarthrose, coxarthrose, 34 cas), hémiplégie (13 cas), prises médicamenteuses type sédatif anxiolytique (neuf cas) et antécédent de chute (huit cas dont trois récidives) sans conséquences graves. 37,73 % ont répondu oui ; ils ont peur de chuter.

Conclusion : La peur de tomber est très fréquente selon la littérature chez les personnes âgées contrairement à nos résultats où elle ne représente que 37,73 %. Cela peut s'expliquer par la surprotection du sujet âgé dans notre contexte socioculturel marocain d'où cette confiance et ce faible pourcentage de peur de tomber.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

P4-12-03
Incidence et morbimortalité des fractures de l'extrémité supérieure du fémur en Martinique

J.-L. Rouvillain*, F. Decazes, O. Labrada-Blanco, C. Zekhnini, A. Donica, C. Senlecq
Orthopaedic surgery, La Meynard University Hospital, Fort-de-France, Martinique

Introduction : Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) ostéoporotiques représentent une pandémie avec des conséquences majeures en termes de morbimortalité. Cependant, il existe de fortes disparités géographiques en ce qui concerne l'incidence de ces fractures, et plusieurs études plaident en faveur d'une incidence plus faible dans les populations d'origines africaines. Nous nous sommes donc intéressés au calcul de l'incidence et à l'analyse de la morbimortalité de ces fractures en Martinique.

Objectifs : Nous nous sommes donc intéressés au calcul de l'incidence et à l'analyse de la morbimortalité de ces fractures en Martinique.

Méthodes : Étude prospective du 1er décembre 2011 au 31 avril 2012 au CHU de Fort-de-France incluant tous les patients de moins de 60 ans entrés pour FESF non traumatique. Un questionnaire était réalisé à l'admission (type de fracture, facteurs de risque, score de Katz, MMSE). Le score de Katz a été renouvelé à deux mois après la fracture. Étude rétrospective associée par le biais du PMSI pour calcul de l'incidence annuelle.

Résultats : Quatre-vingt-sept patients ont été inclus, 56 femmes et 31 hommes, moyenne d'âge = 85,32 ± 7,29 ans, 76 % des patients présentaient au moins deux facteurs de risque et seulement 4,5 % bénéficiaient d'un traitement. Le taux de décès à deux mois était de 21 % et n'était pas lié à l'âge (p = 0,115), au sexe (p = 0,746) ni à l'autonomie (p = 0,273) mais avait un lien significatif avec un MMS inférieur ou égal à 18 (p = 0,007). Le score de Katz est passé de 4,90 à 3,75 en moyenne (p < 0,001). L'incidence calculée était de 23,15 pour 10 000 patients-année. L'analyse densitométrique a retrouvé un T-score moyen à –2,97 avec 26 % d'ostéopénie et 73 % d'ostéoporose.

Conclusion : L'incidence de FESF calculée est donc plus basse que dans les populations européennes mais la forte progression de ces fractures depuis 30 ans montre l'impact des changements environnementaux, et nous avons évoqué la famine de 1943 à 1945 pour expliquer en partie cette progression. L'âge d'apparition et le sex-ratio sont les mêmes que dans les populations caucasiennes. De même, la mortalité à trois mois est similaire aux études européennes et américaines, et les conséquences en termes d'autonomie sont toutes aussi dramatiques. L'impact économique pour la société est considérable. Il semble exister un espoir, car il existe des thérapeutiques efficaces sous-utilisées aujourd'hui.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-04
Prise en charge systématique de l'ostéoporose postfracturaire chez les patients âgés lors de leur hospitalisation en orthopédie

A. Delhom[1,*], B. Chaudier[2], E. de Landevoisin[1], J.-J. Portier[3], E. Demortiere[1]
[1]*Service d'orthopédie, Marseille, France*
[2]*Service de médecine, Marseille, France*
[3]*Service d'orthogériatrie, HIA Laveran, Marseille, France*

Introduction : Avec l'allongement de la durée de vie, la prise en charge de patients victimes de fractures ostéoporotiques est de plus en plus fréquente. En dehors du volet thérapeutique chirurgical, la prévention de ces fractures est un enjeu de santé publique et passe par la prévention de l'ostéoporose. Chez ces patients âgés, la Haute Autorité de santé recommande qu'un dépistage et une prévention de l'ostéoporose soient systématiquement mis en place. Malheureusement le contexte polypathologique, les démences débutantes fréquentes et les facteurs sociaux rendent difficile le suivi en externe. Il n'est pas rare de voir des patients très âgés, aux multiples facteurs de risque d'ostéoporose ou présentant des antécédents de fractures de ce type, pour lesquels aucune prise en charge spécifique n'a été mise en place.

Objectifs : Chez les patients admis en orthopédie pour fracture ostéoporotique, notre étude avait pour but d'évaluer l'intérêt de réaliser, au décours de leur hospitalisation, un bilan spécifique et une prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire dans le cadre de la prévention secondaire de l'ostéoporose en s'appuyant sur l'analyse de la prévention de l'ostéoporose qui avait pu être mise en place avant l'épisode fracturaire.

Méthodes : Nous avons inclus 90 patients de façon prospective et monocentrique sur une période de quatre mois. Les critères d'inclusion étaient : l'hospitalisation dans le cadre d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur ou de l'extrémité inférieure du radius, le contexte de traumatisme minime, l'âge : supérieur à 65 ans pour les femmes et à 75 ans pour les hommes. Un bilan biologique recherchant hypocalcémie et déficit en vitamine D, ainsi qu'une consultation dédiée à l'ostéoporose faite par un médecin référent ont été systématiquement prescrits. Une évaluation précise était conduite afin de recenser les facteurs de risque, les éventuels antécédents de fracture ostéoporotique et, le cas échéant, l'existence d'un bilan ou d'une prévention de l'ostéoporose mise en place antérieurement.

Résultats : La moyenne d'âge de notre échantillon était de 82 ans, avec un sex-ratio de un homme pour trois femmes. Seize patients présentaient un antécédent de fracture ostéoporotique à l'admission, mais seulement sept d'entre eux avaient alors bénéficié d'un bilan spécifique, avec mise en place d'un traitement dédié dans cinq cas. Cinquante patients ont pu bénéficier d'une « consultation ostéoporose » au décours de leur hospitalisation. Un rendez-vous externe a été donné aux 40 autres mais seulement 13 d'entre eux se sont présentés en consultation. Cela confirme la difficulté chez ces patients très âgés de réaliser une prise en charge en externe. La mise en place d'un traitement a été nécessaire pour 47 patients, soit plus de la moitié d'entre eux.

Conclusion : En dépit des recommandations existantes sur la prévention de l'ostéoporose et de la fréquence des fractures ostéoporotiques dans cette population très âgée, peu de patients bénéficient en réalité d'une prévention primaire ou secondaire adaptée. L'hospitalisation dans un service hospitalier au décours d'un événement fracturaire est une opportunité pour réaliser un bilan complet spécifique et tenter de corriger les facteurs de risque existants grâce aux moyens diagnostiques hospitaliers pluridisciplinaires et coordonnés. Ce bilan et la prévention secondaire mise en place sont un soutien au médecin traitant dans le parcours de soins intéressant l'ostéoporose et doivent être combinés à la prévention des chutes à domicile.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-05
Caractéristiques cliniques des sujets répondeurs à la vibrotonie corporelle totale

C. Beaudart[1,*], F. Buckinx[1], D. Maquet[2], J.-M. Crielaard[2], J.-Y. Reginster[1], O. Bruyère[1,2]
[1]*Santé publique, épidémiologie et économie de la santé, Liège, Belgique*
[2]*Sciences de la motricité, université de Liège, Liège, Belgique*

Introduction : Nous avons préalablement montré, par une étude randomisée contrôlée réalisée en simple insu, qu'un entraînement de trois

mois par vibrotonie corporelle totale avec des durées d'exposition faibles n'a pas d'effet sur le risque de chute de sujets résidant en maison de repos (évalué par le test de Tinetti, le test du Timed Up and Go et une analyse quantitative de la marche) [1]. On note toutefois que, suite à l'intervention, 51,2 % des sujets ont amélioré leur test de Tinetti.

Objectifs : L'objectif de cette étude est d'évaluer les caractéristiques initiales des sujets ayant amélioré leur test de Tinetti au niveau de la marche et de l'équilibre corporel grâce à l'intervention dans le but de définir un profil de sujets pour lesquels ce type d'entraînement pourrait être optimal.

Méthodes : Les sujets ont reçu trois entraînements par semaine de vibrotonie composés de cinq séries de 15 secondes de vibrations à une intensité de 30 Hz, et ce, durant trois mois. Les sujets ayant amélioré leur test de Tinetti entre le début et la fin de l'étude ont été définis comme « répondeurs ».

Résultats : Soixante-deux sujets (âge moyen : 82,2 ± 9,02 ans) ont été recrutés pour cette étude. Parmi ces sujets, 31 ont été exposés aux séances de vibrotonie. Après trois mois d'entraînement, 16 d'entre eux (51,2 %) avaient amélioré leur test de Tinetti. Ces sujets répondeurs présentaient un test de Tinetti marche initial significativement inférieur (p = 0,01) par rapport aux autres sujets (12,8 ± 2,14 points et 14,6 ± 1,60 points respectivement), un Tinetti équilibre significativement inférieur (p < 0,01) par rapport aux autres sujets (8,31 ± 2,27 points et 10,8 ± 1,37 points respectivement) mais également un temps médian du test du Timed Up and Go s'élevant initialement à 24 secondes (P25–P75 : 17,7–35,4), ce qui s'avérait être significativement supérieur (p = 0,01) par rapport aux non-répondeurs (15,2 secondes [P25–P75 : 14,0–19,3]). La régression logistique montre toutefois qu'il n'est pas possible, à partir des résultats initiaux de ces deux tests, de prédire la capacité de réponse à l'entraînement par vibrotonie corporelle totale. En effet, les p-valeurs relatives à cette régression s'avéraient être supérieures à 0,05.

Conclusion : Les sujets ayant amélioré leur marche et leur équilibre corporel avec l'intervention de vibrotonie semblent plus fragiles que les sujets non répondeurs. En effet, ceux-ci présentaient des caractéristiques initiales de marche et d'équilibre corporel significativement plus faibles. Une intervention par vibrotonie corporelle totale pourrait donc être efficace chez des sujets ayant des invalidités importantes au niveau de la marche et de l'équilibre. Il faut noter que ces caractéristiques ne semblent toutefois pas être pertinentes au niveau de la prédiction individuelle de réponse à ce type d'entraînement.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Référence

1. Beaudart C, Maquet D, Mannarino M, et al (2013) Effects of 3 months of short sessions of controlled whole body vibrations on the risk of falls among nursing home residents. BMC Geriatr 13:42

P4-12-06

Chutes récurrentes chez une patiente âgée de 74 ans

N. Denewet*, S. Higuet, B. Kennes
Gériatrie, CHU de Charleroi, Charleroi, Belgique

Introduction : La chute est souvent le premier signe évocateur d'une maladie neurodégénérative. L'une d'entre elles, la paralysie supranucléaire progressive ou maladie de Steele-Richardson-Olszewski, est une pathologie apparaissant vers la soixantaine, maladie appartenant aux tauopathies dont les agrégats de protéines se situent essentiellement dans les noyaux gris centraux, la formation réticulée du tronc cérébral, le locus niger et les noyaux des nerfs crâniens. Le diagnostic n'est pas toujours aisé et se différencie parfois difficilement de l'atrophie multisystémique, de la maladie de Parkinson idiopathique de la dégénérescence corticobasale ou du parkinsonisme vasculaire.

Objectifs : Étant donné la difficulté relative du diagnostic de la paralysie supranucléaire progressive, nous souhaitions relater ce cas clinique se présentant par des chutes à répétition.

Méthodes : Description du cas clinique et revue de synthèse concernant cette maladie neurodégénérative via la littérature (Pubmed).

Résultats : Une patiente de 74 ans, vivant seule à domicile se présente à l'hôpital de jour gériatrique pour bilan de chutes à répétition, celles-ci sont de plus en plus fréquentes. La famille signale des erreurs médicamenteuses, des difficultés à la marche, une incontinence accidentelle et un regard fixe de poupée. Dans ses antécédents, on note une HTA, une hypercholestérolémie, une œsophagite et des fractures. L'examen clinique met en évidence une bradykinésie, un faciès peu expressif, une paralysie de la verticalité du regard (vers le bas), des difficultés à initier la poursuite oculaire vers la gauche, une instabilité à la volte-face, une réduction du balancement du bras à la marche et une bradypsychie. L'évaluation gériatrique globale met en évidence une perte d'autonomie, une dénutrition et un MMSE à 18/30. Le bilan neuropsychologique démontre une anosognosie, des troubles de persévération, une altération des fonctions exécutives, une fluence verbale réduite et un manque du mot. La résonnance cérébrale (avec gadolinium) démontre des signes de leucoencéphalopathie microangiopathique et une atrophie cortico-sous-corticale. La biologie, l'électroencéphalogramme et le bilan cardiaque sont normaux.

Conclusion : Le diagnostic est clinique et repose sur les critères établis en 1996. Il nous semble important d'y penser lors de tout examen neurologique d'un patient venant pour bilan de chutes. Il existe plusieurs phénotypes selon la clinique prédominante : le classique ou syndrome de Richardson, le phénotype PSP-parkinsonien, l'akinésie pure et le phénotype PSP-*progressive freezing gait*. À l'imagerie, quelques études rapportent une atrophie généralisée, plus prononcée dans le mésencéphale. L'étude électro-occulographique permet de distinguer la PSP de la dégénérescence corticobasale. Il n'existe malheureusement pas de traitement curatif ou symptomatique. La thérapie dopaminergique n'a que de faibles effets. L'approche pluridisciplinaire est essentielle.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-07

Évaluation de l'impact d'un entraînement de six mois par vibrotonie corporelle sur le risque de chute des patients résidant en maison de repos, observé pendant une période de 12 mois

F. Buckinx[1,*], C. Beaudart[1], M. Demonceau[2], D. Maquet[2], J.-M. Crielaard[2], J.-Y. Reginster[1], O. Bruyere[1,2]
[1]*Département des sciences de la santé publique, épidémiologie et économie de la santé, Liège, Belgique*
[2]*Département des sciences de la motricité, université de Liège, Liège, Belgique*

Introduction : L'activité physique prévient un certain nombre de processus délétères liés au vieillissement. Toutefois, la fatigue et le manque de motivation peuvent limiter la mise en place des programmes d'activité physique chez les personnes âgées. C'est pourquoi la vibrotonie corporelle pourrait s'avérer être une bonne alternative pour les seniors.

Objectifs : L'objectif de cette étude randomisée contrôlée est d'évaluer l'impact d'un entraînement de six mois par vibrotonie corporelle sur les capacités fonctionnelles et motrices des patients résidant en maison de repos, observé pendant une période de 12 mois.

Méthodes : Les patients ont été randomisés en deux groupes : le groupe traité par vibrotonie corporelle ayant reçu six mois d'entraînement, composé de cinq fois 15 secondes de stimulation, trois fois par semaine, à la fréquence de 30 Hz et le groupe témoin pour lequel aucune habitude de vie n'a été modifiée. L'impact de cet entraînement sur les capacités fonctionnelles et motrices a été évalué, à l'aveugle, au moyen du test de Tinetti, du Timed Up & Go (TUG) et d'une évaluation quantitative de dix secondes de marche, effectuée à l'aide d'un accéléromètre triaxial. La survenue des chutes a également été observée. Les analyses statistiques ont été réalisées en intention de traiter.

Résultats : Soixante-deux sujets âgés, volontaires, sains (47 femmes et 15 hommes ; moyenne d'âge : 83,2 ± 7,99 ans) ont été recrutés pour l'étude. Après six mois d'étude, aucune différence significative sur les paramètres étudiés n'a pu être observée entre les deux groupes. Le test Tinetti a diminué de –0,63 ± 2,92 points dans le groupe traité contre –1,45 ± 4,79 points dans le groupe témoin (p = 0,66 après ajustement sur le sexe, l'indice de masse corporelle et le Mini Mental State Examination). Le test du TUG a montré une évolution moyenne de –0,15 (P25–P75 : –5,08–2,16) secondes dans le groupe traité contre +0,89 (P25–P75 : –2,00–4,02) secondes dans le groupe témoin (p = 0,19). Au terme des 12 mois de suivi, aucune différence significative n'a pu être observée, excepté pour la longueur des pas, mesurée en double tâche, qui est diminuée davantage (p < 0,01) dans le groupe témoin (–0,12 ± 0,20 m) par rapport au groupe intervention (–0,04 ± 0,29 m) entre T0 et T12. Concernant les chutes, 42 chutes sont comptabilisées durant les six mois d'étude : 24 chutes dans le groupe traité et 18 dans le groupe témoin (p = 0,06). Au cours des six mois de suivi ultérieur à l'expérimentation, 19 chutes ont eu lieu : huit chutes dans le groupe traité et 11 dans le groupe témoin (p = 0,52).

Conclusion : Cette étude n'a pas établi l'efficacité d'un entraînement par vibrotonie corporelle, selon les modalités employées, sur les capacités fonctionnelles et motrices des personnes âgées institutionnalisées. Des investigations supplémentaires modifiant, entre autres, le protocole thérapeutique semblent nécessaires afin de préciser les effets de la vibrotonie chez les personnes âgées.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-08
La spondylodiscite a guéri sans une goutte d'antibiotique

L. De Bataille*, P. Chevalet, L. De Decker, M.-H. Fix, A. Larrayadieu, G. Berrut
CHU de Nantes, PHU de gérontologie clinique, Nantes, France

Introduction : Une patiente de 86 ans est hospitalisée pour confusion fébrile et troubles de la marche depuis 48 heures 00, dans un contexte de lombalgies évoluant depuis trois semaines. Elle présente des antécédents polyvasculaires, une insuffisance cardiaque systolique sévère, un syndrome inflammatoire chronique inexpliqué, et une appendicite traitée médicalement l'année précédente.

Objectifs : L'examen clinique ne retrouve pas de point d'appel franc. Des examens complémentaires sont réalisés à la recherche d'un foyer infectieux profond.

Méthodes : La biologie retrouve un syndrome inflammatoire (CRP : 184 mg/l), des hémocultures stériles et une hyperuricémie (acide urique : 894 µmol/l). La tomodensitométrie abdominopelvienne et rachidienne met en évidence un aspect de spondylodiscite L4–L5. La biopsie discovertébrale conclut à un tophus goutteux. Le diagnostic retenu est celui d'une spondylodiscite microcristalline goutteuse L4–L5. Un traitement par colchicine permet la résolution des symptômes douloureux, cognitifs et du syndrome inflammatoire.

Résultats : Les observations de gouttes rachidiennes sont peu fréquentes (une centaine de cas décrits). Des antécédents de goutte périphérique sont trouvés dans 70 % des cas. Certaines études ont montré une prévalence de l'atteinte axiale allant de 17 à 35 %, chez des patients goutteux connus, sans corrélation avec la durée d'évolution, la présence de lombalgie ou le taux d'acide urique. L'imagerie rachidienne est utile mais non spécifique. Seule l'identification des cristaux d'urate monosodique sur un prélèvement biopsique permet d'affirmer le diagnostic. Rétrospectivement, on retrouvait chez cette patiente des crises d'arthrites périphériques postdiurétiques soulagées par colchicine, et une discopathie L4–L5 plus discrète mais déjà présente à la relecture d'un scanner réalisé un an auparavant.

Conclusion : L'atteinte axiale de la goutte ne doit pas être méconnue, et devrait notamment être évoquée devant une lombalgie associée à un antécédent de goutte périphérique.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-09
Sujet âgé diabétique et facteur de risque de chute

S. Gloria*, C. Gaxatte, V. Pardessus, F. Puisieux
CHRU de Lille, Lille, France

Introduction : Les données épidémiologiques récentes identifient le diabète du sujet âgé comme un enjeu de santé publique majeur dans les années à venir. En effet, la prévalence du diabète chez le sujet âgé est en augmentation, et un quart des personnes diabétiques sont aujourd'hui âgées de plus de 75 ans. En plus des complications liées au diabète, ces patients sont exposés à développer plus tôt que le reste de la population des syndromes gériatriques tels que la chute.

Objectifs : L'objectif de cette étude était de décrire la population âgée diabétique ayant consulté pour chute et de comparer les facteurs de risque de chute des sujets âgés diabétiques aux non-diabétiques.

Méthodes : L'étude rétrospective incluait les patients ayant bénéficié d'une consultation multidisciplinaire de la chute au centre hospitalier et universitaire de Lille « les Bateliers » de 1995 à 2011. Au cours de chaque consultation, les facteurs de risque de chute étaient identifiés, et un examen physique ainsi qu'une évaluation de la marche étaient réalisés.

Résultats : Parmi les 1 179 patients rencontrés, 205 patients étaient diabétiques (17,4 %), d'âge moyen : 78 ± 6,7 ans. Le score ADL moyen était significativement plus bas chez les diabétiques (4,90 versus 5,17 ; p = 0,0055). La peur de tomber était plus fréquemment identifiée chez les sujets diabétiques (83,7 versus 77,49 % ; p = 0,0484) et s'accompagnait d'une restriction des sorties du domicile (66 versus 73 % ; p = 0,036) pour ces patients. À l'examen clinique, 76,72 % des diabétiques présentaient des troubles proprioceptifs contre 60,98 % chez les non-diabétiques (p < 0,001). Enfin, 51,5 % des diabétiques recevaient plus de huit médicaments par jour contre 27,6 % chez les non-diabétiques (p < 0,001). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le nombre de chutes dans les six mois précédant la consultation et la présence de troubles de la marche.

Conclusion : La prévalence de plusieurs facteurs de risque de chute est augmentée chez les patients diabétiques rencontrés en consultation multidisciplinaire de la chute. C'est le cas de la dépendance, de la

polymédication, de la peur de tomber et des troubles proprioceptifs. Une prise en charge multifactorielle de ces patients chuteurs ou à risque de chute reste tout à fait indiquée que les patients soient diabétiques ou non.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-10
Prédiction des chutes chez la personne âgée : quel modèle statistique utiliser ?

A. Kabeshova*, O. Beauchet, C. Launay, C. Annweiler
Gériatrie, CHU, Angers, France

Introduction : Les chutes sont à l'origine d'une augmentation de la morbimortalité chez la personne âgée, ce qui justifie de repérer précocement les individus les plus à risque afin d'instaurer de façon ciblée des stratégies efficaces de prévention de la chute. La régression logistique est le modèle statistique le plus répandu dans le domaine de l'apprentissage machine. Au contraire, d'autres techniques plus complexes, telles que les arbres de décision, les réseaux neuronaux et les modèles bayésiens, ont été peu utilisées jusqu'à présent.

Objectifs : Déterminer quelle approche statistique permettait la meilleure identification des chuteurs uniques ou à répétition dans une population âgée communautaire.

Méthodes : Neuf algorithmes (régression logistique, analyse discriminante, algorithme des K plus proches voisins, algorithme CHAID d'arbre de décision, Random Forest, Boosted Trees, Naive Bayes Net et deux réseaux neuronaux [Multilayer Perceptron, et Radial Basis Function]) ont été utilisés pour prédire les antécédents de chutes et la survenue prospective de chutes chez 1 765 participants.

Résultats : Les réseaux neuronaux étaient les plus précis pour prédire la chute unique (précision = 70,8 en rétrospectif et 69,7 en prospectif) et les chutes multiples (précision = 87,7 en rétrospectif et 87,3 en prospectif), et présentaient la sensibilité la plus élevée (sensibilité = 98,8 pour les chutes uniques en rétrospectif et 99,3 en prospectif, 99,5 pour les chutes multiples en rétrospectif et 100,0 en prospectif). Au contraire, le modèle Boosted Trees montrait une meilleure spécificité pour la prédiction des chutes uniques et multiples (spécificité = 60,9 pour les chutes uniques en rétrospectif et 62,0 en prospectif, 48,7 pour les chutes multiples en rétrospectif et 59,0 en prospectif).

Conclusion : Les réseaux neuronaux permettaient de prédire la chute avec le plus de précision. Les arbres de décision avaient une meilleure spécificité. Ces modèles étaient plus efficaces que la régression logistique pour prédire le risque de chute chez la personne âgée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-11
Devenir des personnes âgées victimes de l'ulcère de Buruli à propos de cinq cas

H. Azanmasso[1,*], S.N. Diagne[1], E. Alagnidé[2], F. Lmidmani[1], A. El Fatimi[1]
[1]*Service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle, CHU Ibn-Rochd de Casablanca Casablanca, Maroc*
[2]*Service de rééducation et réadaptation fonctionnelle, Centre national hospitalier universitaire HKM, Cotonou, Bénin*

Introduction : L'ulcère de Buruli (UB) est une maladie infectieuse émergente due au *Mycobacterium ulcerans*. Elle est génératrice de séquelles lourdement invalidantes. Le devenir des personnes âgées atteintes d'UB reste largement influencé par la qualité de leur prise en charge antérieure. Dans ces conditions, que deviennent réellement les patients déclarés guéris une fois retournés à leur domicile ?

Objectifs : Analyser le devenir des personnes âgées victimes de l'UB.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique portant sur cinq personnes âgées atteintes d'UB suivies au centre de dépistage et de traitement de l'UB (CDTUB) d'Allada de 2005 à 2009. Ces anciens patients ont été revus à leur domicile de janvier à juillet 2010.

Résultats : L'âge moyen a été de 72,8 ans avec des extrêmes de 62 et 89 ans. Quatre-vingts pour cent des patients étaient de sexe masculin avec un sex-ratio de 4,60, des personnes âgées ont été découvertes au stade d'ulcère délabrant. Quatre-vingts pour cent des patients ont eu des lésions localisées aux membres avec 60 % pour les membres pelviens et pour 20 %, la lésion a été au niveau du tronc. Sur le plan thérapeutique, 80 % des patients ont bénéficié d'un traitement médicamenteux, 60 % ont été hospitalisées, opérées et ont eu des séances de rééducation fonctionnelle. Deux patients sur les trois hospitalisés ont trouvé difficile le séjour à l'hôpital. Pourtant, à la guérison, 40 % ont eu des cicatrices fibrorétractiles et 20 % des brides avec 40 % de limitations de participation et restrictions de capacité. Sur le plan psychologique, pour les cinq personnes âgées, l'UB a été le fait d'un sorcier et toutes ont été bien acceptées par les familles après la guérison.

Conclusion : Les personnes âgées atteintes de l'UB guérissent et retournent à leur domicile avec de lourdes séquelles cutanéomusculaires et articulaires. Tout cela influence le devenir de ces patients avec un impact sur la mobilité de ces personnes âgées qui spontanément se laissent aller à la sédentarité. Ces patients sont fort heureusement bien acceptés par leur famille dans un contexte africain qui considère toutes les personnes du troisième âge comme des sorciers et rejetés de leur famille.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-12
Introduction d'une démarche éducative chez le sujet âgé chuteur. Le programme NINON

A.-S. Ridao[1,*], V. Pardessus[2], P. Lagardere[3], F. Puisieux[4]
[1]*Nord, CHI de Wasquehal, Wasquehal, France*
[2]*Nord, pôle de médecine physique et réadaptation, CHRU de Lille, Lille, France*
[3]*Gironde, AGA'PES Formation, Espace Agora, Cenon, France*
[4]*Nord, clinique de gérontologie, hôpital gériatrique les Bateliers, CHRU de Lille, Lille, France*

Introduction : La chute chez le sujet âgé représente une problématique de santé publique majeure en raison de son impact sur la morbimortalité, sur l'autonomie et sur la qualité de vie des sujets. L'éducation thérapeutique (ETP) du sujet âgé chuteur représente un nouveau champ d'action dans la prise en soins de ces sujets fragiles.

Objectifs : L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'adhésion des participants au programme d'ETP du sujet âgé chuteur, l'atteinte des objectifs individualisés et le devenir à trois mois.

Méthodes : Nous avons étudié rétrospectivement les données des patients ayant participé au programme d'ETP du CHRU de Lille. Les sujets sont suivis tout au long d'un programme de 12 semaines puis lors d'une journée de rappel, trois mois après les ateliers éducatifs. Ils bénéficient d'une évaluation comprenant : un Get Up and Go test et son temps de réalisation, une vitesse de marche sur 10 m, un test de Transfert et de Marche, la mesure de l'appréhension dans

la réalisation d'activités quotidiennes (FES) et de la sphère de déplacement (LSA). La prise de conscience par le patient est facilitée par l'utilisation d'un outil spécialement créé pour cette démarche thérapeutique : la cible Ninon®.

Résultats : Entre avril 2009 et décembre 2012, 43 patients ont participé au programme d'ETP des sujets âgés chuteurs organisé au CHRU de Lille. La moyenne d'âge de la population est de 78,4 ans. Soixante-dix-neuf pour cent de la population est tombée au moins une fois dans les six mois précédant l'ETP. L'adhésion au programme d'ETP est importante avec 69,8 % des participants ayant achevé le parcours éducatif. Lors de l'évaluation à trois mois, le temps de réalisation du Get Up and Go test est à 14,5 (± 5,09) secondes contre 19,9 (± 9) secondes en début de programme. On observe une amélioration des autres tests réalisés dans cette population. Soixante pour cent des participants n'ont pas présenté de nouvelle chute trois mois après la réalisation des ateliers thérapeutiques. De manière subjective, on note une amélioration de la qualité de vie et une diminution de la peur de la chute. L'adhésion aux recommandations est importante avec deux tiers de la population suivant totalement l'intégralité des conseils d'éducation : 83 % des participants ont adapté leur régime alimentaire, 71 % ont effectué des modifications thérapeutiques (dont l'arrêt de l'automédication) et 62 % ont adopté une activité physique adaptée et réalisé des modifications environnementales. L'adhésion et la participation des sujets constituent des éléments essentiels pour la prise en soins mais sous-entendent d'accepter les modifications liées au vieillissement et de changer des habitudes de vie bien ancrées dans le quotidien.

Conclusion : La démarche d'ETP du sujet âgé chuteur représente une nouvelle philosophie du soin plaçant le sujet au centre de la prise en soins. Cette approche permet au sujet âgé chuteur de prendre conscience de ses propres facteurs de risque et de les modifier s'il le désire. Le programme évolue depuis sa création pour répondre au mieux aux besoins et aux attentes des sujets âgés chuteurs et de leurs proches. Les retours de ce programme d'ETP sont positifs mais sur une population restreinte. Des investigations sur une population plus large et réalisées à plus long terme restent à mener.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-13
Le niveau d'activité physique chez des retraités autonomes est-il un facteur prédictif de la survenue de chutes dix ans plus tard ? Cohorte Proof

A. Devun*, B. Bongue, E. Achour, F. Roche, R. Gonthier
Gériatrie, Saint-Étienne, France

Introduction : L'activité physique contribue à réduire l'incidence des chutes, mais seules des études interventionnelles ont pu le mettre en évidence. L'impact de l'activité physique ordinaire, en lien avec les loisirs et/ou activités de la vie courante (tâches ménagères, jardinage, marche…), est très peu étudié.

Objectifs : Connaître l'effet prédictif de cette activité physique quotidienne sur l'incidence des chutes dix ans plus tard.

Méthodes : Sept cent soixante-trois questionnaires ont été envoyés en 2012 à une population retraitée autonome, en bonne santé, vivant à domicile (cohorte stéphanoise Proof). Ils visaient à évaluer les antécédents de chutes au cours des 12 derniers mois, le mode de vie, l'autonomie fonctionnelle, et la perception de l'état de santé global et de l'activité physique actuelle. Le niveau d'activité physique en 2001 a été évalué à l'aide du questionnaire validé POPAQ permettant d'obtenir des calculs de dépense énergétique.

Résultats : Cinq cent cinquante-neuf questionnaires ont été analysés, composés de 327 femmes (58,5 %) et 232 hommes (41,5 %). La moyenne d'âge était de 76,1 ± 1,1 ans. Le taux de « chuteurs » était de 15,56 % ($n = 87$). Les femmes chutaient plus que les hommes (OR = 2,94 ; [1,71–5,05]) [$p < 0,0001$], ainsi que les sujets déclarant être en moins bonne santé que les personnes de leur âge (OR = 3,47 ; [1,76–6,85]) [$p < 0,0001$]. Le risque de chute pour les retraités ayant une activité physique d'intensité soutenue, supérieure à 5MET (DEQ isa positive), en 2001, était de (OR = 0,66 ; [0,42–1,04]) [$p = 0,077$]. Les sujets les plus sédentaires en 2012, déclarant faire plus ou moins aucune activité physique, avaient un risque de chute de (OR = 1,55 ; [0,96–2,51]) [$p = 0,07$].

Conclusion : L'activité physique soutenue en 2001 tend à montrer un effet protecteur sur la survenue de chutes dix ans plus tard. Il faut souligner la différence entre l'activité physique liée à des exercices physiques programmés, améliorant force musculaire et capacités cardiovasculaires et l'activité physique liée aux activités de la vie courante. Pour lutter contre la sédentarité qui majore le risque de chute, il semble désormais plus adapté de proposer aux sujets encore autonomes des activités physiques régulières, d'intensité modérée, « écologiques », intégrées dans la vie quotidienne des retraités.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-14
Les troubles de la marche sont-ils un facteur prédictif indépendant de mortalité chez les personnes atteintes de démence ?

M. Dramé[1,2,3,*], R. Mahmoudi[2,3], D. Ciocan[3], F. Blanchard[2,3], J.-L. Novella[2,3], D. Jolly[2,4], Groupe Safes
[1]*Pôle recherche innovation, unité d'aide méthodologique, CHU de Reims, Reims, France*
[2]*Faculté de médecine, EA 3797, université de Reims Champagne-Ardenne, Reims, France*
[3]*Service de gériatrie et médecine interne, Reims, France*
[4]*Pôle recherche innovation, CHU de Reims, Reims, France*

Introduction : Les troubles de la marche sont fréquents et semblent être présents quel que soit le stade de la démence. Ils sont pourvoyeurs de chutes, elles-mêmes associées à une importante morbimortalité chez les personnes âgées.

Objectifs : L'objectif de cette étude était de déterminer le rôle prédictif des troubles de la marche sur la mortalité des personnes âgées souffrant de démence.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude de cohorte multicentrique prospective, incluant des personnes de 75 ans ou plus, souffrant de démence, hospitalisées dans une unité de court séjour via le service d'accueil des urgences de neuf hôpitaux français. Une évaluation gériatrique standardisée a été réalisée de façon systématique en début d'hospitalisation. Les troubles de la marche ont été définis par un Get Up and Go test réalisé en plus de 20 secondes. La relation entre les troubles de la marche et la mortalité à un an a été estimée par un modèle de Cox avec ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques.

Résultats : Les 589 sujets de cette étude étaient âgés de 86 ± 6 ans, avec une majorité de femmes (69 %). Au total, 507 personnes (86 %) présentaient des troubles de la marche. La mortalité globale à un an était de 46 % ($n = 210$). Les facteurs indépendants de mortalité étaient les troubles de la marche (HR = 1,65, IC 95 % = 1,04–2,61), l'âge (HR = 1,54, IC 95 % = 1,60–2,04) et les antécédents d'hospitalisation (HR = 1,51, IC 95 % = 1,15–2,0). Aucun lien significatif indépendant n'a été retrouvé pour le sexe, l'état nutritionnel et la dépression.

Conclusion : Les troubles de la marche sont un facteur de risque indépendant de mortalité chez des personnes souffrant de démence. Sa prise en charge (par une mobilisation et une kinésithérapie précoces) devrait être envisagée, notamment chez les personnes hospitalisées.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-15
Prévention de la chute : mise en place d'un dispositif expérimental original de prévention au sein de la filière gérontologique de territoire « Annecy–Rumilly–Saint-Julien–Gex »

M. Debray*, N. Chauzal, A. Laplasse, M. Allard-Reynier, C. Petit
Centre hospitalier de la région d'Annecy, Annecy, France

Introduction : Seule une faible proportion de patients de plus de 75 ans admis aux urgences pour chute à l'hôpital d'Annecy bénéficie d'un avis gériatrique (15 %). Le médecin traitant est rarement au courant de la chute souvent banalisée. La chute est le motif d'admission principal des patients hospitalisés en court séjour gériatrique (25 %) qui sont dans plus de la moitié des cas, déjà passés aux urgences pour le même motif dans les six mois précédents. Le patient de plus de 75 ans chuteur bénéficie ainsi rarement et tardivement au cours de son parcours d'une évaluation globale des facteurs de risque de chute laissant peu de place à une attitude préventive. La mise en place des interfilières gériatriques de territoire a amélioré la coordination entre professionnels intra- et extrahospitaliers. Dans le cadre de la filière de territoire « Annecy–Rumilly–Saint-Julien–Gex », nous rapportons la mise en place et les résultats préliminaires d'un dispositif original de prévention de la chute basé sur une évaluation par un référent unique (coordonnateur parcours patient–CPP) du patient à domicile.

Objectifs : *Objectif principal :* Évaluer la faisabilité du dispositif CPP. *Objectif secondaire :* Évaluer l'efficacité du dispositif.

Méthodes : *Dispositif :* Mise en place expérimentale du CPP dans la filière de territoire pour une durée de 18 mois. Montée en charge progressive. S'appuyant sur les recommandations de la HAS, le CPP évalue les facteurs de risque de chute, oriente le patient selon les besoins repérés, facilite son parcours, mobilise et coordonne les acteurs impliqués de la filière de territoire. Il suit dans le temps la mise en place des actions et réévalue le plan d'action avec le patient. *Population cible :* Patients de plus de 75 ans passés aux urgences pour chute avec un retour à domicile. Exclusion des patients ayant bénéficié dans les 12 mois précédents d'une évaluation gériatrique hospitalière. *Critères d'évaluation :* Nombre de patients relevant du dispositif, nombre de patients ayant bénéficié de l'évaluation du CPP. Nombre de recommandations effectuées. *Critères d'efficacité :* Suivi à trois mois de la mise en place des recommandations et suivi à un et trois mois des passages aux urgences pour chute.

Résultats : Après un mois de mise en place, le CPP a réalisé 16 évaluations à domicile. Trois patients ont refusé, deux patients ont été dirigés par les urgences vers la consultation chute hospitalière. Âge moyen : 87,21 ans, 68,75 % de femme. Population à haut risque de chute : une chute dans les six mois précédents : 81,25 % des cas ; présence d'un syndrome parkinsonien, de séquelles d'AVC ou d'un canal lombaire étroit : 43,75 % des cas. *Troubles cognitifs :* 37,5 % des cas. Vingt-cinq pour cent des patients prennent des psychotropes, 62,5 % des antihypertenseurs. Soixante-quinze pour cent présentent des douleurs du rachis lombosacré ou des membres inférieurs. En moyenne 2,9 préconisations proposées au patient (un à quatre domaines) : nutrition, environnement, chaussage. Tous ont une indication de prise en soins par un kinésithérapeute.

Conclusion : Le dispositif semble majoritairement accepté par des patients qui n'avaient pas bénéficié avant la chute d'évaluation spécifique. La population évaluée à domicile est très âgée et à très haut risque de chute. La très forte prévalence du risque nutritionnel reste à confirmer. Des recommandations ont été possibles. Leur application sera suivie à un et trois mois.

Conflit d'intérêt : M. Debray : invitation congrès : laboratoires Bayer, Novartis ; N. Chauzal : aucun ; A. Laplasse : aucun ; M. Allard-Reynier: aucun ; C. Petit : aucun.

P4-12-16
La prévention des chutes chez la personne âgée : le rôle des réseaux de santé gérontologiques en région Nord-Pas-de-Calais

L. Pecoraro[1], C. Delecluse[2,*], P. Fournier[3], F. Puisieux[4], C. Mariette[5], N. Dubois[6]
[1]*Nord, réseau Reper'Âge, Valenciennes, France*
[2]*Nord, RSG Lille-Hellemme-Lomme, Lille, France*
[3]*Nord, réseau Eollis, Phalempin, France*
[4]*Nord, centre hospitalier régional universitaire, Lille, France*
[5]*Pas-de-Calais, réseau de santé des 7 Vallées, Marconne, France*
[6]*Pas-de-Calais, réseau Vie l'Âge, Lens, France*

Introduction : Qu'elle occasionne des blessures physiques ou non, l'incidence d'une chute chez la personne âgée ne doit pas être négligée, d'où l'importance de savoir repérer au plus tôt les facteurs de risque. Dans le cadre de leurs missions de prévention et d'amélioration des pratiques professionnelles, les réseaux gérontologiques de la région Nord-Pas-de-Calais se sont associés autour de l'élaboration d'un projet de formation commun sur le thème du repérage précoce des risques de chute chez la personne âgée. Ce projet s'est concrétisé au travers d'un support de formation à la fois théorique et pratique et par la constitution d'une boîte à outils destinée à être utilisée par les intervenants du domicile.

Objectifs : Le choix de cette thématique s'est fait dans la mesure où la chute constitue un problème de santé publique pour lequel il s'agit de développer en priorité des actions de prévention. Le choix du public à sensibiliser s'est donc d'abord porté sur les professionnels intervenant au domicile au titre d'un service de soins infirmiers au domicile ou d'un service d'aide et d'accompagnement à la personne. Ce choix semble judicieux dans la mesure où ces derniers connaissent bien la personne, ses habitudes, son domicile, et entretiennent des relations privilégiées avec la famille auprès de qui ils peuvent se rapprocher pour la mise en œuvre de mesures préventives pour éviter l'accident.

Méthodes : Pour aider au dépistage, une fiche de repérage des risques de chutes est proposée aux professionnels. Cette fiche a vocation à intégrer le fonctionnement du service intervenant au domicile. L'évaluation des risques potentiels porte notamment sur l'équilibre et la marche, la nutrition, la vue, le chaussage et le pied, l'habitat. Cette fiche de repérage est complétée par une fiche préventive dans laquelle figurent les conseils pouvant être apportés face à une problématique repérée. Une seconde fiche-conseil a été élaborée à destination du grand public qui a lui aussi fait l'objet d'une campagne de sensibilisation à la thématique dans plusieurs communes, en collaboration avec les centres locaux d'information et de coordination.

Résultats : Depuis 2009, près de 600 professionnels ont pu suivre la formation, chaque réseau ayant organisé une ou deux sessions par an sur son territoire. Les retours sont majoritairement positifs dans la mesure où certaines structures ont intégré dans leurs pratiques la fiche de repérage des risques de chutes. Et surtout, les réseaux ont observé

une prise de conscience des professionnels de terrain sur l'ampleur des conséquences de la chute, trop souvent sous-estimées avant la sensibilisation via la formation.

Conclusion : Forts de leur expérience au domicile et de la coordination pluriprofessionnelle, les réseaux de santé gérontologiques doivent poursuivre leurs actions de sensibilisation aux risques liés au vieillissement. Les professionnels du premier recours, quels que soient leur spécialité et leur champ d'action, constituent une cible privilégiée dans le parcours de santé des aînés et la diminution des risques : interlocuteurs directs des personnes âgées et leurs aidants, partenaires privilégiés des équipes de coordination des réseaux de santé… L'enjeu aujourd'hui consiste ainsi à contribuer à la réduction des hospitalisations répétées et des admissions en urgence, en se positionnant comme un acteur clé dans l'amélioration des pratiques professionnelles au domicile des personnes âgées fragiles.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-17
Médicaments sédatifs et anticholinergiques et risque de chutes en cours d'hospitalisation chez des patients âgés

V. Dauphinot[1], C. Mouchoux[2,3,*], R. Faure[2], S. Omrani[2], P. Krolak-Salmon[1,3]
[1]Centre mémoire de ressource et de recherche, Villeurbanne, France
[2]Pharmacie, hôpital des Charpennes - HCL, Villeurbanne, France
[3]Centre de recherche clinique « Vieillissement, Cerveau, Fragilité », Villeurbanne, France

Introduction : Les chutes font partie des événements indésirables les plus fréquents à l'hôpital. Leurs causes comprennent des facteurs liés à l'état de santé du patient et à l'environnement. Les médicaments ayant des propriétés sédatives et anticholinergiques sont associés à la survenue de chutes chez des patients vivant en institution. Un score, le Drug Burden Index (DBI), permet de mesurer la charge anticholinergique et sédative globale d'une ordonnance.

Objectifs : Étudier l'association entre l'évolution du score DBI et la survenue de chutes en cours de l'hospitalisation, indépendamment des caractéristiques de santé des patients, auprès d'une population âgée de 65 ans et plus.

Méthodes : Il s'agit d'une cohorte multicentrique, portant sur 337 patients de trois hôpitaux gériatriques des hospices civils de Lyon. Les prescriptions médicamenteuses ont été recueillies grâce à un logiciel informatique hospitalier intégré. Le score DBI, prenant en compte les médicaments ayant des propriétés sédatives ou anticholinergiques, a été calculé pour chaque patient sur les prescriptions d'entrée, avant la survenue d'une chute et à la sortie. La survenue d'une chute en cours d'hospitalisation a été recueillie via le logiciel ENNOV. L'association entre le score DBI moyen, l'évolution de ce score en cours d'hospitalisation et la survenue d'une chute a été étudiée avec un modèle de Cox, avec ajustement sur les caractéristiques des patients.

Résultats : Parmi les 337 patients suivis (64,7 % de femmes, âge moyen : 85,4 ans), 20 (5,6 %) ont chuté en cours d'hospitalisation. Le risque de chute était 2,9 fois plus élevé chez les patients dont le score DBI avait augmenté ($p = 0{,}025$), comparés aux patients dont le score DBI était stable, indépendamment de l'âge, du sexe, du niveau de DBI à l'entrée et des comorbidités, dont les démences et la maladie de Parkinson. L'accroissement du score DBI chez les patients ayant chuté était caractérisé par l'augmentation de la fréquence de prescription d'anxiolytiques, d'hypnotiques, d'antidépresseurs et de neuroleptiques.

Conclusion : L'utilisation du score DBI pourrait aider à amélioration la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés et contribuer à la réduction du nombre de chutes dans lesquelles la prescription de médicaments potentiellement inappropriés joue un rôle.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-18
Filière orthotraumatologique gériatrique à l'hôpital Édouard-Herriot. Expérience de 80 patients (âge moyen : 92,5 ans)

H. Rossignol-Dalat*, M.-C. Guenot, A. Ricanet-Delannoy, B. Comte
Pavillon K, service de gériatrie, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

Introduction : Les chutes des personnes âgées (PA) et leurs conséquences traumatiques sont un véritable enjeu de santé publique. La fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) est un marqueur de fragilité et un facteur de mauvais pronostic en termes de morbimortalité, notamment chez les PA polypathologiques. Les suites opératoires immédiates sont souvent marquées de complications sévères et de décompensations de comorbidités. Depuis un an, nous avons mis en place une filière de soin, en collaboration avec les chirurgiens orthopédistes et les anesthésistes. Le but est de favoriser une prise en charge la plus précoce possible après la chirurgie pour diminuer l'incidence des complications et prendre en charge le patient dans sa globalité.

Objectifs : Réaliser une enquête descriptive sur la prise en charge en court séjour gériatrique dès j1 postopératoire des patients âgés de plus de 80 ans, ayant présenté une FESF.

Méthodes : Étude quantitative descriptive prospective réalisée dans le service de court séjour gériatrique, de février 2012 à février 2013 inclus, sur trois lits dédiés à la prise en charge postopératoire précoce des FESF opérées. Cette prise en charge a été réalisée dès j1 après le temps chirurgical.

Résultats : Quatre-vingts patients (10 H, 70 F) d'âge moyen de 92,5 ans. Quarante-sept vivaient à domicile, 31 en EHPAD. L'admission en service de gériatrie s'est effectuée en moyenne à 2,6 jours postopératoires, la durée moyenne de séjour est de neuf jours. Les complications les plus fréquentes étaient : 28 syndromes confusionnels, 14 décompensations cardiaques, 13 anémies ayant nécessité une transfusion, 22 cas d'escarres ; 52 dénutritions sévères, 17 dénutritions modérées. Pour le devenir : cinq décès, 12 retours en EHPAD sans SSR, 60 mutations en SSR.

Discussion : L'association polypathologies et moyenne d'âge extrêmement élevée justifie une prise en charge gériatrique. La majorité vivait à domicile avant la chute, ce qui révèle une certaine autonomie antérieure. Les complications orthopédiques sont rares. Si des complications surviennent, elles sont médicales, justifiant une prise en charge globale du patient, avec la difficulté éthique de soins raisonnés en fonction de la fragilité de chacun. La dénutrition est également à prendre en compte rapidement du fait de son impact péjoratif sur la morbimortalité périopératoire. Enfin, notre filière semble améliorer la prise en charge en SSR, en favorisant une rééducation précoce du fait d'une meilleure stabilité clinique de ces patients polypathologiques.

Conclusion : Les chutes sont fréquentes chez les PA et leurs conséquences traumatiques, dont la FESF, sont potentiellement graves. La prise en charge de ces patients est complexe dans les services d'orthopédie. Une approche gériatrique très précoce en postopératoire est possible. Elle permet une évaluation clinique globale, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, grâce à laquelle ils bénéficient d'une

rééducation fonctionnelle précoce et optimale. Cette expérience positive nous incite à poursuivre notre collaboration avec les chirurgiens.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-19
Chute du sujet âgé au centre 15 : caractéristiques des appels et place de la régulation dans la prise en charge du chuteur

S. Gloria[1,*], V. Petit[2], P. Valette[3], J. Devienne[3], F. Puisieux[4], équipe mobile d'évaluation gérontologique du centre hospitalier d'Arras
[1]Pas-de-Calais, centre hospitalier d'Arras, Arras, France
[2]Pas-de-Calais, centre hospitalier d'Arras, pôle santé publique, Arras, France
[3]Pas-de-Calais, centre hospitalier d'Arras, pôle urgences et soins critiques, Arras, France
[4]Nord, CHRU de Lille, Lille, France

Introduction : Événement fréquent aux conséquences parfois dramatiques, la chute chez le sujet âgé de plus de 75 ans est un motif de recours aux services d'urgences mais elle est aussi à l'origine de nombreux appels au centre 15. La régulation d'un appel pour chute ou pour « relevage » peut mettre en difficulté les assistants de régulation médicale ne disposant pas toujours de réponse adéquate.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude est de décrire les appels pour chute des personnes âgées de plus de 75 ans au Samu 62. L'objectif secondaire est d'identifier les hospitalisations à distance des sujets ayant eu recours au Samu 62 pour chute sur le centre hospitalier d'Arras.

Méthodes : La première partie de l'étude, observationnelle prospective, s'est déroulée au Samu 62 du 3 octobre 2011 au 4 décembre 2011. Les critères d'inclusion étaient les appels pour chute ou relevage d'un patient âgé de plus de 75 ans. La seconde partie de l'étude également observationnelle prospective s'est déroulée du 3 octobre 2011 au 31 mai 2012 au centre hospitalier d'Arras. Ont été inclus les patients ayant appelé le centre 15 pour chute et réhospitalisés au centre hospitalier d'Arras.

Résultats : Huit mille cent quatre personnes âgées de plus de 75 ans ont eu recours au centre 15 dont 1 331 pour une chute ou un simple relevage. Quatre-vingt-cinq pour cent des appels émanaient du domicile. Vingt-huit pour cent des personnes ont été relevées et laissées sur place principalement par les sapeurs-pompiers (63 %). Cinq pour cent des chuteurs ont refusé d'être transportés vers un établissement de santé. Parmi les patients transportés, 97 % ont été adressés à un service d'urgences. Les données identifiées pour cette population montrent que 87 % des chuteurs n'ont pas pu se relever seuls, 69 % avaient déjà des antécédents de chute connus, enfin 62 % vivaient seuls à domicile. Parmi les 162 appels pour chute sur la communauté urbaine d'Arras, nous avons constaté 35 réhospitalisations au centre hospitalier d'Arras dont 18 pour le même motif à savoir « une chute ». Certaines hospitalisations ont été précoces : 12 d'entre elles ont en effet eu lieu dans le premier mois suivant l'appel au centre 15 et la moitié concernait « une chute ».

Conclusion : Le centre 15 a un rôle clé dans le parcours du sujet âgé chuteur. L'identification de certains facteurs de risque de chute au moment de l'appel puis le signalement à l'équipe mobile de gériatrie permettraient une prise en charge ambulatoire précoce, une réduction du risque de perte d'autonomie et de réhospitalisation.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-20
Origine mécanique de la chute chez la personne âgée : l'arbre qui cache la forêt ! À propos d'une étude observationnelle chez 100 patients hospitalisés à l'issue d'une chute avec fracture

H. Chekroud[1,2,*], D. George[1], P. Thiery[1], H. Lamblin[1], I. Dupart[1], N. Declercq[1], V. Merlin[1], F. Laforest[1], F. Puisieux[2]
[1]Nord, groupe hospitalier de Loos-Haubourdin, Loos, France
[2]Nord, hôpital gériatrique Les Bateliers, CHRU de Lille, Lille, France

Introduction : Les chutes chez les personnes âgées sont un problème de santé publique majeur. Plusieurs études ont retrouvé de nombreux facteurs prédisposants et précipitants à l'origine des chutes du sujet âgé [1]. Des recommandations sur leur évaluation et leur prévention ont été publiées.

Objectifs : Nous avons réalisé une étude observationnelle à partir des dossiers médicaux de 100 patients hospitalisés à l'issue d'une chute avec fracture. Deux groupes de patients ont été constitués : groupe A (chute « mécanique ») et groupe B (chute « non mécanique »).

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective réalisée à partir de la revue des dossiers médicaux des patients hospitalisés suite à une chute grave (avec conséquences fracturaires) dans le service de soins de suite et de réadaptation (SSR) de l'hôpital d'Haubourdin.

Résultats : Dans notre étude, si 86 % des chutes étaient dites « mécaniques », on retrouvait le plus souvent d'autres facteurs de risque associés. Les facteurs locomoteurs et environnementaux n'étaient pas discriminants entre ces groupes A et B. Dans les deux populations, le nombre de facteurs de risque était très important (huit en moyenne). Ce qui expose ses patients à un risque élevé de récidive de chute [ref 5]. Pour autant, seuls 23 % d'entre eux bénéficieront au terme de leur hospitalisation d'une consultation de la chute. Alors même que les autres patients étaient exposés à un risque élevé de récidive et/ou de conséquences graves, nous avons pu observer un taux de refus de prise en charge important et davantage dans le groupe chute « mécanique ». Ainsi, 63 % des patients du groupe A et 42 % des patients du groupe B ont rejeté toutes explorations complémentaires aux motifs qu'ils n'en voyaient pas l'intérêt. La banalisation de la chute dite « mécanique » semble donc exposer davantage le chuteur à un défaut de prise en charge. Cette banalisation s'explique sans doute, comme le suggère le Collège national des enseignants de gériatrie, par le fait que « si la chute est précédée de malaise ou de perte de connaissance, elle sera teintée de gravité et fera l'objet d'une exploration active, contrairement à la chute « mécanique » qui est souvent négligée ».

Conclusion : Cette étude a permis de montrer que la chute caractérisée d'« origine mécanique » l'était bien souvent par excès, probablement du fait d'un manque de standardisation de cette terminologie et de sa banalisation par les patients et les soignants. Cependant, le caractère multifactoriel de la chute imposerait des mesures d'évaluation des facteurs de risque et de prévention de la chute chez le sujet âgé, et ce, quel que soit le motif avancé de la chute. Nous pourrions conclure comme le fait la HAS en rappelant que la chute « *peut être le symptôme non spécifique d'une pathologie médicale aiguë pouvant mettre en jeu le pronostic vital* ».

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-21
Prévention secondaire de l'ostéoporose fracturaire : des progrès à faire

A. Descombes[1], J. Zmudka[1], F. Gleize[1], J.-M. Serot[1], P. Mertl[2], P. Fardellone[3], P. Jouanny[1,*]
[1]*Médecine gériatrique, CHU d'Amiens, Amiens, France*
[2]*Orthopédie, CHU d'Amiens, Amiens, France*
[3]*Rhumatologie, CHU d'Amiens, Amiens, France*

Introduction : Le GRIO a proposé en 2012 une actualisation des recommandations pour la prise en charge de l'ostéoporose.

Objectifs : EPP (évaluation des pratiques professionnelles) pour savoir l'application de ces recommandations en pratique quotidienne : analyser le bilan diagnostique et la prise en charge thérapeutique effectués.

Méthodes : Une requête PMSI a été effectuée pour recueillir tous les patients de plus de 75 ans hospitalisés pour une fracture ostéoporotique sévère (fracture de l'extrémité supérieure du fémur et fracture vertébrale), entre le 1er juin et le 31 décembre 2012 au CHU d'Amiens. L'analyse du compte rendu d'hospitalisation et du dossier visait à s'assurer de la présence des circonstances et mécanismes de la chute (malaise, haute ou basse énergie), du bilan effectué (évaluation équilibre, dosage vitamine D, apports calciques, ostéodensitométrie ou score Frax) et de la prise en charge thérapeutique (traitement vitaminocalcique, ostéoformateur, kinésithérapie).

Résultats : Cent quarante-cinq patients ont été inclus : 113 femmes et 32 hommes, âgés de 85,8 ± 5,6 ans, et présentant 131 fractures de l'extrémité supérieure du fémur et 14 fractures vertébrales. Circonstances et mécanisme de la chute n'étaient pas précisés dans 122 cas (84,1 %). Le dosage de la vitamine D manquait dans 139 dossiers (95,9 %), l'apport calcique, l'ostéodensitométrie ou le Frax et l'évaluation de l'équilibre dans tous (100 %). Un traitement par vitamine D a été prescrit chez 24 patients (16,6 %) et des apports calciques chez 21 (14,5 %) mais seulement 16 en combiné (11,0 %). Dix patients ont eu un traitement spécifique (6,9 %), dont seulement trois (2,1 %) associé à un traitement vitaminocalcique. Par contre, 77 patients (53,1 %) ont eu une prescription de kinésithérapie. Les déterminants de l'adéquation aux recommandations sont l'âge (inversement corrélé) et le type de service (chirurgie moins adéquate que médecine).

Conclusion : La publication de nouvelles recommandations plus adaptées et mieux validées est nécessaire pour améliorer la prise en charge de l'ostéoporose fracturaire. Cependant, leur diffusion en pratique quotidienne nécessite encore de nombreuses actions d'analyse des pratiques, ce que le développement professionnel continu (DPC) doit permettre et renforcer.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-22
Analyse multivariée entre risque de chute, instabilité posturale et les critères de fragilité chez le sujet âgé

M. Lamloum*, I. Rachdi on behalf of Service de médecine interne hôpital La Rabta, A. Hamzaoui, T. Ben Salem, I. Ben Ghorbal, M. Khanfir, M.H. Houman
Service médecine interne, hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction : Les sujets âgés fragiles sont ceux qui, selon les critères de Fried, ont une perte de poids involontaire, une grande sédentarité, une fatigue générale, une faible force musculaire, une vitesse de marche lente et une altération de l'équilibre les exposant à un risque de chute. La liaison entre le risque de chute et les autres critères de fragilité étant insuffisamment étudiée par les auteurs.

Objectifs : Le but de notre travail est d'analyser le lien entre le risque de chute et les critères de fragilité.

Méthodes : C'est à partir d'une étude rétrospective portant sur des patients âgés de plus de 65 ans, hospitalisés dans le service de médecine interne que nous nous sommes proposés d'identifier les sujets âgés fragiles en se basant sur une échelle de dix critères de fragilité (âge > 75 ans, sexe féminin, perte de deux IADL selon indice de Lawton, perte d'une ADL selon l'indice de Katz, polypathologique, polymédique, altération des fonctions supérieure, dépression, démence, état somatique altéré, instabilité posturale par le test de l'appui unipodal) et de calculer le risque de chute chez ces patients par le test Get Up and Go (GUAGT) et de faire une analyse entre ce risque de chute et les critères de fragilité.

Résultats : Parmi les 86 patients hospitalisés, 57 % avaient une instabilité posturale et il y avait une relation statistiquement significative entre chute et instabilité posturale avec p inférieur à 0,0001. En analyse multivariée, les plus instables étaient les personnes âgées de plus de 75 ans, ceux qui étaient en perte d'autonomie, les polypathologiques et ceux qui avaient une altération des fonctions supérieures, avec des p respectivement de 0,03, de 0,001, de 0,01 et de 0,001. Le GUAGT a été effectué chez 72 patients et montre que 62 % ne présentaient pas de risque de chute (GUAGT < 20 secondes) avec une moyenne d'âge de 68 ans, 25 % présentaient un risque de chute (20 29 secondes) avec une moyenne d'âge de 79 ans. En comparant les différents groupes, on remarque que ceux ayant un GUAGT pathologique les plus touchées sont les femmes (51 %) contre 20 % des hommes avec $p < 0,03$; les âgés de plus de 75 ans (54 %) contre 28 % de moins de75 ans avec $p < 0,02$; les patients polymédiques, et polypathologiques (52 %) contre 31 % des pauci-pathologiques avec $p = 0,02$. Les sujets instables (62,5 %) ayant un test d'appui unipodal inférieur à cinq secondes avaient un risque de chute contre 9 % chez les stables, et il existait une relation statistiquement significative entre le GUAGT et l'instabilité posturale.

Conclusion : Les résultats de notre étude montrent que parmi les critères de fragilité, l'instabilité posturale et le risque de chute étaient liés de façon significative à l'âge élevé (≥ 75 ans), à la perte de l'autonomie, à l'usage de thérapeutique complexe, à la polypathologie et à l'altération des fonctions supérieures.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-23
Intérêt pronostique du dosage de la troponine en postopératoire des fractures du col fémoral chez le sujet âgé

H. Vallet[1,*], A. Forest[2], J. Cohen-Bittan[1], M. Verny[1], J. Boddaert[1]
[1]*Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Gériatrie, Paris, France*
[2]*Centre hospitalier de Marmande-Tonneins, gériatrie, Tonneins, France*

Introduction : Les complications cardiovasculaires sont les causes les plus fréquentes de morbidité et de mortalité en postopératoire des fractures du col fémoral.

Objectifs : Le but de notre étude est d'évaluer l'intérêt pronostique du dosage de la troponine en postopératoire des fractures du col fémoral chez le sujet âgé.

Méthodes : Tous les patients admis entre novembre 2009 et mars 2013 en postopératoire d'une fracture du col fémoral dans l'unité postopératoire gériatrique (UPOG) et ayant un dosage de la troponine ont été inclus. Les données ont été collectées prospectivement, incluant

les comorbidités (score CIRS 52), les complications postopératoires et le taux de troponine. L'élévation de la troponine était définie par un taux supérieur à 0,05 µg/l en cours d'hospitalisation. Les patients ayant présenté un syndrome coronarien avec sus-décalage (STEMI) et sans sus-décalage (non STEMI) ont été identifiés. Les résultats comprennent la mortalité intrahospitalière, à 6 et 12 mois ainsi que l'autonomie à six mois.

Résultats : Deux cent soixante-seize patients ont été inclus (âge : 86 ± 7 ans, 73 % de femmes). Quatre-vingt-dix-sept pour cent des patients étaient capables de marcher, le CIRS était de 9 ± 4 et les ADL à 5 ± 2. Une élévation de la troponine était observée chez 31 % des patients dont 10 % dans le cadre d'un syndrome coronarien et 21 % d'élévation isolée de la troponine. Cette élévation était associée à un plus grand nombre de fibrillation auriculaire (16 vs 7 %, $p = 0{,}0145$), d'insuffisance cardiaque aiguë (23 vs 13 %, $p = 0{,}0354$) et de transfert en réanimation notamment dans le cadre d'un syndrome coronarien (17 vs 2 % ; $p < 0{,}001$). Il n'y avait aucune différence en termes de mortalité intrahospitalière (5 vs 3 %, NS), de mortalité à six mois (19 vs 16 %, NS) ou à 12 mois (25 vs 18 %, NS), que l'élévation de la troponine soit associée ou non à un syndrome coronarien. En revanche à six mois l'élévation de la troponine était associée à un score ADL plus bas (3,4 vs 4,0 ; $p = 0{,}049$) et à un risque accru de perte de la marche (13 vs 5 ; $p = 0{,}0379$).

Conclusion : L'élévation de la troponine en postopératoire d'une fracture du col fémoral chez le sujet âgé n'est pas un facteur pronostique de mortalité à court ou à long terme quelle qu'en soit l'étiologie. En revanche, elle est associée à une perte d'autonomie à six mois.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-24
Évaluation de l'impact de l'ouverture d'une consultation d'évaluation gériatrique postchute après passage au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Douai

S. Fauvet[1,*], C. Paw[2], M. Hebben[1], B. Lacrampe[2], A. Berteloot[1]
[1]Pôle gériatrie, centre hospitalier de Douai, Douai, France
[2]Service d'accueil des urgences, centre hospitalier de Douai, Douai, France

Introduction : La chute du patient âgé de plus de 75 ans est un motif fréquent d'admission aux urgences. La prise en charge initiale consiste à traiter les conséquences immédiates de la chute mais rarement les causes. Sans élément de gravité, le patient regagne son domicile le jour même. Il est peu fréquent que l'expertise gériatrique soit réalisée durant cette brève hospitalisation. Pourtant la chute est souvent un tournant dans la vie du sujet âgé. En ce sens, nous avons ouvert une consultation d'évaluation gériatrique postchute permettant d'identifier les facteurs de risque et de proposer une prise en charge suivant les recommandations de la HAS.

Objectifs : Les objectifs de cette étude sont d'évaluer la création d'une consultation d'évaluation gériatrique postchute après admission aux urgences en analysant le mode de recrutement, en renseignant les caractéristiques épidémiologiques des patients admis et reçus en consultation. Pour terminer, nous tenterons de proposer des critères permettant un recrutement plus pertinent.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, unicentrique et observationnelle qui s'est déroulée du 1er novembre 2012 au 30 avril 2013 au centre hospitalier de Douai. Les critères d'inclusion pour la consultation d'évaluation postchute sont : patient âgé de 75 ans et plus, admis aux urgences pour chute et regagnant son domicile le jour même. Du 1er novembre 2012 au 31 décembre 2012, les patients étaient convoqués par le médecin urgentiste. À partir du 1er janvier 2013, les patients étaient convoqués de manière systématique par les secrétaires médicales du SAU. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients.

Résultats : Du 1er novembre 2012 au 31 décembre 2012, trois patients ont été adressés à la consultation par les médecins urgentistes. À partir du 1er janvier 2013, 198 patients de 75 ans et plus ont été admis aux urgences pour chute et en sont sortis le jour même. La moyenne d'âge est de 85 ± 5 ans. On retrouve 71 % ($n = 140$) de femmes et 29 % ($n = 58$) d'hommes. Soixante-treize patients (soit 37 %) ont été convoqués. Parmi eux : 16 (22 %) hommes et 57 (78 %) femmes. Cinquante-deux patients (71 %) sont venus à la consultation. L'âge moyen des patients venus à la consultation est de 83,13 ± 3 ans. La proportion homme/femme est identique.

Conclusion : Le nombre de patients admis pour chute aux urgences est important. Le recours à l'admission dans le service des urgences signifie l'existence d'un élément de gravité, au moins ressenti. L'orientation du patient âgé vers la consultation chute par le médecin urgentiste est faible (< 1 %). Pourtant, l'adhésion des patients à cette prise en charge spécialisée est importante puisque le taux de fréquentation sur convocation systématique est de 70 %. L'ensemble des patients n'a pu être convoqué, car les plages de consultations ne sont pas assez nombreuses. En ce sens, il faudrait cibler davantage les patients à haut risque de récidive de chute (ancien chuteur…) pour lesquels cette consultation serait bénéfique. Toutefois, cette liaison « urgence/consultation chute » est novatrice dans le parcours patient.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-25
Prise en charge des chutes durant l'hospitalisation au centre hospitalier de Saint-Nazaire : mise en place du projet et premiers résultats

L. Digabel*, F. Yvain, A. Leong, A. Delcher, S. Hily
Centre hospitalier de Saint-Nazaire, médecine adulte polyvalente et gériatrique, Saint-Nazaire, France

Introduction : Les chutes durant l'hospitalisation sont l'événement indésirable lié aux soins le plus fréquent. C'est un enjeu important de santé publique du fait des conséquences pour le patient et pour l'institution. Jusqu'à présent, il n'existait aucune identification des chuteurs et aucune prise en charge homogène des patients ayant fait une chute durant l'hospitalisation au centre hospitalier de Saint-Nazaire. Un groupe de réflexion sur les chutes a été créé en mars 2011 pour répondre à cette problématique en s'inspirant des recommandations de la HAS et des recommandations bonnes pratiques de soins en EHPAD.

Objectifs : L'objectif de ce groupe de réflexion est de mettre au point une fiche de déclaration des chutes informatisée pour identifier les chuteurs, repérer les situations et les patients à risque de chute. Une analyse des facteurs favorisant les chutes, en cas de chute à répétition, doit également être créée de manière à mettre en place une prise en charge multidimensionnelle la plus adaptée possible.

Méthodes : La déclaration des chutes se fait en ligne depuis le 1er février 2013. Les données descriptives concernant les chutes ont été extraites à partir du logiciel YES® entre le 12 février 2013, date de la première formation, et le 14 mai 2013 chez les patients hospitalisés en cours et moyen séjours. Une étude sur le taux de déclaration a été effectuée chez les patients sortant de court séjour gériatrique entre le 15 et le 26 avril 2013. La comparaison a été faite entre les nombres de

chutes déclarées dans les feuilles de transmissions du dossier de soins et les chutes déclarées informatiquement.

Résultats : Cent quarante et une chutes ont été déclarées en court et moyen séjours dans la période étudiée. Elles représentent 54 % des événements indésirables déclarés dans ces secteurs. L'âge moyen des chuteurs est de 85 ans. En cas de chutes multiples, les patients font en moyenne 4,3 chutes. Les chutes surviennent majoritairement dans les chambres, chez des personnes désorientées. Près de 50 % des patients ont un chaussage inadapté ou les pieds nus au moment de la chute. Les chutes sont plus fréquentes lors des horaires de transmissions des équipes, lorsque les soignants sont moins disponibles pour répondre aux sonnettes. Inversement, les chutes sont moins nombreuses aux heures de distribution des repas. L'étude sur le taux de déclaration retrouve des chiffres très satisfaisants avec un taux de déclaration de près de 70 % parmi les 40 chutes déclarées dans les dossiers.

Conclusion : Ces premiers résultats permettent déjà d'évoquer des pistes de réflexion pour limiter les chutes. Les deux premiers axes sur lesquels il est prévu de travailler sont la réorganisation du fonctionnement des équipes de manière à ce qu'un soignant soit délégué pour répondre aux sonnettes aux horaires de transmission. Le second axe concerne une sensibilisation des patients, de leur famille et des soignants sur l'importance d'avoir un chaussage adapté. Il conviendra avec un peu plus de recul d'évaluer dans un second temps l'efficacité de la prise en charge multidimensionnelle.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-26
Compression du nerf fémoral par un hématome du psoas : une complication à connaître

C. Villain[1,*], J.-S. Rech[1], A. Breining[1], G. Godiris-Petit[2], J. Cohen-Bittan[1], C. Tresallet[2], M. Verny[1], J. Boddaert[1]
[1]*Unité périopératoire gériatrique, AP–HP et UPMC, Paris-VI, Paris, France*
[2]*Chirurgie viscérale, AP–HP et UPMC, Paris-VI, Paris, France*

Introduction : L'hématome du psoas est une complication d'un trouble de l'hémostase. La fréquence de la prescription des traitements antithrombotiques chez les sujets âgés rend cette population particulièrement à risque. L'hématome du psoas est pourvoyeur de perte d'autonomie par l'atteinte souvent irréversible du nerf crural.

Objectifs : Connaître les différentes solutions thérapeutiques à envisager en présence d'une compression du nerf fémoral par un hématome du psoas.

Méthodes : Nous rapportons un cas clinique soulignant l'intérêt d'une intervention chirurgicale en urgence pour traiter la complication grave sur le plan fonctionnel qu'est la compression du nerf fémoral par l'hématome du psoas.

Résultats : Une patiente de 90 ans, hospitalisée en postopératoire d'une chirurgie réglée de prothèse totale de hanche droite sur métastase osseuse d'un cancer du sein, présente en postopératoire plusieurs épisodes d'ACFA paroxystique pour lesquels un traitement par amiodarone et héparine de bas poids moléculaire à dose efficace est débuté. À j11 postopératoire, la patiente chute dans le service, chute compliquée d'un hématome du psoas droit diagnostiqué au scanner avec anémie aiguë ayant nécessité une transfusion. Après arrêt des anticoagulants, apparition secondaire à j17 d'un déficit moteur du nerf crural droit coté à 2/5, nécessitant une évacuation chirurgicale en urgence. Malgré une amélioration motrice initiale, avec un déficit à 4/5, et la reprise d'une marche avec aide, il persistait à deux mois un déficit moteur 4/5 probablement lié à la complication mais n'empêchant pas la marche.

Conclusion : L'hématome du psoas est une complication des traitements antithrombotiques potentiellement pourvoyeuse de perte d'autonomie. Le sujet âgé y est particulièrement exposé du fait de la fréquence de la prescription de ces traitements. La surveillance neurologique est fondamentale après le diagnostic. La recherche d'un déficit sensitif dans le territoire du nerf fémoral, inaugural d'un déficit moteur, doit faire partie de la surveillance quotidienne systématique dans les suites d'un hématome du psoas. Seule la détection précoce de cette complication neurologique peut laisser envisager une chirurgie de décompression en urgence afin de diminuer le risque de séquelle fonctionnelle à distance.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-27
Prévention et gestion des chutes en institution : exemple d'un hôpital périphérique

D. Mengue[1,*], L. Traoré[1], A. Nbalma[1], M. Ouamri[1], B. Lebretton[1], C. Aboua-Eboulé[2], Comité thématique sur la gestion des risques liés aux soins au centre hospitalier d'Avallon
[1]*Centre hospitalier d'Avallon, Avallon, France*
[2]*CHU de Dijon, Dijon, France*

Introduction : Un tiers des personnes de plus de 65 ans chutent au moins une fois au cours d'une année. Le risque de chuter augmente avec l'âge et est supérieur à 50 % chez les personnes de plus de 90 ans. La majorité des études montrent qu'en institution, les personnes âgées ont un risque de chute plus élevé qu'à domicile, la moitié d'entre elles chuteront au moins une fois au cours de leur séjour. Ce risque est lié, non seulement à l'âge, mais aussi à l'augmentation du degré de fragilité et du niveau de dépendance qui entraînent une baisse de la mobilité et des conséquences parfois dramatiques.

Objectifs : Identifier les causes de chutes chez les résidents d'un EHPAD, afin de limiter leur récidive et leurs conséquences par la mise en place d'une procédure d'évaluation et de prise en charge.

Méthodes : En 2011, une première analyse a été effectuée sur 30 % (n = 41) de 136 dossiers patients tirés au sort afin de créer un support informatique de signalement des chutes qui a été intégré à la démarche de soins. Dès janvier 2012, le plan guide de soins a été mis en ligne sur tous les postes informatiques permettant ainsi de déclarer les chutes directement puis de les transmettre à la direction des soins, qui dispose d'un outil de recueil.

Résultats : L'EHPAD d'Avallon accueille 160 résidents répartis sur quatre unités. La moyenne d'âge des résidents était de 84,3 ans. L'EHPAD a enregistré 386 (79 %) sur un total de 488 chutes, service de médecine, USSR et SAU inclus, avec 1,05 chute par jour et 2,4 chutes par résident. Ces chutes ont concerné 87 résidents (54,4 %) âgés en moyenne de 83,7 ans. 63,2 % des chuteurs étaient des femmes et 60 % des résidents avaient chuté plus d'une fois. Le lieu de chute était un critère renseigné sur la quasi-totalité des fiches (384/386), dans 75 % des cas, les chutes avaient lieu dans la chambre. L'unité de soins pour personnes âgées moyennement dépendantes avait le plus grand nombre de chutes (236 chutes) par rapport à l'unité Alzheimer (124 chutes) et le service de soins médicotechniques (21 chutes). La moyenne de chutes dans cette unité était de 2,4 chutes par lit. Les lieux de chute étaient principalement la chambre (73 %), le couloir (8 %) et les toilettes (5 %), les tranches horaires à risque étaient entre 20 et 0 h avec 57 chutes (26 %) et entre 8 et 10 h avec 26 chutes (11,8 %) sur un total de 220. Les circonstances de la chute ont été renseignées pour 172 fiches/236 (72,9 %). Le moment du lever concerne 100 fiches sur 172 (58 %) principalement lors du

trajet des toilettes à la chambre (26 chutes). Le mauvais chaussage était retrouvé dans 51 chutes sur 172 (29,6 %).

Conclusion : Les résultats retrouvés dans notre étude sont cohérents avec ceux de la littérature. Les critères essentiels de la chute (heure, lieu, circonstances) sont assez bien renseignés. Il reste cependant une amélioration à faire concernant l'identification des causes extrinsèques telles que les traitements médicamenteux, l'environnement et les pratiques soignantes. La précision sur certains items est à définir en lien avec le temps d'appropriation de l'outil informatique par tous les soignants. Au terme de cette étude, nous avons mis en place un protocole de prise en charge des chutes dans cet EHPAD. Une évaluation de l'impact de cette stratégie est prévue.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-28
Fractures spontanées parmi une population hospitalisée en unité de soins longue durée (USLD) : étude rétrospective sur deux ans

L. Tliba*, Z. Meddane, B. Le Dastumer, J.-L. Le Quintrec
Sainte-Périne AP–HP, Paris, France

Introduction : Les études concernant les fractures spontanées rapportent une faible prévalence parmi la population générale. Ces fractures ont deux types de facteurs de risque : ceux retrouvés parmi la population générale (ostéoporose primitive ou secondaire, ostéopathies métaboliques, néoplasie osseuse, myélome) et d'autres plus fréquemment retrouvés dans la population gériatrique hospitalisée : antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC), immobilisation prolongée. Les critères d'admission des patients en USLD reposent sur un état de dépendance important et une indication à un suivi médical régulier. Pour cette raison, les patients actuellement admis sont plus fréquemment grabataires, et donc particulièrement à risque de fractures spontanées.

Objectifs : Le but de cette étude est d'évaluer la prévalence et les caractéristiques des fractures spontanées parmi la population hospitalisée en USLD ainsi que les facteurs associés à ces fractures.

Méthodes : Étude rétrospective réalisée pendant une période de deux ans entre 2009 et 2011. Toutes les fractures spontanées ont été recensées par enquête. Les facteurs associés ont été identifiés et comparés au reste de la population hospitalisée en USLD.

Résultats : On retrouve 13 cas de fractures spontanées. L'âge moyen de la population était de 93,1 ± 6,7 ans. La population était composée de deux hommes et 11 femmes. La prévalence des fractures spontanées dans cette population d'USLD est de 1,39 %. À l'origine de ces fractures, il n'a été retrouvé ni néoplasie osseuse primitive ou secondaire, ni ostéopathie métabolique. Le taux sérique moyen de 25(OH)vitamine D était de 12 ± 7,5 ng/ml (extrêmes : 4 et 26 ng/ml). Parmi les causes d'ostéoporoses secondaires, une seule a été retrouvée : 12 patients étaient traités par inhibiteurs de la pompe à protons. Les fractures concernaient les membres inférieurs pour dix patients : extrémité inférieure du fémur (quatre patients, dont un avec localisation diaphysaire à proximité d'un implant prothétique), tibia ou péroné (trois patients), fracture bimalléolaire (un patient), extrémité supérieure du tibia (un patient). Il ne fut pas retrouvé de fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Trois patients ont eu une fracture des membres supérieurs : extrémité inférieure de l'humérus (deux patients) et diaphyse humérale (un patient). Tous ces patients étaient complètement dépendants pour la réalisation des activités de la vie quotidienne et grabataires. Douze patients (92,3 %) avaient un antécédent d'AVC ischémique. Ce taux est significativement supérieur au reste de la population prise en charge (26,9 %). Huit patients étaient hémiplégiques (soit 69,2 contre 14,7 % parmi la population de référence). L'antériorité de l'AVC est constamment supérieure à un an. Dix patients présentaient des rétractions des membres.

Conclusion : Les fractures spontanées sont fréquentes parmi la population hospitalisée en USLD. Les principaux facteurs associés sont l'état grabataire (consécutif notamment à des séquelles d'AVC), le déficit en vitamine D et la prise au long cours d'inhibiteurs de la pompe à protons.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-12-29
Hôpital de jour « rhumatogériatrique » : bilan après trois ans d'activité

I. Delabriere*, F. Durig, E. Delzenne, R. Ciupa, A. Courau, F. Puisieux
Clinique de gérontologie, CHRU de Lille, Lille, France

Introduction : L'ostéoporose reste sous-diagnostiquée et sous-traitée chez le sujet âgé. Même les patients hospitalisés après une fracture de fragilité ne bénéficient pas toujours d'une évaluation du risque fracturaire et de la recherche d'une ostéoporose. De plus, le séjour en traumatologie est souvent trop court pour réaliser un bilan de chute. Depuis 2009, au CHRU de Lille, s'est mise en place une filière de « traumatologie du sujet âgé ». Celle-ci a pour objectif d'améliorer la prise en charge du sujet âgé fracturé. Elle intègre un hôpital de jour (HDJ) rhumatogériatrique où les patients, recrutés lors de leur passage dans le service de traumatologie, bénéficient d'une évaluation gériatrique, rhumatologique, nutritionnelle et de la réalisation d'une densitométrie osseuse.

Objectifs : Décrire les caractéristiques des patients accueillis en HDJ rhumatogériatrique et définir les points forts et les points faibles de cette activité.

Méthodes : Étude rétrospective réalisée à partir des données recueillies sur les courriers de sortie d'HDJ rhumatogériatrique entre mars 2010 et mars 2013.

Résultats : En trois ans, l'HDJ rhumatogériatrique a accueilli 78 patients chuteurs fracturés, en moyenne 12 semaines après leur fracture. Cette population était majoritairement féminine (75,7 % des cas) et de moyenne d'âge de 80,1 ± 6,4 ans. Il s'agissait d'une population plutôt autonome, la majorité (96,2 %) vivant à domicile, avec un ADL moyen à 5,5/6 et un IADL moyen à 5,6/8 chez les femmes. La chute ayant entraîné la fracture et l'hospitalisation n'était le plus souvent pas la première (75,7 % des cas) et dans 72 % des cas, le patient n'avait pu se relever seul. Il en résultait une appréhension de la chute dans plus de 60 % des cas. Le bilan réalisé a conduit à proposer un traitement antiostéoporotique à 82,4 % des patients reçus, dont 56,9 % avaient une ostéoporose confirmée à la densitométrie osseuse. Un suivi en rhumatologie a été proposé dans 64,1 % des cas et en gériatrie dans 30,7 % des cas.

Conclusion : L'HDJ rhumatogériatrique accueille des patients globalement plus autonomes et présentant moins de troubles cognitifs que la population habituellement accueillie dans les services de gériatrie. Un problème rencontré est celui des désistements de nombreux patients. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients sont recrutés juste après l'intervention et ne comprennent pas toujours pourquoi ou ne sont plus très motivés à venir quand ils sont convoqués plusieurs semaines après la fracture. Néanmoins, le bilan de l'activité est positif. L'HDJ rhumatogériatrique permet de réaliser l'évaluation du risque de nouvelle fracture et de proposer une prise en charge adaptée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:130-134
DOI 10.1007/s12612-013-0338-6

COMMUNICATIONS AFFICHÉES / POSTERS

P4-13 Rééducation/réadaptation du sujet âgé

© Springer-Verlag France 2013

P4-13-01
Interventions visant à améliorer la mobilité et la sécurité des aînés vivant à domicile : vers une optimisation de l'efficacité des stratégies d'enseignement utilisées par les ergothérapeutes

A. Carrier[1,2,*], M. Levasseur[1,2], D. Bédard[3,4], J. Desrosiers[1,2]
[1]Centre de recherche sur le vieillissement, centre de santé et de services sociaux–institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS–IUGS), Canada
[2]École de réadaptation, faculté de médecine et des sciences de la santé, université de Sherbrooke, Canada
[3]Centre d'étude et de développement pour l'innovation technopédagogique (CEDIT), université de Sherbrooke, Canada
[4]Département de pédagogie, faculté d'éducation, université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

Introduction : Les problèmes de mobilité qu'éprouvent certains aînés nécessitent des interventions ciblées afin d'assurer leur autonomie et leur sécurité à domicile. À cet égard, les ergothérapeutes en milieu communautaire jouent un rôle important en enseignant à ces personnes des façons sécuritaires de se déplacer. L'efficacité de leurs interventions est influencée par les stratégies d'enseignement, méthodes et outils, qu'ils utilisent. Or, les stratégies utilisées par les ergothérapeutes en milieu communautaire sont peu connues.

Objectifs : Explorer les stratégies d'enseignement utilisées par les ergothérapeutes en milieu communautaire lorsqu'ils interviennent auprès d'aînés ayant des difficultés de mobilité.

Méthodes : Cette étude faisait partie d'une recherche plus large portant sur le raisonnement clinique des ergothérapeutes menant au choix leurs stratégies d'enseignement. Onze ergothérapeutes en milieu communautaire et 12 de leurs clients âgés ont été recrutés au sein de six centres de santé et de services sociaux du Québec. Un devis de type théorisation ancrée a été utilisé afin de guider la cueillette des données. Des observations des interventions à domicile suivies d'entretiens semi-dirigés ($n = 12$; deux entretiens pour un des ergothérapeutes) ont été réalisées, et les données ont été analysées par comparaison constante et statistiques descriptives.

Résultats : Neuf méthodes, huit outils et neuf modulateurs d'intensité utilisés par les ergothérapeutes ont été identifiés. Les méthodes incluent : exposer (50,4 %), démontrer (10,1 %), rétroagir sur la performance (8,7 %), faire expérimenter (7,6 %), impliquer le client (7,6 %), rechercher (6,2 %) et recevoir (5,4 %) la rétroaction du client, questionner (4,0 %), et impliquer un collaborateur enseignant (rapporté dans les entretiens seulement). Pour leur part, les outils optimisent l'apprentissage du client et varient selon la méthode d'enseignement utilisée. Ces outils sont : le geste, l'équipement, les aides visuelles, les instructions écrite, verbale et somatosensorielle, le collaborateur enseignant et l'ergothérapeute en tant que client. Quant à eux, les modulateurs d'intensité constituent des éléments qui permettent à l'ergothérapeute d'adapter l'amplitude, le niveau de directivité, la durée, la fréquence et le rythme de son enseignement à la situation particulière de son client.

Conclusion : Lorsqu'ils interviennent auprès des aînés ayant des problèmes de mobilité, les ergothérapeutes en milieu communautaire utilisent une variété de stratégies d'enseignement. Toutefois, en dépit de la nature procédurale de la mobilité, ces ergothérapeutes ont surtout recours à la méthode « exposer », plus adaptée aux connaissances déclaratives. Cette apparente contradiction soulève des questionnements quant à l'efficacité de leurs interventions. Les résultats suggèrent que la formation universitaire et continue des ergothérapeutes pourrait être optimisée par l'inclusion d'éléments théoriques et pratiques relatifs à la pédagogie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-13-02
Étirements en gérontologie : un équilibre à (re)trouver

F. Ghiazza, L.-F. Sediari, S. Gonfrier, A.-M. Marteu*
CHU de Nice, Nice, France

Introduction : L'équilibre est la résultante de l'intégration par le système nerveux central de plusieurs modalités sensorielles dont la somesthésie au sein de laquelle on retrouve les récepteurs cutanés et les récepteurs musculotendineux et articulaires. L'altération physiologique de la fonction proprioceptive joue un rôle prépondérant dans la perte d'efficacité de l'équilibration chez la personne âgée. Le vieillissement peut aussi être à l'origine d'une perte de souplesse favorisant l'apparition de raideurs musculaires.

Objectifs : L'objectif de cette étude est de montrer que les étirements activodynamiques, peu pratiqués en gérontologie, ont un rôle à jouer dans la rééducation de l'équilibre en améliorant l'efficacité de l'effecteur neuromusculaire au niveau des membres inférieurs. Ces étirements activodynamiques préparent le muscle aux sollicitations ultérieures en augmentant la chaleur interne musculaire, en stimulant la jonction myotendineuse et en sollicitant les récepteurs sensitifs musculaires, tendineux et articulaires. Il s'agit de réaliser un allongement inférieur à la longueur maximale, une contraction du groupe musculaire puis, après le relâchement, d'enchaîner avec un travail dynamique.

Méthodes : Cette étude cible la population des personnes âgées chuteuses de plus de 75 ans hospitalisées en soins de suite et de réadaptation. Nous avons bénéficié d'un échantillon de 20 personnes réparties en deux groupes de dix individus chacun. Le groupe témoin bénéficiait d'une rééducation de l'équilibre statique et dynamique tandis que le groupe expérimental recevait le même traitement auquel on ajoutait les

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

étirements des ischiojambiers et des droits fémoraux à raison de trois séries d'étirements par séance ; chaque exercice étant répété deux fois par muscle. L'étude comportait trois à cinq séances par semaine pour un total de 12 séances, bilans initial et final inclus. En plus de l'évaluation des déficits trophique, antalgique, articulaire, musculaire et morphostatique, nous avons utilisé pour mesurer les capacités d'équilibre des patients les échelles de Berg, le Timed Up and Go Test, les tests de 10 m et 4 m de marche et une plateforme de posturologie.

Résultats : À l'exception du Timed Up and Go, dont l'évolution est plus importante pour le groupe témoin, tous les critères sont améliorés de façon plus significative chez les patients du groupe expérimental, ayant bénéficié des étirements. Sur la plateforme de posturologie, la surface parcourue par le centre de pression est notamment diminuée de manière plus marquée. En effet, en parcourant une surface plus réduite après rééducation, le centre de pression des patients oscille moins et ils sont donc plus stables. L'ajout des étirements activo-dynamiques permettrait d'augmenter la rapidité de déclenchement de la réponse réflexe, diminuant ainsi l'intensité de l'effort à fournir pour rétablir l'équilibre.

Conclusion : Les patients ayant bénéficié des étirements activo-dynamiques améliorent leur stabilité et sont surtout plus aptes à réagir rapidement à des déséquilibres limitant ainsi le risque de chute. C'est pourquoi les étirements dans le domaine de la gérontologie ne sont pas à proscrire, mais à utiliser à bon escient. Ils constituent un outil supplémentaire à la disposition du masseur-kinésithérapeute travaillant aux côtés de sujets âgés en perte d'autonomie et doivent être choisis de manière réfléchie quant à leur durée, leur type et les muscles sur lesquels les appliquer.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-13-03
Création d'un parcours de marche en intérieur à l'usage des résidents de l'EHPAD et des patients du SSR

J.-C. Hansen*, S. Gremy, E. Lerond
EHPAD/SSR, hôpital Asselin-Hédelin, Yvetot, France

Introduction : L'intérêt d'un parcours de marche pour évaluer et quantifier le risque de chute n'est plus à démontrer [1,2]. Cependant, l'accent est mis sur les parcours de marche en extérieur, ce qui en limite l'usage par les conditions météorologiques.

Objectifs : Concevoir un parcours de marche en intérieur qui non seulement autorise l'évaluation du risque de chute, mais qui, en plus, permette la rééducation des troubles de l'équilibre et de la marche du sujet âgé et, au-delà, soit conçu comme un lieu de promenade, d'activités à visée ludique et de socialisation.

Méthodes : Création d'un groupe de travail incluant les deux kinésithérapeutes et le médecin coordonnateur de l'établissement ayant suivi les étapes suivantes : 1) élaboration d'un cahier des charges sur la base des objectifs : a) sélection des fonctions identifiées comme essentielles ; b) conception des différents ateliers ; c) organisation des ateliers dans l'espace dédié ; d) détermination des critères d'inclusion pour les résidents et patients ; e) évaluation du parcours par des résidents de l'EHPAD et des patients du SSR ; f) adaptation/ajustement du parcours en fonction du retour des utilisateurs.

Résultats : *Les fonctions identifiées comme essentielles :* Huit fonctions essentielles à la lutte contre la sarcopénie, la perte des praxies, la diminution des capacités respiratoires, la désadaptation cardiaque à l'effort, la déminéralisation… ont été identifiées par le groupe de travail (sensibilité superficielle, proprioception, force musculaire, mouvements balistiques, réflexes d'équilibrations, marche physiologique, préhensions, préprogrammation et gestion des gestes intentionnels). Ces huit fonctions ont été combinées dans 12 ateliers constituant le parcours de marche en intérieur installé dans un local dédié. *Critères d'inclusion :* 1) résidents autonomes à la marche avec ou sans trouble de l'équilibre donc avec ou sans aide technique ; 2) patients récemment victimes d'une chute sans traumatisme entraînant ou pas un syndrome postchute.

Conclusion : L'équipe de rééducation gériatrique de l'hôpital Asselin-Hédelin d'Yvetot a conçu un parcours de marche en intérieur qui autorise : 1) la prévention de la perte d'autonomie des résidents de l'EHPAD en entretenant les acquis et donc en limitant les risques liés au vieillissement souvent à l'origine des chutes puis de la dépendance ; 2) la préparation au retour à domicile des patients du SSR suite à une brève perte d'autonomie ou dans le cadre d'un syndrome postchute pour limiter le risque de récidives ; 3) le renforcement de la socialisation de par l'aspect ludique des ateliers et thérapeutiques et de l'effet « dynamique de groupe ». Cette démarche s'inscrit dans une logique incontournable d'adaptation aux besoins et attentes des 202 résidents de l'EHPAD et des 11 patients du SSR [3].

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Koskas P, Lagadec J, Stirati S, et al (2007) Intérêt de l'analyse de la sémiologie et de la vitesse de la marche du sujet âgé dans l'évaluation du risque de chute à l'aide d'un parcours de marche comportant une double tâche. J Readapt Med 27:13–20
2. Le Plat P, Leterme J, Vaysse G, et al (2009) Parcours de marche : retour d'expérience. Kinesither Sci 497:35–40
3. Touboul P, Valbousquet J, Pourrat-Vanoni I, et al (2011) Comment adapter l'environnement pour favoriser la marche des seniors ? Une étude qualitative. Santé Publique 23:385–99

P4-13-04
Ténotomie percutanée à l'aiguille des muscles ischiojambiers : technique et premiers résultats

P.-D. Denormandie[1], L.-M. Mailhan[1], C. Jourdan[2], F. Genêt[2], A. Schnitzler[2,*]
[1]*Service de chirurgie, CHU R.-Poincaré, Garches, France*
[2]*Service de médecine physique et de réadaptation, CHU R.-Poincaré, Garches, France*

Introduction : Chez les personnes âgées, dans les suites d'une lésion du système nerveux central ou d'une démence, l'apparition d'une perte d'élasticité musculaire des muscles ischiojambiers (IJ) est fréquente. Cela peut aggraver les difficultés pour l'installation (au lit ou au fauteuil) ou pour le nursing de ces patients lourdement handicapés. Pour ne pas prendre de risque chirurgical et anesthésique chez des patients fragiles, nous avons développé une technique d'allongement percutané des muscles IJ à l'aide du biseau d'une aiguille.

Objectifs : Étude rétrospective sur l'année 2012. L'ensemble des dossiers des patients vus dans le cadre de la consultation multidisciplinaire de neuro-orthopédie-gériatrie ont été analysés. Ont été retenus ceux des patients ayant bénéficié d'une ténotomie percutanée à l'aiguille des muscles IJ.

Méthodes : Dix minutes après l'anesthésie locale par lidocaïne était débutée la ténotomie percutanée avec une aiguille 16 G (1,6 × 40 mm),

sans incision au bistouri. Le repérage des tendons était réalisé par la palpation de la corde sous-cutanée due aux IJ lors de l'extension passive de genou. Les points des ponctions étaient réalisés 5 cm en amont de leur insertion distale, l'insertion de l'aiguille ne dépassait pas 1 cm de profondeur. Pendant toute la procédure, une traction est réalisée manuellement sur le membre inférieur jusqu'à la rupture de l'IJ ténotomisé. La durée totale du geste est de 30 à 40 minutes. La tolérance du geste, une évaluation fonctionnelle et goniométrique de l'extension passive du genou, a été réalisée avant le geste, immédiatement après et trois mois après.

Résultats : Il y avait 14 ténotomies, l'âge moyen de 77 ans, quatre patients ont été traités de façon bilatérale. Le flessum était de 95 °C (± 21) avant la prise en charge, de 47 °C (± 22) après, soit un gain moyen de 47 °C (±20) [$p = 0{,}001$]. Les objectifs (11 améliorations de l'installation lit et fauteuil, trois améliorations du nursing) ont tous été atteints et se sont maintenus à trois mois.

Conclusion : Cette nouvelle technique, simple rapide et peu invasive, permet de diminuer le flessum de genou et ses conséquences fonctionnelles pour des patients âgés lourdement handicapés et fragiles.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-13-05
Étude de l'effet d'un programme de réentraînement à l'effort sur la dysfonction diastolique cardiaque liée à l'âge

E. Schmitt[1,*], G. Kaltenbach[1], B. Geny[2], T. Vogel[3]
[1]*Médecine interne gériatrique, Strasbourg, France*
[2]*Service de physiologie et d'explorations fonctionnelles, Strasbourg, France*
[3]*Soins de suite et de réadaptation, Strasbourg, France*

Introduction : La dysfonction diastolique, processus physiologique lié au vieillissement cardiaque, associe des anomalies de la relaxation ventriculaire gauche et une augmentation des pressions de remplissage.

Objectifs : Nous nous sommes intéressés dans cette étude à l'effet d'un programme de réentraînement à l'effort sur cycle de neuf semaines sur la fonction diastolique d'une population âgée en bonne santé.

Méthodes : Cent soixante-quatre patients âgés de 65 ans en moyenne ont été inclus. Ils ont bénéficié d'une échographie-doppler avant et après le réentraînement afin d'analyser la fonction diastolique du ventricule gauche. Parallèlement, les performances aérobies ont été évaluées avant et après le programme en s'intéressant plus particulièrement aux paramètres d'endurance et aux paramètres cardiorespiratoires maximaux.

Résultats : Nous avons pu mettre en évidence qu'environ la moitié de la population sans anomalie des fonctions systoliques gauche et droite présentait un rapport E/A diminué. Chez les femmes, cette baisse semblait être corrélée à une hypercholestérolémie (37,5 versus 20 %, $i = 0{,}01$), elle-même en rapport à un recours au traitement hormonal substitutif moins important (2,5 versus 25 %, $p = 0{,}002$). Ces troubles de la relaxation ventriculaire gauche n'étaient cependant pas associés à une altération des capacités physiques des sujets. Le réentraînement à l'effort a permis d'améliorer les performances aérobies (premier seuil ventilatoire, puissance maximale tolérée et consommation d'oxygène maximale) de tous les sujets âgés, qu'ils présentent ou non des troubles de la relaxation ventriculaire gauche. Le rapport E/A des patients présentant des troubles de la relaxation avant le réentraînement a progressé de 0,7 ± 0,1 à 0,8 ± 0,2 après le PEP'C ($p = 0{,}001$ pour les femmes et $p = 0{,}03$ pour les hommes).

Conclusion : L'amélioration du rapport E/A étant modérée après le réentraînement, il semble peu probable que ce facteur soit à l'origine des capacités physiques accrues. Malgré cela, ces résultats préliminaires semblent ouvrir des perspectives intéressantes dans la prévention de la dysfonction diastolique, voire de l'insuffisance cardiaque diastolique chez le sujet âgé.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-13-06
Favoriser ou retrouver ses repères temporospatiaux en séjour gériatrique

M. Croisier[1,*], E. Bonnet[2], M. Herren[2], A.-C. Miaz[2], V. Verdon[3], P. Olivier[4], S. Renaud[3], Y. Espolio Desbaillet[5]
[1]*Médecine, hôpital neuchâtelois/neurologie, Suisse*
[2]*Soins, hôpital neuchâtelois/ergothérapie, CTR du Val-de-Travers, Suisse*
[3]*Médecine, hôpital neuchâtelois/neurologie, site de Pourtalès, Suisse*
[4]*Médecine, hôpital neuchâtelois/neurologie, site de la Chaux-de-Fonds, Suisse*
[5]*Médecine, hôpital neuchâtelois/gériatrie, CTR du Val-de-Travers, Suisse*

Introduction : L'orientation étant fréquemment perturbée à l'arrivée des patients en service gériatrique, des séances en petit groupe sont proposées afin de renforcer et d'utiliser les repères temporospatiaux dans le cadre du séjour de réadaptation.

Objectifs : Les repères disponibles en milieu hospitalier sont présentés au patient afin qu'il puisse préciser la date du jour, connaître le lieu de son séjour et retrouver sa chambre. En fonction de ses capacités et de ses habitudes, le patient est encouragé à noter ses rendez-vous sur le calendrier disponible dans sa chambre (mémoire prospective) et à évaluer la durée écoulée depuis son hospitalisation (mémoire épisodique).

Méthodes : Des groupes de trois participants en moyenne sont sélectionnés selon leur score MMS d'entrée (≥ 10). Conduites par une neuropsychologue et un ergothérapeute, les réunions bihebdomadaires durent environ 30 minutes. Compte tenu de l'hétérogénéité des patients hospitalisés, de leur âge avancé (≥ 80 ans) et de la brièveté du séjour (14 à 21 jours), une procédure de type apprentissage sans erreur est privilégiée. En début de séance, les repères temporels classiques (saison, mois, jour de la semaine, année, quantième) sont indiqués par chaque participant (pointeur sur liste à puces). La procédure permet ainsi à chaque patient de donner la date complète en se basant sur les indices visuels fournis. Le patient est informé qu'il aura à rappeler cette information en fin de réunion, avec les indices si nécessaire, permettant aux thérapeutes de lui attribuer un score d'orientation temporelle allant de 0 à 4. La deuxième partie de la séance est consacrée à une visite sur photos des lieux signifiants de l'hôpital (réception, salle à manger, bureau des soignants, couloirs des chambres). Le patient est avisé qu'il sera accompagné par l'une des thérapeutes à sa chambre sur le trajet du retour, afin de lui attribuer un score d'orientation spatiale (de 0 à 4). La thymie, le comportement social et la présence de troubles exécutifs sont également relevés sous forme de scores simples (présents : +1, neutres : 0, absents : –1). Les proches des patients sont informés de la démarche.

Résultats : Comme attendu, la démarche profite essentiellement aux patients peu désorientés (sortie d'état confusionnel, troubles cognitifs

légers), dont les scores de perte d'autonomie en vie quotidienne sont non significatifs (CDR, DAD-6). Les résultats sont plus variables en présence de déficits plus marqués et/ou de troubles associés (thymiques notamment). La présence de troubles comportementaux (anosognosie) constitue une contre-indication à ce groupe.

Conclusion : Bien qu'il soit difficile dans le contexte de courts séjours d'obtenir des résultats clairement significatifs sur l'amélioration de l'orientation des patients, ces séances de groupe bihebdomadaires sont un bon complément à l'approche traditionnelle des évaluations/thérapies individuelles (examen neuropsychologique, bilan d'indépendance et de mise en situation) et viennent compléter les données relatives à la décision d'un retour à domicile. Elles induisent une dynamique de groupe positive face à la pertinence de ces repères dans le maintien de l'autonomie au quotidien, incluant l'encouragement à l'utilisation adéquate du calendrier et des cartes de rendez-vous (supports mnésiques les plus fréquents chez ces patients très âgés). Elles permettent également une observation plus sensible du comportement social et de l'humeur. Elles constituent enfin un renforcement du projet thérapeutique pluridisciplinaire.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-13-07
Suivi des troubles de déglutition à distance d'un AVC

V. Cressot*, E. Thiel, M. Rainfray, N. Salles
Pôle de gérontologie, CHU de Bordeaux, Pessac, France

Introduction : Les troubles de la déglutition dans le post-AVC chez les patients âgés sont fréquents et représentent un facteur pronostique majeur, tant sur le plan fonctionnel que vital. Leur suivi à distance de l'hospitalisation et l'observance des recommandations hors du cadre hospitalier sont souvent problématiques.

Objectifs : L'objectif principal était l'observation du suivi à des recommandations de prise en charge des troubles de déglutition. Les objectifs secondaires étaient le suivi de l'évolution des troubles de déglutition et de l'efficacité de la prise en charge.

Méthodes : Tous les patients pris en charge dans les suites d'un AVC dans le service de soins de suite et de rééducation gériatrique du CHU de Bordeaux ont été inclus dans une étude prospective à leur sortie du service. Le recueil de données a été réalisé à l'inclusion, à M1 et à M3, soit en consultation, soit en hôpital de jour. Tous les patients sortis du service entre le 1er janvier et le 30 avril 2012 ont été inclus. Nous avons recueilli à l'inclusion des données concernant les comorbidités, les déficiences et limitations d'activité, ainsi que les complications précoces et les modalités de la prise en charge des troubles de déglutition. À M1 et M3, nous avons colligé également les paramètres nutritionnels et un score de qualité de vie.

Résultats : Nous avons inclus 41 patients (âge moyen : 83,7 ans), dont 78 % présentaient des troubles de déglutition à l'inclusion. Les traitements proposés étaient : une adaptation de texture de l'alimentation solide et des boissons, avec des « fiches techniques » et des entretiens oraux pour support. À un mois, 22,2 % des patients inclus avec des troubles de déglutition ont présenté une pneumopathie d'inhalation. Les recommandations de prise en charge ont été mieux suivies à domicile qu'en institution. À trois mois, le score de qualité de vie était significativement inférieur en cas de troubles de déglutition persistants, et la perte de poids était significative également.

Conclusion : L'amélioration de la qualité de la prise en charge des troubles de la déglutition passe par une meilleure formation des personnels soignants (notamment en institution) et la mise en adéquation des supports d'information pour le domicile. Une démarche d'éducation thérapeutique spécifique est nécessaire.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P4-13-08
Approche ayurvédique de la stimulation de la mémoire en Guadeloupe

M.A. Yenkamala[1,*], J. De Rotrou[2], A. Smith[3]
[1]*Centre hospitalier de Capesterre, Capesterre Belle Eau, Guadeloupe*
[2]*Hôpital Broca, Paris, France*
[3]*Institut européen d'études védiques, Zurich, Suisse*

Introduction : Cette étude porte sur l'évaluation d'un programme de stimulation cognitive et de l'influence de types constitutionnels du système ayurvédique chez des personnes âgées en bonne santé. Différents travaux ont souligné le rôle clé de certains facteurs pharmacologiques, mentaux et de certains facteurs neuropsychologiques sur les fonctions cognitives telles que la mémoire (Prabhakar et al., 2009), sur l'ajustement cognitif (Carretti et al., 2011) et sur l'ajustement émotionnel (Naismith et al., 2010) à l'entraînement cérébral. En s'appuyant sur le modèle transactionnel de psychologie de la santé, l'hypothèse générale testée ici est que certains déterminants biopsychosociaux ont un impact sur l'efficacité de la stimulation cognitive et influencent considérablement les capacités de mémoire et la perception de la santé des sujets.

Objectifs : Les buts de notre étude sont : d'évaluer l'efficacité de la stimulation cognitive et d'estimer l'influence des trois types constitutionnels du système ayurvédique sur l'efficacité du programme auprès de personnes en bonne santé et d'un groupe contrôlé, sur une période de trois mois.

Méthodes : Nous avons rencontré 102 personnes âgées de plus de 50 ans lors de 12 séances hebdomadaires selon la méthodologie du programme Neuropeps®, issues des travaux de Mme J. de Rotrou. Ces séances consistent en des exercices et des techniques en vue de prévenir le vieillissement cérébral. Lors de la première séance (temps 1), une évaluation du type constitutionnel (*Vata, Pitta* ou *Kapha*), de la perception de la santé globale et de la plainte de mémoire est faite à l'aide de divers questionnaires tels que l'examen de constitution ayurvédique, le Memory Impairement Screen (MIS) et le test de mémoire.

Résultats :

	Temps 1	Temps 2
Mémoire subjective	12,24 (4,07)*	13,14 (2,95)*
Santé physique perçue	14,13 (2,99)	14,42 (3,09)
Santé mentale perçue	14,68 (3,80)	15,18 (3,55)
Bien-être perçu	15,29 (3,21)	15,62 (3,08)
Mémoire associative	6,52 (4,29)**	9 (4,96)**

*$p < 0,05$; **$p < 0,001$.

Nos résultats indiquent que la stimulation cognitive est efficace pour les personnes âgées en bonne santé. En s'appuyant sur les caractéristiques des constitutions, le programme est plus efficace pour le type *Pitta* qui a une mémoire vive et robuste, suivi par le type *Kapha* dont la mémoire est lente ; le programme serait moins efficace chez les types *Vata* connus pour être dispersés. De plus, certains facteurs tels qu'un haut niveau d'éducation et le statut de vie en couple/marié ont un impact sur la perception que les sujets ont de leur santé. La mémoire

associative et la mémoire subjective se sont améliorées de façon significative durant les trois mois écoulés.

Conclusion : Ce programme de stimulation de la mémoire présente l'intérêt de rendre la personne compétente concernant sa propre santé cognitive. La médecine ayurvédique, en tant qu'approche holistique, offre une grille de lecture pertinente mais peu explorée pour la compréhension des variantes individuelles du fonctionnement mnésique. Au travers du concept de constitution ayurvédique, nous avons établi des relations avec les caractéristiques cognitives, somatiques et émotionnelles des individus. Ce travail donnera lieu à un programme éducatif en quatre séances de 24 heures pour vivre longtemps et bonne santé.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:135-139
DOI 10.1007/s12612-013-0339-5

COMMUNICATIONS AFFICHÉES / POSTERS

P5-14 Biologie

© Springer-Verlag France 2013

P5-14-01
Système IGF-I et taux d'hémoglobine dans une population de sujets âgés non anémiques : résultats d'une étude ancillaire de SIGAL (système IGF-1 et maladie d'Alzheimer)

E. Duron[1,*], J.-S. Vidal[1], B. Funalot[2], M.-L. Seux[1], J. Epelbaum[3], O. Hanon[1]
[1]*Gériatrie, hôpital Broca, Paris, France*
[2]*Inserm, Paris, France*
[3]*Inserm, UMR-S894, centre de psychiatrie et de neuroscience, Paris, France*

Introduction : Le taux d'hémoglobine (Hb) diminue avec l'âge. L'IGF-I, favorisant l'érythropoïèse in vitro, diminue également avec l'âge et pourrait être un des mécanismes expliquant cette baisse de l'Hb. Les taux d'Hb sont par ailleurs associés à l'albumine, et le système IGF-I dépend des paramètres nutritionnels.

Objectifs : Déterminer la relation entre l'IGF-I, l'IGFBP-3 sérique et l'Hb sanguine, en ajustant sur l'albumine, dans une population de sujets âgés.

Méthodes : Nous avons inclus 737 patients âgés consécutifs, évalués lors d'un hôpital de jour gériatrique. Après exclusion des patients anémiques et de ceux ayant des données manquantes, les données de 557 sujets ont été analysées. Les données cardiovasculaires (HTA, hypercholestérolémie, diabète, IMC), démographiques, les traitements des patients ont été recensés. Ils ont bénéficié d'un examen clinique complet, d'un bilan biologique incluant un dosage d'albumine, de préalbumine et de CRP. Tous les sujets ont donné leur consentement éclairé pour le dosage sérique d'IGF-1 et IGFBP-3 (méthode ELISA).

Résultats : L'Hb moyenne était de 136 ± 9 mg/dl pour les 557 sujets (âge moyen : 77,4 ± 9 ans ; 71 % de femmes). Cent cinquante-six patients étaient dans le premier quartile d'Hb (le plus bas), 131 dans le deuxième, 139 dans le troisième et 131 dans le quatrième. L'IGF-I sérique moyenne était de 158 ± 77 ng/ml et l'IGFBP-3 moyenne de 4 075 ± 1 429 ng/ml. Après ajustement sur l'âge et le sexe, l'IGF-I augmentait significativement avec les quartiles d'Hb (IGF-I ng/ml ± ET) = 147 ± 76 vs 149 ± 68 vs 165 ± 72,9 vs 173 ± 98 ; $p = 0{,}03$). La même tendance était observée pour l'IGFBP-3 mais n'était pas significative (IGFBP-3 ng/ml ± ET) = 3 968 ± 1 354 vs 3 968 ± 1 539 vs 4 158 ± 1 234 vs 4 224 ± 1 584 ; $p = 0{,}06$). En analyse multivariée (âge, sexe, albumine, préalbumine, clairance de la créatinine, CRP, consommation d'ARA2 ou d'IEC), l'IGF-I sérique était toujours positivement associé au taux d'Hb ($p = 0{,}007$) mais pas l'IGFBP-3.

Conclusion : Dans cette étude transversale, il existe une association positive entre la concentration sérique d'IGF-I et l'Hb sanguine. Ces résultats sont indépendants de multiples facteurs confondants, particulièrement du statut nutritionnel (albumine). Cela pourrait s'expliquer par les propriétés proérythropoïétiques de l'IGF-I.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

P5-14-02
Effet de l'âge sur la carence en vitamine B12 chez 14 904 patients hospitalisés au GHU Henri-Mondor

A. Meziere[1,*], M. Monie[1], B. Nzili[1], S. Krypciak[2], M. Dicko[3], S. Giraudier[4]
[1]*SSR postopératoire et polyvalent, AP–HP, GHU La-Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix, site hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine, France*
[2]*Département de médecine interne et gériatrie, AP–HP, CHU Henri-Mondor, Créteil, France*
[3]*Département de médecine interne et gériatrie, CHU Henri-Mondor–Albert-Chenevier, Créteil, France*
[4]*Hématologie biologique, CHU Henri-Mondor, Créteil, France*

Introduction : La carence en vitamine B12 est responsable de troubles hématologiques, neurologiques, neurocognitifs et neuropsychiatriques notamment pour les sujets âgés chez qui ces anomalies sont toutefois fréquentes en dehors d'une carence en B12. Le diagnostic biologique de carence en B12 associe une concentration basse en B12 et une homocystéine (tHcy) élevée. tHcy est en effet un marqueur du statut intracellulaire en B12.

Objectifs : *Les buts de l'étude :* 1) Étudier le statut métabolique en B12 des patients hospitalisés ; 2) comparer les profils métaboliques en B12 et folates et les différentes données biologiques associées mesurées (tHcy, hémoglobine et VGM) en fonction de l'âge.

Méthodes : *Type d'étude :* Il s'agit d'une étude observationnelle réalisée du 1er janvier au 31 décembre 2011 chez les patients admis au GHU Henri-Mondor et chez qui le dosage sanguin de la vitamine B12 a été réalisé. La population d'étude a été divisée en trois groupes d'âge : les *jeunes* de 16 à 30 ans, les *adultes* de 30 à 60 ans et les *sujets âgés* de plus de 60 ans. Ces derniers étaient eux-mêmes divisés en sous-groupes par décennie : 60–70, 70–80, 80–90, plus de 90 ans. *Paramètres biologiques étudiés :* Dosage de la vitamine B12 : B12 basse si inférieure à 200 ng/l, B12 moyenne si 200–350 ng/l et B12 normale si supérieure à 350 ng/l. Parmi les patients qui ont eu une mesure de la B12, les dosages suivants étaient réalisés : tHcy systématiquement mesurée par l'automate si B12 inférieure à 350 ng/l (tHcy élevée si > 17 µmol/l), mais aussi folates (bas si < 4 µg/l), hémoglobine (anémie si Hb < 12 g/dl) et le VGM (macrocytose si VGM > 100 fl et microcytose si VGM < 80 fl). *Profiles métaboliques étudiés :* Profile 1 = vrai carencé en B12 = B12 < 350 ng/l + tHcy > 17 µmol/l. Profile 2 = faux carencé en B12 = B12 < 350 ng/l + tHcy < 17 µmol/l. Profile 3 = non carencé en B12 = B12 > 350 ng/l. Profile 4 = vrai carencé en folates = folates < 4 µg/l + tHcy > 17 µmol/l. Profile 5 = faux carencé en fol ates = folates < 4 µg/l + tHcy < 17 µmol/l. Profile 6 = non carencé en folates = folates > 4 µg/l. Profile 7 = double carencé = B12 < 350 ng/l + folate < 4 µg/l + tHcy > 17 µmol/l.

Résultats : Quatorze mille neuf cent quatre patients (âge moyen : 70,3 ± 19,5 ans) ont été inclus avec une B12 à 559 ± 352 ng/l (B12 basse chez 4,6 % et B12 moyenne chez 24,2 %), des folates à

9,4 ± 6,8 µg/l (20,4 % de folates bas), une tHcy à 19 µmol/l (tHcy élevée chez 57,1 %), une hémoglobine à 11,79 g/l (54 % de patients anémiés) et un VGM à 91 fl (9,3 % macrocytaires, 5,2 % microcytaires). Profile 1 = 1 711 patients (11,4 %) ; profile 2 = 1 209 (8,1 %) ; profile 3 = 10 562 (70,8 %) ; profile 4 = 1 466 (9,8 %) ; profile 5 = 743 (4,9 %) ; profile 6 = 11 605 (77,8 %) ; profile 7 = 610 (4,1 %). L'anémie et la macrocytose ne sont pas prédictives de carence en B12 ou folates. Avec l'avancée en âge, on assiste d'une part à une augmentation du VGM, de la tHcy et du nombre de patients vrais carencés en B12 (profile 1) et des patients avec B12 basse et d'autre part, on constate une baisse de la concentration en B12, en folates et de l'hémoglobine avec l'âge.

Conclusion : La carence en B12 est très fréquemment recherchée chez les patients hospitalisés. La moitié des patients ayant une B12 inférieure à 350 ng/l ne sont pas en réalité de vrais carencés et correspondent probablement à une déficience en transcobalamine I et donc n'ont pas besoin d'être corrigés. L'étude montre une augmentation du nombre de patients avec une carence vraie en B12 ou avec une B12 basse avec l'âge mais également que la carence en B12 doit être recherchée chez les patients hospitalisés quel que soit le taux d'hémoglobine ou le VGM.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-14-03
Allongement isolé du TCA révélant une hémophilie acquise

V. Eble*, O. Bahri[1], M. Parrad[1], F. Roca[1], P. Chassagne[1]
Médecine gériatrique, Rouen, France

Introduction : L'allongement isolé du TCA révèle un trouble de l'hémostase concernant la voie endogène de la coagulation.

Objectifs : Cette anomalie peut exposer à un risque hémorragique. Cette situation est fréquente en pédiatrie où elle conduit au diagnostic d'hémophilie. Elle est plus rare chez les sujets âgés.

Méthodes : Nous rapportons une observation d'hémophilie acquise liée à un anticorps antifacteur VIII.

Résultats : Une femme de 92 ans était hospitalisée pour un hématome de la face avec anémie aiguë après une extraction dentaire. Dans ses antécédents, on notait le diagnostic d'épaule sénile hémorragique trois mois auparavant. Elle n'avait aucun traitement antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant. Le bilan d'hémostase révélait, depuis six mois, un allongement isolé du TCA à 2,01 (N < 1,20). Le test de correction (mélange plasma/témoin + malade) concluait à une persistance de l'allongement du TCA, suggérant donc la présence d'un anticoagulant circulant. L'étude de l'hémostase révélait la présence d'un anticorps acquis antifacteur VIII et un dosage du facteur VIII à 8 %. Une corticothérapie orale était instituée (1 mg/kg) permettant de corriger le déficit en facteur VIII en quatre semaines sans récidive hémorragique.

Conclusion : Dans les déficits acquis, deux modèles existent : 1) anomalies simultanées du TP et du TCA qui font suspecter une hypovitaminose K, une insuffisance hépatocellulaire ou une CIVD ; 2) allongement isolé du TCA nécessitant : i) une confirmation par un second test ; ii) la réalisation d'un test de correction pour déterminer s'il s'agit d'un déficit en facteur ou la présence d'un anticorps spécifique antifacteur. La mise en évidence d'un anticoagulant circulant (allo- ou auto-immun) nécessite d'identifier l'anticorps impliqué ; les anticorps antifacteur VIII et les anticorps circulants de type lupique (Ac antiphospholipide) étant les plus fréquents. Comme dans l'hémophilie constitutionnelle, la présence d'un anticorps antifacteur VIII s'accompagne d'un risque hémorragique proportionnel à l'importance du déficit. Par analogie avec les thrombopénies idiopathiques ou les anémies hémolytiques auto-immunes, le traitement de première intention des hémophilies acquises repose sur la corticothérapie. La recherche d'une cause sous-jacente est nécessaire, notamment d'une néoplasie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-14-04
Vascularite secondaire à une cryoglobulinémie paranéoplasique

L. Hellouin de Menibus*, V. Eble, C. Marchand, O. Bahri, P. Chassagne
Médecine gériatrique, Rouen, France

Introduction : Les vascularites peuvent être primitives ou secondaires. Dans les formes primitives, il faut évoquer les vascularites dysimmunitaires liées à la présence d'anticorps cytotoxiques (ex : vascularite à ANCA). Dans les vascularites secondaires, il faut d'abord rechercher une cause infectieuse (ex : endocardite), médicamenteuse, paranéoplasique ou encore auto-immune (ex : lupus, cryoglobuline).

Objectifs : Nous rapportons l'observation d'une vascularite secondaire à une cryoglobuline paranéoplasique.

Méthodes : Une femme de 74 ans ayant comme antécédents : un adénocarcinome rectal avec métastases synchrones traité trois ans auparavant par exérèse chirurgicale et chimiothérapie adjuvante, une maladie de Parkinson (Modopar®), un diabète de type 2 (Metformine®), une HTA essentielle, était hospitalisée pour chutes.

Résultats : L'examen physique retrouvait un purpura infiltré nécrotique des deux membres inférieurs sans adénopathie ni fièvre. L'hémogramme, le bilan hépatique et la fonction rénale étaient normaux. La sérologie VHC était négative et les hémocultures stériles. La recherche d'un anticoagulant circulant et d'ANCA était négative, le dosage des fractions du complément normal. La recherche d'une cryoglobuline de type 3 (polyclonale de type IgM et IgA) était en positive (54 mg/l). La biopsie cutanée révélait une vascularite leucocytoclasique à dépôts compatibles avec des lésions de vascularite des petits vaisseaux cutanés en IF. Le scanner thoracoabdominopelvien révélait de multiples métastases pulmonaires et hépatiques. On concluait à un purpura vasculaire secondaire à une cryoglobulinémie paranéoplasique. Devant les comorbidités de la patiente, un traitement symptomatique par colchicine était entrepris.

Conclusion : Il s'agit d'une observation de purpura vasculaire paranéoplasique associée à une cryoglobulinémie. Après avoir éliminé une vascularite primitive (absence d'arguments physiques, d'atteinte ORL ou pulmonaire), une vascularite secondaire est l'hypothèse la plus probable. Il n'existait pas d'argument clinique ou biologique en faveur d'une infection bactérienne ou virale, de cause médicamenteuse ni de contexte auto-immun. Le diagnostic de vascularite en rapport avec la présence d'une cryoglobuline (sans infection à VHC associée) a été confirmé. Cette anomalie a été rapportée à la néoplasie évolutive. Les cryoglobulines sont des complexes immuns précipitant au froid qui sont à l'origine de multiples atteintes viscérales. Les formes monoclonales (type 1) sont surtout secondaires à une hémopathie lymphoïde B. Les cryoglobulines mixtes peuvent par contre être secondaires à de nombreuses infections ou à des cancers.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-14-05

Impact de l'infection à *Helicobacter pylori* sur la sévérité de la démence d'Alzheimer : étude sur modèle murin

C. Roubaud Baudron[1,2,*], C. Varon[1], L. Chambonnier[1], A. Buissionniere[1], Y. Cho[3], S. Pietropaulo[3], N. Macrez[4], L. Blaszczyk[5], V. Fenelon[5], F. Megraud[1], N. Salles[1,2]
[1]*Laboratoire de bactériologie, Inserm U853, université Bordeaux–Segalen, Bordeaux, France*
[2]*Pôle de gérontologie clinique, CHU hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux, France*
[3]*CNRS UMR 5287, institut de neurosciences cognitives et intégratives d'Aquitaine, université Bordeaux-I, Bordeaux, France*
[4]*CNRS UMR 5293, institut des maladies neurodégénératives, Bordeaux, France*
[5]*Inserm U862, physiopathologie de la plasticité neuronale, université Bordeaux–Segalen, Bordeaux, France*

Introduction : L'infection à *Helicobacter pylori* est responsable d'une inflammation gastrique chronique et d'une hyperhomocystéinémie qui pourraient contribuer à l'apparition ou l'aggravation de pathologies extradigestives comme la maladie d'Alzheimer (MA). Des études épidémiologiques ont rapporté que l'infection à *H. pylori* était associée : 1) à une augmentation de l'incidence et de la prévalence de démence ; 2) à un déficit cognitif plus important chez des patients atteints de MA. À la suite de ces résultats, nous avons voulu déterminer l'impact de l'infection à *H. pylori* sur le comportement et les lésions cérébrales de souris transgéniques (Tg) prédisposées à la MA.

Objectifs : Déterminer si l'infection à *Helicobacter spp* aggrave les troubles comportementaux et les lésions histologiques de souris Tg prédisposées à la MA.

Méthodes : Deux groupes de souris Tg (APPswe + PS1dE9) et de leurs congénères sauvages (WT) ont été infectés par *H. pylori* ($n = 60$) et *H. felis* ($n = 60$) respectivement et comparés à un groupe de souris Tg et WT non infectées ($n = 60$). La mémoire spatiale (labyrinthe en Y), de travail (reconnaissance d'objet) et l'interaction sociale ont été explorées à quatre, six et dix mois. Les estomacs et cerveaux ont été prélevés et inclus en paraffine après fixation par formol ou paraformaldéhyde 4 % + glutaraldéhyde respectivement afin d'étudier les plaques amyloïdes (coloration à la thioflavine S), les cellules astrocytaires et microgliales (immunohistochimie anti-GFAP et anti-iba-1 respectivement) et les lésions gastriques (coloration hématoxyline éosine).

Résultats : À quatre mois d'infection, alors qu'une inflammation gastrique est significativement augmentée chez les souris infectées ($p < 0{,}001$), on ne retrouve pas d'effet de l'infection sur les tests comportementaux et les lésions histologiques. À six mois d'infection, le nombre de plaques amyloïdes est augmenté chez les souris Tg infectées ($p = 0{,}029$). Au niveau comportemental, les souris Tg ont de moins bonnes performances sans effet de l'infection. Les résultats à dix mois d'infection et les données sur la neuro-inflammation sont en cours.

Conclusion : À partir d'études épidémiologiques en faveur d'une association entre l'infection à *H. pylori* et la MA, cette étude sur modèle murin devrait apporter des éléments sur les potentielles conséquences cérébrales de l'infection à *H. pylori*.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-14-06

Vieillissement vasculaire induit par l'acrylamide : l'açaï prévient le stress oxydant

L. Bonomo[1], C. Sellier[2,*], F. Paiva[1], N. Grossin[2], W. Caneshi[3], F. Maladry[2], P. Jacolot[4], F. Tessier[4], R. De Oliveira[1], E. Boulanger[2]
[1]*Genetic and Biochemistry, université fédérale d'Ouro-Preto, Ouro-Preto, Brésil*
[2]*Biologie du vieillissement vasculaire, université Lille-II, Lille, France*
[3]*Genetic and Biochemistry, université fédérale d'Ouro-Preto, Ouro-Preto, Brésil*
[4]*Institut polytechnique Lasalle-Beauvais, Beauvais, France*

Introduction : L'oxydation et la glycation (réaction de Maillard) sont deux théories du vieillissement. L'acrylamide (AAM) est un produit de Maillard généré dans les aliments riches en amidon cuits à haute température (frites, chips…). Nous avons précédemment démontré l'accélération du vieillissement endothélial (in vitro et in vivo) induite par l'AAM ou son métabolite, le glycidamide (GA). L'açaï (*Euterpe oleracea Mart.*), plante de palme originaire d'Amazonie a été récemment décrite comme source potentielle majeure d'antioxydants naturels.

Objectifs : Étudier les effets de l'AAM et du GA sur la production d'espèces réactives de l'oxygène (ROS) par les cellules endothéliales de veine ombilicale humaine (HUVEC). Tester les effets préventifs de l'açaï sur l'induction du stress oxydant induit par l'AAM et le GA.

Méthodes : La production cellulaire de ROS induite par l'AAM (1–50 mM) ou le GA (0,5–25 mM) a été évaluée en mesurant la fluorescence de la dichlorofluorescéine en cytométrie en flux. Les cellules ont été préincubées avec de l'extrait aqueux d'açaï (EAA : 0,1 ; 0,5 ; 2,5 mg/ml).

Résultats : L'AAM ou le GA induisent une augmentation significative et dose-dépendante de la production de ROS par les HUVEC ($p < 0{,}05$). La préincubation des cellules endothéliales avec l'EAA (2,5 mg/ml) est capable de prévenir le stress oxydant induit par l'AAM (10 mM) [$p < 0{,}001$]. L'EAA diminue significativement la production de ROS induite par le GA (25 mM) [$p < 0{,}01$].

Conclusion : L'AAM et le GA induisent un stress oxydant pouvant participer au vieillissement vasculaire accéléré induit par ces deux composés. L'açaï pourrait, de ce fait, protéger du vieillissement induit par l'AAM. Des études complémentaires seront réalisées dans le modèle *C. elegans*.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-14-07

Profil étiologique des hypercalcémies chez le sujet âgé

O. Ben Abdallah*, S. Daadaa, A. Rezgui, M. Karmani, F. Ben Fredj Ismail, C. Laouani Kechrid
Service de médecine interne, hôpital Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction : L'hypercalcémie est un trouble métabolique fréquemment étudié chez l'adulte. Elle se définit par un taux de calcium total supérieur à 2,6 mM/l ; elle est considérée comme grave quand son taux est supérieur à 3 mM/l, pouvant mettre alors en jeu le pronostic vital. Sa survenue chez le sujet âgé nécessite une attention particulière devant les particularités du terrain sous-jacent.

Objectifs : Notre Objectif est de déterminer la prévalence de l'hypercalcémie chez le sujet âgé et d'énumérer les principales étiologies.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective de 11 dossiers de patients âgés de plus que 65 ans, hospitalisés dans le service

de médecine interne Sahloul de Sousse de 2000 à 2012 pour prise en charge d'une hypercalcémie.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 73 ans avec un sex-ratio F/H = 0,75. Le motif de consultation était une altération de l'état général dans 18 % des cas, des douleurs osseuses dans 54 % des cas, une thrombose veineuse dans 18 % des cas et une polyadénopathie dans 10 % des cas. La constipation était la manifestation la plus fréquente à 57 %, suivie de l'insuffisance rénale et du syndrome polyuropolydypsique à 14,3 %. Il n'a pas été retrouvé de signes cardiologiques même pour les calcémies les plus élevées. Les étiologies étaient essentiellement tumorales avec 54 % de tumeurs solides, 36 % de myélomes et 10 % de lymphomes. La calcémie moyenne était de 2,88 mmol/l qualifiée de sévère (> 3 mmol/l) dans 18 %. Sur le plan thérapeutique, l'ensemble des 11 dossiers avait bénéficié d'une hyperhydratation. Le recours à un traitement par biphosphonates était dans trois cas avant un traitement spécifique pour chaque étiologie.

Conclusion : Il apparaît que l'hypercalcémie est fréquemment liée à une cause néoplasique chez le sujet âgé. Sa découverte nécessite la réalisation d'un bilan biologique et radiologique exhaustif et une prise en charge adéquate pour éviter ses complications cliniques, métaboliques et cardiaques sur un terrain déjà fragilisé.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-14-08
Apport de la recherche par PCR des virus respiratoires dans les prélèvements nasopharyngés chez des patients hospitalisés en gériatrie

V. Fossey[1,*], C. Bonnal[1,2], B. Baune[1], A. Hattab[1], O. Drunat[1], Y. Wolmark[1]
[1]Hôpital Bretonneau, Paris, France
[2]Hôpital Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

Introduction : En hiver, les infections respiratoires virales sont fréquentes chez les patients hospitalisés en gériatrie, mais leur diagnostic est souvent difficile. Ces infections virales sont à l'origine d'épidémie dans les établissements gériatriques.

Objectifs : Évaluer prospectivement l'intérêt de la recherche par PCR (*polymerase chain reaction*) des virus respiratoires sur des prélèvements nasopharyngés réalisés chez des patients hospitalisés en gériatrie.

Méthodes : Les patients hospitalisés présentant des signes infectieux évoquant une infection respiratoire virale ont bénéficié d'un prélèvement nasopharyngé pour rechercher les virus grippaux (H1N1 souche épidémique et souche saisonnière, autres virus influenza A, virus influenza B, virus respiratoire syncytial) par PCR (technique Xpert Flu Cepheid® ou PCR multiplex Eurogentec®). Un traitement par oseltamivir était proposé aux patients grippés. Des données démographiques (âge, type d'hospitalisation), cliniques (signes respiratoires, autres infections), radiologiques, biologiques (polynucléaires neutrophiles [PNN], CRP) et les traitements antibiotiques éventuels ont été relevés avec le clinicien en charge du patient.

Résultats : Trente-deux patients ont été inclus (âge moyen : 88 ± 7 ans), hospitalisés en gériatrie aiguë (12), soins de suite (16) et soins de longue durée (quatre). Trente patients avaient de la fièvre, et tous avaient au moins un signe d'infection respiratoire (toux, encombrement, signes auscultatoires), 12 des 26 patients ayant eu une radiologie pulmonaire présentaient des signes radiologiques. Dix patients avaient des troubles de la déglutition. Au moment de l'épisode infectieux, la CRP médiane était de 29 mg/l (5–255) et la moyenne des PNN de 7 529 ± 5 109 G/l. Sept patients avaient une infection concomitante : cinq urinaires, un cutanée et un digestive. Pour 15 patients, la recherche de virus de la grippe A par PCR était positive (dont une infection mixte grippe A/grippe B). Quinze patients ont reçu un traitement antibiotique : β-lactamine (14), quinolone (1), associées à métronidazole (3), à macrolides (2) et autres (2). La durée moyenne de traitement antibiotique était de 6,6 ± 1,8 jours. Treize patients ont eu un traitement antiviral. Il n'y avait pas de différence significative entre le groupe des 15 patients infectés par le virus grippal et celui des 17 autres patients non infectés en termes de signes cliniques respiratoires, radiologiques, biologiques (CRP, PNN) ou de traitement antibiotique. Deux épidémies de quatre cas groupés ont par ailleurs été identifiées.

Conclusion : Dans cette étude, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différences cliniques, biologiques ou radiologiques entre les patients atteints de la grippe et les autres patients, ce qui souligne l'importance du prélèvement nasopharyngé pour le diagnostic de la grippe dans cette population de patients âgés hospitalisés. L'identification d'une infection virale n'a toutefois pas eu d'impact sur les traitements antibiotiques. Par ailleurs, les deux épidémies identifiées ont pu être rapidement maîtrisées évitant la dissémination de l'infection. La recherche par PCR des virus grippaux nous paraît donc un outil utile permettant une meilleure prise en charge des patients dans les établissements gériatriques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-14-09
Effet du vieillissement sur les modifications génotoxiques et épigénétiques induites par l'exposition in vitro à des particules atmosphériques urbaines

B. Fougere[1,2,3,*], S. Billet[1,2], C. Lepers[1,2], P. J. Martin[1,2], L. Armand[1,2], H. Bulckaen[4], F. Roy Saint-Georges[4], A. Verdin[1,2], P. Gosset[1,2,5], P. Shirali[1,2]
[1]Nord, université Lille-Nord de France, Lille, France
[2]Nord, unité de chimie environnementale et interactions sur le vivant (EA4492), université du Littoral Côte-d'Opale, Dunkerque, France
[3]Nord, service de gériatrie, groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille, France
[4]Nord, service de pneumologie, groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille, France
[5]Nord, service d'anatomie pathologique, groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille, Lille, France

Introduction : Les sujets âgés présentent une sensibilité accrue à la pollution atmosphérique notamment aux particules fines ($PM_{2,5}$). Aux mécanismes classiquement décrits dans la toxicité des $PM_{2,5}$ (stress oxydant, réponse inflammatoire disproportionnée) peuvent s'ajouter des atteintes génotoxiques et épigénétiques (raccourcissement des télomères, méthylation aberrante de promoteurs) impliquées à la fois dans le vieillissement cellulaire et dans la cancérogenèse.

Objectifs : Pour approfondir les connaissances sur l'influence de l'âge dans la réponse biologique aux $PM_{2,5}$, des lymphocytes sanguins prélevés chez des patients appartenant à trois classes d'âge ont été exposés in vitro à des particules, avant d'étudier certains marqueurs précoces de la cancérogenèse.

Méthodes : Quatre-vingt-dix échantillons sanguins ont été collectés (25–30, 50–55, 75–80 ans). Les lymphocytes ont été isolés, stimulés par phytohémaglutinine et exposés aux particules. La méthylation des promoteurs de *P16* et *MGMT* ainsi que l'activité des télomérases par qPCR ont ensuite été analysées.

Résultats : Les marqueurs oncogéniques mesurés semblent être modulés dans les lymphocytes exposés aux $PM_{2,5}$. Même si l'augmentation de l'activité télomérase est constante entre les trois classes

d'âge, la méthylation du promoteur de *P16* est induite dans la classe d'âge 75–80 ans. La méthylation du promoteur de *MGMT* est quant à elle significativement diminuée chez les sujets âgés.

Conclusion : La classe d'âge 75–80 ans est celle qui présente les atteintes les plus prononcées des marqueurs de tumorigénicité recherchés après exposition aux particules atmosphériques. La moindre efficacité des mécanismes de réparation chez les personnes âgées pourrait contribuer à expliquer leur plus grande sensibilité aux cancers décrite dans les études épidémiologiques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-14-10
Rôle des produits de glycation avancée dans la néoangiogenèse de la sténose aortique calcifiante

F. Roca[1,2,*], N. Grossin[1], R. Lorenzi[1], B. Jude[3], P. Chassagne[2], S. Susen[3], E. Boulanger[1]
[1]EA 2693, laboratoire de biologie du vieillissement, université Lille-II, faculté de médecine, Lille, France
[2]Médecine interne gériatrique, CHU de Rouen, Rouen, France
[3]EA 2693, université Lille-II, faculté de médecine, Lille, France

Introduction : La sténose aortique calcifiante (CAVD) est une pathologie fréquente du sujet âgé, responsable d'une importante morbimortalité. Cette pathologie est caractérisée par une néoangiogenèse, des calcifications, une inflammation et une fibrose valvulaire. Les cellules interstitielles de valves (VIC) qui sont le composant cellulaire majoritaire de la valve aortique sont impliquées dans ces processus pathologiques. La glycation, une des théories du vieillissement, est favorisée par certains facteurs de risque de la CAVD tels que l'âge, le diabète ou l'insuffisance rénale chronique.

Objectifs : Étudier l'effet des produits de glycation avancée (AGE) sur la néoangiogenèse induite par les VIC au cours de la CAVD.

Méthodes : La présence d'AGE et du récepteur aux AGE (RAGE) a été recherchée en immunohistochimie sur des valves saines et pathologiques. L'expression de l'ARNm du RAGE a été évaluée en qRT-PCR sur des VIC. Après stimulation de VIC pathologiques par de la carboxyméthyllysine (CML) ou par un coating de collagène glyqué par du méthylglyoxal, l'expression de l'ARNm du *vascular endothelial growth factor* (VEGF) a été mesurée par qRT-PCR, et la sécrétion de la protéine VEGF par ELISA.

Résultats : Il existe différents types d'AGE dans les valves aortiques (CML, AGE dérivés du méthylglyoxal), qu'elles soient saines ou pathologiques. Les VIC expriment le RAGE. La stimulation du RAGE des VIC par la CML ne semble pas augmenter la sécrétion du VEGF. En revanche, la glycation du collagène augmente la sécrétion du VEGF par les VIC, possiblement par perturbation de l'interaction matrice cellule.

Conclusion : La glycation de la matrice extracellulaire pourrait expliquer la néoangiogenèse au cours de la CAVD.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-14-11
Production sanguine d'anion superoxyde par la NADPH oxydase et mortalité chez le sujet âgé en hôpital de jour gériatrique

G. Baptista*, N. Kuster, J. Lano, A. M. Dupuy, E. Ferreira, A. Terminet, K. Monnier, F. Greslou, J. P. Cristol, C. Jeandel
CHU de Montpellier, Montpellier, France

Introduction : Le stress oxydant, qui résulte d'un déséquilibre entre la production de radicaux libres et les mécanismes de défense antioxydants, est connu pour être associé à de nombreuses pathologies liées au vieillissement. Nous avons montré dans une étude précédente que la production sanguine d'anion superoxyde par la NADPH oxydase était associée à une vitesse de marche diminuée chez le sujet âgé. Or, la vitesse de marche du sujet âgé est reliée à sa survie.

Objectifs : Étudier si la production d'anion superoxyde par la NADPH oxydase est associée à la mortalité toutes causes confondues chez le sujet âgé.

Méthodes : De 2003 à 2009, nous avons recruté 500 sujets âgés au sein de l'hôpital de jour gériatrique du centre Antonin-Balmès du CHU de Montpellier, pour lesquels nous avons dénombré les comorbidités grâce au score CIRS-G, analysé les paramètres biologiques de l'inflammation, de la dénutrition, le taux d'hémoglobine. Par ailleurs, nous avons analysé la production sanguine d'anion superoxyde par une technique de chimiluminescence après adjonction de lucigénine. Le statut vital, après accord de la CNIL, a été demandé auprès de l'Insee.

Résultats : Parmi les 500 patients inclus dans l'étude de 2003 à 2009, 155 étaient décédés fin 2009 selon les données de l'Insee. À l'inclusion, ces patients décédés étaient par rapport aux survivants : plus âgés ($p < 0{,}001$), plus souvent de sexe masculin ($p < 0{,}001$), avaient un score de comorbidités CIRS-G plus élevé ($p < 0{,}001$), une albumine plus basse ($p < 0{,}001$), un cholestérol total et LDL plus bas ($p = 0{,}004$ et $p = 0{,}001$ respectivement), avaient des paramètres biologiques de l'inflammation (orosomucoïde et fibrinogène) plus élevés ($p = 0{,}015$ et $p = 0{,}035$ respectivement), une créatininémie et une homocystéinémie plus élevées ($p = 0{,}003$ et $p = 0{,}004$ respectivement), ainsi qu'une production sanguine d'anion superoxyde plus importante ($p = 0{,}006$). En analyse multivariée, les facteurs reliés de façon indépendante à la mortalité toutes causes confondues dans notre population sont : l'âge ($p < 0{,}001$), le sexe masculin ($p < 0{,}001$), le score de comorbidités évalué par le CIRS-G ($p = 0{,}027$), l'albuminémie ($p = 0{,}001$), le taux de fibrinogène ($p = 0{,}017$), le taux d'hémoglobine ($p = 0{,}06$) et la production sanguine d'anion superoxyde par la NADPH oxydase ($p = 0{,}03$).

Conclusion : La production sanguine d'anion superoxyde par la NADPH oxydase est un facteur prédictif indépendant de mortalité chez le sujet âgé.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:140-152
DOI 10.1007/s12612-013-0340-z

COMMUNICATIONS AFFICHÉES / POSTERS

P5-15 Thérapeutique en gériatrie

© Springer-Verlag France 2013

P5-15-01
Jus de pamplemousse et interactions médicamenteuses

A. Tahar*, N. Vogt, G. Deschasse
Hôpital des 3-Chenes, HUG, Genève, Suisse

Introduction : Nous savons depuis plusieurs années que de nombreux composants (flavonoïdes, furanocoumarines) contenus dans certains jus, notamment le jus de pamplemousse, interagissent avec de nombreux médicaments par le biais des protéines du cytochrome P450 mais également depuis peu par le biais de protéines transportrices telles que la glycoprotéine P et les pompes à transport d'anions organiques nommées OATP. Les personnes les plus à risque sont celles qui sont polymédiquées et qui bénéficient de médicaments à index thérapeutique étroit. La population gériatrique est donc une population particulièrement à risque chez laquelle il faut savoir rechercher ce type d'interaction en cas de déséquilibre thérapeutique.

Objectifs : Présenter un cas clinique d'une patiente présentant une maladie de Parkinson stable depuis de nombreuses années, traitée par L-Dopa, et qui à la suite de prise de jus de pamplemousse a présenté une décompensation de sa maladie. Montrer des schémas expliquant les mécanismes qui expliquent les interactions entre les composants du jus de pamplemousse et les protéines du métabolisme des médicaments, notamment la protéine 3A4 du cytochrome P450 et les transporteurs Pgp et OATP.

Méthodes : Revue de la littérature à l'aide de Pubmed concernant les derniers articles traitants des interactions in vivo et in vitro du jus de pamplemousse et des médicaments.

Résultats : Il existe de nombreuses interactions in vivo qui ne sont pas toujours cliniquement significatives mais les études pharmacologiques sur ce domaine sont complexes du fait de la diversité des voies métaboliques que peut emprunter un médicament.

Conclusion : Une prudence doit être signalée par les médecins à toute personne polymédiqués prenant des médicaments à index thérapeutique étroit et qui consomme du jus de pamplemousse mais également des compléments alimentaires à base d'extrait de pamplemousse. La population gériatrique est particulièrement à risque. En cas de déséquilibre thérapeutique sans cause évidente retrouvée, tout médecin doit pouvoir rechercher des habitudes alimentaires pouvant l'expliquer.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-02
Prescriptions potentiellement inappropriées de médicaments à effets neurologiques chez la personne âgée par le médecin généraliste

O. Royer, J. Zmudka, F. Gleize, J.-M. Serot, P. Jouanny*
Médecine gériatrique, CHU d'Amiens, Amiens, France

Introduction : L'iatrogénie médicamenteuse est fréquente en gériatrie, notamment avec les psychotropes. Laroche et al. ont réalisé une adaptation française de la liste de Beers des médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée.

Objectifs : Analyser les prescriptions de médicaments à effets neurologiques et psychotropes par le médecin généraliste.

Méthodes : Analyse prospective des ordonnances d'entrée d'une série continue de patients de plus de 75 ans hospitalisés en gériatrie aiguë.

Résultats : Parmi les 343 patients analysés, 97 % consommaient des médicaments avec en moyenne 6,9 ± 3,2 médicaments. La consommation de psychotropes était de 53,3 %, avec (en pourcentage d'ordonnances totales) : benzodiazépine (BZD) : 42,3 (dont 24,5 de Z-BZD, et 22,2 d'anxiolytiques), antidépresseurs : 22,2 (dont 12,8 d'ISRS), neuroleptiques : 8,2. Pour les autres médicaments : antalgiques : 25,7, anticholinergiques : 15,2, antidémentiels : 13,1, et vasodilatateurs : 5,5. La consommation de médicaments inappropriés représentait :

	% molécule	% ordonnances totales
Polymédication (> 5)	–	77,6
Z-BZD à posologie trop élevée	81	19,8
Deux BZD	24,8	10,5
BZD à demi-vie longue	25,5	10,8
Neuroleptiques déconseillés	42,9	3,5
Vasodilatateurs cérébraux	100	5,5
Antihistaminiques H1	36,5	5,5
Hypnotiques anticholinergiques	30,8	4,7

Les déterminants de la consommation de médicaments étaient les octogénaires, ceux aux antécédents d'AVC et de dépression : 1) pour les psychotropes : les octogénaires, les patients institutionnalisés, les dépressifs ; 2) pour les BZD : les octogénaires, les patients institutionnalisés, ceux aux antécédents de dépression et d'AVC. Les patients atteints d'un syndrome démentiel consommaient plus de neuroleptiques et de neuroleptiques « utilisables ». Les déterminants de l'inadéquation aux critères de Laroche étaient : 1) pour la polymédication : les octogénaires, ceux aux antécédents de dépression ou d'AVC, le MMS élevé, les consommateurs de psychotropes et BZD ; 2) pour les BZD inappropriées : les dépressifs et polymédiqués ; 3) pour les neuroleptiques « déconseillés » : les non-déments, les chuteurs ; 4) pour les vasodilatateurs : le MMS élevé ; 5) pour les anticholinergiques : les femmes.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

Conclusion : La surprescription et les prescriptions inappropriées sont encore trop fréquentes notamment pour les BZD. Une meilleure formation des prescripteurs (par des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles) serait nécessaire.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-03
Guidances européennes pour la recherche clinique en gériatrie. Conseils éthiques pour une bonne pratique clinique

L.C. Hugonot-Diener*, On Behalf of EFGCP (GMWP) and EFGCP (GMWP)
Hôpital Broca, AP–HP, Paris, France

Introduction : En Europe la population vieillit rapidement. Des personnes plus âgées prennent beaucoup de médicaments qui ont parfois une mauvaise tolérance. Les publications prouvent que des patients les plus âgés sont sous-représentés dans les essais cliniques, particulièrement ceux de 75 ans ou plus, avec des comorbidités multiples, des traitements concomitants et/ou un état fragile ou vulnérable.

Objectifs : Présenter un résumé des recommandations sur les aspects éthiques des essais cliniques des personnes les plus âgées, ou parfois vulnérables. Le groupe de travail gériatrique de l'EFGCP (GMWP) a développé ces guidances pour favoriser une telle recherche et pour aider les professionnels de santé.

Méthodes : *Contexte éthique :* La définition d'un patient gériatrique est revue. Les patients fragiles et vulnérables, qui sont une minorité de patients gériatriques, devraient être inclus quand cela semble pertinent. Le contexte légal est décrit. *Le processus du consentement éclairé :* Tous les adultes même âgés sont présumés aptes à consentir, à moins qu'avéré autrement ; le consentement éclairé doit être recherché pour toutes les personnes plus âgées qui peuvent consentir.

Résultats : *Une note d'information simple,* courte et facile à comprendre contribuerait à améliorer la lisibilité et à la compréhension du participant plus âgé. Un guide de participant et l'utilisation d'un outil d'évaluation de la capacité à la prise de décision sont recommandés (de type UBACC, récemment validé en France). Toutes les fois que les personnes les plus âgées ne peuvent plus consentir, leur consentement devrait être cependant recherché systématiquement en utilisant une information adéquate, et cela en plus du consentement de leur représentant légal. On ne doit jamais passer outre à un refus, même venant d'une personne dite incompétente. *Comités d'éthique :* Les comités d'éthique de recherche doivent avoir une expertise gériatrique interne et/ou externe pour peser le rapport bénéfice/risque de la recherche dans cette population. *Protocoles de recherche clinique :* Le design et les analyses prévues devraient être adaptés aux objectifs avec des résultats appropriés, mais ne sont pas différents des protocoles de recherche clinique dans les autres populations.

Conclusion : L'absence du recrutement approprié ou de la présence insuffisante des patients plus âgés dans des programmes de développement clinique pour de nouveaux produits pharmaceutiques porte préjudice à ces patients au quotidien ; il y a un besoin d'améliorer la connaissance basée sur les faits. Le but de ces conseils est de faciliter la recherche clinique pour et avec les patients les plus âgés. La version longue de ces guidances sera en ligne sur le site Web de l'EFGCP : www.efgcp.be.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-04
Iatrogénie médicamenteuse évitable : à propos d'un cas de DRESS syndrome à l'allopurinol

M. Kiss[1,*], R. Rouibah[2], E. Raharisondraibe[2], G. Schwebel[2]
[1]*Médecine polyvalente à orientation médecine interne, centre hospitalier de Manosque, Manosque, France*
[2]*Médecine polyvalente à orientation gériatrique, centre hospitalier de Manosque, Manosque, France*

Introduction : l'iatrogénie médicamenteuse, fréquente et grave chez la personne âgée, est responsable de 130 000 hospitalisations par an, dont 40 à 60 % pourraient être évitées.

Objectifs : Illustrer une situation d'iatrogénie médicamenteuse évitable.

Méthodes : *Observation clinique :* Mme G., 94 ans, est traitée au long cours d'une cardiopathie hypertensive et ischémique par amlodipine, furosémide, sotalol, spironolactone, une association énalapril–hydrochlorothiazide et trinitrine patch. Elle est allergique à la pénicilline et aux quinolones. Suite au constat d'une hyperuricémie asymptomatique, un traitement par allopurinol est instauré. Cinq jours plus tard surviennent une éruption cutanée, puis un œdème labial et une conjonctivite bilatérale, motivant l'arrêt de ce traitement récemment instauré. La patiente est hospitalisée dix jours après le début de la prise d'allopurinol pour insuffisance rénale aiguë avec une créatininémie à 39,4 versus 10 mg/l sur le bilan précédent. L'examen clinique met en évidence une hypotension artérielle, une éruption maculopapuleuse érythémateuse en cours de généralisation, prurigineuse, plus marquée sur les zones d'administration de patch de trinitrine, une ectodermose érosive pluriorificielle. La patiente est apyrétique, et il n'y a pas d'adénopathie. La biologie confirme l'insuffisance rénale, documente une hyperéosinophilie (1 512/mm^3) et une cytolyse hépatique à trois fois la normale. L'évolution sera favorable après arrêt de tout traitement antihypertenseur, administration de furosémide devant une prise de poids et apparition d'œdème des membres inférieurs. Le cas clinique fait l'objet d'une déclaration à la pharmacovigilance et le diagnostic de DRESS syndrome *(drug rash with eosinophilia and systemic symptoms)* à l'allopurinol gravité G (mise en jeu du pronostic vital) est retenu, bien que le délai d'apparition des symptômes soit très court.

Résultats : *Discussion :* Le DRESS syndrome se caractérise par la triade — éruption cutanée, éosinophilie circulante et atteinte uni- ou multiviscérale — dans un contexte d'instauration récente d'un nouveau médicament. Le risque de survenue de toxidermies graves à l'allopurinol est décrit et a fait l'objet d'un rappel récent par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) auprès des prescripteurs et des pharmaciens, avec modification du RCP. Dans notre cas clinique, l'hyperuricémie était asymptomatique, et probablement imputable aux traitements diurétiques (thiazidiques et/ou de l'anse). Avec ses antécédents d'HTA et de coronaropathie, la patiente bénéficiait de sept traitements à effet antihypertenseur. Les recommandations récentes de la Société française d'hypertension artérielle réaffirment que, après 80 ans, l'objectif de pression artérielle systolique inférieure à 150 mmHg doit être fixé, sans hypotension orthostatique et sans dépasser l'utilisation de trois antihypertenseurs. Une attention toute particulière aurait dû être prêtée au risque rénal, notamment en cas de prescription de médicaments à potentiel néphrotoxique et de polymédication. Un traitement approprié aurait probablement écarté le thiazidique et le diurétique de l'anse, évitant ainsi l'hyperuricémie et la prescription d'allopurinol.

Conclusion : Ce cas clinique illustre la sévérité du DRESS syndrome à l'allopurinol dans un contexte d'excès de traitements (« *overuse* »), témoin d'une iatrogénie médicamenteuse évitable.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-05
Intérêt d'un traitement par érythropoïétine dans la prise en charge de l'anémie de sujets de plus de 75 ans en insuffisance rénale chronique non dialysée. Centre hospitalier de Niort, 2010–2012

M.L. Frackowiak Delahaye[1,*], C. Chubilleau[2], J.-M. Descamps[3], M. Paccalin[4]
[1]*Soins de suite, centre hospitalier de Niort, Niort, France*
[2]*Hygiène hospitalière, centre hospitalier de Niort, Niort, France*
[3]*Gériatrie, centre hospitalier de Niort, Niort, France*
[4]*Pôle gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers, France*

Introduction : Le mécanisme principal de l'anémie chez l'insuffisant rénal est la diminution de la production d'érythropoïétine (EPO). Dans cette indication, l'EPO humaine recombinante est disponible en France depuis plus de 20 ans. Malgré une indication fréquente, l'EPO est peu utilisée chez le sujet de plus de 75 ans.

Objectifs : L'objectif principal était de noter l'intérêt de la prescription d'EPO en termes de recours transfusionnel et d'amélioration du taux d'hémoglobine (Hb) à six mois.

Méthodes : Étude rétrospective menée de janvier 2010 à mars 2012 concernant les patients hospitalisés en gériatrie (> 75 ans) avec insuffisance rénale chronique non dialysée, ayant eu une prescription d'EPO pour anémie. Les dossiers médicaux ont été consultés pour le recueil des données et des questionnaires envoyés aux médecins traitants pour le suivi.

Résultats : Cinquante-quatre patients ont été inclus (sex-ratio : 0,7 ; âge moyen : 88 ans, polypathologiques). L'Hb moyenne initiale était de 9,1 g/dl. Le débit moyen de filtration glomérulaire (MDRD) était de 33,1 ml/min par 1,73 m². La dose d'EPO moyenne prescrite la première semaine était de 26 185 UI. À six mois, 29 patients étaient en vie (53,7 %) et neuf traités par EPO. Les patients décédés étaient plus âgés et avaient reçu une dose initiale d'EPO plus faible ($p < 0,05$). Un recours significativement moindre à la transfusion était noté ($p < 0,05$). Le taux moyen d'Hb à six mois était significativement augmenté (+2,1 g/dl, $p < 0,001$).

Conclusion : Les deux objectifs du traitement par EPO dans l'indication étudiée ont été atteints : augmentation de l'Hb et réduction du nombre de transfusions. Un travail est actuellement en cours pour mieux cibler la population à traiter et analyser les facteurs de mauvais pronostic.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-06
Pustulose exanthématique aiguë généralisée iatrogène

V. Rasoldier*, L. Hellouin de Menibus, C. Marchand, N. Ben Aicha, O. Bahri, P. Chassagne
Médecine gériatrique, Rouen, France

Introduction : La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) est une éruption cutanée grave, le plus souvent d'origine médicamenteuse. Elle régresse généralement spontanément après l'arrêt du médicament en cause, mais peut se compliquer d'atteintes viscérales.

Objectifs : Nous rapportons l'observation d'une PEAG d'évolution létale chez une femme traitée par une séquence d'antibiotiques.

Méthodes : Une femme âgée de 80 ans, aux antécédents de diverticulose sigmoïdienne et de polyarthrite rhumatoïde, était hospitalisée pour une dyspnée fébrile.

Résultats : Le diagnostic de pneumopathie infectieuse communautaire posé, la patiente était traitée par ceftriaxone (1 g/j). L'aggravation du tableau pulmonaire conduisait à j8 à introduire de la spiramycine. À j10 un traitement par métronidazole devant une diarrhée avec douleurs abdominales faisant suspecter une infection à *Clostridium difficile* (non confirmée ultérieurement) était débuté. À j12, une éruption généralisée pustuleuse fébrile sur placards érythémateux du tronc, puis du visage, du dos, de l'abdomen et des quatre membres survenait avec hyperleucocytose associée. La biopsie cutanée identifiait une pustulose sous-cornée étendue, stérile sans nécrose. Le diagnostic de PEAG était retenu, les antibiotiques interrompus et l'éruption régressant en cinq jours. L'évolution était marquée par une récidive du syndrome inflammatoire avec défaillance multisystémique d'évolution fatale.

Conclusion : Il s'agit de l'observation d'une pustulose généralisée compatible avec une PEAG pour laquelle une imputabilité possible de la spiramycine, de la ceftriaxone et de la métronidazole a été retenue. La PEAG est dans 90 % des cas iatrogène, plus rarement secondaire à une virose (ex. : coxsackie, cytomégalovirus), à des toxiques (mercure) ou à une exposition à un allergène alimentaire. La biopsie cutanée confirme le diagnostic retrouvant outre les pustules intraépidermiques parfois des lésions de vascularite. Une atteinte viscérale associée (hépatique, rénale, pulmonaire) s'observe dans 16 % des cas dont le pronostic est plus sévère comme dans cette observation.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-07
Caractéristiques des sujets âgés polymédiqués (≥ 4) : une étude chez des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile

G. Watfa[1,*], N. Husson[2], M.-C. Laurain[1], C. Perret-Guillaume[1], J.-Y. Niemier[1], P. Miget[3], A. Benetos[1]
[1]*Service de gériatrie, Nancy, France*
[2]*Centre d'études et de formation sur le vieillissement (EFORVIE), CHU de Nancy, Nancy, France*
[3]*Centre de médecine préventive, Nancy, France*

Introduction : La polymédication est source de préoccupation pour la sécurité des patients, car elle a été notamment associée à une augmentation des effets iatrogènes des médicaments, des hospitalisations et de la mortalité de la personne âgée.

Objectifs : Au vu de ces éléments, la présente étude visait à évaluer les principales caractéristiques en lien avec la polymédication (≥ 4 médicaments) dans une large population de sujets en apparente bonne santé et âgés de plus de 60 ans.

Méthodes : Deux mille cinq cent quarante-cinq bénévoles (1 175 femmes et 1 370 hommes) âgés de 60 ans et plus (66 ± 4,8 ans) ont été inclus au décours d'un bilan médical complet à destination des seniors au centre de médecine préventive de Nancy. Tous les sujets ont bénéficié d'examens cliniques et d'un bilan biologique. Les données sociodémographiques, celles sur la pratique d'une activité physique régulière et celles sur la consommation de médicaments ont été recueillies.

Résultats : La prévalence de la polymédication dans cette étude était de 29,9 %. Le nombre de médicaments chez les personnes polymédiquées était de 5,67 ± 1,82 contre 1,32 ± 1,11 pour celles des non-polymédiquées avec $p \leq 0,01$. Des analyses multivariées ont identifié six variables indépendantes associées à la polymédication : un âge supérieur à 65 ans (OR = 1,58 ; IC 95 % : [1,05 à 2,38], $p = 0,03$), un mauvais état de santé perçu (2,79 [1,80 à 4,31], $p \leq 0,01$), des antécédents de chutes (1,66 [1,02 à 2,71], $p = 0,04$), un manque d'activité physique (1,50 [1,001 à 2,26], $p = 0,049$), un syndrome métabolique (3,17 [1,95 à 5,15],

$p \leq 0{,}01$), un niveau d'instruction considéré comme faible ou moyen (2,20 [1,24 à 4,30], $p = 0{,}02$).

Conclusion : Parmi les personnes âgées de 60 ans et plus dans cette collectivité, outre la polypathologie et l'âge avancé, les facteurs psychologiques et socioculturels peuvent influencer la prise de médicaments et la polymédication chez les personnes âgées. Les médecins devraient donc tenir compte de ces facteurs avant de prescrire des médicaments et réaliser une revue d'ordonnance systématique lors de chaque visite afin d'éviter des dépendances inutiles ou de dangereuses interactions médicamenteuses.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-08
Iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée : classes médicamenteuses les plus incriminées

I. Miniaoui*, A. Rezgui, F. Ben Fredj Ismail
Service de médecine interne, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction : Étymologiquement, l'iatrogénie désigne ce qui est engendré (*genês*) par le médecin (*iatros*), comprenant les effets indésirables médicamenteux, mais également les conséquences non médicamenteuses de la prise en charge médicale. Ce n'est pas l'efficacité individuelle des médicaments qui est en cause, mais la façon dont ils interagissent les uns vis-à-vis des autres dans l'organisme, et notamment sur des organismes fragilisés.

Objectifs : Déterminer les effets indésirables médicamenteux observés chez les sujets âgés vus au service de médecine interne à l'hôpital Sahloul-Sousse.

Méthodes : Une étude rétrospective descriptive de 57 dossiers de patients âgés ayant présenté des effets indésirables médicamenteux observés soit avant leur hospitalisation et/ou au cours de leur séjour dans le service de médecine interne à l'hôpital Sahloul-Sousse.

Résultats : Il s'agit de 27 hommes et 29 femmes. La moyenne d'âge était de 74 ans et 3 mois avec des extrêmes de 65 et 90 ans. Les médicaments les plus incriminés dans les EIM observés dans notre série étaient classés par ordre décroissant comme suit :

Médicaments	Nombre de patients	Médicaments	Nombre de patients
Anticoagulants	18	Corticoïdes	4
Antibiotiques	6	Statine	3
Amiodarone	5	AINS	3
IEC	4	Antidiabétiques oraux et insuline	3
Calcium et vitamine D	2	Psychotropes	1
Antiagrégants plaquettaires et pidogrel	2	Colchicine	1
Bêtabloquants	2	Immunosuppresseurs	1
L thyroxine	2	Purinol	1

Conclusion : Les différentes données bibliographiques font ressortir une prédominance des médicaments à visée cardiovasculaire, psychotrope, antalgique et anti-infectieux. Ainsi, en ce qui concerne les traitements cardiotropes, il a été trouvé une part importante d'iatrogénie liée aux anticoagulants. Les effets médicamenteux indésirables seraient évitables, en respectant scrupuleusement les indications, en adaptant les posologies aux modifications pharmacologiques liées à l'âge, en assurant une surveillance appropriée, en luttant contre l'automédication et la mauvaise observance.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-09
Cascade iatrogène chez un sujet âgé polypathologique

A. Larrayadieu*, P. Chevalet, L. De Decker, M.H. Fix, L. De Bataille, G. Berrut
CHU de Nantes, Nantes, France

Introduction : Une patiente de 96 ans est hospitalisée pour syndrome confusionnel. Ses antécédents comportent une hypertension artérielle, des troubles cognitifs, une insuffisance rénale modérée, des lombalgies chroniques pour lesquelles la prednisolone et le fentanyl ont été introduits récemment.

Objectifs : Bilan étiologique du syndrome confusionnel.

Méthodes : Les traitements récemment introduits sont arrêtés. La biologie ne retrouve pas de trouble hydroélectrolytique ni de syndrome inflammatoire. Dans le cadre de la confusion, il est jugé utile de réaliser un scanner cérébral avec prémédication par cyamémazine. L'état de la patiente s'aggrave avec apparition de troubles de la conscience, d'hypotension artérielle et d'encombrement bronchique. La patiente est hydratée et soulagée par paracétamol seul. Son état clinique s'améliore, mais la perte d'autonomie empêche un retour à domicile.

Résultats : L'iatrogénie médicamenteuse est la seule étiologie retrouvée pour expliquer le syndrome confusionnel. La cascade iatrogène observée chez cette patiente polypathologique (prednisolone, fentanyl et cyamémazine) était évitable après analyse du terrain à risque (troubles cognitifs et insuffisance rénale), de l'absence de bénéfice attendu de la corticothérapie dans les lombalgies chroniques et de l'absence d'indication du scanner. L'iatrogénie serait responsable de près de 20 % des hospitalisations chez l'octogénaire selon la HAS. Des listes de médicaments inappropriés chez le sujet âgé ont été publiées aux États-Unis dès 1991 et réactualisées en français récemment. Les médicaments utilisés chez cette patiente n'en faisaient pas partie, montrant la limite de ces outils qui restent épidémiologiques.

Conclusion : L'iatrogénie est évitable dans certains cas. L'utilisation de listes de médicaments inappropriés chez le sujet âgé reste limitée en pratique clinique. La gestion du risque iatrogène dans cette population passe avant tout par l'analyse de la balance bénéfice/risque d'un traitement dont l'efficacité est démontrée et par la prise en compte du patient fragile et polypathologique dans sa globalité.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-10
Développement d'un calendrier vaccinal pour les personnes âgées de plus de 65 ans

L. Mallet*, G. Morin, H. Côté, J. Doiron, C. Lessard, P. Turmel
Faculté de pharmacie, université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

Introduction : Malgré les nombreuses campagnes de promotion de la vaccination pour l'influenza et le pneumocoque, les taux de vaccination chez les personnes âgées demeurent sous le seuil de 80 % de vaccination fixé par le Programme national de santé publique au Québec. Les personnes âgées représentent une clientèle à risque de complications associées aux maladies pouvant être prévenues par la vaccination, telles que la pneumonie à pneumocoque, l'influenza, le

tétanos, la coqueluche et le zona. Tous les professionnels de la santé incluant les pharmaciens devraient être impliqués la promotion des programmes de vaccination. Les pharmaciens œuvrant en communautaire rapportent certaines lacunes par rapport à leurs connaissances spécifiques au sujet de la vaccination. Un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec sur les services de vaccination dans les pharmacies du Québec, publié en septembre 2010, énonce les principales problématiques reliées à la vaccination en pharmacie. Ces dernières étaient, entre autres, le manque d'information sur la vaccination et les inquiétudes concernant les effets secondaires lors de l'administration des vaccins.

Objectifs : Développer un calendrier vaccinal pour aider les pharmaciens à promouvoir la vaccination chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

Méthodes : Une révision du protocole d'immunisation du Québec a été effectuée afin de développer un calendrier vaccinal chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Une rencontre avec un médecin-conseil responsable de la vaccination à la Direction de santé publique a été organisée pour valider le contenu du calendrier vaccinal. Ce calendrier vaccinal a été finalisé suite aux commentaires de médecin-conseil, expert en vaccination. Un sondage d'appréciation du calendrier vaccinal a été envoyé à des pharmaciens pratiquant en milieu hospitalier et en milieu communautaire. Un article a été rédigé et soumis pour publication dans une revue pharmaceutique scientifique au Québec pour promouvoir le rôle du pharmacien dans la vaccination chez les personnes âgées.

Résultats : Un calendrier vaccinal pour les personnes âgées de plus de 65 ans a été développé et validé. Un sondage a été effectué auprès de 44 pharmaciens œuvrant soit en milieu hospitalier ou en milieu communautaire et auprès de 47 étudiants en pharmacie en quatrième année dans leur dernière session de cours. Selon les résultats obtenus, seulement 28 % des participants ont mentionné que la diphtérie, la coqueluche et le tétanos devraient faire partie du calendrier vaccinal chez nos aînés ; 70 % des répondants ont précisé que les patients âgés de plus de 65 ans ayant reçu une première dose du vaccin contre le pneumocoque ne devraient pas recevoir une dose de rappel dans cinq ans. Soixante pour cent des répondants précisent qu'ils ne sont plus ou moins confiants de conseiller les personnes âgées de plus de 65 ans sur la vaccination selon les recommandations du Protocol d'immunisation du Québec.

Conclusion : Ce calendrier vaccinal pour les plus de 65 ans sera remis aux pharmaciens œuvrant en milieu communautaire et en milieu hospitalier afin de promouvoir la vaccination chez cette population à risque. De plus, il est prévu d'introduire un cours de vaccination en gériatrie dans le cadre du programme de pharmacie à la faculté de pharmacie de l'université de Montréal.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-11
Optimiser la prescription des neuroleptiques en EHPAD à propos de 213 prescriptions

P. Balard[1,*], M. Bulimaga[1], F. Le Duff[2]
[1]*ORPEA, Cagnes-sur-Mer, France*
[2]*CHU de Nice, France*

Introduction : Les troubles du comportement (TC) sont inéluctables au cours de la maladie d'Alzheimer (MA). Ceux-ci sont souvent perturbateurs d'où une prescription de neuroleptiques (NL). Le transfert en milieu spécialisé, les « établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (EHPAD) dotés ou non « d'unité protégée » ne diminue pas la prescription. Les NL ont des effets délétères et augmentent la mortalité, par ailleurs ils sont peu efficaces sur les TC. Afin de réduire la prescription de NL, la HAS a proposé dans le plan Alzheimer 2008–2012 un programme « Alerte et maîtrise iatrogénique des NL ». Ce programme, destiné aux EHPAD, propose entre autres de reconsidérer la prescription en partenariat avec le médecin traitant.

Objectifs : Sur 13 EHPAD des Alpes-Maritimes du groupe ORPEA, nous avons signalé les prescriptions de NL auprès des médecins traitants. Il s'agit d'une étude prospective, multicentrique, à type d'enquête à j0 et renouvelée à j60. L'objectif principal était la « révision » de l'ordonnance, soit l'arrêt du NL ou sa minoration, soit la persistance de la prescription mais avec justification. Les objectifs secondaires étaient d'analyser le bon usage de la prescription : respect des contre-indications, absence d'interactions médicamenteuses et surveillance du traitement.

Méthodes : Huit cent trente prescriptions ont été analysées, ce qui a permis de repérer 213 prescriptions de NL, 83 médecins traitants ont été contactés. Deux mois plus tard, après renouvellement, les ordonnances étaient à nouveau analysées.

Résultats : Âge moyen : 81,5 ans, sex-ratio : 70 % féminin, moyenne GIR : 2, MMS : 12,6, NPI-ES : 22,3, en secteur UP : 30,5 %, en secteur ouvert : 69,5 %. Indicateur d'alerte : nombre de résidents ayant une MA sous NL par rapport au nombre total de résidents ayant une MA : 24,4 %. Indicateur de maîtrise première étape : nombre de résidents signalés : 100 %. Indicateur de maîtrise deuxième étape : nombre de résidents avec prescriptions modifiées, confirmées et argumentées : 82,6 %. Total des prescriptions présentées : 176 ; pas de modification : 128 (72,7 %), arrêt du neuroleptique : 25 (14,2 %), diminution de la posologie : 20 (11,4 %) : total arrêt ou minoration 45/176 = 25,5 %. *Objectifs secondaires :* Points marquants : le peu de traitements antidémentiel prescrits : 23,5 % (dont mémantine : 10 %), le peu de prescriptions en si besoin : 3,3 %, le non-respect des durées de traitement : 89 % > 8 semaines, le peu de surveillance : absente 23 %, la méconnaissance du Neuro-Psychiatric-Inventory–équipe-soignante (NPI-ES) par les prescripteurs : utilisation : 0 %, l'absence de bilan clinique et biologique formalisé : 23,9 %, l'absence d'ECG : 43 %, la présence d'interactions médicamenteuses : au moins 2 dans 57,7 %.

Conclusion : Le signalement de la prescription de NL, et sa remise en question auprès du médecin traitant prescripteur, est tout à fait réalisable en EHPAD. Sa rentabilité est réelle, mais modeste et d'autres pistes pour l'améliorer sont à rechercher. La prescription des NL n'est pas suffisamment encadrée pour qu'elle soit sécurisée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-12
Prescription des médicaments génériques par le médecin généraliste aux personnes âgées de plus de 75 ans : points de vue croisés entre les patients, les médecins généralistes et les pharmaciens

C. Fernet[1], M. Brihier[1], S. Meaume[2], A. Raynaud-Simon[3,*]
[1]*Hôpital Beaujon, Clichy, France*
[2]*Hôpital Rothschild, France*
[3]*Hôpital Bichat, Paris, France*

Introduction : La prescription d'un médicament générique par le médecin et la substitution d'un médicament générique au médicament princeps par le pharmacien ont entraîné une diminution des dépenses de santé. Depuis le 13 juillet 2012, les pharmaciens doivent proposer aux patients la forme générique des médicaments prescrits par le médecin.

Objectifs : L'objectif de ce travail est de décrire les points de vue et attitudes des personnes âgées vis-à-vis des médicaments génériques et de recueillir l'opinion des médecins généralistes et des pharmaciens sur la même problématique.

Méthodes : Nous avons interrogé 51 patients, 18 médecins et 15 pharmaciens à l'aide de trois questionnaires élaborés spécifiquement pour cette étude. L'analyse des réponses est quantitative (questions fermées oui/non) et qualitative (commentaires et propositions d'amélioration).

Résultats : Les patients âgés (82 ± 5,8 ans) sont majoritairement gênés par le changement de noms, de boîtes et de formes galéniques des médicaments mais sont contraints d'accepter le générique pour ne pas avancer les frais. Ils sont demandeurs d'informations de la part des médecins. Un médecin généraliste sur quatre a des doutes sur la qualité des génériques ; de plus, pour éviter toute confusion et source d'erreurs dans la prise des traitements, la plupart des médecins continuent de prescrire le princeps. Seuls deux médecins, sur les 18 interrogés, prescrivent des médicaments génériques chez les patients âgés. Les pharmaciens confirment l'opinion défavorable du sujet âgé face aux médicaments génériques ; pourtant, par contraintes économiques, ils incitent aux génériques.

Conclusion : Ce travail témoigne d'une réelle difficulté des patients âgés concernant la prise des médicaments génériques. Les erreurs, défaut de compliance ou accidents iatrogéniques, sont difficiles à quantifier. Certaines mesures pourraient être proposées : la prescription en dénomination commune internationale dès le début du traitement, ou l'autogénérique par l'industriel, ou la dispensation du même générique à chaque renouvellement de traitement. En attendant, il est nécessaire de travailler sur une meilleure communication avec les patients sur leur traitement.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-13
Bilan de 18 mois de conciliation médicamenteuse à l'entrée d'un service de médecine gériatrique

F. Bendoucha, F. Lopes, M. Rhalimi*
Pharmacie, centre hospitalier Bertinot-Juel, Chaumont-en-Vexin, France

Introduction : L'admission d'un malade à l'hôpital constitue un point de transition critique en ce qui concerne son traitement médicamenteux. Elle peut être à l'origine de divergences non intentionnelles chez plus de la moitié des patients admis. Afin de prévenir l'iatrogénie médicamenteuse associée, le pharmacien clinicien peut réaliser la conciliation des traitements, l'analyse pharmaceutique de la prescription et objectiver l'observance du patient. Le recueil et la mise en relation de ces différentes données permettent de proposer des optimisations pharmacothérapeutiques

Objectifs : Présenter les résultats de la conciliation médicamenteuse réalisée dans notre service de médecine gériatrique et dénombrer les divergences identifiées par le pharmacien clinicien.

Méthodes : Le processus de conciliation comporte six étapes. Nous intégrons les données figurant dans le dossier du patient informatisé (DPI), le dossier médical antérieur (DMA) et l'ordonnance du patient. Nous nous entretenons avec le patient afin de recueillir des informations sur la gestion, sur ses connaissances et son ressenti vis-à-vis de son traitement. Nous appelons l'officine où le patient se rend régulièrement pour connaître le traitement pris à domicile. Nous comparons ensuite ces différentes informations et nous mettons en exergue des divergences. Nous saisissons le relevé des divergences observées entre le traitement ambulatoire et le traitement à l'admission dans le DPI. Enfin, nous échangeons avec le médecin sur le traitement au regard des divergences constatées et de l'état clinique du patient.

Résultats : En 18 mois, nous avons concilié les traitements de 356 des 976 patients admis dans ce service (soit 36,5 %). L'âge moyen des patients conciliés est de 83,1 ans [65–95] avec un sex-ratio H/F de 0,45. Le délai moyen entre l'admission et la conciliation est de 1,9 ± 1,6 jour [0–13]. Nous consultons en moyenne trois sources d'informations par patient. Celles-ci nous ont permis d'identifier au total 501 divergences, soit en moyenne 1,4 divergence par patient. Parmi ces divergences, 23 % (115) sont intentionnelles et 77 % (386) sont non intentionnelles, soit en moyenne 1,08 divergence par patient. Nos principales sources d'informations sont la pharmacie d'officine (29,3 %) et le patient (27,6 %). Nous nous référons également à l'ordonnance papier (13,3 %), au dossier médical antérieur (8,9 %), à l'EPHAD (6 %), au médecin traitant (4,6 %), à la famille (3,9 %), à une lettre du médecin traitant (3,2 %) et au traitement personnel du patient (2,8 %). Enfin, nous mettons en relation ces informations avec contexte clinique. Nous avons formulé 433 préconisations pharmaceutiques argumentées aux médecins. Soixante-neuf pour cent de ces préconisations ont été mises en application.

Conclusion : Nous avons pu mettre en place et pérenniser l'activité de conciliation médicamenteuse en lien avec les gériatres. Nous mettons en évidence un nombre non négligeable de divergences non intentionnelles entre traitement ambulatoire et traitement prescrit à l'admission. Cette initiative permet de promouvoir l'intégration du pharmacien clinicien à l'équipe pluriprofessionnel. L'impact clinique de nos interventions devra être davantage étudié.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-14
Allopurinol : à propos d'une recommandation de l'ANSM qui était la bienvenue

E. Crawford-Achour*, A. Devun, A.-M. Dascalita, R. Gonthier
Gérontologie clinique, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France

Introduction : L'allopurinol est un inhibiteur de la xanthine-oxydase qui intervient dans le métabolisme de l'acide urique. Il est indiqué dans le traitement de l'hyperuricémie symptomatique primitive ou secondaire et dans le traitement des gouttes récidivantes.

Objectifs : Illustrer l'importance des recommandations de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) sur l'allopurinol en date de février 2013.

Méthodes : Deux cas cliniques du court séjour gériatrique sur l'année 2012–2013 de réaction allergique cutanée grave suite à l'utilisation de l'allopurinol (syndrome de Steven-Johnson et DRESS syndrome) ont été analysés et confrontés aux recommandations de l'ANSM de 2013.

Résultats : Les deux situations cliniques sont survenues chez deux femmes de plus de 85 ans après trois semaines d'introduction de l'allopurinol. Les effets sont survenus dans un contexte de polypathologie chez des patients connus pour une insuffisance rénale chronique. Les doses d'allopurinol étaient de 300 mg d'emblée. La prescription de l'allopurinol émanait pour l'une du médecin traitant avec comme indication une maladie goutteuse récidivante et pour l'autre de l'hématologue dans un contexte d'hémopathie. Le résumé de caractéristiques du produit datant de 1999 de l'allopurinol notifie les risques de réactions cutanées allergiques graves notamment chez les insuffisants rénaux. Plus récemment, l'ANSM a rapporté une nouvelle analyse sur la base de données du système de pharmacovigilance de 2008 à 2010.

Il en ressort une incidence élevée de toxidermies graves avec une prédominance féminine. Ces événements survenant le plus souvent au cours des deux mois suivant l'instauration du traitement. Le non-respect des recommandations d'adaptation posologique à la fonction rénale est dans près de la moitié des cas observés.

Conclusion : Une nouvelle note d'information de l'ANSM, diffusée à l'ensemble des professionnels de santé, synthétise ces données et renforce la vigilance à avoir envers l'allopurinol qui est souvent prescrit par excès à dose inadaptée, sans être remis en questions.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-15
Évaluation de la prescription des benzodiazépines et apparentés en gériatrie

A. Guezlane[1], M. Peraudeau[1], B. Hamon[2], M.-C. Boubon-Sagnier[1], O. Bouillanne[2], V. Brunie[1,3,*]
[1]Service de pharmacie, hôpitaux universitaires Henri-Mondor–site Émile-Roux, AP–HP, Limeil-Brévannes, France
[2]Service de médecine gériatrique, hôpitaux universitaires Henri-Mondor–site Émile-Roux, AP–HP, Limeil-Brévannes, France
[3]Pharmacie clinique, université Paris XI, Châtenay-Malabry, France

Introduction : En 2009, la France était le deuxième pays européen le plus consommateur d'anxiolytiques et d'hypnotiques. Les effets des benzodiazépines (BZD) — troubles de la mémoire et du comportement, altération de l'état de conscience et des fonctions psychomotrices — sont accrus chez le sujet âgé. Une précédente étude réalisée en médecine gériatrique a montré que 40 % des patients âgés de plus de 65 ans avaient au moins un médicament potentiellement inapproprié à domicile et que les BZD et/ou médicaments apparentés étaient majoritairement impliqués (41 %).

Objectifs : Réaliser un état des lieux de la prescription de BZD et apparentés en médecine gériatrique afin de caractériser la population traitée, identifier les types de médicaments consommés et vérifier la conformité des traitements.

Méthodes : Étude prospective, ouverte, d'une durée de deux mois. Recueil des données à partir des logiciels de prescription, de validation pharmaceutique et de résultats biologiques ainsi que du dossier médical des patients. Comparaison des prescriptions médicamenteuses avec l'AMM et la liste des médicaments potentiellement inappropriés de Laroche et al.

Résultats : Soixante-six patients ont été inclus. Parmi ces 66 patients, 23 (35 %) étaient traités par BZD et/ou apparentés : pour 18 patients, le traitement prescrit avant l'hospitalisation a été maintenu et pour cinq patients, une initiation de traitement a été faite lors de l'hospitalisation. Les caractéristiques de ces patients étaient : sex-ratio : 0,53 ; moyenne d'âge : 85,2 ± 5,4 ans ; poids moyen : 68,4 ± 16,3 kg ; clairance moyenne de la créatinine : 53,6 ± 19,4 ml/min. La durée moyenne d'hospitalisation des patients traités par BZD ou apparentés (14,3 ± 6,5 jours) diffère significativement ($p < 0,05$) de celle des patients ne recevant pas de BZD ou apparentés (11,1 ± 3,9 jours). Suite au séjour en médecine gériatrique, 61 % de ces patients étaient hospitalisés en SSR et 39 % rentraient à leur domicile. Les BZD et apparentés utilisés sont, par ordre croissant de fréquence : zopiclone (23 %), oxazépam (23 %), zolpidem (23 %), lorazépam (11 %), alprazolam (9 %), prazépam (6 %), bromazépam (3 %), clorazépate dipotassique (3 %) et diazépam (3 %). Ces quatre dernières BZD sont inappropriées chez le sujet âgé, car de demi-vie longue. Ainsi, 77 % des prescriptions sont conformes en termes de posologie. En moyenne, les patients avaient 1,5 BZD ou apparentés et sept patients (30,4 %) avaient plus d'une BZD ou apparentés en même temps. Pour 48 % des patients, une diminution de posologie ou un arrêt de traitement a été réalisé pendant l'hospitalisation.

Conclusion : La proportion de patients âgés hospitalisés traités par BZD ou apparentés (35 %) est supérieure au pourcentage moyen de patients dans la population française (20 %). La proportion de patients ayant eu au moins deux BZD ou apparentés en même temps est supérieure à la proportion nationale (30,4 vs 21 %). Les molécules utilisées sont en grande majorité en accord avec les recommandations, de même que les posologies. Cependant, une diminution des doses dès l'hospitalisation est nécessaire afin d'éviter des durées de traitement supérieures aux recommandations.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-16
Place du pharmacien clinicien dans l'optimisation thérapeutique du patient âgé à l'hôpital de jour

E. Jean-Bart[1], R. Faure[1], S. Omrani[1], T. Guilli[1], C. Roubaud[2], P. Krolak-Salmon[2,3], C. Mouchoux[1,3,*]
[1]Pharmacie, hôpital des Charpennes–HCL, Villeurbanne, France
[2]Centre mémoire de ressources et de recherche de Lyon, hôpital des Charpennes–HCL, Villeurbanne, France
[3]Centre de recherche clinique « Vieillissement, Cerveau, Fragilité », hôpital des Charpennes–HCL, Villeurbanne, France

Introduction : L'optimisation thérapeutique du patient âgé (PA) est essentielle dans la prévention du risque iatrogène fréquent dans cette population. Les hôpitaux de jour (HDJ) s'inscrivent désormais pleinement dans la filière de soins gériatriques, la prise en charge en HDJ constitue donc une période d'intérêt pour une réévaluation multidisciplinaire de la prescription. À ce jour, aucune étude n'a évalué l'impact d'une prise en charge en suivi pharmaceutique (SP) de niveau 3 (définition de la Société française de pharmacie clinique) des patients d'HDJ.

Objectifs : L'objectif de la communication est de présenter la mise en place et le bilan de cette activité collaborative entre médecin hospitalier (MH), pharmacien hospitalier (PH) et médecin de ville.

Méthodes : Entre août et octobre 2011, les PA de 65 ans et plus, hospitalisés à l'HDJ pour explorations cognitives ont bénéficié d'une prise en charge en SP. Les avis pharmaceutiques émis par le PH, comprenant des interventions pharmaceutiques (IP) et des informations sur la thérapeutique, ont été insérés par le MH dans le courrier de synthèse destiné au MV. De plus, un plan de prise optimisé a été transmis à chaque patient.

Résultats : Soixante-sept patients ont été pris en charge en SP. Leurs caractéristiques sont : âge moyen : 81,7 ans, ratio homme/femme : 23/44, MMSE moyen : 22, clairance de la créatinine moyenne (MDRD) : 67,5 ml/min. Le nombre moyen de médicaments par patient était de 7 (ET = 3). Au total, 91 IP et 13 informations ont été formulées. Parmi les principaux problèmes identifiés, 39,6 % concernaient une indication non justifiée et 13,2 % une non-conformité du choix du médicament aux consensus. Un arrêt a été proposé pour 44 % des IP et une substitution ou un échange de thérapeutique pour 18,7 %. Parmi les IP, 26,4 % concernaient des médicaments de cardiologie, 25,3 % des psychotropes et 12,1 % des médicaments de neurologie. La durée moyenne d'une prise en charge en SP était de 54 minutes. Parmi les IP pour lesquelles l'acceptabilité a pu être recueillie ($n = 37$), 18 IP ont été prises en compte par le MV.

Conclusion : L'étude a permis de réaliser le bilan d'une nouvelle activité pharmaceutique mise en place à l'HDJ. Celle-ci montre

l'intérêt de l'analyse d'ordonnance pour ces patients ambulatoires pris en charge en HDJ. Les nombreuses propositions d'arrêt de médicament sont à notifier, cela en rapport avec l'objectif de limiter les thérapeutiques n'ayant pas fait leur preuve, contribuant à l'iatrogénie et la polymédication du PA. Une des difficultés a été de recueillir l'acceptabilité par le MV des avis transmis. Toutefois, la prise en charge en SP mise en place au sein de notre établissement a permis de développer entre les services hospitaliers et les médecins libéraux une communication tournée vers le lien ville–hôpital et axée sur l'optimisation de la thérapeutique du PA. Désormais le PH participe à un bilan cardiovasculaire incluant un entretien avec le patient et une consultation multidisciplinaire « chute » avec évaluation du risque iatrogène de chute.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-17
Situations à risque d'iatrogénie liée aux psychotropes chez le sujet âgé hospitalisé pour un problème de santé aigu

P.-A. Noyelle[1,*], M. Herr[1], S. Balesdent[2], M.-C. Guelfi[3], L. Lechowski[2], J. Ankri[1]
[1]Laboratoire Santé–Environnement–Vieillissement (EA2506), université de Versailles–Saint-Quentin, hôpital Sainte-Périne, AP–HP, Paris, France
[2]Service de gérontologie (Pr Teillet), hôpital Sainte-Périne, AP–HP, Paris, France
[3]Pharmacie à usage intérieur, hôpital Sainte-Périne, AP–HP, Paris, France

Introduction : Le mésusage des psychotropes chez le sujet âgé est préoccupant en raison des effets secondaires potentiels de ces produits : chutes, troubles confusionnels, troubles du rythme cardiaque, etc. Lors d'une hospitalisation, les sujets âgés sont plus vulnérables et le risque d'iatrogénie médicamenteuse augmente.

Objectifs : Estimer la fréquence et caractériser les situations à risque d'iatrogénie liée aux psychotropes chez le sujet âgé hospitalisé pour un problème de santé aigu.

Méthodes : Au cours du premier trimestre 2013, les prescriptions de tous les sujets hospitalisés en unité de gériatrie aiguë ont été analysées à leur entrée dans le service. Les prescriptions potentiellement inappropriées de psychotropes ont été identifiées à l'aide des critères de Beers 2012 et de la liste Laroche. Les situations de polymédication ont également été relevées. Les informations sociodémographiques et les antécédents de santé ont été recherchés dans les dossiers médicaux.

Résultats : L'âge moyen des 163 sujets inclus était de 89 ± 5 ans. Plus de la moitié des patients recevaient au moins un médicament psychotrope (n = 95, 58,3 %). Les médicaments psychotropes les plus prescrits étaient les benzodiazépines (n = 44, 27,0 %), suivies par les hypnotiques (n = 40, 24,7 %), les antidépresseurs (n = 32, 19,6 %) et enfin les neuroleptiques (n = 10, 6,1 %). La prévalence des prescriptions potentiellement inappropriées de psychotropes s'élevait à 39,9 % (n = 65) selon les critères de Beers et à 23,3 % (n = 38) selon la liste Laroche. Les anomalies de prescription étaient majoritairement liées à la prescription de médicaments psychotropes en présence d'une confusion (n = 35), d'une démence (n = 35) ou d'antécédents de chutes (n = 43). Les prescriptions de benzodiazépines à demi-vie longue (> 20 h) étaient également incriminées chez 16 patients. La polymédication (au moins cinq médicaments prescrits) concernait 78 patients (48,2 %) et la forte polymédication (au moins dix médicaments prescrits) 41 patients (25,3 %). Après ajustement sur le sexe, l'âge, la démence, la confusion, les antécédents de chutes et les comorbidités des sujets, la forte polymédication augmentait le risque de présenter une prescription inappropriée de psychotropes avec un OR = 3,9 (p = 0,028).

Conclusion : Ce travail d'analyse des prescriptions de psychotropes au cours d'une hospitalisation en gériatrie aiguë s'intègre dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins dispensés au sujet âgé. Il montre la forte prévalence des prescriptions potentiellement inappropriées de psychotropes en lien avec la polymédication chez le sujet âgé et pose la question des alternatives thérapeutiques chez le sujet âgé dément, confus ou chuteur.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-18
Le surétiquetage des médicaments, un outil simple de sécurisation du circuit du médicament

J.-C. Hansen[1,*], F. Bounoure[2], E. Letellier[2], F. Vallois[1], W. Mlika[1]
[1]EHPAD, hôpital Asselin-Hédelin, Yvetot, France
[2]Pharmacie, hôpital Asselin-Hédelin, Yvetot, France

Introduction : La sécurisation du circuit du médicament est un enjeu majeur dans les EHPAD [1]. Notre établissement est doté d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) [2]. Elle a pour mission, entre autres, d'assurer dispensation des médicaments et de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements administrés [3]. Dans notre établissement, le mode courant d'administration des médicaments utilise des piluliers nominatifs avec une vérification de la conformité des médicaments administrés par rapport à la prescription par une personne différente de celle qui a préparé le pilulier. La vérification de l'administration n'est alors possible qu'avec l'utilisation de doses unitaires. Les conditionnements de ville non en présentation unitaire représentent 20 % des doses unitaires utilisées dans notre établissement, ce qui nécessite la préparation de 135 000 doses unitaires/an par la pharmacie de l'établissement.

Objectifs : Identifier un système : 1) autorisant la découpe des blisters sans perdre l'identification, le dosage, la date de péremption et le numéro de lot du médicament ; 2) répondant aux contraintes de l'amélioration continue de la qualité et des évaluations interne et externe ; 3) compatible avec le volume d'activité ; 4) simple, rapide, économique.

Méthodes : Le groupe de travail dédié a retenu le système de surétiquetage des plaquettes de médicaments. Plusieurs systèmes ont été évalués et c'est le logiciel online de surétiquetage, Eticonform®, et ses planches imprimables, autocollantes, constituées d'une feuille ultrafine, non glacée (facilitant l'impression), qui a été retenu. Le logiciel s'intègre dans le système qualité de la pharmacie avec édition de fiches de lot sur lesquelles sont découpées les mentions présentes sur le conditionnement primaire (nom, dosage, numéro de lot et date de péremption) permettant de prouver que les mentions reportées sur l'étiquette correspondent à celles du médicament. Les blisters de médicaments sont ensuite posés sur la planche d'étiquettes et découpés au cutter selon un masque spécifique. La finesse du papier peut rendre le découpage délicat.

Résultats : En 2012, l'établissement a réalisé 110 000 doses unitaires par surétiquetage lui permettant de répondre à ses obligations de sécurisation du médicament prévues dans son contrat de bon usage. Quatre cent cinquante références sont actuellement disponibles avec des demandes d'ajout possibles. Le coût est de 0,01 € par dose unitaire,

soit 1 100 € par an. Le logiciel possède une bonne ergonomie avec une prise en main facilitée par les préparateurs en pharmacie. Chaque utilisateur possède un compte dédié. Les surétiquettes n'opposent aucune résistance à la sortie du médicament permettant une utilisation aisée par les infirmières ou le patient.

Conclusion : Notre solution de surétiquetage simple, ergonomique et peu coûteuse assure l'identification et la traçabilité des médicaments jusqu'à l'administration. Cette solution est une alternative à l'acquisition d'automate de dispensation nominative.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. JORF nº 0090 du 16 avril 2011 page 6687
2. Article L5126-1 du CSP
3. Article L5126-5 du CSP

P5-15-19
L'iatrogénie par les anticoagulants chez la personne âgée

A. Gabbouj*, A. Rezgui, O. Ben Abdallah
Service de médecine interne, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction : Les sujets âgés représentent une population à haut risque à la fois thromboembolique et hémorragique. Les principales indications du traitement anticoagulant sont la prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) et la fibrillation auriculaire.

Objectifs : Décrire les principales complications du traitement anticoagulant survenues chez nos patients.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de 57 dossiers de patients âgés de plus de 65 ans ayant présenté des effets indésirables médicamenteux observés soit avant leur hospitalisation et/ou au cours de leur séjour dans le service de médecine interne à l'hôpital Sahloul, Sousse.

Résultats : Dans notre série, le nombre de patients traités par des anticoagulants était de 18. Il s'agissait de huit hommes et dix femmes. Un antécédent d'effet indésirable lié aux médicaments était retrouvé chez deux patients. Une polypathologie chronique était notée chez dix patients. Six malades consommaient plus de cinq médicaments. Tous les patients recevaient des antivitamines K, associées chez un patient à une héparine. L'indication des anticoagulants était : une thrombose veineuse avec ou sans embolie pulmonaire ($n = 10$), une arythmie complète par fibrillation auriculaire ($n = 7$) et une ischémie digitale ($n = 1$). Les complications du traitement anticoagulant étaient : un surdosage biologique (18 cas), une hématurie (deux cas), une hémorragie digestive (deux cas), un hématome de la paroi abdominale (un cas), un hémopéritoine (un cas), une épistaxis (un cas) et une nécrose cutanée aux AVK (un cas).

Conclusion : L'évaluation du rapport bénéfice/risque de l'anticoagulation chez un patient âgé peut représenter un véritable défi pour le clinicien. Il est donc crucial, chez ces patients, de porter la plus grande attention aux facteurs influençant la sécurité d'utilisation de ces traitements.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-20
Polymédication et iatrogénie en gériatrie : à propos de 50 cas

A. Gabbouj*, A. Rezgui, F. Ben Fredj Ismail
Service de médecine interne, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction : La polypathologie chronique correspond au cumul de plusieurs pathologies chroniques. Une personne entre dans cette catégorie dès lors qu'elle est suivie pour au moins deux pathologies chroniques. De plus, cette polypathologie entraîne une polymédication qui correspond à l'utilisation d'au moins cinq médicaments différents.

Objectifs : Souligner l'importance de la polymédication chez les sujets âgés.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de 57 dossiers de patients âgés ayant présenté des effets indésirables médicamenteux observés soit avant leur hospitalisation et/ou au cours de leur séjour dans le service de médecine interne à l'hôpital Sahloul Sousse Tunisie.

Résultats : Il s'agissait de 27 hommes et 29 femmes. La moyenne d'âge était de 74 ans et 3 mois avec des extrêmes de 65 et 90 ans. Parmi les 56 patients, 50 patients (89,3 % des cas) avaient au moins deux maladies chroniques (polypathologiques). Les patients étaient répartis comme suit : 27 patients avaient quatre pathologies chroniques, 20 patients en avaient cinq ou six et 9 patients avaient sept ou plus. La moyenne du nombre des médicaments consommés par patient par jour était de 5,78 médicaments avec des extrêmes de 1 et 14 médicaments. Trente-huit patients (67 % des cas) consommaient chacun par jour cinq médicaments ou plus (polytraités). Dans notre série, le nombre moyen de médecins traitants de spécialités différentes par patient était de 2,42 avec des extrêmes de 1 et 5 médecins. Cinquante patients (89 %) en avaient deux ou plus.

Conclusion : Les principales conséquences de la polymédication sont les événements iatrogènes médicamenteux avec pour conséquence des hospitalisations évitables, ainsi qu'une augmentation du risque de mortalité/morbidité, de déclin fonctionnel, de détérioration de la qualité de vie et leurs importantes implications économiques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-21
Que s'est-il passé lors du retrait du marché du méprobamate ? Enquête dans deux EHPAD

Y. Lounis[1,*], D. Bonnet-Zamponi[2], E. Pautas[3], M.-L. Gaubert-Dahan[4]
[1]*Soins de suites médicochirurgicales et cancérologiques, hôpital Le Vésinet, Le Vésinet, France*
[2]*OMEDIT Île-de-France, Paris-XIX, France*
[3]*Court séjour gériatrique, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière–Charles-Foix, AP–HP, site Charles-Foix, Ivry-sur-Seine, France*
[4]*Service de gériatrie, hôpitaux universitaires Paris-Nord-Val-de-Seine, AP–HP, site Bretonneau, Paris-XVIII, France*

Introduction : Le méprobamate est un psychotrope anxiolytique dont l'autorisation de mise sur le marché a été suspendue début janvier 2012 par l'Agence nationale de sécurité des médicaments. Jusqu'à cette date, il était parfois utilisé en gériatrie dans les troubles du comportement liés à une pathologie démentielle.

Objectifs : Évaluer en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) l'impact du retrait du marché du

méprobamate à la fois en termes de report de prescriptions de psychotropes et de survenue d'événements indésirables.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective menée dans deux EHPAD situés en région parisienne, l'un de 126 lits doté d'une unité de vie protégée et l'autre de 121 lits. Ont été inclus tous les résidents traités par méprobamate entre le 1er octobre et le 31 décembre 2011 (dans les trois mois avant son retrait du marché). Le recueil de données a été fait à partir du dossier informatisé des résidents sur deux périodes : du 1er octobre au 31 décembre 2011 et du 1er janvier au 31 mars 2012 (dans les trois mois suivant le retrait du marché du méprobamate). Ont été colligés puis comparés entre les deux périodes : les prescriptions de psychotropes, les épisodes d'agitation, les épisodes de somnolence (principal effet indésirable du méprobamate), les chutes et les hospitalisations.

Résultats : Vingt résidents, soit 8 % (âge moyen : 87 ± 7 ans), ont été inclus. Le méprobamate était initialement associé à un psychotrope dans neuf cas, à deux autres psychotropes dans un cas et à trois psychotropes dans un cas. Ces 20 résidents traités par méprobamate ont vu leur traitement arrêté sans diminution progressive de posologie et 13 résidents (65 %) n'ont pas reçu d'autre psychotrope en alternative médicamenteuse dans les trois mois suivant l'arrêt. Entre les deux périodes, le nombre d'épisodes de somnolence (25 versus 9), de chutes (27 versus 9) et d'hospitalisations (4 versus 1) a diminué, alors que le nombre d'épisodes d'agitation n'a pas augmenté (69 versus 51) pour ces 20 résidents.

Conclusion : Sur ce petit nombre de résidents d'EHPAD, le retrait du méprobamate n'a pas semblé s'accompagner d'effets négatifs sur leur santé, et ce, malgré des modalités d'arrêt non conformes aux recommandations et l'absence fréquente de prescription d'alternative médicamenteuse. Ces résultats encouragent la réévaluation des prescriptions, notamment des psychotropes, telle que préconisée par la Haute Autorité de santé, chez les résidents d'EHPAD.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-22
Liste préférentielle de médicaments en établissement hébergeant les personnes âgées dépendantes

A.-S. Lang[1,*], I. Redjaimia[2], L. Philippe[1], A. Disson-Dautriche[3], L. Vaillard[2], H. Dupont[1], groupe de travail : LPM-EHPAD
[1]*Unité d'expertise pharmaceutique et biologique, ARS Bourgogne, Dijon, France*
[2]*Pôle personnes âgées, CHU de Dijon, Dijon, France*
[3]*Centre régional de pharmacovigilance de Bourgogne, CHU de Dijon, Dijon, France*

Introduction : La sécurisation du circuit du médicament en EHPAD est un enjeu majeur de santé publique : les médicaments sont une source importante d'effets indésirables graves notamment chez le sujet âgé polypathologique et polymédiqué, donc à risque accru d'iatrogénie médicamenteuse.

Objectifs : Proposer aux établissements médicosociaux accueillant des personnes âgées une liste préférentielle de médicaments (LPM) dont le bénéfice/risque a été évalué et jugé acceptable. Cette liste doit devenir une base de travail pour l'élaboration du livret thérapeutique (LT) propre à chaque établissement, c'est pourquoi la LPM en EHPAD est accompagnée d'une méthodologie pour s'approprier cette liste dans son établissement et de quelques règles « d'or » de prescription en gériatrie.

Méthodes : Constitution d'un groupe technique (GT) composé de 11 professionnels de santé (médecins, infirmier, pharmaciens). Une liste brute de molécules a été élaborée à partir d'un travail réalisé par un OMEDIT et de huit LT d'EHPAD de la région, qui comptait près de 440 dénominations communes internationales (DCI) réparties en 12 classes anatomiques. Les classes anatomiques ont été analysées par binômes de travail suivant différents référentiels et consensus d'experts, définis en groupe tels que les listes de médicaments inappropriés chez la personne âgée (Laroche, Beers, Priscus, Prescrire), les recommandations de la HAS, de l'ANSM et de la SFGG. Puis une fois les DCI choisies, un travail de synthèse sur les informations essentielles à délivrer a été mené en s'appuyant sur les résumés des caractéristiques du produit de chaque DCI, le guide des interactions médicamenteuses de la revue *Prescrire*, la mise au point de l'Afssaps de juin 2005 « Prévenir l'iatrogenèse médicamenteuse chez le sujet âgé ».

Résultats : Dans un premier temps, le GT a sélectionné 177 DCI, en consultant les référentiels prédéfinis. Pour chacune d'elle sont proposés un nom de spécialité à titre indicatif, des dosages et formes galéniques adaptées à la gériatrie. Pour certaines molécules, sont indiquées des contre-indications, interactions médicamenteuses, précautions d'emplois, effets indésirables (EI), particularités relatives à la surveillance biologique et clinique, et des mentions particulières liées à la fonction rénale, ainsi que des remarques plus pratiques sur la molécule. Pour réaliser ce travail, les praticiens se sont aidés des trois référentiels cités en méthodologie. En outre, dix règles d'or de prescription en gériatrie sont proposées afin d'alerter le prescripteur sur certains risques liés à l'utilisation du médicament : mentions obligatoires et nécessaires sur une prescription, escalades médicamenteuses fréquemment retrouvées chez la personne âgée, les recommandations générales en cas de traitement par antivitamines K, de canicule ou encore lors de l'apparition de tout EI suspecté d'être dû à un médicament. Enfin, une méthodologie est proposée aux établissements pour s'approprier l'outil et faire adhérer la plupart des professionnels exerçant dans l'établissement.

Conclusion : La LPM-EHPAD propose une liste de molécules à utiliser préférentiellement chez la personne âgée. Elle n'a pas la prétention de se vouloir exhaustive et d'autres traitements peuvent toujours être utilisés chez les personnes âgées. Les versions PDF et Excel (plus facilement modifiable) sont disponibles sur le site Internet de l'ARS Bourgogne. Une révision annuelle de la liste est prévue.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-23
Statut cognitif et connaissance de ses traitements

S. Makouf[1,*], H. Biran[2], T. Haine[1], J.-P. David[2], S. Haulon[1]
[1]*Service G4 Émile-Roux, AP–HP, Limeil-Brévannes, France*
[2]*Service G3 Émile-Roux, AP–HP, Limeil-Brévannes, France*

Introduction : Seize pour cent de la population française (plus de 65 ans) consomment 39 % de la dépense pharmaceutique française (cours des comptes 2003). Plus de 20 % des hospitalisations chez les sujets de plus de 80 ans sont liées, en tout ou en partie à un accident iatrogénique. Trois modalités de prescription suboptimale sont décrites chez le sujet âgé : 1) l'*underuse* (la sous-prescription) ; 2) le *misuse* (la prescription inappropriée) ; 3) l'*overuse* (l'excès prescription).

Objectifs : L'objectif est de rechercher la connaissance de ses traitements par chaque patient en fonction de son statut cognitif, et de prévenir, après identification des facteurs de risque de méconnaissance des traitements le risque de survenue d'accident iatrogénique.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle incluant des patients de plus de 75 ans hospitalisés en SSR gériatrique avec un MMS supérieur ou égal à 20/30. Au moyen d'un questionnaire de recueil, on évalue : la connaissance du nom du médicament, de son indication et de sa posologie. Pour chaque patient on évalue : 1) le statut cognitif (cinq mots de Dubois, Bref, Horloge, GDS) ; 2) le statut nutritionnel (albumine, préalbumine, poids) ; 3) la fonction rénale (créatininémie, DFG) ; 4) l'existence ou pas d'un diabète ou d'un accident vasculaire cérébral ; 5) l'autonomie (ADL, IADL) ; 6) le niveau scolaire.

Résultats : Sur les 15 premiers malades évalués dans un SSR gériatrique, on identifie deux groupes : 1) *Groupe I :* sept malades connaissent plus de 80 % de leur traitement. La GDS est à 9,85/30 en moyenne avec une horloge à 6,28/7. 2) *Groupe II :* huit malades connaissent moins de 80 % de leur traitement. La GDS est à 18,14/30 en moyenne avec une horloge à 3,85/7. La méconnaissance des traitements semble aggraver par la dépression et la baisse des praxies constructives. Il n'y a pas de différence significative par apport à l'âge, le niveau scolaire, la dépendance. Le nombre de traitements joue également un rôle dans la connaissance de l'ordonnance, les patients du groupe I ont 5,28 traitements par jour contre 8,62 pour les patients du groupe II.

Conclusion : Une adaptation des traitements en fonction des recommandations, des bonnes pratiques cliniques, de l'évaluation globale des patients gériatriques, à la recherche de risque de dépression et d'atteinte des praxies constructives permet de renforcer l'aide à la prise des traitements chez les patients les plus fragiles et ainsi tenter de prévenir l'iatrogénie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-24
Quel est le rapport bénéfice/risque de l'association anticoagulants oraux et antiagrégants plaquettaires chez le sujet âgé d'après la littérature

S. Omrani[1], A. Brutel[1], R. Faure[1], L. Bourguignon[2], Y. Guillermet[3], C. Mouchoux[1,*]
[1]*Pharmacie, hôpital des Charpennes–HCL, Villeurbanne, France*
[2]*Pharmacie, hôpital Antoine-Charial, Francheville, France*
[3]*Hôpital des Charpennes–HCL, Villeurbanne, France*

Introduction : L'association d'un anticoagulant (ACO) et d'un antiagrégant plaquettaire (AAP) est fréquente chez la personne âgée (PA) polypathologique, notamment dans le cadre d'indications séparées. Cette association qui pourrait apparaître logique d'un point de vue pharmacologique n'a pas forcément bénéficié d'une évaluation dans des études contrôlées randomisées. Parallèlement, l'âge, les comorbidités et la polymédication sont des facteurs de risque hémorragique. Dès lors, sur quels éléments peuvent s'appuyer le gériatre et le pharmacien clinicien pour prescrire et dispenser une telle association en pratique quotidienne ?

Objectifs : L'objectif est de présenter et de discuter les résultats des études cliniques évaluant l'association ACO et APP chez la PA.

Méthodes : Une revue de la littérature, publiée entre 1990 et 2012, a été effectuée sur la base de données Medline. Les articles ont été sélectionnés sur la base de leur titre et résumé et de la classification ANAES 2010. Ces articles ont été lus par deux lecteurs indépendants.

Résultats : Neuf études ont été sélectionnées. Aucune des études contrôlées randomisées évaluant l'association chez la PA ne montre de diminution du risque thromboembolique comparée à une monothérapie par ACO ou AAP en cas de fibrillation auriculaire (FA). Dans cette indication, l'association d'un AAP et d'un ACO (INR cible : 2–3) augmente le risque hémorragique. En prévention secondaire du syndrome coronarien aigu, l'association permet de diminuer le risque d'accidents vasculaires cérébraux mais pas la mortalité et augmente le risque hémorragique. Seule l'étude contrôlée randomisée s'intéressant aux PA en FA ayant subi une intervention coronarienne percutanée a démontré une diminution de la mortalité et des événements cardiaques graves sans augmentation du risque hémorragique. Les études de cohorte permettent de préciser le risque hémorragique qu'elles estiment être multiplié par 2 en cas d'association. Enfin, aucune étude évaluant l'association d'un nouvel ACO avec un AAP chez la PA n'a été retrouvée.

Conclusion : Dans le cadre d'indications séparées, aucune étude n'est actuellement disponible sur l'intérêt d'une association ACO/nouvel ACO et AAP chez la PA. C'est pourquoi cette association ne devrait être prescrite et dispensée qu'après avoir individuellement évalué le rapport bénéfice/risque. Le gériatre et le pharmacien clinicien devraient systématiquement s'appuyer sur des scores, notamment CHA2DS-VASc pour évaluer le risque thromboembolique et HAS-BLED ou hémorragie pour évaluer le risque hémorragique. Ces outils, facilement utilisables en pratique quotidienne, permettraient d'orienter leur décision thérapeutique. Dans tous les cas, les PA à haut risque cardiovasculaire devraient bénéficier d'une évaluation gérontologique complète, d'une surveillance renforcée et d'un programme d'éducation thérapeutique. Enfin, la pérennité de l'optimisation thérapeutique ne sera garantie qu'à la condition d'une collaboration étroite entre la ville et l'hôpital.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-25
Les hypertonies déformantes acquises chez le sujet âgé, une expérience en soins de longue durée

N. Schwald[1,*], P. Denormandie[2], V. Gautier[1], D. Hotton[1], A. Brocq[1], S. Gherabli[1], O. Hanon[1], A.-S. Rigaud[1]
[1]*Groupe hospitalier Broca–La Rochefoucauld–La Collégiale (AP–HP), Paris, France*
[2]*Hôpital Raymond-Poincaré, Garches, France*

Introduction : Les déformations acquises d'une ou plusieurs articulations (secondaire à un déséquilibre du tonus musculaire responsable de spasticité) sont fréquentes chez les patients hospitalisés en soins de longue durée. Elles se retrouvent lors de séquelles de lésions vasculaires ou traumatiques, de certaines pathologies neurodégénératives, au décours de pathologies articulaires évoluées, dans le cadre de certains traitements médicamenteux ou lors d'attitudes antalgiques (escarres, fractures).

Objectifs : Les médicaments (antalgiques, myorelaxants…), la prise en charge en rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité) sont parfois limités (iatrogénie médicamenteuse, douleurs persistantes…). Existe alors un retentissement fonctionnel : des douleurs résiduelles, une hygiène et un nursing difficiles (macérations au niveau des creux axillaires, périnée, main…), une verticalisation devenue impossible, des difficultés d'installation au fauteuil, une préhension limitée des objets. Selon les objectifs envisagés tels que récupérer une certaine motricité (main, pied, membre supérieur, membre inférieur), améliorer une installation au fauteuil, permettre des soins d'hygiène indolores et adaptés, certaines prises en charge peuvent être proposées telles que les injections de toxine botulique, de phénols, voire ténotomies à aiguille.

Méthodes : Plusieurs patients hospitalisés en soins de longue durée au sein du groupe hospitalier Broca–La Rochefoucauld–La Collégiale ont présenté des hypertonies déformantes acquises. L'objectif initial de la prise en charge a été établi avec le patient, la famille ou représentant légal et les soignants (récupérer une certaine motricité, améliorer une installation au fauteuil, permettre des soins d'hygiène indolores et adaptés, limiter les douleurs lors des mobilisations, prendre en charge une plaie sous-jacente...). La technique utilisée dépendait de l'existence ou non d'une motricité résiduelle du membre concerné, l'existence d'une pathologie articulaire sous-jacente et d'une pathologie artérielle associée. Une réévaluation à distance était effectuée afin de déterminer si l'objectif initial avait été atteint.

Résultats : Chez un patient qui présentait des séquelles d'AVC ischémique sylvien gauche et qui conservait une motricité résiduelle du pouce et de l'index droit, une injection de toxine botulique a été effectuée et a permis la diminution transitoire de la spasticité du brachial antérieur et la récupération de la fonctionnalité de la pince pouce-index et l'extension du poignet droit. Chez quatre patients qui présentaient une démence au stade modérément sévère, une phénolisation des adducteurs a été effectuée permettant une diminution de la spasticité avec neurotomie « médicamenteuse » transitoire, une optimisation des soins d'hygiène et une meilleure installation au fauteuil. Chez deux patients atteints d'une maladie d'Alzheimer au stade sévère, une ténotomie à l'aiguille après anesthésie locale a été effectuée sur le fléchisseur du pouce droit pour l'un et de l'annulaire pour l'autre permettant une extension définitive du doigt et l'accès à la paume de la main afin d'optimiser les soins d'hygiène et limiter les macérations.

Conclusion : Il existe un bénéfice important de certaines techniques (injection de toxine botulique, de phénols, voire ténotomie à l'aiguille) dans la prise en charge des hypertonies déformantes acquises lorsqu'une prise en charge habituelle médicamenteuse ou une rééducation optimale se trouve limitée chez les patients hospitalisés en soins de longue durée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-26
La prescription des psychotropes en USLD : enquête un jour donné

F. Allache[1,*], E. Schocher[2], V. Ducasse[1], V. Falabregues[3], V. Bloch[2], H. Hadim[1], H. Barreteau[3], A. Teixeira[1]
[1]Service de gériatrie, GH Lariboisière–Fernand-Widal, Paris, France
[2]Pharmacie, GH Lariboisière–Fernand-Widal, Paris, France
[3]AP–HP, GH Lariboisière–Fernand-Widal, Paris, France

Introduction : La prescription des psychotropes (neuroleptiques [NL], benzodiazépines [BZD], hypnotiques [HQ] et antidépresseurs [AD]) est une problématique importante en gériatrie, en particulier dans les unités de soins de longue durée (USLD), qui regroupent une population âgée particulièrement vulnérable. De nombreuses études ont montré que ces traitements étaient à l'origine d'une iatrogénie importante et que leur indication n'était pas toujours justifiée.

Objectifs : Faire un état des lieux de la prescription des psychotropes dans notre USLD, afin d'en connaître les indications, la durée de prescription, l'efficacité et la tolérance observées, ainsi que les modalités de réévaluation de ces prescriptions. L'objectif secondaire était de diminuer les prescriptions inappropriées des psychotropes.

Méthodes : Il s'agit d'une étude un jour donné. À partir de notre logiciel de prescription « PHEDRA », nous avons extrait l'ordonnance de chacun des patients/résidents de l'USLD : le critère de sélection était la présence d'au moins un traitement psychotrope (BZD, NL, AD ou HQ). Nous avons analysé (en binôme : pharmacien–médecin) ces ordonnances conformément à la fiche de suivi de traitement de prescription médicamenteuse du sujet âgé de la HAS. Les dossiers médicaux et les dossiers de soins ont été analysés.

Résultats : Le jour de l'enquête, 77 patients étaient présents en USLD, 50 (65 %) de ces patients avaient au moins un psychotrope prescrit : correspondant à un AD dans 60 % des cas, un NL (36 %), une BZD (26 %) et un HQ (16 %) : quatre patients avaient au moins deux psychotropes, un seul patient en avait plus de deux BZD associées. Quarante-quatre pour cent des patients avaient un psychotrope avant l'admission en USLD ; chez 56 % des patients, ils ont été introduits durant leur séjour. La durée moyenne de prescription était de 1 083 jours (la DMS étant de 1 335 jours). Une traçabilité de la réévaluation du traitement était présente chez 48 % des patients. Après analyse des résultats de notre étude, des modifications thérapeutiques ont pu être apportées : pour 13 patients, l'arrêt complet des psychotropes a pu être envisagé sans recrudescence d'aucun symptôme, une diminution de la posologie chez quatre patients, un changement de molécule chez trois patients, un changement de galénique chez un patient, une augmentation de la posologie chez deux patients pour lesquelles la dose a été jugée inefficace. Pour un patient, une alternative non médicamenteuse (psychomotricité) a été proposée en remplacement d'un anxiolytique. Pour quatre patients, ayant des antécédents psychiatriques lourds requérant une thérapeutique complexe, un avis spécialiste a été demandé pour réévaluation des traitements.

Conclusion : Notre étude a permis de mettre en évidence certains points importants : la moitié des patients avait déjà un traitement psychotrope au moment de leur admission en USLD, l'indication de cette introduction initiale étant rarement accessible conduisant souvent à une difficulté d'adaptation de ces traitements. Ces éléments peuvent contribuer à expliquer le risque majeur iatrogène lié aux psychotropes en USLD. La modification thérapeutique chez la moitié de nos patients, introduite par notre étude doit inciter à introduire un temps de contrôle des prescriptions dans nos structures d'USLD, une collaboration médecins–pharmaciens nous semble importante à développer.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P5-15-27
Modification lors de l'administration des différentes formes orales solides des médicaments chez la personne âgée présentant des troubles de la déglutition : élaboration et évaluation d'un outil pratique pour les soignants

C. Bioteau[1,*], C. Martin Borrel[2], A. Desbois[3], C. Bioteau[3], G. Gavazzi[3], P. Couturier[3], J. Calop[2]
[1]Clinique universitaire de médecine gériatrique, Grenoble, France
[2]Isère, UF pharmacie clinique, CHU de Grenoble, Grenoble, France
[3]Isere, clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, Grenoble, France

Introduction : La polymédication des personnes âgées de plus de 75 ans en secteur de soins ou d'hébergement et la fluctuation des troubles de la déglutition sont une difficulté pour l'administration des médicaments sous forme orale solide par le personnel soignant. Le recours à des techniques d'ouverture de gélules et d'écrasement des comprimés est souvent pratiqué sans connaître les modifications éventuelles des propriétés pharmacologiques du médicament administré. Une étude réalisée dans un service de gériatrie au CHU de Rouen montre que les personnes âgées pour qui il était nécessaire de broyer les médicaments

en prenaient en moyenne sept par jour et que 42 % de ces médicaments présentaient une forme galénique interdisant l'écrasement.

Objectifs : Élaboration d'un outil pratique dédié aux soignants sous forme de carnet de poche pour recommander la bonne administration et élaboration d'un tableau informatisé réactualisable dédié au prescripteur permettant l'alternative possible thérapeutique avec le grade des recommandations si la forme galénique du produit ne peut être changée. Évaluation de l'utilisation de l'outil d'administration par l'équipe infirmière sur différents secteurs gériatriques : mesure du taux de médicaments administré de façon inappropriée avant et après éducation de l'équipe.

Méthodes : L'élaboration de l'outil d'administration découle de la liste de recommandations quant à l'écrasabilité des médicaments mise au point par l'OMEDIT : un thésaurus de 125 médicaments a été extrait par ordre de prescription et fréquence d'administration en gériatrie au CHU de Grenoble à partir des données de délivrance pharmaceutique. La collaboration avec le personnel soignant dans une unité de soins de suite réadaptation a permis la construction de l'outil et aboutir à une forme papier, carnet d'administration indiquant l'écrasabilité ou l'ouverture possible du médicament administré : la lecture et recherche du médicament est à double entrée DCI et nom commercial. Un deuxième outil destiné au prescripteur en cas de non-modification possible de la forme galénique a été élaboré pour connaître les alternatives possibles et le niveau des recommandations. Une mise à jour rapide et permanente est possible avec la construction d'une base de données actualisable par la pharmacie du CHU de Grenoble. La deuxième phase du travail évalue les pratiques professionnelles concernant l'administration des médicaments sous forme orale solide chez des personnes âgées présentant des troubles de la déglutition. Elle mesure la variation du taux de médicaments administré de façon inappropriée avant et après éducation de l'équipe (formation sur la spécificité galénique de certains médicaments, formes à libération prolongée, retardée…) et mise à disposition de l'outil. La phase finale évaluera l'amélioration des pratiques et la qualité de l'outil auprès des prescripteurs et des soignants.

Résultats : Un outil sous forme de carnet de poche a été élaboré. L'étude de la variation du taux des médicaments écrasé de façon inappropriée est en cours.

Conclusion : La fluctuation des troubles de la déglutition chez le patient âgé oblige à une réflexion sur l'administration des médicaments sous forme orale solide : des listes de médicaments écrasables existent mais peu d'outils pratiques pour les soignants ont été validés. L'efficacité et la sécurité d'administration du traitement du patient peuvent être remises en cause par la modification de la galénique du produit.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:153-155
DOI 10.1007/s12612-013-0341-y

COMMUNICATIONS AFFICHÉES / POSTERS

P6-16 Douleur – soins palliatifs et fin de vie

© Springer-Verlag France 2013

P6-16-01
Neuropathie sensitive associée à un pic monoclonal de type IgM ou MAG

V. Rasoldier*, L. Hellouin De Menibus, F. Roca, M. Parrad, P. Chassagne
Médecine gériatrique, Rouen, France

Introduction : La prévalence d'une immunoglobuline monoclonale chez les personnes âgées est de l'ordre de 7,5 % après 85 ans. L'association d'une gammapathie monoclonale à une polyneuropathie périphérique est rare, faisant évoquer plusieurs hypothèses tels une amylose ou un POEMS syndrome.

Objectifs : Nous rapportons une observation de neuropathie dysimmunitaire avec activité antiglycoprotéine associée à la myéline (MAG), secondaire à la présence d'une immunoglobuline monoclonale de type IgM.

Méthodes : Une femme de 79 ans, aux antécédents de paralysie faciale a frigore et de syndrome anxiodépressif, était hospitalisée pour polyalgies et découverte d'une immunoglobuline monoclonale à IgM (5,8 g/l).

Résultats : Devant des douleurs neurogènes distales des membres inférieurs sans déficit moteur depuis trois mois, un électromyogramme était réalisé. L'examen retrouvait une neuropathie démyélinisante des quatre membres sans cause métabolique ou toxique associée. L'examen clinique retrouvait un syndrome proprioceptif avec marche ataxique et dysmétrie. Un bilan complémentaire (TDM thoracoabdominopelvien, myélogramme, recherche de facteurs antinucléaires…) pour éliminer une hémopathie maligne ou une pathologie systémique s'avérait négatif. La recherche d'anticorps antiglycoprotéines associée à la myéline dans l'hypothèse d'une MAG était positive (méthode Elisa 43 000 UI/l). Le caractère invalidant de cette neuropathie motivait un traitement par prednisone (0,5 mg/kg par jour) permettant d'obtenir une évolution favorable et rapide des douleurs.

Conclusion : Les neuropathies associées à une IgM anti-MAG représentent un sous-groupe de neuropathies démyélinisantes dysimmunitaires. La MAG est une glycoprotéine membranaire de la cellule de Schwann et des oligodendrocytes présente dans la myéline. Les IgM anti-MAG s'intercalent entre les couches de la myéline et des espaces périaxonaux, entraînant à terme une démyélinisation et une dégénérescence axonale. Ce diagnostic de MAG repose sur l'identification sérique d'anticorps anti-MAG, avec un seuil de positivité supérieur à 1 000 UI. De première intention, le recours aux corticoïdes est proposé ; les autres alternatives thérapeutiques (études non contrôlées) étant le rituximab ou les injections d'immunoglobulines ou d'interféron-alpha.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

P6-16-02
Douleur neuropathique : la suspecter, l'évaluer, la traiter

S. Chapiro[1,*], L. David[2], M. Michel[3], P. Rat[4], B. Wary[5], N. Macian[6], D. Roux[6], G. Pickering[6]
[1]*Hôpital Paul-Brousse, AP–HP, USP gériatrique, Villejuif, France*
[2]*Centre hospitalier de la Côte-Basque, F-64100 Bayonne, France*
[3]*CHRU, centre de cure médicale La Tauvrais, Rennes, France*
[4]*Hôpital, Marseille, France*
[5]*Service régional de soins palliatifs, CHR Metz-Thionville, Thionville, France*
[6]*Centre de pharmacologie clinique, CIC Inserm 501, Clermont-Ferrand, France*

Introduction : De nombreuses études mettent en évidence la grande prévalence et la prise en charge insuffisante de la douleur des personnes âgées notamment lorsqu'il s'agit de douleurs neuropathiques. Les difficultés rencontrées pour faire le diagnostic de la douleur et la mauvaise connaissance des principes thérapeutiques dans cette population expliquent en grande partie ce phénomène. La polypathologie associée au grand âge est responsable de l'intrication fréquente de plusieurs causes et mécanismes de douleurs chez un même patient. Il faut se rappeler qu'une douleur neuropathique peut être masquée par une douleur nociceptive.

Objectifs : Guider les équipes soignantes dans leur évaluation et améliorer la prise en charge des douleurs neuropathiques.

Méthodes : Nous avons réuni un groupe de médecins impliqués dans la prise en charge de la douleur des personnes âgées afin de réfléchir et de proposer un outil simple, sous forme d'un algorithme décisionnel représentant un « chemin » diagnostique et des conseils thérapeutiques.

Résultats : Cette démarche est axée sur quatre messages : 1) quand suspecter une douleur neuropathique : contextes pathologiques (zona, diabète, AVC, antécédent de chimiothérapie, etc.), signes cliniques évocateurs (allodynie, déficit sensorimoteur, etc.)… ; 2) comment évaluer lorsqu'on suspecte une douleur neuropathique : auto- et hétéroévaluation (DN4, Algoplus, Doloplus, ECPA) ; 3) informer et conseiller en s'appuyant sur les spécificités gériatriques avec notamment les règles de prudence mais aussi le rappel du délai d'action souvent long de ces molécules, l'importance de l'expliquer au patient pour favoriser une bonne observance et la nécessité d'atteindre la dose maximale autorisée et tolérée avant de conclure à l'inefficacité du traitement ; 4) traiter avec des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses en tenant compte : a) du terrain gériatrique (notamment du risque d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses) ; b) des pathologies responsables de la douleur neuropathique.

Conclusion : La prise en charge des douleurs neuropathiques du sujet âgé doit être optimisée. En élaborant des outils simples à la disposition des professionnels, nous pouvons contribuer à améliorer le confort de nos patients âgés.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-16-03
Détection de la douleur avec Algoplus® chez les patients âgés déments et/ou dépressifs

P. Rat[1], R. Lauretta[2], C. Nalin[3], E. Jouve[4], S. Bonin-Guillaume[5,*]
[1]*CLUD Nord, Assistance publique–Hôpitaux de Marseille, Marseille, France*
[2]*Service de médecine interne, centre hospitalier de Salon, Salon, France*
[3]*Service de médecine, centre hospitalier d'Avesnes, Avesnes, France*
[4]*CIC-CPCET La Timone, France*
[5]*Service de médecine interne gériatrie, Aix-Marseille université, Assistance publique–Hôpitaux de Marseille, Marseille, France*

Introduction : Algoplus® est une échelle d'évaluation comportementale spécifiquement développée pour détecter la douleur aiguë chez les patients âgés ayant des troubles de la communication verbale. L'étude de validation [1] a démontré qu'Algoplus® avait de bonnes qualités psychométriques quelle que soit l'unité de soin. Il est important de tester les qualités psychométriques de cette échelle dans des populations particulières telles que les sujets avec démence et/ou dépression où certains items pourraient être surcotés.

Objectifs : Tester les performances de l'échelle Algoplus® chez les patients déments et/ou dépressifs.

Méthodes : Une étude de validation multicentrique a été menée pour comparer le score total d'Algoplus® ainsi que la fréquence de cotation des items entre différents sous-groupes de patients âgés (≥ 65) : avec et sans douleur, avec et sans dépression, avec et sans démence et avec et sans démence et dépression.

Résultats : Cent soixante et onze patients (moyenne d'âge ± ET : 82,3 ± 6,3) ont été évalués. Dans tous les sous-groupes, le score d'Algoplus® (moyenne ± ET) diffère significativement ($p < 0{,}0001$) entre patients avec et sans douleur, respectivement : 2,35 ± 0,99 vs 0,24 ± 0,44 (sous-groupe témoin), 2,19 ± 1,29 vs 0,68 ± 0,82 (sous-groupe avec dépression), 3,30 ± 1,17 vs 0,58 ± 0,58 (sous-groupe avec démence), 3,30 ± 1,15 vs 1,00 ± 0,89 (sous-groupe avec démence et dépression). La fréquence de la plupart des items d'Algoplus® diffère aussi significativement, les meilleurs résultats étant retrouvés dans le sous-groupe avec démence (cinq items sur cinq). L'étude montre que quelques items sont surcotés. Néanmoins, une courbe ROC analysant les performances d'Algoplus® avec un score seuil de 2 (retenu dans l'étude de validation) a démontré que la spécificité d'Algoplus® pour détecter les situations de douleur est bonne à excellente dans tous les sous-groupes (71 à 100 %) avec une très bonne sensibilité (80 à 96 %), à l'exception du sous-groupe avec dépression (62 %).

Conclusion : Un score seuil d'Algoplus® à 2/5 peut détecter efficacement la présence de douleur chez les patients âgés déments et/ou dépressifs.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Référence

1. Rat P, Jouve E, Pickering G, et al (2011) Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus. Eur J Pain 15:198.e1–198.e10

P6-16-04
Médicalisation de la fin de vie en gériatrie : le patient est-il toujours sujet des soins ? L'exemple de la démence

E. Gilbert-Fontan
CHU de Toulouse/équipe de soins palliatifs, Toulouse, France

Introduction : La gériatrie a fortement contribué au développement des soins palliatifs, mouvance qui s'oppose à l'objectivation, la réification et la toute-puissance de la technoscience. Ces dernières années, de nombreuses techniques et thérapeutiques se sont développées, des recommandations protocolisées et standardisées ont été émises par les instances de santé pour apaiser les symptômes de la fin de vie. Dans la démence, lorsque l'« esprit se défait », la tentation est grande de répondre à la souffrance par une réponse technique.

Objectifs : Nous nous sommes demandé si le patient était toujours au cœur du soin.

Méthodes : Dans cette étude, nous avons étudié les raisons pour laquelle la médicalisation du mourir est inéluctable. Dans une seconde partie, nous avons redéfini le concept de soin.

Résultats : Cette médicalisation paraît inéluctable et indispensable. La définition de la santé a évolué vers la santé positive, un état de « complet bien-être ». La mort n'a plus la signification d'événement naturel. Même dans le grand âge, on la considère comme un phénomène extérieur, un échec. Le « totalitarisme médical » se répand dans tous les domaines de la société. Des modifications sociétales ont majoré le phénomène, allant jusqu'à superposer dignité et autonomie. La perte des liens sociaux et l'individualisme amènent vers l'hôpital ces patients en fin de vie. La démence nous confronte à nos propres limites, du fait des pertes progressives du soi et des difficultés à interpréter les éventuels signes de souffrance. La question du sens s'impose souvent à nous. Devant de telles incertitudes, le soin technique est insuffisant et sa finalité doit toujours être évaluée. Le « juste soin », véritable engagement, doit toujours être vécu comme un dialogue. Le patient dément est un « autre soi » et un « autre que soi », et le soin peut alors être considéré comme le médiat entre deux sujets. L'échange basé sur le seul symptôme conduit à la mise en objet, et l'on doit veiller à l'unité du soin.

Conclusion : Les protocoles favorisent l'homogénéisation des pratiques et améliorent le confort du patient. Cependant, ils doivent être adaptés pour chaque patient ; c'est l'art de la délibération médicale. Dans ces conditions, le mouvement des soins palliatifs ne reniera pas ses valeurs, et le patient restera au cœur du soin.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-16-05
Impact de l'hétéroévaluation systématique de la douleur lors de séjour en unité cognitivocomportementale

A. Pop* C. Lamouille-Chevalier, S. Clement, T. Jonveaux, E. Mouchet
Unité cognitivocomportementale, CHU de Nancy, Nancy, France

Introduction : Les unités cognitivocomportementales (UCC) accueillent des patients atteints de démence et présentant des troubles du comportement. Ces troubles s'intriquent avec des tableaux anxiodépressifs et/ou douloureux. L'intérêt d'identifier l'origine de ces symptômes est d'adapter le traitement spécifique en limitant l'iatrogénie liée à la polymédication.

Objectifs : Mettre en évidence l'impact de l'hétéroévaluation systématique de la douleur lors des séjours en UCC sur la prescription de psychotropes et d'antalgiques et donc sur le comportement des patients.

Méthodes : 1) Étude rétrospective par l'analyse des 30 derniers dossiers de patients admis en UCC : caractéristiques de la population, évaluation de la douleur et modalités, évaluation des troubles du comportement (Neuropsychiatric Inventory [NPI]), évaluation du traitement spécifique (antalgique et psychotrope). 2) Étude prospective

avec analyse de 30 dossiers : étude de l'impact de l'évaluation systématique de la douleur par des échelles d'hétéro- et d'autoévaluation sur la prescription médicamenteuse spécifique, antalgique et psychotrope, sur l'intensité et les caractéristiques, selon NPI, des troubles comportementaux.

Résultats : Des évaluations répétées de la douleur au cours du séjour UCC pourraient être corrélées à une adaptation antalgique, à une diminution des troubles du comportement et à une réduction de l'utilisation des psychotropes.

Conclusion : Cette étude objective la place importante d'une évaluation correcte et régulière de la douleur chez tout patient présentant un trouble démentiel et une majoration des troubles du comportement.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:156-173
DOI 10.1007/s12612-013-0342-x

COMMUNICATIONS AFFICHÉES / POSTERS

P6-17 Évaluation des pratiques

© Springer-Verlag France 2013

P6-17-01
Problématique de la sécurisation de l'administration du médicament en gériatrie

A. Teixeira[1,*], N. Pairault[1], S. Bourhis[1], A. Dozol[2], V. Ducasse[1], E. Beaugrand[3], H. El Hadj[1], F. Allache[1]
[1]Service de gériatrie, Paris, France
[2]Service de santé publique, Paris, France
[3]Direction des soins, AP–HP, GH Lariboisière–Fernand-Widal, Paris, France

Introduction : La sécurisation de la prise médicamenteuse représente un enjeu majeur pour nos institutions. C'est une thématique prioritaire nationale. L'iatrogénie représente une cause fréquente de morbidité. Le travail sur l'organisation et les pratiques doit permettre de limiter les risques d'erreur du stockage jusqu'à l'administration et la traçabilité de la prise médicamenteuse pour les personnes âgées hospitalisées au sein de nos structures.

Objectifs : *Objectif principal :* Garantir au sujet âgé, hospitalisé en gériatrie, l'application des 5B, par les IDE à chaque administration. *Objectif secondaire :* Évaluer les risques à partir d'audits et mettre en œuvre des axes d'amélioration en équipe pluridisciplinaire.

Méthodes : La méthode d'analyse a consisté en une première partie d'état des lieux de l'organisation complétée par un questionnaire auprès des professionnels paramédicaux, puis une seconde phase selon un audit de pratiques.

Résultats : La première évaluation retrouve des éléments positifs mais perfectibles dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des sujets âgés : 1) présence d'une informatisation des prescriptions ; 2) un travail nécessaire sur la préparation et la vérification de la prise ; 3) des difficultés sur la traçabilité des prises ; 4) un effort important sur l'information qui doit être donnée aux patients. Les axes d'améliorations doivent se concentrer sur : 1) la sécurisation des chariots d'administration ; 2) le renforcement de l'identitovigilance ; 3) l'information des équipes sur les règles de bonnes pratiques ; 4) un travail important sur l'information aux patients. Un second audit après mise en place des axes d'amélioration ciblés a permis de constater des améliorations sur l'ensemble des items proposés que ce soit sur les unités de SSR gériatrique ou d'USLD de notre GH.

Conclusion : On peut dire que la pratique de ces travaux d'évaluation des pratiques professionnelles correspond à un travail pluridisciplinaire positif qui peut être généralisable. Cela correspond à la réalité de nos pratiques et renvoie à des questionnements sains. Cela nécessite d'avoir et de connaître des référentiels validés. Ce travail permet de diffuser les bonnes pratiques qui vont être mieux acceptées par les professionnels avec rapidement un signalement intégré dans les pratiques des équipes.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

P6-17-02
Analyse des pratiques transfusionnelles dans un hôpital gériatrique

N. Mitha[1,*], A. Monti[2], P. Chaibi[1], A. Gouronnec[2], A. Breining[3], J.-L. Golmard[4], E. Pautas[2,5]
[1]Unité d'oncohématogériatrie, hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine, France
[2]Unité gériatrique aiguë, hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine, France
[3]Service de gériatrie, hôpital de La Salpêtrière, Ivry-sur-Seine, France
[4]Département de biostatistiques, GH Pitié-Salpêtrière–Charles-Foix, France
[5]UFR médecine P.-et-M.-Curie, université Paris-VI, Paris, France

Introduction : L'indication d'une transfusion de concentrés globulaires chez le sujet âgé anémié sous-entend la prise en compte d'un seuil transfusionnel, mais aussi des comorbidités pouvant être décompensées par l'anémie. En l'absence de recommandations transfusionnelles spécifiques aux patients âgés peut se poser la question des pratiques transfusionnelles en gériatrie.

Objectifs : L'objectif de cette étude est d'analyser les motivations déclaratives de transfusion de culots globulaires chez des patients très âgés hospitalisés dans un hôpital gériatrique universitaire.

Méthodes : Cette étude a été réalisée à partir du recueil rétrospectif, sur un an, des informations mentionnées sur 736 ordonnances de culots globulaires provenant au site de l'Établissement français du sang dont dépend l'hôpital. Le taux d'hémoglobine au moment de la transfusion et le nombre de culots globulaires ont été rapportés aux informations cliniques mentionnées par le prescripteur.

Résultats : Le taux moyen d'hémoglobine prétransfusionnelle est de 8,45 ± 0,94 g/dl. Deux variables sont significativement associées à une élévation de ce seuil transfusionnel au-dessus de 9 g/dl : l'existence d'une mauvaise tolérance de l'anémie ($p < 10^{-4}$) et la notion d'un terrain à risque de mauvaise tolérance de l'anémie ($p = 0{,}0076$). Les manifestations de mauvaise tolérance sont principalement cardiovasculaires, mais sont aussi mentionnés des événements aigus de type neuropsychiatrique qui pourraient être considérés comme des critères transfusionnels spécifiques aux patients âgés. Le seul facteur prédictif du nombre de culots globulaires transfusés est le taux d'hémoglobine ($p < 0{,}001$).

Conclusion : Dans notre pratique gériatrique hospitalière, les seuils et les objectifs transfusionnels paraissent comparables à ceux évoqués dans les seules recommandations françaises disponibles, éditées par l'Afssaps en 2002. L'étude souligne en revanche l'existence de particularités gériatriques dans les motifs de transfusion de culots globulaires, avec l'utilisation de certains critères de tolérance clinique qui semblent liés à des comorbidités non cardiovasculaires. Des études interventionnelles prospectives pourraient être menées pour tenter

d'évaluer la pertinence de ces éventuelles spécificités gériatriques dans les indications transfusionnelles.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-03
Bon usage des dispositifs médicaux de compression veineuse (DMCV) dans un centre hospitalier gériatrique

C. Dananché[1,*], M.-A. Lépine[1], N. Andrieux-Pineau[2], C. Goubier-Vial[1], S. Wesolowski[1]
[1]*Service pharmacie, Albigny-sur-Saône, France*
[2]*Service de rééducation fonctionnelle, centre hospitalier gériatrique du Mont-d'Or, Albigny-sur-Saône, France*

Introduction : La population gériatrique s'avère particulièrement exposée aux affections veineuses : en structure de soins de longue durée, on estime à 43 % la proportion de patients ayant un risque modéré de développer une TVP et à 8,6 % la proportion de ceux ayant un risque élevé. La prophylaxie mécanique, associée ou non au traitement médicamenteux, a une place qui ne doit pas être négligée en particulier chez les patients âgés. Cependant, ce traitement non invasif, simple et économique doit respecter les modalités d'utilisation du dispositif de compression, et son choix doit être adapté à la pathologie du patient. L'EPP, menée lors de la certification V2, « Prévention de la maladie thromboembolique » a conduit à formaliser le circuit des DMCV avec prescription nominative aidée d'un arbre décisionnel à usage des gériatres.

Objectifs : Devant les dysfonctionnements observés dans l'organisation définie, une double démarche a été menée : un audit des pratiques portant sur chaque étape du circuit (prescription, collecte des mesures et dispensation) et une revue de pertinence.

Méthodes : L'audit a concerné 30 prescriptions consécutives de chaussettes et de bas de compression et s'est déroulé en deux temps : d'abord, un audit sur la qualité du remplissage de l'ordonnance papier (composée de trois volets : dix items prescription, prise des mesures, huit items dispensation) ; ensuite, une revue de pertinence avec un recueil dans les unités de soins des informations cliniques (interrogation des prescripteurs, dossiers médicaux, prise des mesures) afin de mesurer l'écart entre les renseignements médicaux/infirmiers renseignés sur l'ordonnance et les informations cliniques collectées directement dans le service. Un diagramme d'Ishikawa a permis de déterminer les principaux facteurs de non-conformités relatives aux DMCV.

Résultats : Le remplissage de l'ordonnance est conforme dans 54 % des cas concernant la partie médicale, l'item le moins renseigné (40 %) est celui concernant la mobilité du patient (alité ou déambulant). Le remplissage de la partie infirmière (prise des mesures) est de 80 %. Après mesure des écarts entre l'information écrite et l'information clinique collectée, la discordance est de 50 % pour la partie médicale et de 93 % pour la partie concernant les mesures prises par les IDE. Il existe une inadéquation dans deux tiers des cas entre le produit dispensé suite aux informations cliniques collectées dans le service de soins et le produit dispensé d'après les informations écrites de l'ordonnance.

Conclusion : Différents axes de travail ont été mis en œuvre par le groupe EPP afin d'améliorer la prise en charge du patient à risque thromboembolique : tout d'abord ; la révision des recommandations établissement adaptées à la population gériatrique, en particulier les indications pour les personnes en fauteuil (ni alitées ni déambulantes) ; ensuite la sensibilisation et la formation de tous les professionnels au bon usage des DMCV, avec notamment une réflexion sur l'organisation à mettre en place pour fiabiliser la prise des mesures. Au final, cette démarche pluridisciplinaire a permis qu'un nombre croissant de patients puisse bénéficier d'un DMCV adapté à sa pathologie dans un contexte économique contraint.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-04
La prise en charge hospitalière du patient gériatrique : apports d'un service de court et moyen séjours intégré

C. Lefevre[1,*], A. Martineau[2]
[1]*Centre hospitalier de Firminy, Firminy, France*
[2]*Centre hospitalier de Firminy, service B0H, Firminy, France*

Introduction : Les patients âgés fragiles hospitalisés constituent une population à fort risque de décompensations. Plus l'hospitalisation se prolonge, plus le risque de perte de repères et de survenue de syndrome gériatrique augmente. C'est dire toute l'importance d'une évaluation précoce, et d'une prise en charge adaptée aux besoins et aux capacités du patient. Cependant, les patients âgés hospitalisés sont souvent amenés à séjourner dans deux à trois services successifs : service d'accueil d'urgence, puis service de médecine, puis soins de suite et réadaptation, avec donc une perte successive de repères… Il est pourtant possible de limiter ces changements rapprochés, très perturbateurs pour un sujet âgé fragile, par une prise en charge dans un service assurant le court et le moyen séjour au sein de la même unité.

Objectifs : Nous sommes partis de l'hypothèse que la durée totale de séjour hospitalier d'un patient âgé fragile pouvait être abrégée par une prise en charge au sein d'un service assurant le court et le moyen séjour, dans les mêmes locaux et par la même équipe soignante. Notre critère principal était donc la durée totale de séjour, et notre critère secondaire le taux de réhospitalisations sur le centre hospitalier dans l'année suivant le séjour étudié.

Méthodes : Nous avons constitué deux groupes de 120 patients chacun : le premier était composé de patients pris en charge initialement dans un service de médecine non gériatrique, et transférés secondairement dans un SSR gériatrique ; le second était composé de patients pris en charge dans le service de court et moyen séjours gériatrique intégré. Nous avons étudié le profil des populations (âge, sexe, ATCD médicaux, lieu de vie antérieur), le motif d'hospitalisation, le mode d'entrée sur le centre hospitalier, les durées de séjour dans chaque unité, et les réhospitalisations dans l'année suivante. Nous avons utilisé le test statistique de Chi^2.

Résultats : Nos populations ont des profils relativement proches, avec toutefois deux principales différences, lourdes de conséquences quant à l'interprétation des résultats : un pourcentage plus important de patients est d'ores et déjà en institution dans le groupe 2 (court et moyen séjours) ; beaucoup plus de patients sont passés par le service des urgences dans le groupe 1 (médecine non gériatrique puis SSR). L'analyse des résultats révèle que les patients pris en charge au sein du service mixte ont une DMS totale nettement inférieure : 24,4 jours, contre 41,6 jours, avec un taux de réhospitalisations qui n'est pas supérieur.

Conclusion : Nos données sont très prometteuses, tendant à prouver qu'une prise en charge des patients gériatriques au sein d'une seule et même unité, et par la même équipe soignante, aboutit à une durée d'hospitalisation nettement inférieure. L'unicité de lieu et d'équipe constitue-t-elle cependant le facteur prépondérant de cette réduction de DMS, ou celle-ci est-elle seulement due à une prise en charge d'emblée en milieu gériatrique ? Pour affirmer véritablement la « supériorité »

d'une prise en charge complète dans un service unique, il faudrait constituer un nouveau groupe de comparaison, en incluant des patients pris en charge initialement dans un service de court séjour gériatrique, puis transférés dans un SSR distinct…

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-05
Prescription médicamenteuse du sujet âgé : test de la fiche « Mon traitement » en région Nord-Pas-de-Calais

J. Podvin[1,*], C. Charani[2], I. Verheyde[3], D. Huvent[1], F. Puisieux[1]
[1]*Hôpital gériatrique les Bateliers CHRU, Lille, France*
[2]*HAD synergie, Lomme, France*
[3]*Réseau santé qualité, Armentières, France*

Introduction : De nombreuses études ont révélé l'importance de l'iatrogénie chez les personnes âgées. Le problème de la prescription médicamenteuse dans cette population est une priorité de santé publique. Un outil destiné au patient et présentant, sous forme d'un tableau, son traitement médicamenteux a été développé par l'équipe de gériatrie lilloise. Le but est double : améliorer la prescription médicamenteuse, en invitant les prescripteurs à mieux évaluer leur ordonnance et améliorer l'observance du patient par une meilleure connaissance de son traitement. Rempli par le médecin responsable d'un service gériatrique lors d'une hospitalisation, celui-ci est présenté au patient puis envoyé au médecin traitant avec le courrier de sortie. Dans un second temps, le médecin traitant remet son tableau à la personne en s'assurant de sa bonne compréhension.

Objectifs : Les objectifs du travail consistent à évaluer la faisabilité de la démarche dans les services hospitaliers, la qualité de l'outil et celle de son remplissage.

Méthodes : Dans le cadre d'un partenariat avec l'OMEDIT Nord-Pas-de-Calais, le réseau Santé-Qualité et l'URPS médecins libéraux Nord-Pas-de-Calais, nous avons testé cet outil dans huit établissements volontaires du Nord-Pas-de-Calais, puis recueilli les copies des fiches « Mon traitement » complétées par les services entre février et juin 2012. Ont été évalués le ressenti des médecins hospitaliers par un questionnaire de satisfaction et la qualité du remplissage.

Résultats : L'analyse a porté sur 382 tableaux. Le questionnaire d'évaluation auprès des médecins hospitaliers a permis de constater que sept établissements, sur les huit, ont rencontré des difficultés pour remplir le tableau (problème de gestion de temps), quatre ont jugé l'outil adapté (un établissement testeur dans la région minière a déjà pris l'initiative de l'intégrer dans le dossier informatique du patient), quatre ont été amenés à modifier leur prescription et quatre ont estimé que ce tableau pouvait favoriser une meilleure communication avec les praticiens de ville. En ce qui concerne la qualité de remplissage, des données importantes n'ont pas toujours été renseignées, ainsi la clairance n'était renseignée que dans 65 % des fiches, avec des écarts de 100 % pour trois établissements et 9 % pour un. Le MMS n'était renseigné que dans 64 % des fiches, avec un écart de 33 à 87 % d'un établissement à l'autre. L'albuminémie n'était renseignée qu'à 79 % avec un écart de 44 à 100 % pour un établissement. Le poids était renseigné à 80 %. Les précautions particulières n'ont été renseignées que dans 40 % des fiches, la pertinence globale de ces préconisations a été estimée à 15 %, avec des écarts de 0 à 38 % selon les établissements.

Conclusion : Les résultats sont mitigés. Le remplissage du tableau demande, de l'avis de la majorité des utilisateurs, trop de temps. Notre projet est d'informatiser l'outil et d'élaborer des messages clés, utiles pour le médecin traitant mais surtout pour que le patient âgé ou son aidant, acteur de sa santé, puisse mieux comprendre son traitement.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-06
Un exemple de bientraitance : former les personnels travaillant auprès des personnes âgées fragiles en risque de rupture d'autonomie

S. Meyer[1,*], T. Dantoine[2]
[1]*Bordeaux, FFAMCO, Bordeaux, France*
[2]*Haute-Vienne, CHU de Limoges, Limoges, France*

Introduction : Beaucoup de personnes travaillant au domicile auprès de personnes âgées fragiles ou dépendantes n'ont aucune formation. Les médecins coordonnateurs de la Haute-Vienne en partenariat avec l'équipe du Pr Dantoine et le pôle emploi du Limousin ont sélectionné des chômeurs longue durée et leur ont fait bénéficier d'une formation sur la connaissance des personnes âgées.

Objectifs : Améliorer les connaissances des personnes travaillant au domicile ou en institution auprès des personnes âgées fragiles dans le but de diminuer les actes de maltraitance et optimiser les démarches bien traitantes. Donner à ces chômeurs de longue durée une formation facilitante dans la recherche d'un emploi.

Méthodes : Quatre cents heures de formation théorique orientées sur l'amélioration de la communication avec les personnes âgées, la prise en charge de l'alimentation, la gestion de l'animation et des loisirs, de l'hygiène (dans les limites inhérentes à la fonction), la préservation de l'autonomie et du potentiel restant par le biais de séances d'incitation au mouvement. Des notions de manutention et de connaissance de matériel ont également été proposées. Cent heures ont été consacrées à la prise en charge spécifique des pathologies démentielles, en particulier, la communication spécifique avec ces personnes âgées, la prise en charge occupationnelle grâce aux stimulations, aux aides apportées par la musicothérapie, la relaxation. Une session spécifique concernant les troubles du comportement et leur gestion a été prodiguée. La connaissance des filières de soins gérontologiques, les rapports avec les aidants familiaux et les proches. Des notions juridiques ainsi que le secret professionnel ont été abordés. Deux semaines de stage en situation dans des structures gériatriques (EHPAD, USLD, SSIAD…) ont été effectuées après passage de conventions avec les établissements et concrétisation d'objectifs de stage précis. Ces stages ont été évalués tant du côté des services que des stagiaires. Régulièrement étaient effectuées des sessions d'évaluation et de recadrage, car s'agissant d'une population présentant un niveau d'études bas, il était indispensable de vérifier la qualité des connaissances acquises.

Résultats : Sur 15 personnes recrutées et formées, à six mois, 14 avaient trouvé un emploi dont 12 auprès de personnes âgées. Les évaluations de satisfaction des employeurs s'avéraient toutes positives.

Conclusion : Devant l'augmentation des personnes âgées dépendantes, de nouveaux métiers se font jour dans le maintien à domicile. Cependant, il existe encore beaucoup de personnes travaillant sans aucune qualification. L'exemple de cette action démontre qu'une formation de sensibilisation peut être considérée comme une démarche de bientraitance vis-à-vis des plus fragiles.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-07
Étude de l'usage des psychotropes dans une unité de court séjour gériatrique

S. Balesdent[1,*], P.-A. Noyelle[2], Z. Mekerta[1], V. Bourdaire[1], M. Herr[2], L. Lechowski[2], L. Teillet[2]
[1]*Service de gérontologie (Pr Teillet), hôpital Sainte-Périne, AP–HP, Paris, France*
[2]*Laboratoire santé environnement vieillissement (EA2506), université Versailles Saint-Quentin, hôpital Sainte-Périne, AP–HP, Paris, France*

Introduction : Les malades âgés, souvent polypathologiques, sont particulièrement exposés au risque d'effets indésirables médicamenteux. Au-delà de 70 ans, on estime qu'une personne sur deux consomme des psychotropes au long cours. L'iatrogénie afférente à ces médicaments fait de leur prescription un enjeu majeur dans nos pratiques quotidiennes. Les hospitalisations en gériatrie aiguë peuvent être l'occasion de réviser ces prescriptions même s'il sera toujours délicat d'interférer avec le médecin de ville et le lien de confiance entre celui-ci et le patient.

Objectifs : Étudier les prescriptions de psychotropes dans une unité de court séjour gériatrique, en termes de modifications entre le traitement habituel du patient, les premiers jours de l'hospitalisation et la sortie. Rechercher les facteurs associés aux modifications de traitements psychotropes. Confronter les prescriptions de psychotropes aux recommandations disponibles.

Méthodes : Étude prospective menée sur tous les patients consécutivement hospitalisés dans une unité de 29 lits de gériatrie aiguë à Paris entre janvier et avril 2013. Les ordonnances de ville ont été analysées. Les prescriptions de psychotropes à 48 heures d'hospitalisation et au moment de la sortie ont été recueillies de façon informatique par le service de pharmacie de l'hôpital. Les prescriptions et modifications ont été décrites selon la classe médicamenteuse, les posologies, les caractéristiques sociodémographiques, l'existence d'une démence, de chutes répétées, d'une confusion, d'une agitation et d'une dépendance pour les activités de la vie quotidienne.

Résultats : L'analyse portait sur 164 patients avec 77 % de femmes et un âge moyen de 88,6 ± 5,1 ans. Ils vivaient seuls pour 57,3 % d'entre eux et 91 % avaient un médecin traitant. Neuf fois sur dix, les patients provenaient des urgences, 59 % rentraient au domicile et 25 % étaient transférés en soins de suite. Les motifs d'hospitalisation principaux étaient : chutes (25,6 %), insuffisance cardiaque (12,8 %), accident vasculaire cérébral (8,3 %) et confusion (8,3 %). Un peu plus d'un patient sur deux avait une démence, et le MMS moyen réalisé durant l'hospitalisation ($n = 115$) était de 20,7 ± 6,3. L'agitation concernait 26,8 % des patients et la confusion 43,9 % des patients. Le nombre moyen de médicaments prescrits avant l'hospitalisation par patient était de 7,3, à 48 heures d'hospitalisation de 8,6 et à la sortie 7,4. La proportion de patients sans prescription de psychotropes était de 34 % avant l'hospitalisation, 24 à 48 heures et 36 % à la sortie. Les benzodiazépines étaient les plus fréquemment prescrites : 31 % avant l'hospitalisation, 47 % à 48 heures et 44 % à la sortie. Les antidépresseurs sérotoninergiques étaient prescrits avant l'hospitalisation pour 14 % des patients, à 48 heures pour 13 % et à la sortie pour 15 %.

Conclusion : Dans notre étude, plus des deux tiers des patients hospitalisés en court séjour gériatrique avaient au moins un psychotrope prescrit. Cette proportion ne changeait pas au moment de la sortie. De façon concordante avec la littérature, les benzodiazépines et les antidépresseurs sérotoninergiques étaient les plus fréquemment prescrits. Ces derniers médicaments sont potentiellement pourvoyeurs de graves effets indésirables comme la confusion ou les chutes, mais gardent également des indications précises et doivent être introduits le cas échéant dans le traitement durant une hospitalisation selon les recommandations.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-08
Perte de l'autonomie chez le sujet âgé : à propos de 45 cas

M. Lamloum*, I. Rachdi, I. Ben Ghorbel, A. Hamzaoui, T. Ben Salem, M. Smiti Khanfir, M. Houman
Hôpital La-Rabta Tunis, service de médecine interne, Tunis, Tunisie

Introduction : La perte d'autonomie (PA) chez le sujet âgé est un état où la personne est dans l'impossibilité de satisfaire un ou plusieurs actes de la vie courante, sans avoir recours à une aide technique ou humaine.

Objectifs : Nous avons recensé tous les cas de PA dans un service de médecine interne sur une période de sept ans chez des sujets âgés de plus de 65 ans.

Méthodes : La PA était diagnostiquée soit en se basant sur la définition selon laquelle la personne âgée ne va pas bien depuis quelques jours adynamique et anorexique, soit en se basant sur l'interrogatoire du patient ou de sa famille, soit en référant aux échelles des AVQ ou de l'IADL, la PA étant définie par un nombre de critères supérieur ou égal à un dans l'échelle des AVQ ou supérieur ou égal à deux dans l'échelle IADL. On a étudié les facteurs épidémiologiques, sociaux ainsi que les différentes étiologies médicales et gériatriques de PA chez les deux sexes. La polypathologie était définie par la présence de trois pathologies ou plus. La polymédication était définie par une prise de trois médicaments ou plus. Les critères de fragilité ont été également étudiés chez ces patients.

Résultats : Nous avons recensé 45 cas de PA répondant tous à au moins deux critères de l'IADL ou à un critère de l'échelle des AVQ. Il s'agissait de 20 femmes et de 25 hommes d'âge moyen au moment de la PA de 78,45 ans chez les femmes avec des extrêmes entre 74 et 89 ans et de 79,4 ans chez les hommes avec des extrêmes entre 66 et 91 ans. Parmi ces 45 patients, 40 étaient polypathologiques dont 19 femmes et 21 hommes, et 42 étaient polymédiqués dont 19 femmes et 23 hommes. Les médicaments étaient à visée cardiovasculaire chez 43 patients dont 19 femmes et 24 hommes, à visée psychiatrique chez 16 patients, soit quatre femmes et 12 hommes, à visée digestive dans 17 cas, soit neuf femmes et huit hommes, à visée métabolique dans 23 cas, soit dix femmes et 13 hommes et à visée anti-inflammatoire et antalgique chez 13 patients dont six femmes et sept hommes. Les facteurs sociaux associés à la PA étaient un veuvage dans 29 cas, soit 21 femmes et huit hommes, un isolement chez 16 patients, soit 11 femmes et cinq hommes, une fragilisation du lien social dans 28 cas, soit 16 femmes et 12 hommes, des conditions socio-économiques modestes dans 30 cas, soit 16 femmes et 14 hommes. Les pathologies médicales de PA étaient à type d'anémie chez 22 patients, soit 13 femmes et neuf hommes, d'infections dans 17 cas, soit six femmes et 11 hommes, de rechute d'un état infectieux dans sept cas dont trois femmes et quatre hommes et de décompensation d'un diabète dans 14 cas, soit quatre femmes et dix hommes. Les pathologies gériatriques associées à la PA étaient les chutes dans 12 cas, une dénutrition chez 16 patients, des signes de déshydratation extracellulaire dans 29 cas, une incontinence urinaire dans 20 cas, un météorisme abdominal (constipation ou fécalome) dans 12 cas, des escarres dans neuf cas, des troubles de l'équilibre et de la marche dans 21 cas. Les troubles

psychiques étaient à type de confusion mentale dans cinq cas, une démence vasculaire dans six cas, d'un tableau dépressif dans dix cas. Parmi ces patients, 75 % avaient trois critères ou plus de fragilité.

Conclusion : À travers notre étude, la PA est un syndrome gériatrique facilement diagnosticable en se basant sur des échelles gériatriques. Il peut résumer la symptomatologie de nombreuses affections aussi bien médicales que gériatriques imposant une démarche clinique rigoureuse afin de dépister à temps ces affections en vue d'une prise en charge précoce chez un sujet âgé fragilisé.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-09
Enquête rétrospective concernant la prescription de neuroleptiques chez des psychotiques âgés vivant en institution médicosociale

A.-S. Aakra-Jardez[1,*], F. Pontonnier[2], B. Planques[2]
[1]*Service gériatrie, CHI Poissy, Poissy, France*
[2]*Fondation Léopold-Bellan, Septeuil, France*

Introduction : La prise en compte du vieillissement physiologique est importante dans l'adaptation des doses de neuroleptiques. Toutefois, chez le psychotique âgé, le critère absolu de l'âge n'est pas forcément applicable à tous les patients. De même, les neuroleptiques atypiques ne sont pas obligatoirement les plus utilisés dans cette population, et cela, contrairement aux recommandations officielles.

Objectifs : Mettre en évidence le fait qu'il existe des psychotiques âgés qui nécessitent la prescription de neuroleptiques à doses élevées pour être efficaces sur les symptômes psychiatriques, sans pour autant être mal tolérés. Évoquer les limites des recommandations actuelles.

Méthodes : Enquête observationnelle, rétrospective, transversale, monocentrique, réalisée en avril 2012. On étudie la prescription des neuroleptiques typiques et atypiques dans une population de psychotiques âgés (minimum 70 ans), stabilisés sur le plan psychiatrique. Ces sujets vivent dans une structure médicosociale qui regroupe un FAM et un EHPAD (un psychiatre 0,5 ETP, deux gériatres 1,5 ETP). Certains patients sont suivis en CMP par le psychiatre de l'établissement dont ils proviennent.

Résultats : Dix-neuf sujets sont inclus : quatre hommes, 15 femmes, d'âge moyen de 77,8 ans (± 6,2). Les pathologies sont : psychose hallucinatoire chronique ($n = 5$), schizophrénie paranoïde ($n = 11$), autres schizophrénies ($n = 3$). Tous ont au minimum un bilan annuel clinique, biologique standard, et un ECG. Chaque patient reçoit en moyenne 1,8 (± 0,8) neuroleptique. On observe une corrélation négative entre âge et nombre d'antipsychotiques prescrits ($p = 0{,}037$). On dénombre l'utilisation de 11 neuroleptiques différents : sept typiques ($n = 23$ prescriptions) et quatre atypiques ($n = 11$ prescriptions). Neuf patients ne reçoivent que des neuroleptiques typiques, et trois patients que des atypiques. Les trois molécules les plus prescrites sont : halopéridol ($n = 9$), rispéridone ($n = 8$), loxapine ($n = 5$). Chez six sujets (31,6 %), les posologies prescrites sont supérieures aux doses d'entretien préconisées dans les RCP (résumé des caractéristiques produit) ; parmi eux, un sujet reçoit quatre neuroleptiques différents, dont trois prescrits à doses élevées. Ces prescriptions sont plutôt initiées par les psychiatres que les gériatres ($p > 0{,}05$). Sur le plan métabolique, deux patients ont un DNID, deux autres une dyslipémie, et trois présentent une obésité.

Conclusion : On constate que certains patients (environ un tiers) reçoivent des traitements à fortes doses, et que le taux de neuroleptiques typiques utilisé est important : cela est contraire aux recommandations officielles. Ces prescriptions, à visée symptomatique, remontent à de nombreuses années, et il est difficile, dans une structure telle qu'un FAM ou une EHPAD, de les arrêter quand les patients sont stabilisés sur un plan psychiatrique. Par contre, une surveillance clinique et biologique, en accord avec les bonnes pratiques, permet de renforcer la sécurité de ces sujets.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-10
Élaboration de bonnes pratiques d'installation au fauteuil du résident « grabataire vertical » en EHPAD

J.-C. Hansen*, C. Havel-d'Angelo, A. Lecorre
EHPAD, hôpital Asselin-Hédelin, Yvetot, France

Introduction : Une grande confusion règne au sein des personnels soignants concernant les critères de la bonne installation au fauteuil du résident « grabataire vertical » (qui ne peut plus se lever seul mais qui peut aller au fauteuil avec l'aide d'un tiers). Cette situation peut conduire à des installations potentiellement « pathogènes » en exposant le résident au risque de pression de niveau élevé ou prolongé, de friction, de cisaillement, tous facteurs contribuant au développement des escarres [1].

Objectifs : Ce travail vise, dans un premier temps, à définir les critères d'une bonne installation en fauteuil, dans un second temps à établir un état des lieux objectif sur la qualité de l'installation des résidents et ses conséquences.

Méthodes : Sur la base d'une sélection de sources disponibles [2,3] et des recommandations en vigueur [4], confronté aux constatations critiques des pratiques en cours dans l'établissement, notre groupe de travail pluridisciplinaire a : 1) reprécisé pour les équipes les critères d'une bonne installation non « pathogène » en fauteuil du résident « grabataire vertical » ; 2) construit une grille d'évaluation de la qualité des installations au fauteuil permettant, de plus, le dépistage des éventuelles pathologies associées à une mauvaise installation.

Résultats : *Critères d'une bonne installation en fauteuil retenus pour les équipes :* 1) respect de trois appuis au niveau des pieds, des fesses et du dos ; 2) respect de la symétrie corporelle ; 3) respect de positions propices au repos, évitant les compressions et respectant la physiologie des articulations ; 4) respect d'une réévaluation itérative de l'installation au cours de la journée aboutissant à une prévention des complications spécifiques à la posture assise prolongée. *Grille d'évaluation de la position au fauteuil :* 1) nature du fauteuil (standard, confort, coquille…) ; 2) aide technique (coussin antiescarre…) ; 3) respect des symétries axiales (alignement, horizontalité, centrage…) ; 4) angulations articulaires physiologiques (colonne vertébrale, hanches, genoux, chevilles…) ; 5) appuis (cale-tête, dossier, accoudoirs…) ; 6) ajustements posturaux (fréquence, horaires…) ; 7) avis du résident sur son installation (confortable, douloureux…). Chaque critère est noté 1 (jugé correct) ou 0 (non satisfaisant).

Conclusion : Cette démarche, qui s'inscrit dans une logique d'amélioration continue de la qualité des soins, vise à : 1) une préservation des boucles sensorielles proprioceptives (schéma corporel) ; 2) une diminution de l'inconfort et des douleurs ; 3) une diminution des risques psychologiques (insécurité) et médicaux (escarres) ; 4) une harmonisation des pratiques professionnelles (référentiel). À terme, l'équipe pluridisciplinaire souhaite aboutir à un livret explicatif avec photos et à la rédaction d'un protocole individualisé.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Meaume S, Senet P (1999) Prévention des escarres chez la personne âgée : escarres de décubitus en médecine gériatrique. Presse Med 28:1846–53
2. Conseils pratiques d'installations des patients âgés dépendants : guide à l'usage des soignants. Rencontre innovation des unités de soins de longue durée en Lorraine (RIDUL).
3. www.chu-st-etienne.fr : Installation en position assise et différents supports de protection cutanée
4. www.has-sante.fr, Fiches expérience bientraitance, Fiche 5

P6-17-11

Les bonnes pratiques de prévention des escarres ; enquête sur les connaissances des équipes soignantes au sein d'un hôpital gériatrique

S. Lakroun*, G. Motamed, A. Rieucau, F. Menasria, M.-P. Lempereur, R. Al Rahiss, J.-P. David, I. Fromentin
Hôpital Émile-Roux, gérontologie 3, groupe hospitalier Henri-Mondor, AP–HP, Limeil Brevannes, France

Introduction : Cause d'une importante surmortalité, l'escarre est un enjeu majeur de santé publique. L'Anaes a d'ailleurs défini en 2001 des recommandations pour la prévention et la prise en charge des escarres. Mais il demeure un défaut d'observance de ces recommandations.

Objectifs : L'objectif de ce travail est d'évaluer les connaissances du personnel soignant sur la prévention des escarres dans les services de gériatrie de l'hôpital Émile-Roux (AP–HP) et de mesurer l'impact des axes d'amélioration mis en place.

Méthodes : Un audit clinique a été réalisé entre février et mars 2013 à l'aide d'un questionnaire anonyme (déjà utilisé en 2007) comprenant six items portant sur les principaux facteurs de risque des escarres. Notre échantillon est composé de 203 participants dont 70,9 % d'aides-soignants et 29,6 % d'infirmières et de cadres de santé.

Résultats : De façon globale, les connaissances concernant le matériel de prévention des escarres se sont significativement améliorées en six ans ($p < 0{,}001$). Nous relevons en plus une amélioration statistiquement significative des connaissances des aides-soignants sur les facteurs de risque prédictifs ($p < 0{,}05$) et les changements de position ($p < 0{,}01$). Au contraire, concernant les connaissances sur les points d'appui, elles ont eu tendance à s'abaisser entre 2007 et 2013 ($p < 0{,}05$). De la même façon, nous observons une détérioration statistiquement significative des connaissances concernant les modalités de l'évaluation nutritionnelle, et ce, aussi bien chez les aides-soignants que chez les infirmiers ($p < 0{,}001$). L'utilité de l'échelle de Braden est connue depuis 2007 et demeure quant à elle stable.

Conclusion : Ce travail a permis de constater l'amélioration des connaissances du personnel sur la prise en charge des escarres comme en témoigne la diminution progressive et constante de la prévalence des escarres à l'hôpital. Quelques points faibles ont été détectés et feront l'objet d'un plan d'action ultérieur.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-12

L'outil « Mon traitement » pour améliorer l'observance des personnes âgées (Réseau de soins gérontologiques de Lille-Hellemmes-Lomme)

A. Crocfer[1,*], C. Delecluse[2], C. Pelisset[2], S. Hauw[3], A. Durande[2], F. Puisieux[4]
[1]*Médecine générale, Berck, France*
[2]*RSG Lille-Hellemmes-Lomme, Lille, France*
[3]*Hôpital Jean-XXIII, Lomme, Lille, France*
[4]*CHRU, Lille, France*

Introduction : Les effets iatrogènes médicamenteux sont plus fréquents et plus graves chez les personnes âgées. La polymédication liée à la polyptathologie en est le premier facteur de risque. Le défaut d'observance peut aussi favoriser la survenue d'effets indésirables par surdosage ou un sevrage intempestif, et conduire à un échec thérapeutique. Les principaux facteurs qui favorisent la mauvaise observance sont le nombre, la durée et la complexité des prescriptions, le manque d'information, l'incapacité à prendre (troubles de la vision, difficultés à manipuler les flacons, ouvrir les bouchons, couper les comprimés…) ou à comprendre (troubles cognitifs) et la sous-estimation de la gravité potentielle de la maladie.

Objectifs : Afin d'améliorer l'observance des personnes âgées fragiles prises en charge par le Réseau de soins gérontologique de Lille-Hellemmes-Lomme (RSG), un outil de présentation du traitement médicamenteux a été mis au point avec le concours d'un groupe de médecins généralistes du territoire.

Méthodes : Cet outil appelé « Mon traitement » comprend en plus de données utiles pour un bon usage du médicament (comme le poids, la créatinine, le nom de celui qui prépare les médicaments…) un tableau comprenant cinq colonnes et autant de lignes que le patient prend de médicaments. Pour chaque médicament est précisé l'indication, le nom du médicament (nom de spécialité et dénomination internationale), la galénique, la posologie, les modalités de prises et dans une dernière colonne des précautions particulières à respecter. Il est ensuite envoyé avec le courrier du RSG au médecin traitant. S'il le valide, le médecin traitant est chargé de remettre lui-même l'outil « Mon traitement » afin qu'il puisse être utilisé au domicile par le patient ou son aidant pour la préparation et la prise des traitements.

Résultats : Depuis deux ans, 244 outils « Mon traitement » pour 244 patients correspondant environ à la moitié des nouveaux patients pris en charge par le RSG ont été complétés par les médecins du réseau et adressés aux médecins traitants. Un travail a été réalisé pour évaluer la faisabilité de la démarche, la qualité de remplissage du tableau, l'utilisation par les médecins traitants et l'utilité pour les patients dont les conclusions sont mitigées : pertinence (72 % des patients sont polymédiqués et présentent pour 98 % d'entre eux des facteurs de mauvaise observance) et clarté des informations apportées (63,5 % des fiches traitement sont remplies avec l'ensemble des données utiles et après la revue de traitement du réseau, on observe une baisse de 12 % de présence de médicaments inappropriés), mais temps de remplissage important et fiches rarement remises aux patients par les médecins traitants.

Conclusion : Le tableau a été repris au niveau national par le groupe réseau SFGG en vue d'un déploiement national.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-13
Optimisation de la prise en charge des infections urinaires de la personne âgée : apport d'une méthode d'analyse de risque a priori pluridisciplinaire

A. Grain[1,*], M. Largot[2], V. Berard[1], S. Lehmann[3], C. Chambon[3], M. N. Barthelemy[3], J. Hajjar[2]
[1]*Centre hospitalier, service pharmacie, Valence, France*
[2]*Centre hospitalier, service hygiène, Valence, France*
[3]*Centre hospitalier EHPAD, Saint-Marcellin, Valence, France*

Introduction : Ce travail s'inscrit dans le cadre du réseau de surveillance ATB/BMR Drôme-Ardèche regroupant 13 établissements.

Objectifs : Suite au constat d'émergence des EBLSE dans les prélèvements urinaires, notamment dans les EHPAD, une démarche d'évaluation des pratiques de la prise en charge des infections urinaires chez la personne âgée a été initiée selon une méthode d'analyse des risques a priori de type AMDEC.

Méthodes : Cette méthode pluridisciplinaire aborde l'ensemble des aspects de la prise en charge en utilisant l'expérience des professionnels, de la prise en compte des signes cliniques jusqu'au traitement en passant par la réalisation des examens bactériologiques et en impliquant tous les intervenants. Elle utilise le modèle de la JCAHO et consiste dans un premier temps à identifier le processus de prise en charge local et de le confronter aux référentiels. Puis à chaque étape du processus, le groupe identifie des modes de défaillances dont les criticités (produit de la fréquence, par la sévérité et la détectabilité) sont calculées d'après les échelles de Williams [1] afin de les hiérarchiser.

Résultats : Le processus formalisé de prise en charge de l'infection urinaire a été analysé en sept étapes identifiées : identification des signes cliniques, état clinique du patient, réalisation de la bandelette urinaire et interprétation des résultats, réalisation de l'examen cytobactériologique urinaire et interprétation des résultats, modalités de traitement. Le groupe pluridisciplinaire a identifié 25 modes de défaillances, chacun ayant fait l'objet d'une étude détaillée en termes de causes, d'effets et de conséquences sur le processus. Des propositions d'améliorations ont été très facilement définies : mesures de formation continue sur les référentiels comprenant la révision des protocoles locaux, modification organisationnelle visant à supprimer les glissements de tâches observés entre professionnels, optimisation du dossier patient informatisé et de son paramétrage.

Conclusion : Cette démarche participative a permis d'obtenir des résultats rapides en termes de connaissance de l'organisation, des rôles de chaque professionnel mais aussi de communication entre ceux-ci ainsi que de ciblage des mesures d'amélioration. Elle se poursuit dans le cadre d'une politique de formation ciblée utilisant des outils de la communication engageante au moyen de l'application Web Moodle®. Les taux de soignants formés ainsi que la traçabilité informatique de la réévaluation du traitement entre 48 et 72 heures sont les deux indicateurs de suivi de la démarche. Ce travail est en cours de déploiement dans les autres établissements du réseau.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Référence

1. Williams E (1994) The use of failure mode effect and criticality analysis in a medication error subcommittee. Hosp Pharm 29:331–7

P6-17-14
Prévalence des divergences médicamenteuses en sortie de court séjour gériatrique

S. Blanchemain[1,*], M. Colombe[2], A. Six[3], V. Kowalski[3], N. Guesdon[1], P. Lescure[1]
[1]*Médecine gériatrique aiguë, CHU de Caen, Caen, France*
[2]*Pharmacie, CHU de Caen, Caen, France*
[3]*Médecine générale, CHU de Caen, Caen, France*

Introduction : L'iatrogénie liée au parcours de soins du patient, notamment à l'admission et à la sortie de l'hôpital, est fréquente et problématique. Ces interfaces ville–hôpital sont des moments reconnus comme pouvant être sources d'erreurs médicamenteuses. Les modifications non intentionnelles entre le traitement habituel du patient et son traitement à la sortie d'hospitalisation sont des erreurs médicamenteuses. Cependant, en sortie d'hospitalisation, si certaines modifications ne sont pas documentées sur l'ordonnance ni dans le compte rendu d'hospitalisation, les professionnels de santé de ville ne sont pas en mesure de savoir si ces modifications sont intentionnelles ou non. Repérer et quantifier ces divergences est un prérequis nécessaire à leur réduction.

Objectifs : Mesurer le taux de divergences non documentées et non intentionnelles entre le traitement habituel des patients et le traitement de sortie d'hospitalisation. Identifier les facteurs individuels liés au taux de divergences. Mesurer le suivi du traitement un mois après la sortie d'hospitalisation.

Méthodes : Étude observationnelle rétrospective en court séjour gériatrique. Inclusion de tous les patients sortis de court séjour gériatrique en janvier 2013. Analyse des divergences par un binôme médecin–pharmacien à partir des éléments du dossier médical.

Résultats : Cinquante et un patients ont été inclus. Soixante pour cent étaient des femmes, 80 % vivaient à domicile, l'âge moyen était de 86 ans. À la sortie, au moins une divergence non documentée était retrouvée chez 92 % des patients. Au total, 226 divergences non documentées ont été identifiées, soit 4,4 par patient. Il s'agissait de 100 arrêts, 94 ajouts, 23 modifications de posologies et neuf substitutions dues au livret thérapeutique. Les principales divergences concernaient les traitements à visée cardiovasculaire (23 %), les antalgiques (17 %), les laxatifs (14 %), les psychotropes (13 %). Parmi les divergences non documentées, 32 étaient non intentionnelles (14 %). Cela représentait en moyenne 0,6 divergence non intentionnelle par patient et 41 % des patients avaient au moins une divergence non intentionnelle. Il s'agissait de 17 oublis, deux ajouts, quatre modifications de posologie et neuf substitutions dues au livret thérapeutique. Les principales divergences concernaient les traitements à visée cardiovasculaire (22 %), les psychotropes (16 %). Le nombre de divergences à la sortie était lié au nombre de médicaments de sortie ($p = 0{,}001$) et à l'âge du patient ($p = 0{,}043$). Un mois après la sortie, le traitement de 36 patients a pu être recueilli. Pour 86 % des patients, l'ordonnance comportait au moins une modification. Les médicaments repris étaient plus souvent des médicaments dont l'arrêt n'avait pas été documenté ($p = 0{,}038$). Le nombre de modifications à un mois était positivement corrélé au nombre de divergences non documentées à la sortie ($p = 0{,}001$).

Conclusion : Le nombre de divergences non documentées et d'erreurs médicamenteuses à la sortie du patient est important et paraît influencer le suivi du traitement après la sortie. Pour prévenir le risque d'iatrogénie médicamenteuse et accroître la sécurité des patients âgés, il semble indispensable de réduire ce taux de divergences, en améliorant la traçabilité et la transmission d'informations en sortie d'hospitalisation.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-15
Les sept péchés capitaux de l'UHR ou les difficultés rencontrées après deux ans de fonctionnement

M. C. Godart, C. Lederlin*, M. A. Manciaux And Claire Guitton psychologue, Jacqueline Renkes cadre de santé
CHU de Nancy, pôle GSP USLD, Nancy, France

Introduction : Les unités d'hébergement renforcé (UHR) sont des structures innovantes de prise en charge des personnes âgées démentes valides présentant des troubles psychocomportementaux perturbateurs. L'UHR « Les Couleurs du Temps », première UHR créée en Lorraine, a été ouverte en octobre 2010 au sein des USLD du CHU de Nancy. Elle a été labellisée en janvier 2011. Ces deux ans d'expérience permettent de faire une évaluation du fonctionnement pratique de ce type de structure.

Objectifs : Plutôt que de s'étendre sur le bilan très largement positif de l'UHR, nous avons choisi de pointer ses défauts et la manière de les corriger ou de les rendre acceptables. Cette présentation synthétique a pour but de mieux maîtriser les difficultés rencontrées au quotidien, elle peut aussi aider les équipes qui se lancent dans l'aventure à anticiper et prévoir d'emblée les mesures nécessaires.

Méthodes : Nous avons regroupé les principales difficultés rencontrées en sept points nommés les sept péchés capitaux de l'UHR en référence aux péchés originels inhérents à la nature humaine. À la différence de ces derniers, les péchés de l'UHR peuvent se corriger… Nous décrivons chacun d'entre eux en proposant en regard les mesures correctives que nous avons mises en place.

Résultats : Ces difficultés de fonctionnement sont : l'erreur de sélection des patients à l'entrée, la confusion entre UHR et unité de psychiatrie, l'inexistence du risque zéro, l'épuisement du personnel, les troubles du comportement « mangeurs de temps », le casse-tête des activités thérapeutiques et la maîtrise difficile des durées de séjour. Rencontrer le patient et sa famille avant l'admission, instituer une collaboration avec l'équipe de psychiatrie du secteur, limiter les risques d'accident par une réflexion architecturale évolutive, former et écouter le personnel, alterner lors du choix des admissions le trouble dominant perturbateur, évaluer le type des activités thérapeutiques possibles et avoir des possibilités de transfert facilitées dans les filières gérontologiques lors des décisions de sortie sont une partie des pistes de réflexion développées afin d'optimiser le fonctionnement de l'UHR.

Conclusion : L'UHR apporte des bénéfices indéniables dans la stabilisation des troubles psychocomportementaux, la maîtrise des traitements médicamenteux, l'accompagnement des familles, la motivation et la compétence des soignants et l'amélioration de la qualité de vie de tous. Cependant, son fonctionnement au quotidien révèle des difficultés qu'il est utile de connaître afin de les anticiper et/ou de les corriger.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-16
Évaluation des prescriptions par antivitamine K (AVK) dans le service de soins de longue durée (SLD)

L. Rakotoarisoa[1,*], A. D. R. Rakotoarisoa[1], M. Ibrahim[1], H. Randrianarimanana[1], V. Andrianifaliharisoa[1], A. Bendris-Benaissa[1], D. Lagoutte[2], N. Baptiste[1]
[1]*Service du Dr-Baptiste, hôpital Georges-Clémenceau, groupe hospitalier Henri-Mondor, AP–HP, Champcueil, France*
[2]*Service pharmacie, Champcueil, France*

Introduction : Les AVK constituent le traitement de référence des pathologies cardiovasculaires fréquentes chez le sujet âgé. Ces produits ont une marge thérapeutique étroite et sont à l'origine d'accidents iatrogéniques, notamment hémorragiques. La HAS recommande la traçabilité de l'indication et l'analyse du rapport bénéfice/risque de la prescription des AVK pour la sécurité des patients.

Objectifs : Le but de cette étude rétrospective est d'évaluer les prescriptions des AVK dans un service de SLD à l'hôpital Georges-Clémenceau et de comparer ces pratiques aux recommandations existantes.

Méthodes : L'évaluation de ces prescriptions a été réalisée un jour donné, au sein de quatre unités du service de SLD. Tous les patients sous AVK sont inclus. Un questionnaire a permis de recueillir des informations dans le dossier médical : Les caractéristiques de la population et le caractère documenté de la prescription.

Résultats : Quatorze patients, soit 9 % des patients hospitalisés en USLD, ont une prescription d'AVK, 11 sont des femmes (79 %). L'âge moyen est de 79 ans. Neuf patients (64 %) présentent un syndrome démentiel. Dix patients (72 %) sont grabataires, trois (21 %) sont déambulant avec risque de chute et un (7 %) est déambulant sans risque de chute. Deux patients (14 %) sont insuffisants rénaux sévères, six (43 %) insuffisants rénaux modérés et un patient a une fonction rénale normale. Tous les patients de cette série ont une dénutrition protéique : sévère pour neuf (64 %) et modérée pour cinq (36 %).

Le caractère documenté de la prescription : 1) Indications :

AC/FA isolée	7	37 %
Prothèse valvulaire et AC/FA	1	5 %
MTEV et AC/FA	6	32 %
MTEV	5	26 %

2) Trois dossiers sur 14 (21 %) présentent une analyse bénéfice/risque (ABR) par des échelles validées (CHADS-VASC* et hemmorrage*). Molécules utilisées : trois produits sont prescrits : le Fluindione pour dix patients (72 %) et la Warfarine et l'Acénocoumarole pour deux patients (14 %) respectivement. Les résultats de la surveillance INR : la moitié des résultats sont dans la zone thérapeutique selon les indications, six patients (43 %) sont sous-dosés et un patient (7 %) présente un surdosage sans signe hémorragique. Le nombre de médicaments par patient : sept patients (50 %) ont plus de dix médicaments, cinq patients (36 %) ont entre cinq et dix et deux patients (14 %) ont moins de cinq médicaments. Douze sur 14 patients (86 %) prennent d'autres médicaments pouvant interagir avec les AVK.

Conclusion : L'âge avancé, la présence de syndrome démentiel, de risque de chute ne sont pas un obstacle à la prescription d'un AVK. L'ACFA reste l'indication principale dans notre série. L'interaction médicamenteuse majorée par la dénutrition demeure une de nos préoccupations. Dans bon nombre de situations, la polymédication est présente. Cette étude a mis en évidence un écart dans le suivi des recommandations, notamment concernant la traçabilité des analyses bénéfice/risque. Une sensibilisation sur les recommandations de prescription des AVK par des formations médicales continues permettrait

d'optimiser leur prescription. L'avènement des nouveaux anticoagulants oraux pourrait être une alternative aux AVK dans un avenir proche. Au moment de notre étude, un seul patient bénéficie de ces nouveaux produits (dabigatran) en USLD.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-17
État de santé, conditions de vie et facteurs de fragilité des personnes âgées : à propos de 86 cas

M. Lamloum*, I. Rachdi, I. Ben Ghorbel, A. Hamzaoui, T. Ben Salem, M. Smiti Khanfir, M. Houman
Hôpital La-Rabta Tunis, service de médecine interne, Tunis, Tunisie

Introduction : Le vieillissement de la population en Tunisie comme dans le monde est en perpétuelle ascension donc devant une augmentation de l'espérance de vie, la fragilité des personnes âgées est devenue l'un des enjeux majeurs de santé publique pour les prochaines décennies. Ce phénomène doit être anticipé par des interventions curatives et préventives et une prise en charge globale pour éviter des dépenses de soins plus importantes.

Objectifs : L'objectif de cette étude était de décrire les conditions de vie et l'état de santé des personnes âgées afin d'identifier les sujets fragiles en se basant sur une évaluation gériatrique globale et une échelle de fragilité comportant dix critères, un minimum de trois critères a été retenu.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur des patients âgés de 65 ans et plus hospitalisés au service de médecine interne La-Rabta en Tunisie entre 2004 et 2012. L'objectif de cette étude était de décrire les conditions de vie et l'état de santé des personnes âgées afin d'identifier les sujets fragiles en se basant sur une évaluation gériatrique globale et une échelle de fragilité comportant dix critères, un minimum de trois critères a été retenu.

Résultats : Quatre-vingt-six patients ont été recensés. L'âge moyen de nos patients était de 74,67 ans, l'évaluation de la fragilité selon notre échelle a révélé que 68,6 % des sujets de notre étude étaient fragiles. Les facteurs de fragilité les plus retrouvés chez nos patients sont l'altération des fonctions supérieures (dépression et/ou démence) (81,4 %), la thérapeutique complexe (58,1 %), la perte de plus de deux IADL (58 %), le sexe féminin (57 %) et l'instabilité posturale (57 %). L'analyse de la liaison entre les différents critères cliniques de fragilité montre qu'il existe une relation statistiquement significative entre l'âge supérieur à 75 ans, le sexe féminin, l'altération des fonctions supérieures et la perte de l'autonomie et l'instabilité posturale.

Conclusion : Une meilleure connaissance de l'état de santé, des conditions de vie de personnes âgées permet de repérer celles qui sont fragiles afin de proposer de nouveaux modes de prévention, d'appréhension et de prise en charge au cours de l'hospitalisation.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-18
Évaluation d'une activité de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission en court séjour gériatrique

M. Colombe[1,*], S. Blanchemain[2], A. Six[3], N. Guesdon[2], G. Loggia[2], P. Lescure[2]
[1]*Pharmacie, CHU de Caen, Caen, France*
[2]*Médecine gériatrique aiguë, CHU de Caen, Caen, France*
[3]*Médecine générale, CHU de Caen, Caen, France*

Introduction : La continuité des traitements médicamenteux est d'une importance capitale lors du transfert d'un patient, notamment entre le milieu ambulatoire et l'hôpital. La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) est une démarche d'interception des erreurs médicamenteuses à ces interfaces, en intégrant à toute nouvelle prescription les traitements en cours du patient. En gériatrie, l'iatrogénie médicamenteuse apparaît de façon plus fréquente et plus grave, et l'entretien avec les personnes âgées s'avère souvent infructueux (confusion, démence…), d'où la nécessité de multiplier les sources d'informations pour optimiser le bilan médicamenteux des patients à l'admission. Depuis 2012, une activité de CTM à l'admission par des pharmaciens est mise en place dans le service de court séjour gériatrique.

Objectifs : L'objectif de l'étude est de décrire la CTM à l'admission en court séjour gériatrique.

Méthodes : Étude prospective. Tous les patients admis en court séjour gériatrique en janvier 2013 sont inclus. Un bilan médicamenteux optimisé est établi par des externes en pharmacie à partir de sources d'informations multiples (officine, médecin traitant, famille…) pour chacun d'entre eux, idéalement dans les 24 heures. Il est ensuite comparé à la primoprescription dans le service puis validé par le médecin et le pharmacien du service.

Résultats : Soixante et onze patients sont admis sur la période. Un bilan médicamenteux optimisé est établi pour 66 patients (âge moyen = 86 ans ; sex-ratio H/F = 0,69). Il est réalisé dans les 24 heures dans 76 % des cas. Les autres enquêtes le sont dans les 72 heures (admissions le week-end). Le nombre moyen de médicaments pris en routine au domicile s'élève à 7,4, et 60,1 % sont modifiés à l'admission (arrêt, posologie modifiée ou substitution liée au livret thérapeutique). Le bilan médicamenteux est totalement vérifié (au moins deux sources d'informations concordantes pour toutes les lignes de traitement) dans 82 % des cas. En moyenne, il est obtenu, après avoir croisé 2,85 sources d'informations différentes. La moitié des informations est obtenue oralement : appel au pharmacien référent, à la famille ou au médecin traitant, entretien avec le patient. L'autre moitié par des sources écrites : ordonnance du médecin traitant, plan de soin infirmier d'EHPAD. Le temps nécessaire à l'enquête et à la rédaction du bilan s'élève à 49 minutes par patient. Au total, 31 erreurs médicamenteuses sont interceptées grâce à ce travail. Un patient sur quatre présente au moins une erreur lors de son admission dans le service. Il s'agit d'oubli de médicament dans 64 % des cas, de mauvaise posologie (26 %) ou d'ajouts de médicament non pris par le patient en routine (10 %). Les médicaments concernés sont à visée cardiovasculaire (35 %), des médicaments de la coagulation (10 %), des psychotropes (16 %).

Conclusion : Cette étude montre qu'une intervention combinée de pharmaciens et de médecins dans le cadre d'un processus formalisé de conciliation médicamenteuse à l'admission concourt à l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients. Cela est particulièrement vrai chez le patient polypathologique qui bénéficie de nombreux médicaments comme la population gériatrique. Ce travail permet de fiabiliser le bilan médicamenteux d'entrée et donc par la suite les optimisations thérapeutiques pendant le séjour hospitalier. Il est également un préalable indispensable à une communication efficace en sortie

d'hospitalisation envers le patient et l'ensemble des professionnels de santé qui le prennent en charge en ambulatoire.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-19
Évaluation des pratiques dans le suivi des recommandations de l'anticoagulation de la fibrillation auriculaire chez la personne âgée

L. A. Bertholon[1,*], G. Marques[2], C. Vanhaecke-Collard[1], R. Mahmoudi[1], P. Nazeyrollas[3], J. L. Novella[1]
[1]CHU de Reims, service de médecine interne gériatrique, Reims, France
[2]CHU de Reims, service de chirurgie vasculaire, Reims, France
[3]CHU de Reims, service de cardiologie, Reims, France

Introduction : La fibrillation auriculaire (FA) touche 9 % de la population des plus de 75 ans, et sa prévalence devrait être multipliée par quatre dans les 50 prochaines années. De par le nombre de comorbidités qu'elle entraîne, la FA est un enjeu de santé publique. Devant la place essentielle de l'anticoagulation par antivitamine K (AVK), l'ESC (European Society of Cardiology) propose des recommandations de prescriptions s'appuyant sur des outils d'évaluations des facteurs de risque thromboembolique (CHA2DS2VASc) et hémorragique (HASBLED).

Objectifs : Le but de cette étude est d'évaluer les pratiques dans le suivi des recommandations de l'anticoagulation dans la FA du sujet âgé de plus de 75 ans, et d'en identifier les éléments clinicobiologiques et environnementaux justifiant l'application ou non des recommandations ESC 2010 puis 2012.

Méthodes : L'étude monocentrique, rétrospective a été réalisée de mars 2011 à janvier 2012 et compare les patients de plus de 75 ans en FA de gériatrie et cardiologie au CHU de Reims.

Résultats : Au total, 236 patients ont été inclus, avec une moyenne d'âge de 84 ± 5 ans. Cent quarante-quatre patients étaient anticoagulés, soit 63 % des patients de cardiologie et 37 % de gériatrie ($p < 0{,}01$) alors qu'ils avaient tous un CHA2DS2VASc supérieur à 2. Le risque hémorragique était plus important en gériatrie avec un HASBLED 3,4 ± 0,8 versus 2,9 ± 0,7 ($p < 0{,}01$). Les patients avec un haut score de risque thromboembolique et hémorragique (HASBLED > 4 et CHA2DS2–VASc > 5) sont tous sous traitement anticoagulant ($n = 21$). Cependant, chez les patients avec un score de risque thromboembolique supérieur au risque hémorragique ($n = 43$), 58 % reçoivent un traitement anticoagulant. D'autres facteurs étaient associés significativement à la non-prescription de l'anticoagulation, comme l'autonomie, les chutes, l'âge, la dénutrition et la démence.

Conclusion : Notre étude montre qu'il existe une sous-prescription des anticoagulants chez les patients âgés de plus de 75 ans. La place des anticoagulants bien que mieux définie est insuffisante pour les plus de 75 ans et nécessite d'autres études.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-20
Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec pharmacie à usage intérieur (PUI)

K. Tsilanizara[1,*], D. Krencker[1], T.J.D.D. Randrianiaina[1], O. Adam[1], J. Marchal-Fenninger[1], H. Lehmann[2]
[1]Centre hospitalier départemental de Bischwiller, pôle hébergement et soins gériatriques, Bischwiller, France
[2]Centre hospitalier départemental de Bischwiller, Bischwiller, France

Introduction : La prise en charge médicamenteuse est un processus complexe qui implique de nombreux acteurs d'un établissement de santé et qui induit des interfaces entre les différentes étapes du processus. Par ailleurs, l'iatrogénie serait responsable de 10 % des hospitalisations chez les personnes âgées et de près de 20 % chez les octogénaires. Dans ce cadre, il paraît indispensable de sécuriser la prise en charge médicamenteuse dans les établissements accueillant des personnes âgées.

Objectifs : L'étude engagée cherche à évaluer et à identifier les risques liés à la prise en charge médicamenteuse afin d'établir une cartographie des risques et un plan de prévention des risques. L'objectif final est de sécuriser la prise en charge médicamenteuse dans un service d'EHPAD, les Érables 1.

Méthodes : L'étude consiste en la réalisation d'un diagnostic de l'organisation et des ressources et moyens mis en œuvre dans le service étudié. L'outil utilisé est l'outil diagnostique « Prise en charge médicamenteuse en EHPAD avec PUI » de l'ANAP. Il comporte six axes déclinés en 23 thèmes et représente environ 200 questions fermées (réponse oui/non). L'outil permet d'identifier les étapes de la prise en charge médicamenteuse dont les risques sont les moins maîtrisés et calcule des taux de maîtrise de risques. Le questionnaire a été rempli lors d'une réunion rassemblant des médecins, l'encadrement, l'équipe soignante, la pharmacie et le service qualité.

Résultats : Les résultats de l'étude sont comparés avec les résultats d'autres EPHAD avec PUI. Cinq axes ont un taux de maîtrise de risque supérieur à la moyenne des autres établissements, et le taux de deux axes est légèrement inférieur à cette moyenne.

Axe étudié	Maîtrise de risque Érables 1 (%)	Maîtrise de risque Autres EHPAD (%)	Minimum autres EHPAD (%)	Maximum autres EHPAD (%)
Prévention	65	53	17	89
Pilotage	75	54	13	88
Entrée et transfert du résident	81	74	53	100
Prescription et dispensation	63	70	40	100
Préparation et administration	73	61	42	86
Organisation de l'armoire	59	62	24	82
Gestion de l'armoire	74	70	54	87

Aux Érables 1, les points de vulnérabilité identifiés concernent les six thèmes suivants : les documents mis à disposition (taux de maîtrise de risque : 60 %), la délivrance nominative (40 %), l'aide à la prise (60 %), la conception de l'armoire à médicament (50 %), le contrôle de la dotation (64 %) et la réception et le rangement des médicaments dans le service (57 %). Dix-sept thèmes sont maîtrisés et ne nécessitent pas d'actions de prévention prioritaires. Le plan de prévention défini s'articule donc autour des six thèmes peu maîtrisés.

Conclusion : Cette étude a permis : 1) de diagnostiquer les points de vulnérabilité du processus de prise en charge médicamenteuse ; 2) de définir un plan d'action afin de maîtriser les risques identifiés ; 3) de promouvoir une culture qualité et sécurité auprès des équipes médicales et paramédicales. Après mise en œuvre du plan de prévention, une nouvelle évaluation avec le même outil diagnostique permettra de mesurer les améliorations en termes de sécurité de la prise en charge médicamenteuse.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-21
Comment améliorer la qualité des soins en EHPAD et en long séjour avec des outils pratiques, l'expérience Mobiqual douleur (mobilisation pour la qualité)

S. Doutreligne[1] on behalf of SFGG, F. Delamarre Damier[2,3,*], G. Ruault[1] on behalf of SFGG, SFGG (Société française de gériatrie et de gérontologie)
[1]*SFGG, Suresnes, France*
[2]*Association gérontologique de recherche et d'enseignement en EHPAD, Château-Thébaud, Cholet, France*
[3]*Centre hospitalier de Cholet, Cholet, France*

Introduction : La Société française de gériatrie et de gérontologie et les autorités de santé françaises ont proposé des outils éducatifs avec l'objectif d'améliorer la qualité des soins en institution. Ces outils sont des mallettes contenant tout le nécessaire à la formation (films, PowerPoint, échelles, retour d'expériences) sur différents sujets gériatriques : bientraitance, douleur, soins palliatifs, dépression, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

Objectifs : L'objectif de cette étude est de démontrer (avec des questionnaires avant et après expérimentation) que l'utilisation des outils Mobiqual augmente la qualité de la prise en charge de la douleur en EHPAD et en long séjour.

Méthodes : Sur la période 2010–2012, 6 947 structures se sont engagées dans le programme, soit 35 % des établissements concernés (environ 20 000 selon FINESS) : 6 020 professionnels de 128 établissements différents ont bénéficié de ces outils : infirmières (23 %), aidants (21 %), médecins (21 %), managers de la santé (17 %), psychologues (7 %) et autres (10 %). Cent quatre-vingt-treize postquestionnaires ont été envoyés à 111 EHPAD sur les items suivants : identification de la douleur, diagnostic et évaluation de la douleur, nombre de professionnels impliqués dans l'évaluation de la douleur, changements des pratiques en termes d'évaluation et de surveillance de la douleur.

Résultats : L'évaluation systématique de la douleur est faite durant le séjour pour 86 % des résidents, 65 % sont évalués à l'entrée, 75 % des établissements ont mis en place de façon systématique un suivi de la douleur, et une feuille de surveillance est incluse dans le dossier médical ; les échelles d'autoévaluation et les autres échelles sont utilisées dans 64 % des cas. L'échelle visuelle analogique est utilisée dans 12 % des cas, l'échelle numérique dans 10 %. Quatorze pour cent des établissements disent ne pas utiliser d'échelle…

Conclusion : Les outils Mobiqual sont particulièrement pratiques et efficaces pour améliorer la qualité des soins.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-22
Programme d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse de la filière gérontologique « Annecy-Rumilly-Saint-Julien-Gex » : séance pluridisciplinaire de relecture d'ordonnance

E. Pineau-Blondel[1], A.-L. Betegnie[1], P. Valencon[2], A. Hugon[1], V. Peuchet[1], L. Tavernier[1], J. Zirnhelt[1], J.-D. Roger[1], G. Rodier[1], M. Ducret[1], C. Turc-Baron[1], N. Ruel[1], J.-M. Jacquier[1], J. Pofelski[1], L. Choulet[1], M. Allard-Reynier[1], M. Debray[1,*]
[1]*Centre hospitalier de la région d'Annecy, Annecy, France*
[2]*ARS-Rhône-Alpes, Annecy, France*

Introduction : Le projet d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse de la filière gérontologique de territoire Annecy-Rumilly-Saint-Julien-Gex, initié en 2012, soutenu par l'ARS, a permis après un état des lieux (audit : cf. communication proposée) réalisé en milieu hospitalier et en EHPAD de proposer des axes d'amélioration. Nous rapportons la mise en place de séances pluridisciplinaires de relecture d'ordonnance et les résultats préliminaires pour la partie hospitalière du programme.

Objectifs : *Principal :* Optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en évitant les prescriptions inappropriées (insuffisance de prescription, surprescription, mésusage du médicament). *Secondaires :* Favoriser la transmission des informations entre l'hôpital et la ville suite aux modifications thérapeutiques effectuées pendant l'hospitalisation. Sensibiliser les internes au juste prescrire chez le sujet âgé.

Méthodes : Analyse concertée de l'ordonnance et du dossier patient de plus de 75 ans par le binôme prescripteur spécialiste-pharmacien en présence d'un gériatre. Référentiels utilisés : grille d'évaluation élaborée d'après : recommandations de la HAS, outil STOPP and START, guide de prescription des médicaments aux personnes âgées (Prs Gavazzi et Calop, CHU de Grenoble, 2010). *Données recueillies :* Évaluation de la conformité de la prescription et du dossier patient selon les critères de la grille d'évaluation.

Résultats : Entre janvier et mai 2013, 20 ordonnances ont été relues dans les unités de posturgence médicale, de néphrologie, de neurologie, de gastroentérologie, de chirurgie orthopédique avec une fréquence d'une séance toutes les deux semaines. La durée d'une séance de relecture, limitée à 30 minutes, permet son intégration dans des emplois du temps chargés.

Nombre de principes actifs au long cours de l'ordonnance (moyenne)	8,5
Estimation de la fonction rénale tracée dans le dossier	82 %
Recherche de dénutrition tracée dans le dossier	90 %
Recherche de chute mentionnée dans le dossier	69 %
Conciliation médicamenteuse	20 %
Nombre de principes actifs inappropriés par ordonnance	2
Taux d'acceptation des arrêts	90 %
Nombre de principes actifs proposés à l'ajout (*underuse*)	0,5
Taux d'acceptation des ajouts	90 %
Nombre d'optimisations thérapeutiques proposées par ordonnance	1,5

Arrêts les plus fréquemment proposés : antihypertenseurs, statines, antiagrégants, antiangineux, psychotropes (antihistaminiques et benzodiazépine [BZD] à demi-vie longue, anticholinergiques, les HTA, statines, antiagrégants, antiangoreux ; psychotropes : anti-H1, BZD à demi-vie longue, anticholinergiques), IPP. *Ajouts les plus fréquemment proposés :* antiostéoporotiques, IEC ou bêtabloquants. *Optimisations les plus fréquentes :* adaptation de la galénique, de la posologie, gestion des interactions. La séance de relecture permet de sensibiliser les prescripteurs sur la nécessité de préciser dans le CRH toute modification par rapport au traitement d'entrée pour mieux informer le médecin traitant.

Conclusion : Les séances de relecture donnent lieu à des optimisations thérapeutiques. Elles sont très bien acceptées par les spécialistes avec une participation active de leur part. Elles sont l'occasion de soulever des questions thérapeutiques pointues donnant lieu à des recherches bibliographiques. L'impact pédagogique sera mesuré dans ce programme par un audit de suivi de la qualité de prescription hospitalière.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-23
Préconisations d'ergothérapeute lors d'une consultation en hôpital de jour gériatrique

E. Bosshardt*, M. Rousseau, N. Zerhouni, P. Couturier
Centre d'évaluation hôpital de jour, clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU, Grenoble, France

Introduction : L'ergothérapeute passe une heure d'entretien, en hôpital de jour, avec le patient et sa famille ou son aidant afin de faire le point sur son autonomie et ses activités. Ainsi, elle donne des conseils et propose des préconisations d'aides techniques pour faciliter les activités de la vie quotidienne du patient, de sécuriser son logement et d'apporter un soutien à l'aidant.

Objectifs : Cette étude permet de mettre en avant les préconisations les plus courantes.

Méthodes : Étude descriptive à partir des comptes rendus d'évaluation d'ergothérapie pour des patients hospitalisés en hôpital de jour gériatrique au cours de l'année 2012.

Résultats : Cent soixante et un patients, âgés en moyenne de 85 ans (de 73 à 97 ans) ont été vus par l'ergothérapeute. Cent quarante-sept patients ont bénéficié de 410 préconisations (moyenne : 2,6 préconisations par patient). La prescription d'une aide technique (canne, déambulateur, chaise garde-robe, chaise de douche…) arrive en premier pour 62 parts de préconisations (15 %), ensuite vient la prescription d'une paire de chaussures pour 58 parts de préconisations (14 %), qui est souvent associée aux conseils d'hydratation de la peau pour 42 parts de préconisations (10 %). Les conseils pour augmenter les aides humaines touchent 48 parts de préconisations (12 %) et concernent des aides à la douche, à la promenade et/ou des soins de podologie. La mise en sécurité du logement concerne 44 parts de préconisations (11 %). Il s'agit de mettre des barres d'appui aux toilettes et/ou dans la salle de bains, de fixer ou de supprimer les tapis ainsi que de changer la cuisinière à gaz. Elle peut être associée à la possibilité ou non de changer la baignoire en douche pour 28 parts de préconisations (7 %) ou d'envisager le changement de logement pour 13 parts de préconisations (3 %) si le logement est en plus situé à plus d'un étage sans ascenseur. La prévention d'escarres concerne 33 parts de préconisations (8 %). Elle est associée à la prescription de la location d'un lit médicalisé pour 18 parts de préconisations (4,5 %). La mise en place de la téléassistance est demandée pour 26 parts de préconisations (6 %). La préconisation à l'utilisation d'un fauteuil roulant ou fauteuil coquille est faite pour 18 parts de préconisations (4,5 %) souvent associée à la possibilité d'avoir des vêtements plus adaptés (faciles à mettre avec élastique) pour 18 parts de préconisations (4,5 %).

Conclusion : L'évaluation et l'adaptation de l'environnement par un ergothérapeute sont très appréciées par les familles, car elles concernent la sécurisation des déplacements et des situations à risque. Viennent ensuite la qualité de vie des aidants et des patients par l'amélioration du confort d'installation (fauteuil, coussins antiescarres), mais aussi par les aides techniques aux déplacements (chaussures adaptées, verticalisateurs, déambulateurs, bâtons de marche…). Ainsi, l'ergothérapeute favorise le maintien à domicile des personnes âgées dans de meilleures conditions.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-24
Évaluation des pratiques professionnelles de contention physique des patients hospitalisés

S. Ferreol*, C. Paille
Loire atlantique, CHU de Nantes, Nantes, France

Introduction : Suite à la survenue d'événements indésirables graves liés à la contention physique des patients dans l'établissement, un premier audit clinique réalisé en juin 2005 avait mis en évidence des écarts entre les pratiques et les recommandations de l'Anaes. Afin d'améliorer les pratiques, le groupe « Contention » institutionnel a déployé une formation médicosoignante de sensibilisation à la contention et a rédigé un guide de « bonnes pratiques » diffusé dans l'établissement en 2010.

Objectifs : Évaluer l'impact du déploiement de ce plan d'amélioration en dressant un nouvel état des lieux des pratiques de contention physique dans l'établissement.

Méthodes : Un audit clinique (étude descriptive transversale) a été réalisé en 2011. Onze unités fonctionnelles de l'établissement ont participé. Ont été inclus les patients hospitalisés et contenus le jour de l'enquête. Les données ont été recueillies à partir du dossier patient à l'aide d'un questionnaire élaboré à partir du référentiel Anaes.

Résultats : Parmi les 228 patients hospitalisés lors de l'enquête, 17,1 % ($n = 38$) d'entre eux présentaient une contention physique. L'âge moyen des patients contenus était de 74 ans, et la moitié était de sexe masculin. Le mode de contention le plus fréquemment retrouvé était l'utilisation de doubles barrières complètes (92,1 %). La prévention du risque de chute constituait l'indication de la contention la plus fréquente (65,8 %).Une prescription médicale était retrouvée pour la totalité des contentions par attaches. Aucune contention par doubles barrières complètes n'était prescrite. La traçabilité des prescriptions médicales de contention physique était de 34,2 %. Entre 2005 et 2011, la proportion de patients contenus physiquement a été réduite de manière significative ($p < 0{,}001$). La traçabilité des prescriptions médicales de contention physique s'est significativement améliorée ($p < 0{,}001$).

Conclusion : Ce nouvel audit montre la sensibilisation accrue depuis 2005 des équipes aux bonnes pratiques de contention. Cependant, des efforts doivent être encore fournis essentiellement en matière de traçabilité des données dans le dossier patient. La sensibilisation des médecins à la prescription reste à améliorer au travers d'un nouveau

plan de communication au sein des pôles et du déploiement d'un outil d'aide à la prescription.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-25
Comment améliorer la qualité des soins en EHPAD et en longs séjours avec des outils pratiques, l'expérience Mobiqual bientraitance (mobilisation pour la qualité)

S. Doutreligne[1], F. Delamarre Damier[2,3,*], G. Ruault[1]
[1]*SFGG, Suresnes, France*
[2]*Centre hospitalier de Cholet, Cholet, France*
[3]*Association gérontologique de recherche et d'enseignement en EHPAD (AGREE), Château Thébaud, France*

Introduction : La société française de gériatrie et de gérontologie et les autorités de santé françaises ont proposé des outils éducatifs avec l'objectif d'améliorer la qualité des soins en institution. Ces outils sont des mallettes contenant tout le nécessaire à la formation (films, PowerPoint, échelles, retour d'expériences) sur différents sujets gériatriques : bientraitance, douleur, soins palliatifs, dépression, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

Objectifs : L'objectif de cette étude est de démontrer (avec des questionnaires avant et après expérimentation) que l'utilisation des outils Mobiqual améliore la bientraitance en EHPAD et en long séjour.

Méthodes : Sur la période 2010–2012, 6 947 structures se sont engagées dans le programme Mobiqual, soit 35 % des établissements concernés (environ 20 000 selon FINESS) : 168 établissements différents ont bénéficié de cet outil : hôpitaux universitaires (34), hôpitaux locaux (21), organismes de formation (23), infirmières (trois), autres (deux). Deux cent cinquante postquestionnaires ont été analysés sur les items suivants : est-ce que la thématique bientraitance existe dans votre établissement ? Combien de réunions ont été organisées à ce sujet ? Qui sont les professionnels impliqués ? Quels changements avez-vous observés dans vos pratiques ?

Résultats : Quatre-vingt-dix pour cent des structures ont une thématique bientraitance dans leur projet de soin. L'outil Bientraitance est utilisé d'un point de vue qualité dans 80 % des cas. Six réunions en moyenne ont été organisées (12 heures), 1 432 réunions ont été programmées dans 232 institutions. Huit mille sept cent quarante-cinq professionnels ont été impliqués, et le film a été vraiment apprécié (note moyenne : 8,5/10), un débat a eu lieu après la réunion dans 82 % des cas. L'outil est utilisé surtout par les professionnels de santé (69 %), et ils pensent que cela a un impact positif dans leur pratique (99 %), pour prévenir les situations de maltraitance (87 %), pour aider le résident (93 %) et pour la qualité de vie de l'équipe (75 %).

Conclusion : Les outils Mobiqual sont particulièrement pratiques et efficaces pour améliorer la qualité des soins.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-26
Filière périopératoire gériatrique : données du SSR orthogériatrique de l'hôpital Charles-Foix

A. Mézière[1,*], M. Monié[1], B. Nzili[1], R. Dubol[1], A. Breining[2], J. Cohen-Bittan[2], E. Pautas[3], J. Boddaert[2]
[1]*SSR orthogériatrique, AP–HP, GHU La Pitié-Salpêtrière–Charles Foix, site hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine, France*
[2]*UPOG, AP–HP, GHU La Pitié-Salpêtrière–Charles-Foix, site La Pitié-Salpêtrière, Paris, France*
[3]*Unité de gériatrie aiguë, AP–HP, GHU La Pitié-Salpêtrière–Charles-Foix, site hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine, France*

Introduction : La multimorbidité des patients âgés hospitalisés impose la mise en place de filières spécialisées de soins, en particulier dans le domaine de la chirurgie, comme la chirurgie orthopédique. En postopératoire, après le passage en unité périopératoire gériatrique (UPOG), les missions du SSR sont multiples et complexes, allant d'une activité de rééducation avec la reprise de la marche et la récupération de l'autonomie, à une activité gériatrique associant gestion des décompensations médicales aiguës et pathologies chroniques, ainsi que prise en charge des complications de décubitus et la renutrition. En ce sens, les patients admis en SSR requièrent une prise en charge de plus en plus lourde.

Objectifs : L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux des patients transférés, au décours d'un séjour en UPOG, en SSR pour réhabilitation d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF).

Méthodes : Mise en place en 2009 d'une filière centrée sur une unité pilote l'UPOG, incluant tous les acteurs de soins entre l'arrivée aux urgences et la fin du SSR, avec constitution d'une cohorte de patients comprenant un recueil systématique avec suivi en consultation à six mois. Étude rétrospective à partir de la base de données commune UPOG–SSR orthogériatrique de 2009 à 2013.

Résultats : Durant la période de l'étude, 361 patients ont été admis à l'UPOG pour une FESF pour un séjour de 9 ± 6 jours, dont 294 (80 %) ont été transférés en SSR. Parmi ces patients, 200 ont été transférés en SSR orthogériatrique à l'hôpital Charles-Foix. En SSR, la survenue de complications justifiait une réadmission en UPOG dans les 30 jours dans 7,3 % des cas, essentiellement en rapport avec des complications hémorragiques ($n = 4$) et orthopédiques ($n = 4$). Un seul cas d'infection du site opératoire était noté. Les patients séjournaient en SSR 45 ± 26 jours avec un taux de mortalité de 7 %. À la sortie de SSR, 90 % des patients retrouvaient la marche et 74 % des patients rentraient à domicile.

Conclusion : La réhabilitation en SSR orthogériatrique permet, malgré des pathologies aiguës graves, la reprise de la marche et le retour domicile dans la grande majorité des cas.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-27
Comment améliorer la qualité des soins en EHPAD et en longs séjours avec des outils pratiques, l'expérience Mobiqual Alzheimer (mobilisation pour la qualité)

S. Doutreligne[1], F. Delamarre Damier[2,3,*], G. Ruault[1] on behalf of SFGG
[1]SFGG, Suresnes, France
[2]Centre hospitalier de Cholet, Cholet, France
[3]Association gérontologique de recherche et d'enseignement en EHPAD, Château-Thébaud, France

Introduction : La Société française de gériatrie et de gérontologie et les autorités de santé françaises ont proposé des outils éducatifs avec l'objectif d'améliorer la qualité des soins en institution.

Objectifs : Démontrer (avec des questionnaires avant et après expérimentation) que l'utilisation des outils Mobiqual améliore la qualité de l'accompagnement des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée (MAMA) en institution.

Méthodes : Sur la période 2010–2012, 6 947 structures se sont engagées dans le programme, soit 35 % des établissements concernés : 3 280 outils Alzheimer ont été envoyés aux établissements (12 %). Deux cent quatre-vingt-deux postquestionnaires ont été analysés sur les items suivants : déclin cognitif, démarche diagnostique, annonce diagnostique de la MAMA (à la personne, à ses proches), projet personnalisé de vie et de soins, utilisation d'outils pour évaluer les SPCD, existence d'un volet spécifique pour la prise en soin et l'accompagnement des MAMA dans le projet d'établissement, formation et soutien du personnel, organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, éthique, et continuité des soins.

Résultats : 78,5 % des établissements disent rechercher des signes de déclin cognitifs avant l'admission, 87,6 % sur dossier et 76,4 % à une autre occasion, la démarche diagnostique est initiée à l'entrée dans 59,6 % des cas, 85,8 % poursuivent la démarche après l'admission. Le diagnostic de MAMA est annoncé à la personne dans 31,3 % des cas et à ses proches dans 73,8 % des cas, le projet personnalisé est élaboré pour 84,7 %, avec la personne et ses proches (70,5 %), en équipe pluridisciplinaire (89,5 %), moins de trois mois après l'admission dans 63,3 % des cas, et plus de trois mois dans 29,1 % des cas. La réévaluation régulière du projet personnalisé se fait dans 68 %, et un soignant référent est désigné pour chaque résident dans 61,5 % des cas. Les outils utilisés pour l'évaluation des SPCD sont : le NPI–ES, 65,5 % ; l'échelle de Cohen-Mansfield, 15,6 % ; l'échelle de Cornell, 12 % ; l'échelle de Blandford, 12,7 % et d'autres échelles, 16 %. Des observations relatives aux SPCD sont consignées dans le dossier de soins dans 85,5 % des cas, dans 40,4 % la prise en charge médicamenteuse est envisagée et dans 74,2 % des cas une PEC non médicamenteuse, il existe des protocoles de soins pour 36 % des SPCD ; un volet spécifique « Prise en soins et accompagnement » est inscrit dans le projet d'établissement dans 67,6 % des cas et des structures d'accueil séquentiel existent : PASA (23,3 %), accueil de jour (26,2 %), UHR (12,7 %). 96,4 % des établissements ont un programme de formation, qui concernent : les médecins traitants (5 %), le médecin coordonnateur (41 %), les IDE (85 %), les psychologues (48 %), les aides-soignant(e)s (92 %), les kinésithérapeutes (9 %), les animateurs (48 %), les diététiciens (5,3 %), etc. 53,5 % des établissements ont fait des aménagements architecturaux pour prévenir les SPCD. Soixante et onze pour cent font des réunions en interne sur la thématique éthique et 80 % du personnel est sensibilisé, enfin 73,8 % des structures sont en lien avec des consultations mémoire.

Conclusion : Les outils Mobiqual sont particulièrement pratiques et efficaces pour améliorer la qualité des soins. L'outil Alzheimer est plus récent, aussi nous avions moins de questionnaires postformation pour analyser les pratiques, un suivi de l'utilisation de l'outil est nécessaire à plus long terme pour confirmer ces tendances.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-28
Étude de satisfaction des médecins généralistes par rapport aux courriers de sortie de leurs patients hospitalisés en gériatrie aiguë posturgence au CHU de Bordeaux

S. Antigny, N. Salles, M.-N. Videau, M. Rainfray, T. Traissac*
Gironde, pôle de gérontologie clinique, Bordeaux, France

Introduction : La communication ville–hôpital est primordiale en sortie d'hospitalisation pour diminuer les réhospitalisations et les événements indésirables dans une population gériatrique fragile.

Objectifs : Le but de cette étude est d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes par rapport aux courriers de sortie de leurs patients hospitalisés en unité de gériatrie aiguë posturgence à durée de séjour inférieure à huit jours et leur satisfaction de la prise en charge globale proposée.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive réalisée dans l'unité de gériatrie aiguë de l'hôpital Saint-André à Bordeaux, du 1er septembre au 30 novembre 2011. Les médecins traitants des patients quittant le service pour leur lieu de vie habituel ont été inclus et appelés un mois après la sortie pour réalisation d'un questionnaire.

Résultats : Cent sept médecins ont participé sur 120 inclus. En moyenne, les patients avaient 89 ans, avec un MMS à 15/30, un CIRS-G à 19, des ADL à 2,3. Ils vivaient au domicile (66,4 %) et étaient admis majoritairement pour une pathologie infectieuse. La satisfaction du courrier était de 90,7 % et diminuait avec le score CIRS-G ($p = 0{,}014$), la vie en EHPAD ($p = 0{,}015$) et un motif d'admission infectieux ($p = 0{,}046$). 86,9 % des courriers ont été reçus dans les huit jours. 40,2 % des médecins étaient satisfaits de la prise en charge globale avec une satisfaction de la date de sortie de 78,5 %, de l'orientation au domicile et des aides à 74,6 et 80,3 %, du suivi à 66,4 %, des modifications thérapeutiques à 67,3 %. Le taux de satisfaction de la prise en charge globale diminuait avec la présence d'une formation gériatrique des médecins, d'un lieu d'exercice non urbain, avec la baisse du MMSE des patients et un motif d'admission social.

Conclusion : Cette étude a montré que les médecins généralistes étaient satisfaits du courrier de fin d'hospitalisation de leurs patients sortant de l'unité de gériatrie aiguë. Le courrier médical de sortie adressé dans des délais très courts permet une transmission des informations optimale sur la personne âgée souvent polypathologique et complexe. La communication avec le médecin généraliste autour de la prise en charge globale du patient doit par contre être améliorée afin d'optimiser les suites de l'hospitalisation.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-29
L'historique médicamenteux (HM) à l'admission : outil de coopération pharmacien — équipe mobile de gériatrie (EMG) pour améliorer la prescription médicamenteuse du sujet très âgé

A.-G. Caffin[1,*], C. Courtin[1], L. Fournis[2], R. Haddad[1]
[1]*Hôpital Antoine-Béclère, pharmacie, Clamart, France*
[2]*Hôpital Antoine-Béclère, gériatrie, Clamart, France*

Introduction : La maîtrise de la prise en charge médicamenteuse du sujet très âgé est une préoccupation quotidienne face aux risques liés aux erreurs de prescription non intentionnelles et évitables [1]. La connaissance du traitement personnel (TP) pris à domicile permet de prévenir le risque d'événement indésirable iatrogène et de réévaluer le traitement pendant l'hospitalisation.

Objectifs : Évaluer la prescription médicamenteuse des personnes âgées depuis l'admission jusqu'à la sortie de l'hôpital avant et après la mise en place de l'historique médicamenteux (HM) afin d'améliorer nos pratiques.

Méthodes : L'EPP a été menée par un groupe pluriprofessionnel à partir de la grille d'audit de la HAS [2], qui a été adaptée à nos pratiques. Le recueil des données s'est fait à partir des dossiers de patients âgés de plus de 80 ans ou de plus de 75 ans polypathologiques et polymédicamentés (> 5 médicaments) répartis dans six services [phase I]. L'HM, réalisé par un externe et interne en pharmacie, a été mis en place lors d'une phase pilote [phase II] dans trois services (deux chirurgies, gériatrie). La phase III porte sur une évaluation de la prescription en chirurgie où l'ensemble des patients hospitalisés avaient bénéficié à la fois de l'HM, de l'analyse pharmaceutique et de l'équipe mobile de gériatrie (EMG).

Résultats : Le parcours médicamenteux a été formalisé : six supports de prescriptions et quatre disciplines ont été identifiés. Sur les 36 dossiers étudiés lors de la phase I, l'ordonnance de ville, l'ordonnance de sortie et le compte rendu d'hospitalisation (CRH) sont retrouvés respectivement dans 24, 36 et 69 % des cas. La conformité entre le TP et la prescription en cours d'hospitalisation est de 46 %. L'HM est retrouvé dans les 17 dossiers étudiés en phase II (11 en chirurgie, six en gériatrie), alors que l'ordonnance de ville n'est présente que dans 53 % des cas (100 % en gériatrie). La conformité TP/ordonnance en cours d'hospitalisation passe à 64 % (chirurgie) et 93 % (gériatrie). Seulement deux ordonnances de sortie et un CRH sont retrouvés pour les patients de chirurgie vs 100 % pour la gériatrie. Le nombre moyen de lignes de traitements diminue de 12 [8–15] à l'entrée à 8 [6–14] à la sortie, après hospitalisation en gériatrie. Après généralisation de l'HM à l'admission en chirurgie, celui-ci est retrouvé dans 28 des 32 dossiers étudiés en phase III (17 ordonnances de ville). La conformité des traitements 48 heures après l'admission est de 69 % et augmente à 88 % après 48 heures. L'EMG a réévalué les traitements de 12 de ces patients avec envoi d'un compte rendu au médecin traitant. Aucune ordonnance de sortie n'a été retrouvée, et le CRH n'était présent que dans 40 % des cas.

Conclusion : En absence des ordonnances de ville à l'entrée, l'HM trouve toute sa place dans le parcours de soins du patient âgé. Son impact est triple : c'est une aide à la prescription à l'entrée, un outil pour l'EMG pour la réévaluation des TP ainsi que pour le pharmacien lors de l'analyse pharmaceutique. La coopération pharmacie (réalisation de l'HM à l'admission)–EMG a permis d'améliorer la prise en charge des patients âgés hospitalisés dans les secteurs à risque.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. ENEIS 2009 : Enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins
2. HAS : EPP prescription médicamenteuse chez le sujet très âgé

P6-17-30
Recours à l'évaluation gériatrique après venue aux urgences pour chute – une étude rétrospective multicentrique en Rhône-Alpes

V. M. Dang[1,*], S. Cabillic[2], E. Damier[1], C. Ricard[3], F.-X. Ageron[4] on behalf of Réseau Nord Alpin des Urgences, F. Picot[5], E. Chidlovskii[1], P. Couturier[1]
[1]*Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, Grenoble, France*
[2]*SSR gériatrique Les Fougères-1, unité cognitivocomportementale, centre hospitalier de Chambéry, Chambery, France*
[3]*Institut national de veille sanitaire, Saint-Maurice, France*
[4]*Samu 74, centre hospitalier d'Annecy, Pringy, France*
[5]*Société Rhône-Alpes de gérontologie, Lyon, France*

Introduction : La prévention des chutes chez les sujets âgés repose sur le repérage des personnes à risque et l'évaluation multidimensionnelle de leurs facteurs de risque de chute. Repérage et évaluation se font-ils effectivement lorsque des patients âgés consultent aux urgences pour chute, en particulier s'ils rentrent à domicile après le bilan des urgences ? Une filière gériatrique d'évaluation peut contribuer aux soins de ces patients en aidant à évaluer leurs facteurs de risque de chute. La présente étude s'inscrit dans la phase « avant » d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) du réseau Nord-Alpin des services d'urgence. Le but de l'EPP est d'améliorer la prise en charge des patients âgés venant aux urgences pour chutes.

Objectifs : Analyser les associations entre la recherche faite aux urgences des facteurs de risque de chute et le recours à la filière gériatrique d'évaluation dans les trois mois après la venue d'un patient aux urgences pour chute.

Méthodes : Étude épidémiologique analytique rétrospective transversale multicentrique. Échantillonnage aléatoire de patients âgés de 75 ans et plus admis en 2010 pour un motif de chute dans les services d'urgences participants dont l'établissement dispose d'une équipe mobile gériatrique fonctionnelle. Inclusion des patients rentrés à domicile depuis la zone d'examens et de soins ou après un passage à l'unité d'hospitalisation de courte durée, et capables de se verticaliser. Recueil sur le dossier des urgences de : âge, sexe et recherche ou non des différents facteurs de risque de chute. Recueil du recours dans les trois mois à l'équipe mobile gériatrique ou au centre d'évaluation gérontologique.

Résultats : Sur les $n = 441$ patients inclus, 23 (5,2 %) ont eu recours à la filière gériatrique d'évaluation.

Conclusion : Après une venue aux urgences pour chute, une faible fraction de patients rentrant à domicile a bénéficié d'un recours à la filière gériatrique d'évaluation dans cette phase « avant » de l'EPP. Pour ces patients, on a plus fréquemment recherché troubles des fonctions supérieures, hypotension orthostatique, troubles de l'équilibre, isolement social et perte d'autonomie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Tableau 1 Odds ratios (OR) non ajustés et ajustés de recours à la filière gériatrique selon les facteurs de risque recherchés aux urgences

Facteur de risque	Gériatrie = 0, *n* = 418 *n* (%)	Gériatrie = 1, *n* = 23 *n* (%)	*p*[a] unadj OR [IC 95 %]	*p*[b] adj OR [IC 95 %]
Âge 85 ans	200 (48)	13 (57)	1,4 [0,6–3,3]	0,7 [0,3–1,9]
Sexe féminin	276 (66)	22 (96)	*11,3 [1,5–84,8]	**17,0 [2,0–141,8]
Antécédent de chute	90 (22)	7 (30)	1,6 [0,6–4,0]	1,0 [0,3–3,0]
Recherche de :				
– Polymédication	239 (57)	17 (74)	2,1 [0,8–5,5]	0,7 [0,2–2,3]
– Tbles des fonct sup	108 (26)	18 (78)	***10,3 [3,7–28,5]	**7,4 [2,2–25,6]
– Perte d'autonomie	82 (20)	8 (35)	2,2 [0,9–5,3]	1,7 [0,6–5,3]
– Isolement social	255 (61)	19 (83)	*3,0 [1,0–9,1]	0,9 [0,2–3,6]
– Tbles de l'équilibre	46 (11)	9 (39)	***52 [2,1–12,7]	2,6 [0,9–7,4]
– Hypot orthostatique	24 (6)	8 (35)	***8,8 [3,4–22,7]	*4,5 [1,3–16,3]

[a] *p* d'analyses univariées par tests du Chi².
[b] *p* d'analyses multivariées par régression logistique multiple (***$p < 0{,}001$; **$0{,}001 < p < 0{,}01$; *$0{,}01 < p < 0{,}05$; $0{,}05 < p < 0{,}1$).

P6-17-31
Comment améliorer la qualité des soins en EHPAD et en longs séjours avec des outils pratiques, l'expérience Mobiqual nutrition (mobilisation pour la qualité)

F. Delamarre Damier[1,2,*], S. Doutreligne[3], G. Rouault[3]
[1]*Centre hospitalier de Cholet, Cholet, France*
[2]*Association gérontologique de recherche et d'enseignement en EHPAD (AGREE), Château-Thébaud, France*
[3]*SFGG, Suresnes, France*

Introduction : La Société française de gériatrie et de gérontologie et les autorités de santé françaises ont proposé des outils éducatifs avec l'objectif d'améliorer la qualité des soins en institution.

Objectifs : L'objectif de cette étude est de démontrer (avec des questionnaires avant et après expérimentation) que l'utilisation des outils Mobiqual prévient et améliore la prise en charge de la dénutrition en institution.

Méthodes : Sur la période 2010–2012, 6 947 structures se sont engagées (35 % des établissements). Quatre cent six postquestionnaires ont été analysés sur les items suivants : évaluation de l'état nutritionnel, suivi de la courbe de poids, adaptation des pèse-personnes, utilisation d'outils d'évaluation pour surveiller l'état nutritionnel, existence d'un référent nutrition, goût et réticences des résidents, existence d'une commission menu, enquêtes de satisfaction anonymes, réflexions conduites sur les textures, collations mises à disposition, menus affichés la veille, alternative aux menus proposés, programme d'activités physiques proposées, type de professionnel mobilisé par l'action conduite et impact de l'action.

Résultats : L'évaluation nutritionnelle est faite dans 82,8 % des cas lors de l'entrée, 88,7 % pendant le séjour, 80,5 % suite à un événement aigu. Le suivi de la courbe de poids : une fois par mois (77,1 %), moins souvent (8,4 %) et plus souvent (28,1 %). On constate que les pèse-personnes sont adaptés dans 89,2 % des structures, et cela hors formation. Les outils d'évaluation utilisés sont : la courbe de poids (89 %), l'indice de masse corporelle (70 %), la grille de surveillance alimentaire (79,1 %), le Mini Nutritional Assessment (36 %), mais 6 % des structures n'utilisant aucun outil d'évaluation. Il existe un référent nutrition dans 57 % de cas, les goûts et les réticences des personnes sont recueillis (92 %), respectés (85 %) et consignés (85 %). Il existe une commission menu dans 73 % des cas et des enquêtes de satisfaction anonymes : qualité des repas (71 %), salle à manger (48 %), dressage de table (37 %) et sur le temps laissé aux personnes à chaque repas (50 %). Une réflexion est conduite sur les textures dans 79 % des établissements, des collations sont mises à disposition (85 %), les menus sont affichés la veille (82 %) et une alternative aux menus est proposée (80 %), un programme d'activité physique est proposé (68 %). Cinq mille vingt-quatre professionnels ont été mobilisés par l'action conduite sur 247 établissements : directeur (58 %), médecin traitant (33 %), médecin coordonnateur (76 %), personnels infirmiers (92 %), psychologue (40 %), aides-soignants (90 %), kinésithérapeute (13 %), animateur (45 %), diététicien (49 %) et autre(s) (37 %). L'action de formation Mobiqual Nutrition a permis une réflexion des personnels soignants sur leur travail (75,9 %), un meilleur repérage des situations à risque (79,1 %), la prévention des situations à risque (74,4 %), une valorisation des soins techniques (43,8 %) et des soins relationnels (59,1 %), une meilleure qualité de vie des patients (74,4 %), des personnels soignants (39,4 %) et une meilleure coordination avec l'équipe de restauration (69,5 %).

Conclusion : Les outils Mobiqual sont particulièrement pratiques et efficaces pour améliorer la qualité des soins, l'outil Nutrition est plus récent, aussi un suivi de l'utilisation de l'outil est nécessaire à plus long terme pour confirmer ces tendances.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-32
Conclusions de l'expérimentation de la réintroduction des médicaments dans le forfait soins des EHPAD au sein des établissements du groupe DOMUSVI

V. Bertram*, G. Pisica donose, F. Barthelemy
Expertise & soins, Suresnes, France

Introduction : L'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées constitue un problème de santé publique. C'est la raison pour laquelle la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, tout en renforçant le rôle du médecin coordonnateur et en désignant un pharmacien référent pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sans pharmacie à usage intérieur (PUI), pose le principe d'une expérimentation nationale relative à la prise en charge médicamenteuse. Il s'agit de promouvoir la bonne utilisation du médicament, grâce à une meilleure coordination des professionnels de santé autour du résident, selon les référentiels de bonnes pratiques — dont

la liste préférentielle, dans le contexte d'une maîtrise des dépenses de santé. Le groupe DOMUSVI, impliqué dans la démarche globale d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse des résidents accueillis dans ses établissements, a participé à l'expérimentation avec 14 établissements.

Objectifs : Évaluer l'évolution des dépenses médicamenteuses sur l'ensemble des établissements, soit 1 220 lits, ainsi que les indicateurs qualitatifs et quantitatifs sur un échantillon de trois EHPAD du groupe DOMUSVI.

Méthodes : *Analyse qualitative :* Nous avons travaillé sur un échantillon de trois établissements sur les 12 indicateurs qualitatifs de la prescription, dont l'indication de la clairance de la créatinine, le nombre de spécialités appartenant aux classes thérapeutiques à risque chez la personne âgée (psychotropes, diurétiques, antihypertenseurs, neuroleptiques), etc., sur la période du 1er décembre 2009 au 31 décembre 2010 que chaque EHPAD a dû remonter informatiquement tous les quatre mois. Les indicateurs quantitatifs de la consommation médicamenteuse sont les dépenses médicamenteuses mensuelles : le calibrage de l'enveloppe médicament est fixé à 4,12 €/résident par jour, la rétribution du pharmacien référent à 0,35 €/résident par jour. *Analyse quantitative :* Nous avons suivi les consommations mensuelles en médicaments des 14 établissements, tous médicaments confondus, du 1er décembre 2009 au 30 juin 2013, par rapport au forfait de 4,12 €/résident par jour.

Résultats : *Le suivi qualitatif* permet de mettre en évidence un établissement avec une amélioration significative des prescriptions, et deux autres avec très bons résultats en ce qui concerne tous les critères sauf celui de l'indication de la clairance de la créatinine ou la prescription par domaine pathologique. *Le suivi quantitatif* a mis en évidence une grande disparité des dépenses médicamenteuses et l'absence de diminution de ces dépenses tout au long de l'expérimentation.

Conclusion : Sur le plan qualitatif, il s'est produit un changement de comportement des médecins traitants dont les pratiques ont évolué dans le sens d'une amélioration des prescriptions. La pertinence des 12 critères quantitatifs nous a incités à les intégrer dans notre logiciel-soins afin de poursuivre cette démarche d'amélioration de la prescription. Les disparités des dépenses médicamenteuses et l'absence de diminution de ces dépenses expliquent l'abandon de la réintégration des médicaments dans le forfait soins, mais en tout état de cause, le montant de 4,12 €/résidents par jour aurait été insuffisant pour les établissements analysés.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-33
Observation de l'hygiène de mains par friction au gel hydroalcoolique (GHA) dans un service de gériatrie

M. J. Payen*
Gériatrie, Grenoble, France

Introduction : Dans un service de gériatrie, une visite de risque sur l'application des précautions standard a été réalisée par l'équipe d'hygiène en avril 2012 mettant en évidence une bonne observance de l'hygiène des mains (les occurrences d'hygiène étaient respectées dans 97 % des cas) mais une technique non maîtrisée. La présence d'observateurs extérieurs peut être redoutée et modifier le comportement des soignants. Des observations non annoncées, à l'insu du personnel, sont réalisées neuf mois plus tard.

Objectifs : Évaluation de la qualité de la désinfection des mains par friction au gel hydroalcoolique (GHA), en condition réelle en se référant aux recommandations du CCLIN. Ces observations permettent de repérer des points critiques et de définir un plan d'amélioration spécifique du service.

Méthodes : Observation directe de l'ensemble du personnel (médecins, internes, externes, infirmiers, aides-soignants) en pleine activité, en condition réelle. L'observateur, intégré au service, a suivi individuellement chaque personne sans avertir que l'hygiène des mains était observée. Les observations portent sur le respect des préalables : la présence de manches courtes ou relevées, l'absence de bijoux, les ongles courts, sans vernis, sans faux ongles et le respect du protocole de désinfection des mains évalué par : le nombre de doses de GHA appliquées, la répartition du GHA sur les mains estimée par le respect des sept temps ; la durée moyenne de la friction exprimée en secondes (deux frictions successives ont été chronométrées). En parallèle, une évaluation de la qualité de friction et de répartition a été réalisée, à l'aide d'une lampe à UV et d'un GHA teinté à la fluorescéine.

Résultats : Trente-sept personnes ont été observées : quatre médecins (11 %), quatre internes (11 %), huit externes (22 %), neuf aides-soignants (24 %), 12 infirmiers (32 %). *Concernant le respect des préalables dans le service* : 1) 100 % avaient les manches courtes ; 2) 100 % avaient les ongles courts sans vernis, sans faux ongles ; 3) 76 % ne portaient pas de bijoux.

La qualité du geste : 1) 59 % utilisaient deux doses de GHA et 41 % une seule dose. Les résultats variaient selon la catégorie professionnelle. Quatre-vingt-huit pour cent des externes, 75 % des internes et 75 % des médecins utilisaient majoritairement deux doses de GHA contre seulement 44 % des aides-soignants et 42 % des infirmiers. 2) Le temps de friction était respecté dans 24 % des cas, 30 % se frictionnaient entre 15 et 20 secondes, 27 % entre 10 et 15 secondes et 16 % entre cinq et dix secondes, 3 % moins de cinq secondes. 3) La répartition du GHA, 27 % ne respectaient pas les sept temps. Les zones oubliées étaient les dessus de doigts et les pouces.

Conclusion : Malgré des préalables bien respectés, la mise en œuvre de la désinfection des mains par GHA doit être améliorée sur la technique, la dose appliquée et la durée de friction. La perspective de la disponibilité de GHA avec des pompes délivrant directement 3 ml en une pression permettrait de résoudre le problème de dose. La présentation des résultats des observations associée à la mise en application de la technique sous lampe UV a permis de sensibiliser davantage le personnel sur l'importance du respect des sept temps et la durée de friction. Il semblerait qu'un renouvellement de l'observation soit nécessaire en regard du *turn-over* de l'équipe (externe, interne).

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-17-34
Place d'un pharmacien dans un service de court séjour gériatrique aiguë, bilan d'une année d'activité

M. Colombe*, P. Lescure
Médecine gériatrique aiguë, CHU de Caen, Caen, France

Introduction : Depuis novembre 2011, un pharmacien assistant spécialisé régional est présent dans le service trois demi-journées par semaine. Sa mission principale consiste à prévenir l'iatrogénie dans le parcours de soins des patients hospitalisés en court séjour gériatrique.

Objectifs : Il s'agit notamment de mettre en place une pratique de conciliation des traitements médicamenteux, conformément aux

expériences françaises déjà menées. Par ailleurs, il est responsable de l'analyse des prescriptions du service et du respect du bon usage du médicament.

Méthodes : Tous les patients admis dans le service de court séjour ont été conciliés à l'admission : un bilan des traitements pris avant l'hospitalisation est réalisé dans les 24 heures par une équipe d'externes en pharmacie présents dans le service, supervisée par le pharmacien senior. Les prescriptions de tous les patients sont analysées au minimum une fois par semaine par le pharmacien senior (analyse de niveau 3 selon les recommandations de la Société française de pharmacie clinique, SFPC). Les interventions pharmaceutiques ont été cotées selon la méthode éditée par la SFPC. Le bilan présenté tient compte des patients admis dans le service entre le 1er mai 2012 et le 30 avril 2013.

Résultats : Au total, 680 patients ont été conciliés dès leur admission durant la période. La moyenne d'âge est de 85,8 ans et le sex-ratio H/F est de 0,71. L'activité a permis d'intercepter 357 erreurs médicamenteuses. Il s'agit d'erreurs d'omission de médicaments pour 58 %, de posologie pour 33 %, d'ajouts de médicaments non pris par le patient en routine pour 5 % et de mauvaises substitutions liées au livret thérapeutique (2 %). Au moins 28 % des patients admis dans le service présentent une erreur médicamenteuse qui est interceptée grâce à cette activité. Les médicaments concernés sont à visée cardiovasculaire pour la majorité (28 %), des psychotropes (28 %), des médicaments de l'hémostase (7 %), des collyres et des médicaments respiratoires (31 %). Durant la période, le pharmacien a analysé 2 650 prescriptions. Trois cent quarante-cinq avis pharmaceutiques ont été émis. Ce chiffre ne tient pas compte de l'activité de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission. Parmi les interventions, la majorité concerne des adaptations posologiques (29 %). On trouve également des arrêts de médicaments (24 %) et des ajouts (18 %). Les principaux types de problèmes pharmacothérapeutiques rencontrés sont des surdosages (18 %), des sous-dosages (12 %), des indications non traitées (12 %), des effets indésirables (17 %), des médicaments non indiqués (9 %), des interactions médicamenteuses (9 %), des monitorages thérapeutiques à suivre (8 %), des non-conformités aux référentiels ou contre-indications, etc.

Conclusion : La place d'un pharmacien clinicien au sein d'un service de court séjour gériatrique apparaît comme essentielle dans la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. En outre, l'activité de conciliation des traitements médicamenteux est une démarche essentielle dans le lien ville–hôpital, à l'admission et à la sortie du patient.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:174-179
DOI 10.1007/s12612-013-0343-9

P6-18 Gérontechnologies

© Springer-Verlag France 2013

P6-18-01
Perception des gérontechnologies par les seniors : profils des technophiles et technophobes

E. Cabanes[1,*], E. Cotto[2]
[1]*UGA, clinique de la Porte-Verte, Versailles, France*
[2]*UGA, hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine, France*

Introduction : Les soins et le maintien de la personne âgée à domicile se heurtent à des difficultés diverses : démographiques (papy-boom), humaines (manque de main-d'œuvre qualifiée), économiques (contraintes budgétaires) et techniques (patients à domicile plus lourds et paramètres de surveillance multiples). Les gérontechnologies apparaissent comme une solution innovante et prometteuse. Le patient âgé est au cœur du dispositif, et son adhésion est un déterminant du déploiement et de l'efficacité de ces dispositifs futurs autour de lui.

Objectifs : *Hypothèse :* L'attrait de la personne âgée pour les gérontechnologies améliore leur diffusion et leur usage. *Objectif :* Établir des profils d'usager de gérontechnologies en établissant les facteurs associés au caractère technophile ou technophobe de la personne âgée.

Méthodes : 1) Enquête transversale bicentrique par questionnaire fourni aux patients de plus de 75 hospitalisés en court séjour gériatrique sur la période de recueil (quatre jours). 2) Ont été exclus tous patients dans l'impossibilité de répondre quelle qu'en soit la cause. La démence n'est pas un critère d'exclusion en dehors de trouble phasique ou du jugement sévères. *Critère de jugement :* Patient favorable ou défavorable aux gérontechnologies.

Résultats : *Généraux :* Taux d'exclusion : 40 %, taux de réponse des inclus : 98,2 % (un refus sur 56), technophiles : 75 %. *Pour les médecins de notre étude* : 1) l'hospitalisation aurait pu être évitée dans un cas sur cinq et des technologies simples à domicile pourraient les éviter dans 42 % des cas ; 2) l'hospitalisation était rendue nécessaire surtout pour la réalisation d'examens complémentaires (63 %), la surveillance rapprochée (30 %), le matériel spécifique (18 %) ; 3) l'obstacle au maintien à domicile est principalement d'ordre physique (70 %). *Pour les patients :* 1) rester au domicile est une priorité (96 %), même s'ils vivent le plus souvent seuls (60 %). La sécurité au domicile (73 %), la crainte de tomber ou d'être isolés sont au cœur de leurs préoccupations, alors qu'ils expriment aussi un goût pour les activités sociales (60 %). On notera d'importantes difficultés ressenties à l'usage des moyens de communication actuels ; 2) six seniors sur dix pensent que les gérontechnologies peuvent améliorer leur qualité de vie, et avoir un seul interlocuteur serait un progrès pour 75 % d'entre eux. *Analyse statistique :* 1) *Analyse univariée :* les patients technophiles sont les patients les plus dépendants ou déjà sensibilisés par l'usage de la téléalarme, et ce, malgré une population incluse ayant une autonomie globalement bien préservée. 2) *Analyse multivariée* non réalisée.

Conclusion : Vivre à domicile, c'est vivre seul, et nécessite toujours aujourd'hui une bonne autonomie, reposant encore beaucoup sur l'aide informelle de la famille. La technologie n'effraie pas les seniors, et ils y sont d'autant plus favorables que leur dépendance s'accroît ou qu'ils connaissent déjà le bénéfice de la téléalarme. Les seniors ont une perception très positive des gérontechnologies, mais leur manque de pertinence fonctionnelle — absence de structuration en réseaux — les rend souvent illisibles et non pertinentes. La perte d'autonomie les rend plus acceptables. Les domaines d'interventions des GT auprès des seniors sont nombreux. Nombre d'hospitalisations pourraient être évitées par leur mise en place cohérente.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-18-02
L'actimétrie en unité cognitivocomportementale : un nouvel outil d'évaluation comportementale

H. Dalsheimer-Bannwarth[1,*], M. Noblet-Dick[1],
F. Guerder[2], V. Noblet[3]
[1]*Pôle de gériatrie, hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France*
[2]*Pôle finances SIH, CHU, Strasbourg, France*
[3]*Laboratoire des sciences de l'image, de l'informatique et de la télédétection, université de Strasbourg, Strasbourg, France*

Introduction : L'UCC est une unité d'hospitalisation pour des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée, en période de crise se traduisant par des troubles du comportement perturbateurs. La prise en charge est originale, basée sur des thérapies non médicamenteuses. Le financement européen du programme opérationnel INTERREG IVB 2007–2013 a permis au service de s'équiper d'un système d'actimétrie, utilisé comme outil complémentaire d'évaluation comportementale (sommeil, agitation, comportements moteurs aberrants).

Objectifs : Comparer les résultats du NPI (Inventaire neuropsychiatrique), échelle clinique d'évaluation comportementale et de l'actimétrie en début et fin d'hospitalisation. Identifier la période du pic moyen maximal d'agitation (syndrome du « coucher de soleil ») et ainsi la charge en soins dans un but de redéploiement optimisé des effectifs soignants.

Méthodes : Le système d'actimétrie Vivago® sous forme de bracelet permet une mesure par seconde et en temps réel du niveau d'activité motrice. Ont été inclus les patients pour lesquels un enregistrement de 72 heures consécutives a pu être possible en début et fin d'hospitalisation. Le moyennage des données a été fait point par point sur les trois jours d'enregistrement. Le test de Student apparié a été utilisé pour comparer les données de début et de fin d'hospitalisation.

Résultats : Parmi les 32 patients hospitalisés pendant la période de l'étude, 20 ont été inclus (12 exclus pour données inexploitables dont huit en raison du retrait de la montre par les patients). L'activité motrice moyenne des 20 patients baisse entre le début et la fin de l'hospitalisation mais de manière non significative, alors que le NPI total moyen et en particulier la somme des trois sous-scores agitations,

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

comportements moteurs aberrants (CMA) et troubles du sommeil sont nettement réduits. En se focalisant sur la mesure de l'activité motrice nocturne, celle-ci est significativement diminuée en fin d'hospitalisation. On constate un pic d'activité motrice entre 16 et 20 heures.

	n = 20
Âge moyen (ans)	80
Hommes (%)	60
NPI moyen entrée	43
Agitation/CMA/sommeil	17
NPI moyen sortie	26
Agitation/CMA/sommeil	10

Conclusion : L'actimétrie chez les déments est particulièrement utile pour l'évaluation des troubles du sommeil, en complément du NPI. En journée, elle ne reflète pas que les troubles du comportement perturbateurs mais aussi l'activité motrice non pathologique liée aux activités de la vie journalière et aux ateliers faits au service, en particulier la gym, qui peut expliquer le pic de fin de matinée. Elle participe aussi à l'évaluation de la charge en soins et va permettre le redéploiement du planning des soignants avec un renforcement de l'équipe entre 16 et 20 heures, période du pic maximal (syndrome du « coucher de soleil »). Le point faible du dispositif est le problème d'observance du port de la montre pour un quart des patients déments. Des travaux complémentaires permettront d'évaluer l'intérêt et l'observance du dispositif dans différents sous-groupes en fonction du stade de la démence et de son étiologie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-18-03
Extension de la télésanté (télémédecine) en zone rurale pour le troisième âge (cas des villages de Dalave, de Sevagan et de Badougbe) et l'engagement des professionnels de santé ainsi que des acteurs publics et privés des TIC au Togo

K.S. Kevi[1,*], S.R. Apeti[2], M.K. Atikpo[1], E.-G.Y. Amouzou[3], T.E. Kouevi-Koko[1], S.C. Nabede[2], K.E.E. Bikor[1], A.G. Sedzro[2], A. Kougnaglo[2], P. Waklatsi[1], A. Amadou[3], S. Agbewornu[1], G.R. Kombate[3], E.D. Dosseh[3], ADTS-Afrique/Togo (Association pour le développement de la télésanté en Afrique/au Togo)
[1]*Neurologie, CHU-Campus, Lomé, Togo*
[2]*Médecine interne, Lomé, Togo*
[3]*Chirurgie viscérale, CHU Sylvanus-Olympio, Lomé, Togo*

Introduction : En 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a souligné l'importance des TIC en matière de santé et a décidé de « prendre des mesures immédiates afin que la télématique fasse désormais partie intégrante de sa stratégie de la "Santé pour tous" pour le XXI[e] siècle » et aussi de collaborer pour que partout dans le monde, tout individu ait accès à un personnel de santé motivé et qualifié. C'est ainsi qu'en septembre 2012, puis mai 2013, des activités de télésensibilisation sur l'hypertension artérielle (HTA), le paludisme, l'épilepsie et l'automédication, de téléconsultations en médecine générale pour les populations en général et les personnes âgées en particulier ont été effectuées.

Objectifs : Faire développer une plateforme de télésanté en général et de télémédecine en particulier à moindre coût pour les populations des zones reculées du Togo et l'étendre à d'autres localités d'Afrique.

Méthodes : Mettre à contribution les autorités administratives, les professionnels de santé ainsi que les acteurs publics et privés des TIC (Togotélécom, CAFE Informatique) au Togo afin d'établir un réseau de collaboration pour l'extension et la pérennisation de la télésanté au Togo et en Afrique.

Résultats : Les activités ont pu avoir lieu grâce à un fournisseur de TIC (CAFE Informatique) qui a appuyé gratuitement le projet en mettant à disposition la connexion entre Lomé (la capitale) et Dalavé (30 km au nord de Lomé), Badougbé et Sevagan (respectivement à 45 et 50 km au nord-est de Lomé). Les thèmes de télésensibilisation retenus ont été préparés en équipes et communiqués en ewé, la langue locale du milieu. La téléconsultation est faite avec l'aide d'un infirmier interprète au cas où la consultation est faite par un prestataire ne maîtrisant pas l'ewé. La téléconsultation a pu être réalisée avec la consultation de 112 personnes âgées sur les 286 consultations, soit 39,13 %. Les lombalgies et les gonalgies représentaient 73,1 % suivies des épigastralgies avec 64,13 %. Les autres pathologies (HTA, diabète, troubles visuels, hernies abdominales, épilepsies et les caries dentaires) représentaient 27,8 %. Ils existaient des patients polypathologiques.

Conclusion : Malgré les difficultés rencontrées, il en ressort clairement que la collaboration entre les acteurs des secteurs de la santé, les fournisseurs des TIC et les autorités administratives est un facteur déterminant afin que la télésanté puisse permettre de combler le gap en termes de qualité de soins entre les zones rurale et urbaine au Togo en faveur des personnes âgées.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-18-04
Utilisation de la téléassistance pour les patients diabétiques : une revue systématique

M. Mignerat[1], I. Vedel[2], L. Lapointe[3,*]
[1]*Université d'Ottawa, faculté de gestion Telfer, Ottawa, Canada*
[2]*Département de médecine familiale et de gériatrie, université McGill, Montréal, Canada*
[3]*Université McGill, faculté de gestion Desautels, Montréal, Canada*

Introduction : Les personnes âgées souffrent typiquement de multiples maladies chroniques. L'utilisation des technologies de téléassistance (TT) semble améliorer la gestion des maladies chroniques puisqu'elle fournit des données précises et fiables, permet le *patient empowerment*, influe sur les attitudes et comportements et améliore potentiellement l'état de santé. On manque cependant d'évidence sur les impacts réels de la téléassistance pour les patients diabétiques.

Objectifs : Les objectifs spécifiques sont : 1) fournir une typologie des TT et des différentes interventions mises en place pour les patients atteints de diabète de type 2 ; 2) déterminer les impacts de l'utilisation des TT.

Méthodes : Nous avons effectué une revue systématique mixte de la littérature (combinant une revue des études qualitatives et quantitatives). Une recherche exhaustive des bases de données a permis d'initialement sélectionner 2 139 références ; après un processus de tri et de sélection très rigoureux, 50 études ont été codées et analysées de façon indépendante par deux chercheurs. Pour l'analyse, nous avons d'abord développé une typologie de TT et des impacts en créant des sous-groupes homogènes. Ensuite, nous avons fait une synthèse narrative des études et avons analysé les résultats en lien avec chaque type d'impact rapporté.

Résultats : En ce qui concerne la nature des interventions, la synthèse de la littérature permet d'identifier 23 articles avec interventions de téléassistance simple. La télésurveillance représente la grande majorité de ce groupe (17 études). En outre, 27 articles font référence à des interventions complexes. Il s'agit principalement d'une combinaison de télésurveillance avec télédiagnostic/consultation (dix) ou avec l'e-learning (dix). En ce qui a trait aux TT utilisées, la moitié des études rapporte l'utilisation d'une technologie unique (25 études). Les

deux TT les plus utilisées dans ce contexte sont la transmission directe (neuf études) et l'assistant numérique (par exemple Smartphone ou PDA) [sept]. Les autres technologies utilisées isolément sont : téléconférence, site Web/Internet et téléavertisseur. L'autre moitié des études concerne l'utilisation de multiples technologies utilisées en combinaison, principalement une combinaison de Smartphone/PDA et site Web/Internet (11). Un grand nombre d'impacts ont été étudiés. Nous les avons regroupés selon cinq catégories : effets sur l'état de santé, autres impacts sur les patients, qualité des soins, utilisation coût-productivité et satisfaction (des cliniciens et des patients). De manière générale, l'utilisation des TT a des résultats positifs pour la plupart des types d'impacts identifiés.

Conclusion : Les résultats de cette revue pourront être utilisés par les professionnels de la santé, les organisations et les groupes de soutien aux patients afin d'adapter leurs politiques relatives au choix, à la planification, à la diffusion et au suivi des interventions de téléassistance et des technologies implantées pour le suivi des patients diabétiques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-18-05
De la stratégie humaine à la stratégie technologique : les défis du développement des technologies pour l'autonomie

J. Bauchet[1,*], L. Courbet[1], V. Rialle[1,2]
[1]*Laboratoire AGIM CNRS FRE3405, université Joseph-Fourier, Grenoble, France*
[2]*Unité ATMISS, CHU de Grenoble, Grenoble, France*

Introduction : L'aidant informel joue un rôle de tout premier plan dans la prise en charge des personnes présentant une altération du vieillissement cognitif. Les actions qu'il réalise limitent l'impact des troubles sur le fonctionnement quotidien. La nature de ces actions est d'un grand intérêt pour le développement des technologies d'assistance pour la cognition (TAC). Il s'agit de concevoir des solutions complémentaires à la prise en charge usuelle, fondée sur un réseau humain. Si aujourd'hui des solutions liées au rappel, à la planification, ou à l'aide à la réalisation d'activités sont connues, elles manquent de maturité : la technologie est un formidable support d'information, mais les stratégies liées à l'identification de cette information et à sa présentation (comment, quand, à qui) sont peu formalisées.

Objectifs : Le projet européen MyGuardian (AAL, 2012–2015) s'intéresse aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs légers (MCI) et à leurs aidants informels. L'objectif est de concevoir une aide technologique capable d'accompagner ces personnes dans la réalisation d'activités extradomiciliaires. Dans le cadre de ce projet, le laboratoire AGIM œuvre en tant que représentant des utilisateurs. L'objectif est de fournir un regard éclairé sur l'adéquation des développements technologiques réalisés par les partenaires européens avec la réalité du terrain. L'ambition d'AGIM est d'identifier un ensemble de stratégies, fréquemment adoptées par les aidants dans leur relation à l'aidé, que la technologie pourrait faciliter, allégeant ainsi leur fardeau d'accompagnement. L'esprit de recherche est le respect de la personne aidée, de l'aidant et de la place de l'aidant dans la boucle d'assistance.

Méthodes : L'étude comprend un ensemble de rencontres organisées en 2013, selon une approche de conception participative : il s'agit d'aller avec les utilisateurs de leurs besoins à l'aide technologique. Cinq binômes (aidant/aidé) seront recrutés en partenariat avec les consultations mémoire d'hôpitaux de Haute-Savoie. Le critère de MCI est validé selon l'échelle clinique de la démence (CRD, score = 0,5). Le nombre de binômes est cohérent avec la nature des rencontres : 1) entretiens d'inclusion ; 2) entretiens individuels portant sur les expériences de vie et d'assistance hors du domicile ; 3) focus group autour de propositions technologiques ; 4) ateliers de conception ergonomique. Les rencontres 2 et 3 sont enregistrées et font l'objet d'une analyse qualitative. Des séances de brainstorming ont préalablement été réalisées avec un groupe d'aidants professionnels.

Résultats : À ce jour, trois binômes ont été inclus, et les entretiens relatifs aux expériences de vie réalisés. L'analyse, en cours, montre des profils très différents et des stratégies de coping allant de l'évitement (déni des troubles) à la surprotection. L'analyse doit permettre d'identifier le contexte de mise en œuvre de la stratégie (nature du besoin, caractéristiques de l'environnement, acteurs, moyens) et son efficacité. Ces éléments seront alors envisagés dans un univers technologique, formalisés et présentés aux participants. Les résultats seront présentés lors des JASFGG.

Conclusion : S'inspirer des stratégies développées par les aidants informels pour développer une TAC est une démarche peu formalisée, mais qui devrait permettre de dépasser le stade actuel des conceptions d'aides technologiques. Ces travaux devraient également favoriser l'acceptation de ces nouvelles approches de l'assistance, prometteuses mais encore très méconnues.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-18-06
Étude de l'accessibilité de l'interaction dans une maison intelligente par des personnes fragilisées pour une meilleure autonomie à domicile

F. Vella[1,*], N. Vigouroux[1], A. Van Den Bossche[1], E. Campo[2], B. Boudet[3], P. Rumeau[3]
[1]*IRIT, université Paul-Sabatier, Toulouse, France*
[2]*LAAS, F-31031 Toulouse, France*
[3]*Laboratoire de gérontechnologie, gérontopôle, CHU de Toulouse, Toulouse, France*

Introduction : Les technologies de l'information et de la communication (TIC) destinées à favoriser le retour à domicile de personnes fragilisées et en perte d'autonomie sont en plein essor. En fonction des capacités cognitives, motrices et perceptives de la personne les utilisant, les TIC peuvent être plus ou moins accessibles et efficaces.

Objectifs : Les auteurs proposent une plateforme d'expérimentation permettant le développement rapide puis la mise à l'épreuve de tels dispositifs et services, dans un environnement de type *living lab*. La plateforme est constituée de divers systèmes d'interaction, de dispositifs de traitement et des systèmes communicants (bus domotique, réseau local, etc.).

Méthodes : Notre plateforme repose sur la maison intelligente de l'IUT de Blagnac (http://mi.iut-blagnac.fr) qui comporte plusieurs dispositifs pour permettre des interactions entre la maison intelligente et les utilisateurs finaux, à savoir : 1) des dalles tactiles : fixes (dans l'infrastructure) et des portables (tablette) ; 2) des haut-parleurs pour la synthèse vocale à partir de textes ; 3) un microphone pour de la commande vocale ; 4) une kinect pour la commande gestuelle. Un jeu de commandes accessibles (commandes des éclairages, volets, portes coulissantes, meubles mobiles ou bien encore le chauffage) est disponible au moyen d'un Web service et du bus domotique KNX. Cette interface permet de commander indifféremment l'ensemble des dispositifs présents sur la plateforme. Nous sommes en train d'étudier l'accessibilité et l'utilisabilité de deux techniques d'interaction a priori les plus « naturelles » pour les personnes âgées : la reconnaissance vocale et l'interaction tactile.

Résultats : Premièrement, nous avons procédé à la modélisation du langage de commande vocale sous l'environnement de Dragon Speaking Naturally pour contrôler l'environnement. Les premiers essais « empiriques » réalisés permettent de valider l'architecture de communication ainsi que la bonne performance de reconnaissance par une personne âgée. Deuxièmement, nous avons modélisé sous la forme d'un plan virtuel une interface de commande tactile : l'interaction se fait par pointage (doigt ou stylet). Par sélection de la pièce de la maison, l'utilisateur obtient la liste des capteurs d'environnement qu'il peut également actionner. Les premiers essais d'utilisation sont très concluants en raison du caractère métaphorique de la représentation du plan virtuel.

Conclusion : Des scénarii sont en cours d'élaboration par une équipe pluridisciplinaire (chercheurs en interaction homme–machine, réseau, ergonomie et une équipe clinique spécialisée dans la gériatrie) dans le cadre du projet ECAMI (étude de l'accessibilité de la maison intelligente) de Blagnac soutenu par la Maison des sciences de l'homme et de la société de Toulouse. Les scénarii étudiés représentent des situations où la personne âgée peut être en situation de danger (chute, recherche d'objets de la vie quotidienne, adaptation de l'environnement en fonction de sa localisation). Ces scénarii viseront à confirmer les résultats d'accessibilité de l'interaction vocale et tactile pour une population de personnes âgées avec un vieillissement normal dans un premier temps.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-18-07
Acceptabilité des tablettes numériques chez les personnes âgées

Y.-H. Wu[1,2], S. Damnee[1,2,*], H. Kerherve[1,2], F. Moulin[1,2], A.-S. Rigaud[1,2]
[1]*EA 4468, université Paris-Descartes, Paris, France*
[2]*Service Pr.-Rigaud, hôpital Broca, Paris, France*

Introduction : Les tablettes tactiles sont considérées comme plus faciles à utiliser par rapport à un ordinateur ou un portable traditionnel, du point de vue de la coordination directe entre la main et les yeux et du moindre besoin d'entraînement. Les tablettes pourraient faciliter l'accès à Internet et à un éventail de services (e.g. « e-santé »). Cependant, plusieurs problèmes liés à l'utilisabilité de l'écran tactile par les seniors ont été soulevés. Ainsi, les tablettes simplifiées, adaptées aux caractéristiques des personnes âgées, ont été mises sur le marché. Peu d'études ont investigué l'acceptabilité de ces tablettes par les seniors.

Objectifs : Cette étude vise à étudier l'acceptabilité chez les seniors de deux tablettes numériques : l'iPad (tablette ciblant tout public) et la Tooti Family (tablette Androïd simplifiée).

Méthodes : *Participants :* Au total, 14 personnes âgées volontaires ont été recrutées et réparties en deux groupes. Ils sont 13 femmes et un homme. La moyenne d'âge est de 78,5 ans. La plupart d'entre eux ont un diplôme supérieur au baccalauréat. Parmi ces sujets, huit l'utilisent quotidiennement ; un l'utilise une fois par semaine ; cinq ne l'ont jamais utilisé. Seulement deux personnes possèdent un Smartphone. *Procédure :* Les participants ont assisté à un « focus group » organisé et animé par deux modérateurs et un observateur comme suit. Après une introduction sur les tablettes en général (15 minutes), trois tablettes iPad et trois Tooti Family ont été remises aux participants qui ont dû effectuer une liste de tâches (ex. : écrire un mail, consulter la météo). À l'issue de la manipulation (60 minutes), les participants ont rempli pour chacune des deux tablettes un questionnaire d'acceptabilité, élaboré à partir du modèle d'acceptation de la technologie et du modèle de diffusion de l'innovation (10 minutes). Chaque item était coté de 0 (appréciation négative) à 4 (positive). Enfin, les modérateurs ont incité les participants à exprimer leurs opinions sur les deux tablettes ainsi que leur intention de les utiliser. Les deux questionnaires ont été analysés par le *t*-test sous SPSS, et la transcription des discussions a été analysée thématiquement.

Résultats : Les participants ont considéré pouvoir utiliser les deux tablettes avec peu d'entraînement et les ont trouvées assez agréables à utiliser. L'interface graphique était très claire pour les deux tablettes, mais ils ont plus apprécié celle de la Tooti Family ($t = 2{,}48$; $p = 0{,}028$). Aussi, ils ont perçu la Tooti Family comme plus utile ($t = 2{,}39$; $p = 0{,}038$). Cependant, pour les deux tablettes, les appréciations étaient médiocres concernant le prix et la valeur ajoutée par rapport à un ordinateur. Enfin, l'intention d'utiliser les deux tablettes était assez basse. Les analyses qualitatives ont montré que bien que la majorité des seniors ait trouvé la Tooti Family plus facile à utiliser, ils n'étaient pas tous attirés par cette tablette simplifiée, car elle ne permet pas l'ouverture du système (possibilités en termes de fonctionnalités et de capacité de stockage).

Conclusion : Dans la population de personnes âgées de cette étude, l'intention d'utiliser une tablette était basse, et cela était en partie lié à son coût jugé trop élevé et à un manque de valeur ajoutée par rapport à un ordinateur. Enfin, le choix d'une tablette simplifiée ou tout public dépend de leur simplicité d'utilisation et/ou de l'ouverture du système.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P6-18-08
Étude pilote des objets recherchés sur une population de 60 personnes âgées ambulatoires

B. Boudet[1,*], C. Fortin[2], T. Giacobini[1], C. Mollaret[3], I. Ferrane[3], F. Lerasle[4], P. Rumeau[1], Anr Contint Riddle
[1]*Laboratoire de gérontechnologie La-Grave, CHU de Toulouse, gérontopôle, UMR 1027 Inserm, université Toulouse-III, Toulouse, France*
[2]*Équipe spécialisée Alzheimer, alliance Sages-Adages, Blagnac, France*
[3]*IRIT UMR 5505, Toulouse, France*
[4]*LAAS CNRS, Toulouse, France*

Introduction : La perte d'objets génère des conflits entre les personnes âgées fragiles ou dépendantes et leur famille. Les traitements pharmacologiques ont une efficacité modérée. Le projet RIDDLE a pour objectif d'utiliser un robot compagnon pour aider des personnes âgées, handicapées ou non, à retrouver des objets. Si la bibliographie est relativement riche sur la conviction délirante de vol chez les patients Alzheimer, elle ne donne pas la liste des objets recherchés.

Objectifs : Définir les objets les plus pertinents à localiser dans le projet RIDDLE. Réaliser un contrôle qualité par un interrogatoire croisé et indépendant de couples patient et aidant principal.

Méthodes : Avec des patients de plus de 60 ans, MMSE compris entre 30 et 20. Soixante couples recrutés consécutivement soit sur le pôle ambulatoire du CHU de Toulouse, soit par l'équipe spécialisée Alzheimer de l'association Sages-Adages. Entrevue séparée avec la personne et l'aidant. Une première partie ouverte sur la recherche d'objets (existence et si oui : quels), puis questionnaire sur liste préétablie. Étude des résultats (bruts sur la population et en cas de pertinence de l'objet pour le patient) et comme contrôle la concordance des réponses entre patient et aidant.

Résultats : Soixante couples consécutifs ont été inclus en quatre mois, trois ont refusé de participer. Âge = 81 ± 7 ans ; MMSE : 24,7 ± 12,9 ; IADL : 10,92 ± 3,6. Soixante-douze pour cent des patients disaient rechercher des objets et 82 % des aidants ; leurs réponses concordaient dans 80 % des cas. Dans les réponses spontanées, les objets les plus cherchés sont : lunettes (19/60), clés (14/60) et papiers (13/60). Dans la liste : lunettes (31/60), porte-monnaie (28/60), clés de maison (27/60) et télécommande (21/60). Lorsque la personne utilise un objet, les lunettes sont cherchées dans 45 % des cas, les clés de maison dans 34 %, le téléphone portable apparaît et est cherché dans 31 % des cas, le porte-monnaie dans 26 % des cas, la canne dans 22 % des cas. À noter que la télécommande n'est cherchée que dans 19 % des cas. La téléalarme est cherchée dans 19 % des cas pour les aidants mais jamais pour les patients.

Conclusion : Les objets à détecter sont : lunettes, clés, porte-monnaie, téléphone portable, télécommande, canne. La question se pose pour la téléalarme. Pour le développement de la détection, il faut prendre en compte les objets les plus cherchés mais pour la mise en œuvre du service d'aide, il faudra adapter aux objets pertinents pour le patient et son entourage.

Conflit d'intérêt : B. Boudet : aucun, C. Fortin : aucun, T. Giacobini : aucun, C. Mollaret : aucun, I. Ferrane : aucun, F. Lerasle : aucun, P. Rumeau Subvention de : ANR Contint.

P6-18-09
Déploiement d'un service de levée de doute utilisant un robot compagnon selon la méthode du *true life lab*

B. Boudet[1], N. Vigouroux[2], M. Savoldelli[3], F. Nourhashemi[1], G. Fazekas[4], P. Rumeau[1,*]
[1]*Laboratoire de gérontechnologie La-Grave, CHU de Toulouse, gérontopôle, UMR 1027 Inserm, université Toulouse-III, Toulouse, France*
[2]*IRIT CNRS 5505, Toulouse, France*
[3]*GCS Télésanté Midi-Pyrénées, Toulouse, France*
[4]*NIMR, Budapest, Hongrie*

Introduction : La recherche gérontechnologique comporte : les essais techniques, le brainstorming (définition du besoin), les focus groups (affinage du besoin), le *living lab* (usages en environnement contrôlé) avant le passage à la production. Dans le *true life lab*, c'est le service qui est testé en environnement réel mais avec une surveillance rapprochée, à l'instar d'une phase II.

Objectifs : Dans AAL DOMEO, le robot Kompai®, Robosoft SA, était capable de se déplacer dans l'environnement du domicile, de répondre à une commande vocale, de proposer divers webservices dont une webconférence, il permettait une prise en main sécurisée à distance et une recherche à vue dans le domicile. Nous avons testé la faisabilité d'une levée de doute par l'aidant principal de son domicile.

Méthodes : Le service était de déployer en conditions réelles : par des personnels ayant un niveau de formation technique modéré, en s'adaptant aux contraintes architecturales et aux desiderata des usagers. Chez un couple de nonagénaires, avec handicap moteur et cognitif, vivant à leur domicile avec une fille, aidant principal vivant à 2 km et présente plusieurs fois. Les trois phases sont le déploiement du dispositif technique, la réalisation de tests scénarisés (selon une modélisation logique des éléments de service et de leurs liens fonctionnels), l'évaluation en situation de mise en production du service.

Résultats : Le déploiement suivait : acquisition de la carte, création des lieux d'intérêt dans la carte, paramétrage du logiciel d'interaction, définition des trajets, fonction d'évitement d'obstacle, mise en fonction de la station de recharge, connexion du bouton SOS avec une messagerie Internet et mise en place de la prise de main à distance. Quatorze problèmes ont été mis en évidence (depuis les surfaces réfléchissantes et baies vitrées empêchant la réalisation de la carte jusqu'au choix adéquat de la place de la station de charge) ; des solutions adaptées ont permis de passer aux tests scénarisés. Les tests scénarisés concernaient les différents modules fonctionnels (navigation, évitement d'obstacles, webconférence, commande vocale, usage du bouton SOS et prise de contrôle à distance) ; ils introduisaient les conditions locales, la dimension de service et les usagers. Ils étudiaient la robustesse des fonctions en donnant un taux d'erreur. Les taux d'erreurs observés, leur faible retentissement direct sur la sécurité des usagers, ont permis de mettre le service en production. Elle a montré que la levée de doute avec ce type de robot compagnon était réalisable, mais que la fiabilité restait insuffisante : sur six semaines de mise en production, le besoin d'utiliser le robot s'est fait sentir sept fois, le service a été rendu dans deux cas, un manque de qualité de service de la connexion 3G choisie pour le contrôle à distance du robot a été la principale cause d'échec du service. La durée de présence du robot au domicile a mis en évidence des éléments d'acceptabilité avec la peur causée par un dispositif humanoïde se déplaçant en parlant de façon inattendue, la présence d'une ventilation assimilée à une respiration maladive.

Conclusion : La méthode du *true life lab* a démasqué des difficultés à la mise en service qui auraient pu faire échouer une évaluation de son utilité et efficacité réelle. Avec une qualité de service Internet : un service de levée de doute avec un robot compagnon est possible. Nos résultats questionnent les études par focus group qui étaient en faveur de robots humanoïdes.

Conflit d'intérêt : B. Boudet : aucun, N. Vigouroux : aucun, M. Savoldelli : aucun, F. Nourhashemi : aucun, G. Fazekas : aucun, P. Rumeau : Subvention d'AAL Domeo ANR/CNSA.

P6-18-10
L'utilisation de tablettes tactiles par des personnes âgées vivant en logement social, une typologie des utilisateurs ? Le projet européen HOST

B. Boudin*, J. Sablier, L. Ben Ahmed, V. Rialle
Laboratoire AGIM, université Joseph-Fourier, La Tronche, France

Introduction : Les personnes âgées représentent une part importante des locataires des bailleurs sociaux. Cette population est particulièrement susceptible de subir la « fracture numérique » du fait de ses caractéristiques démographiques. Cela fait courir le risque d'un isolement des personnes âgées qui n'auraient pas la possibilité d'accéder aux réseaux informatiques, supports essentiels des nouvelles formes de socialisation (réseaux sociaux, communication visiophonique, messagerie électronique). Dans le cadre du projet européen HOST, des bailleurs sociaux de France, d'Italie et d'Angleterre ont cherché à concevoir les interfaces les mieux adaptées aux besoins de cette population en s'appuyant sur des méthodes de conception participative.

Objectifs : Les objectifs de cette étude sont de déterminer les profils des participants en utilisant une méthode automatique de classification.

Méthodes : Vingt-sept femmes et 14 hommes vivant en logement social, parlant et écrivant le français et âgés de plus de 55 ans (âge moyen = 71 ans, MMS moyen = 28) ont testé une tablette tactile équipée des deux applications du projet HOST pendant six mois. HOST organisation est un calendrier partagé, un agenda et propose des services (avis d'échéance de loyer, consommation d'eau). Le calendrier peut être synchronisé avec des services à domicile. HOST communication est un site Internet collaboratif de réseau social dont le concept

et les fonctionnalités ont été conçus de manière participative avec deux groupes de locataires. Les participants à l'étude ont été rencontrés avant de recevoir la tablette afin d'établir une ligne de base. L'entretien initial, sur lequel porte cette communication, évaluait le lien social, l'expérience des technologies, l'appréhension des nouvelles technologies et du projet en particulier, l'utilisation de la tablette et certaines variables sociodémographiques.

Résultats : La méthode employée est la classification ascendante hiérarchique qui peut être utilisée avec des variables continues et catégorielles. La logique de l'analyse est de classer les sujets dans des catégories chaque fois plus inclusives. Sur nos données, la classification fait apparaître trois groupes. Le premier est composé de 15 participants qui se caractérisent par leur confiance dans leur compétence informatique ainsi que par leur réussite dans l'utilisation de la tablette. Le deuxième groupe, constitué de 12 personnes, se démarque par les scores importants en solitude émotionnelle et à la question « Sortez-vous seul(e) ou accompagné(e) ? ». Il s'agit donc moins d'un manque dans le nombre des interlocuteurs que d'un manque de relations significatives. Le dernier groupe, avec 14 participants, se démarque par des appréhensions importantes par rapport au projet HOST et aux nouvelles technologies en général, ainsi que par leur très faible utilisation d'Internet. Ce groupe est composé des personnes à la retraite depuis le plus longtemps.

Conclusion : La gérontologie se caractérise par l'hétérogénéité de sa population, et l'approche en profils permet de saisir cette complexité. Les profils déterminés par la classification montreront leur intérêt une fois liés à l'utilisation ultérieure de la technologie et dans l'analyse fine des relations d'inclusion des sous-profils. L'analyse typologique présente l'intérêt de lier la puissance des analyses quantitatives avec la profondeur des approches qualitatives.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:180-189
DOI 10.1007/s12612-013-0344-8

P7-19 Oncogériatrie

© Springer-Verlag France 2013

P7-19-01
Maladie des agglutinines froides et gammapathie monoclonale : à propos de deux cas

J.-J. Lloveras*, M.I. Shukr, A. Lindoulsi, S. Salle, P. Grima
Hôpitaux de Luchon, Bagnères-de-Luchon, France

Introduction : L'hémolyse chez le sujet âgé s'accompagne parfois de la présence d'agglutinines froides ; le bilan étiologique peut amener au diagnostic d'hémopathie.

Objectifs : Nous rapportons l'histoire de deux patients présentant une hémolyse ayant conduit à la découverte d'un pic monoclonal.

Méthodes : *Cas n° 1 :* Un homme de 87 ans aux antécédents d'AIT, d'insuffisance cardiaque présente une pneumopathie. L'examen retrouve une cachexie, avec confusion et des lésions nécrotiques cutanées distales sans occlusion artérielle au doppler ; sur l'hémogramme sont notées une anémie (9,9 g Hb/100 ml) avec thrombopénie (91 000 Pq/mm^3) et présence d'agglutinines froides. Les LDH sont modérément élevées, l'haptoglobine normale, le test de Coombs direct positif avec absence d'anticorps anti-I ; il existe un pic monoclonal IgG kappa ; l'évolution est fatale malgré l'association de transfusions sanguines, d'antibiotiques et la corticothérapie. *Cas n° 2 :* Une patiente de 83 ans présente une histoire de troubles cognitifs modérés et une baisse de l'acuité visuelle avec thrombose de la veine centrale de la rétine. Après une hémiparésie droite transitoire, les examens morphologiques (scanner et angio-IRM) montrent seulement des hypersignaux dans la substance blanche. L'EEG est normal ; des lésions cutanées distales nécrotiques sont relevées. Sur l'hémogramme, sont notés : anémie (8,8 g Hb/100 ml), thrombopénie (88 000 Pq/mm^3) avec agglutinines froides, test de Coombs direct positif sans signe d'hémolyse intravasculaire ; sur l'électrophorèse des protides existe un double pic IgG kappa (20 g/l) et IgM kappa. Le myélogramme montre 12 % de plasmocytes anormaux ; un traitement par melphalan–prednisone est entrepris.

Résultats : L'agglutination des globules rouges par liaison des hématies aux autoanticorps est responsable des signes circulatoires et se produit dans les parties distales du corps pendant le refroidissement avec souvent hémolyse. Les critères du diagnostic de la maladie primitive sont l'hémolyse chronique, un titre d'agglutinines froides supérieur à 64 à 4 °C, un test de Coombs direct positif et l'absence de maladie maligne clinique ou radiologique. Dans ces deux cas, les anticorps anti-I et les cryoglobulines étaient absents, et dans le second cas, un syndrome d'hyperviscosité pouvait être évoqué. La fréquence de découverte d'un pic monoclonal approche 95 % lors de maladie des agglutinines froides, et il existe souvent un lymphome B ou un lymphome lymphoplasmocytaire sous-jacent. À l'inverse, en cas de gammapathie monoclonale, certaines études ont retrouvé jusqu'à 8 % des cas avec présence de ce type d'autoanticorps. Il semble ainsi justifié dans ces situations de rechercher l'existence d'une prolifération lymphocytaire associée par la réalisation d'une immunofixation et d'un myélogramme.

Conclusion : Un tableau d'hémolyse chronique chez le sujet âgé avec présence d'agglutinines froides est parfois lié à une prolifération lymphoplasmocytaire accessible au traitement.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-02
Enquête auprès des aidants naturels de patients âgés atteints d'un cancer reçus en consultation d'oncogériatrie

M. Hebben[1], M.-G. Depuydt[2], C. Gaxatte[2], F. Puisieux[2,*]
[1]*Service de médecine gériatrique, centre hospitalier de Douai, Douai, France*
[2]*Clinique de gérontologie, CHRU de Lille, Lille, France*

Introduction : Le cancer est passé du statut de maladie aiguë, rapidement mortelle, à celui de la maladie chronique largement prise en charge en ambulatoire. Le rôle de l'aidant principal en est considérablement changé. Les travaux concernant la maladie d'Alzheimer ont montré que l'aide informelle peut engendrer un sentiment de charge, avec d'importantes conséquences physiques, psychologiques, socio-professionnelles et financières. Il existe pourtant très peu de données dans la littérature sur l'aide informelle en oncogériatrie.

Objectifs : L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la charge objective et subjective (ou fardeau) des aidants familiaux en oncogériatrie. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer leurs besoins et leurs attentes, et de déterminer les facteurs de variabilité de leur fardeau.

Méthodes : L'étude était prospective, multicentrique, menée en consultation et hôpital de jour d'oncogériatrie. Un autoquestionnaire anonyme de 58 questions était remis aux aidants principaux accompagnant en consultation des patients âgés de plus de 70 ans atteints de cancer. Le questionnaire était distribué en consultation, rempli à domicile et retourné par voie postale.

Résultats : Quatre-vingt-cinq questionnaires ont été distribués, 42 aidants y ont répondu : 27 femmes et 14 hommes (une valeur manquante) d'âge moyen de 61,9 ans, constitués en majorité d'enfants de patients (26 enfants et dix conjoints). Dix-huit (45 %) apportaient une aide pluriquotidienne, sept (18 %) quotidienne, avec une moyenne de trois heures par jour. Dix-sept aidants (44 %) rapportaient un retentissement sur leur santé avec en particulier anxiété, tristesse, épuisement moral et fatigue. Dix (24 %) recouraient à des psychotropes, 19 (48 %) avouaient un recul des soins. Il existait un retentissement familial et sur les relations amicales chez respectivement 18 (44 %) et 19 (45 %) aidants. Vingt-quatre (59 %) rapportaient un retentissement sur leurs loisirs. Parmi les 19 aidants en activité, 14 (68 %) avaient dû aménager leur temps de travail. Treize aidants (31 %) avouaient des difficultés financières. Dix-neuf (54 %) souhaitaient davantage de répit,

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

26 (63 %) des aides supplémentaires de préférence humaines. Trente (73 %) désiraient davantage d'informations sur la maladie, 18 (43 %) sur la façon d'aider leur proche. Vingt et un aidants (52 %) souhaitaient bénéficier d'une écoute. Seize aidants de l'étude (38 %) exprimaient un sentiment de fardeau, qui était significativement associé au fait que le patient bénéficiait de l'APA, et à l'existence chez l'aidant d'un recul des soins, d'un manque de répit et d'un retentissement professionnel, financier, sur la santé, sur les loisirs, sur la vie familiale et les relations amicales.

Conclusion : Notre étude est l'une des premières en France consacrées à la charge qui pèse sur les aidants principaux de patients âgés atteints de cancer. Comparée aux résultats des études PIXEL dans la maladie d'Alzheimer, cette charge semble du même ordre, voire même supérieure par certains aspects. En oncogériatrie, la prise en charge des patients passe par l'aide aux aidants. Deux axes d'amélioration apparaissent essentiels : la mise en place d'un suivi médicopsychologique de l'aidant et le développement de soins de support.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-03
Lymphome splénique à lymphocytes villeux chez un homme de 91 ans

C. Marchand*, L. Hellouin De Menibus, F. Roca, M. Parrad, N. Ben Aicha, P. Chassagne
Médecine gériatrique, Rouen, France

Introduction : Le lymphome splénique à lymphocytes villeux (SLVL) est un syndrome lymphoprolifératif à cellules B caractérisé par une splénomégalie et la présence, dans le sang périphérique et la moelle osseuse, de lymphocytes atypiques avec des « projections » villeuses.

Objectifs : Nous rapportons un cas de lymphome splénique à lymphocytes villeux chez un homme de 91 ans.

Méthodes : Un homme de 91 ans sans antécédent consultait pour une asthénie et amaigrissement (10 kg en huit mois) associée à une dépendance.

Résultats : L'examen clinique révélait une splénomégalie mesurée à plus de 20 cm isolée. Les aires ganglionnaires étaient libres. L'hémogramme retrouvait une anémie normocytaire, une thrombopénie (36 G/l), un taux de lymphocytes de 2,12 G/l dont 47 % de lymphocytes atypiques présentant des villosités polaires. L'immunophénotypage sanguin mettait en évidence des lymphocytes B matures. Le scanner thoracoabdominopelvien confirmait la splénomégalie (25 cm de grand axe) sans adénopathie associée. Le myélogramme révélait une hyperplasie lymphoïde maligne majeure et la présence de lymphocytes avec villosités polaires (plus de 30 %). Ces constatations étaient retrouvées également sur l'analyse de la biopsie ostéomédullaire. On concluait à un lymphome malin B diffus à petite cellule de bas grade de localisation splénique et osseuse. La RCP (compte tenu de l'âge et de sa fragilité) ne retenait pas l'indication d'une splénectomie au profit d'un traitement par chloraminophène.

Conclusion : Il s'agit de l'observation d'un lymphome splénique à lymphocytes villeux, hémopathie surtout constatée chez les sujets âgés. Le diagnostic est cytologique avec présence de lymphocytes aux villosités bipolaires supérieurs à 30 %. Les marqueurs membranaires cellulaires sont ceux d'une cellule B mature. L'anémie et la thrombopénie sont constatées, dans moins de 15 % des cas rapportés, reliées à l'hypersplénisme. Cette affection fait partie des lymphomes de faible grade de malignité avec une survie à cinq ans de 78 %. Les traitements du SLVL sont l'abstention thérapeutique (pour les formes de bon pronostic), la splénectomie, l'irradiation splénique et la chimiothérapie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-04
Impact de la comorbidité sur la survie des patients âgés atteints d'un cancer

N. Denewet*, S. Higuet, B. Kennes
Gériatrie, CHU de Charleroi (site Vésale), Charleroi, Belgique

Introduction : Actuellement en plein essor, l'oncogériatrie est le fruit d'une étroite collaboration entre les équipes d'oncologie et de gériatrie. Deux grands phénomènes nous poussent à développer cette pratique : en outre, l'incidence progressive du cancer chez le patient âgé (en 2010, en Belgique, 47,5 % des cancers ont été diagnostiqués après 70 ans) et l'hétérogénéité de cette population âgée en termes de statut fonctionnel, comorbidités et fragilité. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) a prouvé son efficacité pour diminuer l'apparition de syndromes gériatriques, le déclin fonctionnel et l'institutionnalisation. Bien qu'elle ne soit pas encore validée en oncologie, l'EGS modifie la thérapeutique oncologique dans 15 à 20 % des cas. En analyse multivariée, les paramètres liés aux changements de décision sont les activités de la vie quotidienne et la malnutrition. Pourtant, en oncologie, la comorbidité est directement liée à la survie des patients, et le nombre de comorbidités augmente avec l'âge.

Objectifs : Notre étude vise à évaluer l'impact de la comorbidité et de l'état fonctionnel sur la survie des patients âgés atteints d'un cancer.

Méthodes : Nous avons inclus les données de patients atteints d'un cancer (nouveau ou récidive), hospitalisés et adressés à l'équipe de gériatrie pour une prise en charge pluridisciplinaire. L'EGS comprenait une évaluation fonctionnelle (échelles de Katz, Lawton et Karnofsky), nutritionnelle (MNA-SF), cognitive (MMSE) et un dépistage des troubles de la marche (test de Tinetti). La comorbidité a été évaluée par l'échelle de Charlson et le CIRS-G.

Résultats : Vingt-quatre patients ont été évalués par l'équipe gériatrique. L'âge moyen était de 82 ± 6 ans. Il y avait 12 hommes et 12 femmes, atteints d'un cancer du poumon (six), d'une néoplasie hématologique (cinq), d'un cancer colorectal (cinq), urothélial (trois), du sein (deux), du pancréas (un), de la peau (un) ou de l'ovaire (un). La majorité des patients était au stade IV du cancer. Tous les patients venaient du domicile. Vingt et un patients étaient à risque de dénutrition. Le Karnofsky moyen était de 70 ± 13 %. Les patients présentaient de légers troubles cognitifs : MMSE médian : 25/30 (min : 13 ; max : 29) et des troubles de la marche (Tinetti moyen : 14 ± 8/28). Les patients étaient polymédiqués (médiane : sept molécules par patient ; min : 1, max : 12). Le score médian de Charlson lié à l'âge était de 7 [3–12]. Selon le CIRS-G, le nombre de systèmes d'organes affectés s'étendait de quatre à dix (médiane : sept). La médiane des scores de comorbidité était de 16 [10–23]. Le taux de mortalité est de 58 %, les décès survenant essentiellement en cas de néoplasies pulmonaires ou hématologiques. La survie à trois mois atteignait 67 % tandis que la survie à six mois était effondrée à 37 %.

Conclusion : La population de cette étude se caractérise par une fragilité gériatrique, une polypathologie et polymédication, mais surtout par une atteinte oncologique avancée. Bien que les patients viennent tous du domicile et présentent, pour la plupart, peu de troubles cognitifs, leur profil oncogériatrique s'étend essentiellement du stade intermédiaire à sévère selon les critères de Balducci. L'étude est toujours en cours actuellement et de prochains résultats statistiques sont attendus pour mieux évaluer l'impact de la comorbidité sur la survie des patients âgés

atteints d'un cancer. Les futurs défis en oncogériatrie portent sur l'intégration du rôle du cancer dans les changements fonctionnels récents du patient et la description de critères de fragilité en oncologie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-05
Une cause inhabituelle d'AVC ischémique récidivant chez le sujet âgé

R. Hajji*, F. Derbali, N. Kammoun, M. Elleuch, S. Zribi, Z. Jallali
Service de médecine interne, hôpital régional de Sidi-Bouzid, Sidi-Bouzid, Tunisie

Introduction : Les accidents vasculaires cérébraux présentent un problème de santé publique. Les survenues chez le sujet âgé souvent multitaré sont marquées par des complications diverses sources de handicap important et de prise en charge délicate. En plus des facteurs de risque cardiovasculaire classique (diabète, HTA…), d'autres pathologies, comme les affections hématologiques, peuvent en être la cause. Nous rapportons une observation originale d'AVC ischémique récidivant révélant une thrombocytémie essentielle.

Objectifs : *Observation :* Un patient âgé de 76 ans, sans antécédents pathologiques, a présenté de façon brutale une hémiplégie droite à prédominance brachiofaciale. La TDM cérébrale a montré une lésion ischémique dans le territoire sylvien gauche. La glycémie, le bilan lipidique et le bilan rénal étaient sans anomalies. L'ECG, l'échographie-doppler des troncs vasculaires étaient normaux. Toutefois, la numération et formule sanguine a révélé une hyperplaquettose à $840 \times 10^3/\mu l$ sans anomalies des érythrocytes et des leucocytes. La biopsie ostéomédullaire a confirmé le diagnostic d'une thrombocytémie essentielle. Le patient a été traité par l'hydroxyurée (Hydrea®). L'évolution initiale était marquée par la récidive de l'AVC ischémique dans le même territoire après 15 jours du début du traitement. Le chiffre des plaquettes était à $760 \times 10^3/\mu l$. Après deux mois du traitement, le patient s'est amélioré gardant une légère hémiparésie et le chiffre des plaquettes a diminué de façon significative ($466 \times 10^3/\mu l$).

Résultats : *Discussion :* Les AVC représentent environ un tiers des manifestations thrombotiques des patients présentant une thrombocytémie essentielle. Les accidents ischémiques transitoires sont particulièrement fréquents, leur mécanisme présumé étant des désordres de la microcirculation. Les accidents ischémiques constitués sont rapportés chez 3 à 9 % des sujets, habituellement en rapport avec une occlusion de petits vaisseaux.

Conclusion : Les AVC récidivants chez le sujet âgé doivent faire chercher une étiologie surtout en absence de facteurs de risque cardiovasculaire. Les thrombocytémies essentielles peuvent être une de ces étiologies et son traitement peut améliorer l'évolution des AVC.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-06
Diarrhée profuse et hypokaliémie profonde révélant un VIPome chez une patiente de 82 ans

C. Godard-Sebillotte*, T. Basileu, L. Godaert-Simon, J.-L. Fanon
Service de médecine interne gériatrique, Fort-de-France, France

Introduction : Les tumeurs neuroendocrines sont une cause rare de diarrhée chez le sujet âgé. L'augmentation de leur incidence avec l'âge et les évolutions thérapeutiques récentes rendent leur connaissance importante. Nous rapportons un cas de VIPome diagnostiqué chez une patiente de 82 ans. Mme J. est hospitalisée suite à une perte de connaissance compliquée d'une chute, dans un contexte de diarrhée profuse évoluant depuis un mois associée à une perte de 10 kg en un mois. Dans ses antécédents on retrouve une incontinence urinaire, un canal lombaire étroit, une hypertension artérielle et une dyslipidémie. Son traitement habituel comporte : une association d'antihypertenseurs, un antispasmodique urinaire, un antiarthrosique et une supplémentation vitaminocalcique. L'examen clinique à l'entrée retrouve une asthénie, une hypotension artérielle, une désorientation temporospatiale et un zona ophtalmique.

Objectifs : Connaître les implications gériatriques des avancées thérapeutiques récentes en matière de tumeur neuroendocrine.

Méthodes : Cas clinique avec revue de la littérature.

Résultats : Le bilan biologique aux urgences retrouvait une hypokaliémie sévère à 1,5 mmol/l, une déshydratation extracellulaire avec insuffisance rénale fonctionnelle, une hypercalcémie à 3,20 mmol/l, une absence de syndrome inflammatoire, une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. L'électrocardiogramme retrouvait des signes d'hypokaliémie sévère. Le scanner thoracoabdominopelvien retrouvait un syndrome de masse développé aux dépens de la queue du pancréas de 7 cm de grand axe, d'allure tissulaire, vascularisé, hétérogène, avec nodules de carcinose péritonéale, épanchement périhépatosplénique et probables localisations secondaires hépatiques et pulmonaires. La biopsie pancréatique concluait à un aspect de carcinome endocrine bien différencié. La chromogranine A, la gastrine et le VIP étaient augmentés, respectivement à 143 ng/ml, 517 pg/ml, 157 ng/l. L'octréoscan retrouvait une hyperfixation isolée au niveau de la queue du pancréas. L'évolution clinicobiologique de la patiente a été favorable sous réhydratation, supplémentation potassique et introduction d'analogue de la somatostatine. L'évaluation oncogériatrique de la patiente retrouvait une fragilité modérée avec un index de Jones à 12. Elle présentait une fragilité sociale, nutritionnelle, une perte d'autonomie fonctionnelle, des troubles de la marche et de l'équilibre, et un possible trouble cognitif léger de type frontal. La patiente a été présentée en réunion de concertation pluridisciplinaire qui a retenu devant ce probable VIPome métastasé une prise en soin palliatif, avec réévaluations régulières par imagerie et poursuite du traitement par analogue de la somatostatine à visée antitumorale et antisécrétoire.

Conclusion : Le VIPome est une pathologie particulièrement rare. Au cours des dernières années, sa prise en charge a été révolutionnée par l'arrivée de nouvelles molécules de traitement comme les thérapies ciblées, mais aussi par la compréhension des effets antitumoraux des analogues de la somatostatine. Ainsi, bien que rare, cette pathologie concerne les sujets âgés et des alternatives thérapeutiques existent pour les sujets âgés fragiles.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-07
Recherche de facteurs associés à un décès précoce chez les patientes suivies pour un cancer de l'ovaire de stades III et IV

E. Le Fur-Musquer[1,*], F.-X. Piloquet[1], D. Berton-Rigaud[2], G. Berrut[1], L. De Decker[1]
[1]*Gériatrie, CHU de Nantes, Nantes, France*
[2]*ICO, Nantes, France*

Introduction : Le cancer de l'ovaire est un cancer rare dont l'incidence augmente avec l'âge. Les patientes âgées sont diagnostiquées à un stade

plus avancé et sont souvent moins traitées alors que les bénéfices attendus sont identiques. L'hypothèse émise repose sur l'existence d'une association entre les critères de l'évaluation oncogériatrique et le décès précoce des patientes suivies pour un cancer de l'ovaire métastatique.

Objectifs : Définir l'existence de facteurs gériatriques et oncologiques associés à un risque de décès précoce chez les patientes suivies pour un cancer de l'ovaire métastatique.

Méthodes : Étude rétrospective et observationnelle s'intéressant aux patientes ayant présenté un cancer de l'ovaire métastatique et ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique entre 2007 et 2012 au CHU de Nantes. Nous avons comparé les caractéristiques gériatriques et oncologiques des patientes décédées de façon précoce, soit dans les six mois suivant leur première consultation avec l'oncologue, avec les caractéristiques des autres patientes.

Résultats : Au total, 29 dossiers de patientes ont été colligés. Les patientes étaient âgées de 74 à 93 ans. Les patientes étaient polypathologiques avec un score CIRS-G à 9,7 en moyenne. 58,6 % des patientes étaient dénutries. Le MMS moyen était de 25,2. 41,4 % des patientes présentaient une dépendance pour les ADL et 69 % pour les IADL. Les tumeurs étaient classées stade III dans 86,2 % et stade IV dans 13,8 %. Une ascite était présente dans 86,2 %. 24,1 % des patientes ont bénéficié de plusieurs lignes de chimiothérapies successives. Trente et un pour cent des patientes ont pu avoir une chimiothérapie complète. Vingt (69 %) patientes sont décédées pendant la période de suivi dont dix (34,5 %) dans les six mois suivant la première consultation avec l'oncologue. Parmi les critères examinés lors de la comparaison entre les patientes décédées précocement et les autres patientes, les deux statistiquement significatifs sont le risque de dénutrition évalué par un MNA inférieur à 17 et un avis défavorable de l'équipe mobile de gériatrie. Les comorbidités, mesurées à l'aide du CIRS, n'étaient pas associées à un risque de décès précoce.

Conclusion : L'évaluation par une équipe d'oncogériatrie reposant sur une évaluation gériatrique standardisée permet de repérer les patients fragiles à risque de décès prématuré ou de complications précoces chez les patientes suivies pour un cancer de l'ovaire métastatique.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-08
Personne de confiance et information médicale chez les patients âgés atteints de cancer

G. Varnier[1,*], E. Paillaud[1], E. Liuu[1], F. Canouï-Poitrine[2], P. Caillet[1]
[1]Médecine interne et gériatrie, AP–HP, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France
[2]Santé publique, AP–HP, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France

Introduction : La notion de personne de confiance introduite par la loi du 4 mars 2002 reste encore mal connue des patients et notamment des personnes âgées.

Objectifs : Le but de cette étude était de préciser la connaissance de la personne de confiance dans la population âgée atteinte de cancer, ainsi que le niveau et la qualité d'information que les patients âgés souhaitaient recevoir et avaient reçu concernant leur maladie.

Méthodes : Une étude observationnelle, prospective et descriptive, a été réalisée à l'aide d'un questionnaire semi-directif lors de la consultation d'oncogériatrie chez des patients âgés de 70 ans et plus atteints de cancer.

Résultats : Au moment de l'étude, 4,9 % des patients avaient déjà désigné officiellement une personne de confiance, 50,4 % déclaraient savoir ce qu'était une personne de confiance alors que seuls 29,4 % donnaient une définition exacte. Après information, 46,3 % des malades souhaitaient désigner une personne de confiance. Un parent était choisi dans plus de 90 % des cas (enfant, conjoint, autre membre de la famille). Concernant l'information médicale reçue, les patients estimaient que cette dernière était suffisante dans 73,8 % des cas et claire dans 82,5 % des cas. Près de 90 % des personnes malades souhaitaient être informées de leur état de santé si celui-ci était jugé critique et 70 % demandaient à ce que leur consentement soit recherché avant toute décision médicale.

Conclusion : Notre étude a confirmé que l'information sur les modalités de désignation et les missions de la personne de confiance étaient mal connues des patients âgés atteints de cancer. Ceux-ci souhaitaient connaître la vérité sur leur état de santé s'il était jugé critique. Ils désiraient également participer à la décision médicale dans 70 % des cas. La grande majorité des personnes âgées interrogées s'estimait satisfaite de l'information médicale reçue concernant la prise en charge de leur pathologie cancéreuse.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-09
Cancer de prostate chez le sujet âgé : faisabilité des traitements proposés

P. Caillet[1,*], S. Sebbagh[2], J.-L. Lagrange[3], E. Liuu[1], C. Tournigand[2], S. Culine[4], E. Paillaud[1], ELCAPA Study Group
(oncologues : S. Culine, C. Tournigand, M. Chaubet – radiothérapeutes : J.-L. Lagrange – gériatres : P. Caillet, M. Laurent, E. Liuu, E. Paillaud, H. Vincent – épidémiologistes : F. Canouï-Poitrine, S. Bastuji-Garin – pharmaciens : M. Car)
[1]Médecine interne et gériatrie, AP–HP, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France
[2]Oncologie médicale, AP–HP, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France
[3]Radiothérapie, AP–HP, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France
[4]Oncologie médicale, AP–HP, hôpital Saint-Louis, Paris, France

Introduction : La tolérance des traitements anticancéreux du cancer de la prostate et de leur association reste insuffisamment décrite chez les patients les plus âgés.

Objectifs : Évaluer la faisabilité des traitements proposés dans le cancer de la prostate chez des hommes âgés de 70 ans.

Méthodes : Étude descriptive rétrospective ayant inclus 69 patients âgés de 70 ans et plus adressés en consultation d'oncogériatrie pour une évaluation globale dans le cadre de la prise en charge thérapeutique anticancéreuse. Données recherchées : données démographiques, de l'évaluation gériatrique standardisée, sur la pathologie cancéreuse, son stade évolutif et les traitements proposés, avec recherche de la tolérance et du fait de réaliser ou non le plan de traitement anticancéreux initialement proposé.

Résultats : Au total, 69 patients de 77 ans d'âge médian (70–93 ans) ont été inclus. Ils étaient atteints d'adénocarcinome de prostate pur dans 98,6 % des cas, avec un PSA médian au diagnostic de 12,7 ng/ml (1,3–400) et un score de Gleason médian à 7 (6–10). Onze patients (16,4 %) présentaient une atteinte métastatique au diagnostic. Seuls 22 patients avaient un statut ECOG supérieur ou égal à 2 (31,9 %). L'évaluation gériatrique a révélé que 27,5 % des malades vivaient seuls à domicile ($n = 19$), avaient une perte d'autonomie pour une activité de base de la vie quotidienne ou plus dans 26,1 % des cas ($n = 18$) et un risque de chute dans 44,9 % des cas ($n = 31$). Un statut nutritionnel altéré concernait 31,9 % des patients ($n = 22$). Une altération de l'état

cognitif et un syndrome dépressif étaient présents respectivement dans 17 et 19,4 % des cas. L'hypertension artérielle et l'insuffisance rénale constituaient les deux principales comorbidités retrouvées, dans 58 et 44,6 % des cas. Parmi les patients, 19 (27,5 %) ont eu une prise en charge chirurgicale : 13 par prostatectomie radicale (68,4 %) et six par résection endoscopique (31,6 %), avec une seule complication (une sténose anastomotique après prostatectomie). Quarante-deux patients ont été traités par radiothérapie. Le traitement initialement prévu a pu être réalisé en totalité dans 92,9 % des cas (39/40), avec une toxicité aiguë chez 26 patients (68,4 % ; 26/38), majoritairement de grades I et II (95,8 % ; 23/24). Parmi les 51 patients avec une indication d'hormonothérapie en première ligne, 18 patients (36 %) ont reçu une bithérapie, pour une durée médiane d'un an (0,2–6,3 ans). Au maximum, quatre lignes d'hormonothérapie par patient ont été proposées et aucun problème de tolérance n'a été rapporté. Parmi les 17 patients (25,8 %) avec une indication de chimiothérapie, seuls sept patients (41,2 %) ont reçu la totalité du traitement initialement prévu et cinq malades ont présenté des toxicités de grade III ou IV (29,4 %). Seuls quatre patients ont eu une seconde ligne de chimiothérapie et un seul a pu recevoir le traitement prévu (25 %). Lors du recueil des données, 27 patients étaient en rémission (52,9 % ; 27/51), 16 étaient en progression (30,2 % ; 16/53), 16 étaient encore en cours de traitement (30,8 % ; 16/52) et 17 étaient décédés (31,5 % ; 17/54). Le délai moyen entre le diagnostic et le décès était de 5,7 ± 5,9 ans.

Conclusion : Dans la population étudiée, la réalisation en intégralité du traitement chirurgical et/ou de la radiothérapie et/ou de l'hormonothérapie était possible dans la majorité des cas, sans toxicité majeure. En revanche, la chimiothérapie ne pouvait être réalisée en intégralité que moins d'une fois sur deux.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-10
Comorbidités et traitement de référence du cancer du sein

A.S. Boureau[1,*], F.X. Piloquet[1], E. Bourbouloux[2], G. Berrut[1], L. De Decker[1]
[1]*Service de gériatrie, CHU de Nantes, Nantes, France*
[2]*Centre René-Gauducheau, Nantes, France*

Introduction : Le cancer du sein est la première cause de décès par cancer en Europe. Son incidence augmente avec l'âge. Or, les patientes âgées sont moins susceptibles de recevoir chacune des modalités thérapeutiques (chirurgie et/ou radiothérapie et/ou chimiothérapie et/ou hormonothérapie) en particulier lorsqu'elles ont de nombreuses comorbidités. Ces comorbidités, pathologies intercurrentes qui interagissent au cours de la prise en charge d'une pathologie cible, peuvent être mesurées par plusieurs échelles, selon l'organe atteint ou leur sévérité.

Objectifs : Le but de notre étude a donc été de déterminer si le fardeau des comorbidités mesuré par la CIRS-G était associé au traitement de référence du cancer du sein chez les patientes âgées.

Méthodes : Les femmes âgées de 70 ans et plus, évaluées par les gériatres dans le cadre de la prise en charge initiale d'un cancer du sein, ont été rétrospectivement incluses de 2008 et 2011 à l'hôpital de Nantes. Les données suivantes ont été enregistrées lors de l'évaluation gériatrique standardisée : l'âge, le risque de chute mesuré par le Timed Get Up and Go Test, le risque de dépression mesuré par la mini-GDS, le statut fonctionnel mesuré par l'ADL, les troubles cognitifs mesurés par le MMS et le risque de malnutrition mesuré par le MNA. Le fardeau de comorbidité a été évalué avec l'échelle de CIRS-G. Son principe est de classer les comorbidités par organe puis d'évaluer leur sévérité de 0 à 4. Indépendamment, un oncologue a comparé le traitement reçu par les patientes avec les recommandations actuelles.

Résultats : Quatre-vingt-neuf femmes ont été incluses dans cette étude (âge moyen : 80,4 ± 4,9 ans). Soixante-trois femmes (70 %) ont reçu le traitement standard. Les analyses multivariées ont montré que la présence de troubles cognitifs (OR = 0,1 ; p = 0,001) et de malnutrition (OR = 4,9 ; p = 0,03) était associée au fait de ne pas recevoir le traitement standard. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes pour la CIRS-G.

Conclusion : Nos résultats sont cohérents avec les études antérieures qui avaient montré que la radiothérapie ou la chimiothérapie étaient moins pratiquées si les patients présentaient des troubles cognitifs. Toutefois, la particularité de notre étude est de montrer que le déclin cognitif est significativement associé au fait de ne pas recevoir un traitement de référence, conforme aux recommandations et aux caractéristiques des tumeurs. Le fardeau de comorbidité évalué avec l'échelle de CIRS-G, mesurant la sévérité des comorbidités, n'était pas associé à un traitement optimal dans notre étude, à la différence d'études précédentes où il était évalué par le score de Charlson, mesurant le nombre de comorbidités.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-11
Faut-il un dispositif d'annonce du cancer adapté à la gériatrie ?

M. Nierga[1,*], C. Cluzel[2], E. Dumond-Pougnier[3], V. Espagne[4], V. Mactoux[3], J. Bohatier[3], A. Yennoune[4], A.-C. Fouilhoux[5], M.-A. Mazen[5], H. Guimard[5], D. Tetevide[5], P. Ledieu[1], T. Baudenon[3], M.-L. Ollier[3]
[1]*Puy-de-Dôme, CSG, centre hospitalier Guy-Thomas, Riom, France*
[2]*Puy-de-Dôme, SSR, centre hospitalier Guy-Thomas, Riom, France*
[3]*Puy-de-Dôme, CSG, CHU, Clermont-Ferrand, France*
[4]*Puy-de-Dôme, SSR, CHU, Clermont-Ferrand, France*
[5]*Puy-de-Dôme, médecine polyvalente, Riom, France*

Introduction : La mesure 40 du Plan cancer 2003–2007 propose un dispositif d'annonce organisé dont les services non spécialisés en oncologie paraissent peu familiers. Alors qu'un tiers des cancers concernent les patients de plus de 75 ans, il existe peu de référentiels concernant l'annonce de cancer chez le sujet âgé.

Objectifs : Étudier les postulats suivants : le « Dispositif d'Annonce » du Plan cancer n'est pas familier des services gériatriques ; le sujet âgé reçoit une moins bonne information que le sujet jeune ; il existe des difficultés des médecins et/ou des familles face à cette information, en particulier en présence de troubles cognitifs ; la traçabilité de l'information sur le cancer est insuffisante surtout chez le sujet âgé.

Méthodes : Étude rétrospective sur huit mois portant sur la traçabilité de l'annonce du cancer dans les comptes rendus d'hospitalisation. Audit interrogeant les habitudes et les difficultés de 30 médecins concernant la question de l'annonce de cancer chez les sujets âgés de plus de 75 ans. Étude prospective multisite sur 19 semaines, portant sur 34 patients inclus selon le critère suivant : « Annonce diagnostique de découverte d'un cancer, ou annonce de récidive ou de complications d'un cancer connu, pour un patient âgé de 75 ans et plus ». Le travail a porté à la fois sur l'étude des dossiers patients, l'analyse de questionnaires d'annonce remis aux médecins et aux infirmières, ainsi que sur l'entretien postannonce des patients inclus.

Résultats : L'étude rétrospective confirme que l'annonce est moins bien tracée dans les comptes rendus d'hospitalisation des sujets de

75 ans et plus (33 contre 54 % pour les plus jeunes). Le questionnaire préalable révèle que l'annonce du diagnostic de cancer chez le sujet âgé est une problématique récurrente alors que les services ne disposent pas de procédure d'annonce formalisée. Les médecins n'annoncent pas toujours le diagnostic, principalement du fait de troubles cognitifs, et rencontrent régulièrement des difficultés. Dans l'étude prospective, l'annonce de cancer s'est présentée en moyenne une fois par service et par mois. Le diagnostic anatomopathologique n'est connu que pour 50 % des patients. L'annonce a été réalisée dans 83 % des cas et a eu lieu le matin lors de la visite, dans la chambre du patient, a duré autour de 15 minutes. Le patient a été informé en présence de deux à trois personnes en moyenne. Dans le cas de chambre double, le voisin a assisté à l'annonce plus d'une fois sur deux. Le mot cancer est cité pour 70 % des annonces. Une prise en charge psychologique a été proposée pour 50 % des patients. Quatre-vingt-huit pour cent des patients se sentent bien informés. L'existence de troubles cognitifs sévères a pu conduire le médecin à ne pas réaliser l'annonce, ou au contraire a facilité l'annonce. La famille a été informée du diagnostic avant le patient dans un cas sur cinq. La réalisation d'un entretien IDE postannonce n'est pas une pratique courante dans ces services, et les infirmières souhaiteraient être formées à cette pratique. La moitié des courriers de sortie mentionnait l'annonce faite au patient : la sensibilisation des médecins a permis une amélioration significative de la traçabilité.

Conclusion : Notre étude a mis en évidence la nécessité d'améliorer les conditions de l'annonce de cancer dans les services de gériatrie. Il semble indispensable de s'appuyer sur le dispositif d'annonce du Plan cancer, mais les spécificités de la population gériatrique justifieraient des adaptations et la poursuite d'une réflexion sur ce sujet.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-12
Les syndromes gériatriques majorent le risque nutritionnel chez les patients âgés cancéreux, indépendamment du site tumoral et du statut métastatique : étude de cohorte ELCAPA-05

E. Liuu[1,*], P. Caillet[1], M. Laurent[1], A. Le Thuaut[2], H. Vincent[3], A. Raynaud-Simon[4], S. Bastuji-Garin[2], C. Tournigand[5], F. Canoui-Poitrine[2], E. Paillaud[1]
[1]*Département de médecine interne et gériatrie, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France*
[2]*Service de santé publique, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France*
[3]*Service de médecine gériatrique, hôpital Paul-Brousse, Villejuif, France*
[4]*Service de gériatrie, hôpital Bichat, Paris, France*
[5]*Service d'oncologie médicale, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France*

Introduction : La dénutrition est une complication fréquente du cancer, et un facteur de risque majeur lors de la prise en charge du sujet âgé cancéreux.

Objectifs : Étudier la prévalence de dénutrition, et les facteurs de risque chez le patient âgé atteint de cancer.

Méthodes : Étude de cohorte prospective de patients âgés de 70 ans et plus, présentant un cancer solide, évalués dans deux unités oncogériatrique, entre 2007 et 2010. La nutrition était évaluée à l'aide du Mini-Nutritional Assessment (MNA) avec une valeur seuil validée (< 17 : mauvais état nutritionnel, 17–23,5 : risque nutritionnel). Les patients atteints de cancers digestifs (colorectal, haut appareil digestif et foie) et les autres cancers (sein, prostate, appareil urinaire) étaient analysés séparément, au recours d'une régression logistique multinomiale.

Résultats : Parmi 643 patients consécutifs, 519 avaient des données complètes (âge médian : 80 ans ; hommes : 48,2 % ; statut métastatique : 46,3 % ; cancers digestifs : 47,8 %). Dans le groupe des cancers autres que digestifs, 13,3 % étaient dénutris, contre 28,6 % dans le groupe des cancers digestifs. L'association entre le statut métastatique et la dénutrition était significativement plus élevée dans le groupe des cancers non digestifs (odd ratio ajusté [OR_a] : 25,25 ; IC 95 % : [5,97–106,8]) que dans le groupe des cancers digestifs (OR_a : 2,59 ; [1,08–6,24] ; *p* d'hétérogénéité = 0,04). Les autres facteurs indépendants significativement associés à la dénutrition étaient : 1) le trouble cognitif ($OR_{a\ MMSE \leq 24\ vs\ MMSE > 24}$ dans les cancers non digestifs : 16,68 ; [4,89–56,90], et dans les cancers digestifs : 3,93 ; [1,34–11,50]) ; 2) le trouble thymique ($OR_{a\ MiniGDS \geq 1\ vs < 1}$ dans le groupe « non digestif » : 11,11 ; [3,32–37,17], et dans le groupe « digestif » : 3,25 ; [1,29–8,15]) ; 3) le risque de chutes ($OR_{a\ risque\ de\ chutes\ vs\ absence\ de\ risque}$ dans le groupe « non digestifs » : 4,68 ; [1,77–12,37], et dans le groupe « digestif » : 100 % des patients dénutris étaient à risque de chutes).

Conclusion : Cette étude révèle une forte prévalence, chez les sujets âgés cancéreux, de dénutrition et que les syndromes gériatriques (tels que le trouble cognitif, le trouble thymique et le risque de chutes) sont des facteurs de risque indépendants de dénutrition. De plus, l'association entre le statut métastatique et la dénutrition est significativement plus forte dans les cancers non digestifs, comparés aux cancers de l'appareil digestif.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-13
Impact de l'évaluation approfondie et du suivi gériatriques sur la survie, l'état fonctionnel et nutritionnel des patients âgés atteints d'un cancer ORL (EGéSOR) : un essai randomisé contrôlé multicentrique

E. Paillaud
Groupe hospitalier Mondor, Créteil, France

Introduction : L'allongement de la durée de vie s'accompagne d'une augmentation des cancers chez le sujet âgé. Le pronostic des cancers des VADS reste médiocre : seul un patient sur deux est vivant à cinq ans. Dans la population des personnes âgées de 75 et plus, la survie est encore plus basse, de l'ordre de 20 %. Cette inégalité de survie dans ce cancer peut s'expliquer par la présence de comorbidités associées, chez le sujet âgé, d'un refus plus fréquent du traitement standard ou le choix par les médecins d'un traitement suboptimal par crainte des toxicités. Une évaluation gériatrique approfondie (EGA) et un suivi gériatrique, dont l'utilité a été démontrée chez le sujet âgé non cancéreux, pourraient permettre de guider la décision thérapeutique grâce à une meilleure évaluation des réserves fonctionnelles du patient et de sa capacité à supporter le traitement. Nous postulons que l'EGA, et le suivi gériatrique, pourrait également améliorer l'état fonctionnel, l'état nutritionnel et in fine la survie et/ou la qualité de vie de ces patients par un suivi médical personnalisé au cours et après la chirurgie et/ou la radiothérapie et/ou la chimiothérapie, avec adaptation des traitements et prise en charge des comorbidités et/ou des complications.

Objectifs : *L'objectif* principal est d'évaluer l'impact de l'EGA et du suivi gériatrique sur la survie et l'état fonctionnel et nutritionnel des patients âgés de 70 ans ou plus atteints d'un cancer des VADS. Les principaux objectifs secondaires sont d'évaluer l'impact de l'EGA et

du suivi gériatrique sur la décision de traitement, les toxicités/complications des traitements, la survie sans progression et la qualité de vie.

Méthodes : Il s'agit d'un essai randomisé contrôlé en deux groupes parallèles, multicentrique (neuf services d'ORL franciliens). Dans le groupe expérimental, les patients auront, en plus de la prise en charge habituelle, une EGA initiale et un suivi gériatrique. Le critère de jugement principal est un critère composite associant le décès, la perte d'autonomie (perte de deux points ou plus du score d'Activity of Daily Living [ADL]) et la dénutrition à six mois. Les principaux critères secondaires sont la décision de traitement, les toxicités/complications des traitements, la survie sans progression et la qualité de vie à six mois, un et deux ans. Seront inclus tous les patients de 70 ans ou plus ayant une lésion macroscopique évocatrice d'un cancer ORL et acceptant de participer à l'étude. Pour mettre en évidence une réduction du critère de jugement principal de 10 %, le risque de base de survenue de ce critère de jugement étant de l'ordre de 30 %, avec un risque α de 5 %, un risque β de 20 % et un pourcentage total de 10 % de perdus de vue, il sera nécessaire d'inclure 704 patients. L'étude a été sélectionnée à l'appel d'offres de l'Institut national du cancer 2012 « Projets libres de recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique » ; les autorisations réglementaires sont en cours d'obtention, l'étude devrait démarrer courant 2013.

Résultats : *Résultats attendus :* Cet essai devrait permettre de démontrer l'utilité de l'EGA et du suivi gériatrique comme modèle innovant de prise en charge des patients âgés atteints d'un cancer ORL. Les référentiels de prise en charge seront alors modifiés en conséquence et la collaboration médecins gériatres–ORL sera alors recommandée et diffusée.

Conclusion : Premier essai randomisé évaluant l'impact de l'EGA chez les sujets âgés atteints d'un cancer ORL.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-14
La prise en charge des plaies tumorales évoluées en oncogériatrie

F. Rollot[1,*], I. Fromantin[2]
[1]*Soins de support, oncogériatrie, Paris, France*
[2]*Soins support-plaie cicatrisation, institut Curie, Paris, France*

Introduction : Les lésions tumorales sont des plaies considérées comme complexes même en dehors du contexte gériatrique. Les symptômes induits par ces plaies (odeurs, écoulements, douleurs, hémorragie) sont parfois difficilement contrôlables et impactent le quotidien du patient déjà affaibli par la maladie et les traitements anticancéreux. Lorsqu'elles surviennent chez les sujets âgés, ces plaies doivent être prises en charge avec attention, afin de prévenir tant que possible des complications locales et générales.

Objectifs : Limiter les inconforts et complications liés à la présence d'une plaie tumorale évolutive chez le sujet âgé.

Méthodes : Réflexion pluridisciplinaire autour de cas cliniques.

Résultats : L'application de topiques et techniques de soins appropriés (ex. : gel de morphine, pansements humides), associée à des traitements et soins de supports spécifiques (ex. : radiothérapie à visée hémostatique) et une prise en charge gériatrique globale permettent de proposer aux patients et à leur entourage des options thérapeutiques (palliatives ou curatives) adaptées, qui prennent en compte les comorbidités et facteurs de fragilité. Une vigilance toute particulière est apportée aux patients déments porteurs de plaies dites « négligées », davantage exposés à certains risques (ex. : hémorragies, décompensation de pathologies associées, répulsion liée aux odeurs, isolement).

Conclusion : La réunion de plusieurs compétences contribue à pallier au mieux aux inconforts liés à ce type de plaies plus ou moins invalidantes. Néanmoins, des travaux de recherche pourraient être développés afin d'améliorer les stratégies thérapeutiques sur des symptômes ciblés (ex. : démangeaison intense, douleurs), de documenter ces plaies dans cette population et de sensibiliser les médecins/soignants de proximité à cette problématique.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-15
Jusqu'où aller dans la prise en charge d'un cancer chez un patient âgé ?

T.T. Cudennec*, S. Moulias, A. de Malherbe, L. Aubert, L. Teillet
Médecine gériatrique, CHU Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt, France

Introduction : À la question de savoir jusqu'où aller dans la prise en charge d'un cancer chez un patient âgé, il est nécessaire de connaître les enjeux démographiques et économiques, indispensable de renseigner les évaluations oncologiques et gériatriques. Il est également essentiel de ne pas omettre certains principes éthiques.

Objectifs : Lors du diagnostic et de la réalisation du bilan d'extension, l'évaluation gériatrique trouve une place évidente. Elle permet d'identifier les sujets fragiles, de détecter et d'estimer la sévérité des comorbidités, de connaître l'autonomie fonctionnelle du patient, d'évaluer le risque d'iatrogénie et de renseigner les modalités de maintien à domicile.

Méthodes : Fort de ces informations, une prise en charge oncogériatrique peut être envisagée, après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire. L'évaluation pourra être influencée par les choix thérapeutiques, en insistant sur la tolérance prévisible du patient à un geste chirurgical ou à une chimiothérapie. Le patient doit continuer à occuper la place centrale de cette prise en charge et il doit être l'interlocuteur privilégié. Il doit être correctement informé, et son consentement doit être recherché par les praticiens. Il est usuel d'insister en médecine gériatrique sur le fait de favoriser la qualité de vie à la quantité de vie. Cependant, certaines études apportent des informations contradictoires.

Résultats : L'éthique est au goût du jour et elle passionne autant qu'elle irrite. Il semble intéressant de l'utiliser pour analyser la question posée. Plusieurs éléments de réponses existent dans la question elle-même. Tout d'abord le patient est cité, il est un des acteurs de la réponse, si ce n'est l'acteur principal, porteur de sa maladie, de son âge et de son histoire propre. Ensuite, il y a la notion de limite : jusqu'où implique à la fois une absence de normes et la nécessité d'en créer, ou pas. Enfin, il y a les deux mots clés, qui stigmatisent les peurs modernes : cancer et âge. Pour que la réflexion soit cohérente, il faudrait ajouter « aujourd'hui » à la question. L'éthique nécessite en effet de poser un cadre de réponse, en définissant les points fondamentaux : où, quand, avec qui ? Cette réflexion prend cadre en 2012 en France. Les acteurs, qui y interagissent, sont au nombre de trois : la société dans laquelle nous vivons, les professionnels du soin et les patients. Si cette question se pose, c'est qu'il existe une tension éthique entre ces trois acteurs, tension qui fait qu'il n'y a pas de réponse évidente à cette question et que toute réponse rapide ou simple est forcément incomplète.

Conclusion : Il est important de se positionner dans le cadre de la loi et de son application, avec un patient informé de son état, secondé de sa personne de confiance et ayant exprimé ses valeurs propres. En absence de stratégie établie pour l'âge, l'étude de la balance bénéfice/risque de toutes ses pathologies, carcinologiques ou non, primera dans le choix thérapeutique. Ce dernier devra être concerté au mieux entre plusieurs professionnels, dont un cancérologue et un gériatre, et le patient et/ou sa personne de confiance. Ainsi, il n'y a pas de réponse générale mais une analyse nécessaire au cas par cas, en laissant une grande liberté aux choix du patient. Il n'y a pas aujourd'hui de raison morale ou économique de priver un patient d'une telle réflexion.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-16
Intérêt des évaluations psycho-oncologiques en hôpital de jour (HDJ) d'évaluation gériatrique

F. Javet[1,*], M. Boucharlat[2], N. Zerhouni[2], P. Couturier[2]
[1]*Université Pierre-Mendès France, Grenoble, France*
[2]*CHU Albert-Michallon, Grenoble, France*

Introduction : La prévalence de la pathologie néoplasique est importante chez la personne âgée et augmente avec l'âge. Ce constat souligne la nécessité de mieux connaître les spécificités de la psycho-oncologie des sujets âgés pour mieux répondre aux besoins de soins et d'accompagnement de ces populations fragiles.

Objectifs : Le but de cette étude est de montrer l'intérêt et les spécificités de l'évaluation psychologique de sujets âgés atteints de cancer lors de l'évaluation oncogériatrique réalisée en HDJ d'évaluation gériatrique.

Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée sur une période de six mois, à partir d'une activité d'évaluation psycho-oncologique en HDJ gériatrique. Parmi les 201 patients admis durant cette période, 27 patients atteints de cancer ont été adressés dans le cadre d'une évaluation gériatrique approfondie (EGA) au regard de leur score à l'échelle G8 Oncodage. Vingt-six personnes âgées ont pu bénéficier d'une évaluation psycho-oncologique au cours de l'EGA qui précède la réunion de concertation pluridisciplinaire. L'âge moyen est de 83 ans, avec une majorité de femmes (58 %). Les évaluations ont été menées selon un entretien semi-directif. Ce dispositif est à la fois un outil de diagnostic psychopathologique et un outil de thérapeutique qui permet : 1) d'accéder aux représentations du patient, à sa compréhension de sa situation ; 2) de préciser ses antécédents ; 3) d'évaluer sa souffrance psychique et ses ressources internes dans son rapport singulier à la maladie et au traitement ; 4) de repérer d'éventuels facteurs de vulnérabilité psychologique ou des événements de vie significatifs afin d'éclairer des aspects de la dynamique subjective pouvant influer sur son engagement dans ses soins et sur la relation thérapeutique.

Résultats : Les résultats mettent en évidence l'absence de troubles psychiques réactionnels à la découverte du cancer chez 44 % des patients. Parmi ceux présentant des troubles psychoaffectifs, 28 % témoignent de l'anxiété et 20 % des signes de dépression. Par ailleurs, 8 % des patients n'ont pas admis leur diagnostic de cancer. Parmi les troubles anxieux, l'anxiété généralisée et les troubles phobiques sont les plus fréquents. Cette anxiété semble diffuse pour les patients dont l'inquiétude et le pessimisme dominent. En revanche, pour d'autres, l'anxiété semble liée à la peur des traitements et des effets secondaires. La dépression s'exprime selon différentes modalités : troubles du caractère, idées délirantes, idées suicidaires, troubles cognitifs. Sur les 26 patients rencontrés, cinq d'entre eux présentent des troubles cognitifs (18 %).

Conclusion : Situer de façon contextuelle l'état psychique du patient atteint de cancer en prenant en compte des spécificités liées à son âge permet à la fois un travail d'élaboration psychique pour le patient tout en facilitant l'intervention thérapeutique. La fragilité spécifique des sujets âgés rend plus problématique leur adaptation psychique. Les difficultés psychologiques et les troubles cognitifs peuvent également avoir un impact sur les échanges d'information et les processus décisionnels ainsi que sur le bon déroulement d'une prise en charge globale appropriée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-17
Disparité de recommandations thérapeutiques chez des patients âgés relevant des soins palliatifs à l'issue d'une évaluation oncogériatrique : vers une modification de la classification de Balducci ?

J.-Y. Niemier[1,*], T. Jonveaux[2], C. Perret-Guillaume[1], C. Lamouille[2], H. Rousselot[3], A. Benetos[1]
[1]*Service de gériatrie, CHU de Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy, France*
[2]*SSR Paul-Spillmann, CHU de Nancy, Nancy, France*
[3]*SISSPO, institut de cancérologie de Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy, France*

Introduction : L'oncogériatrie est une jeune discipline se développant dans les différents centres hospitaliers du territoire français. Le service de gériatrie du CHU de Nancy propose des consultations dédiées depuis octobre 2010 ; l'unité lorraine de coordination en oncogériatrie (ULCOG) a été avalisée par l'INCa en 2012. L'objectif est de conjuguer le travail des cancérologues et des gériatres afin de définir une prise en charge optimale et individualisée, en tenant compte des spécificités gériatriques.

Objectifs : Le but de cette étude est, d'une part, d'évaluer si les recommandations concernant la prise en charge thérapeutique en oncologie sont suivies et, d'autre part, d'étudier le type de traitement proposé aux patients en soins palliatifs.

Méthodes : Notre étude est une analyse rétrospective de dossiers de 121 patients consécutifs évalués sur une période de 24 mois allant d'octobre 2010 à octobre 2012. Notre évaluation consistait en une évaluation gériatrique standardisée (comportant une évaluation sociale et économique, des thérapeutiques en cours, de l'autonomie, des fonctions cognitives, de l'humeur, de la nutrition, de l'équilibre et de la marche) associée à une évaluation de la douleur, des comorbidités (à l'aide de l'échelle CIRS-G) et de l'état général (par le performance status de l'OMS). À l'issu, les patients ont été subdivisés en trois groupes pronostiques selon la classification de Balducci, en fonction de leur niveau de fragilité. Cela a permis d'envisager un traitement standard pour les patients « fit » (Balducci I), un traitement adapté pour les patients intermédiaires (Balducci II) et une prise en charge palliative pour les patients « frail » (Balducci III).

Résultats : Sur les 121 patients dont l'âge moyen était de 78 ans, 105 patients ont été suivis : parmi eux, six ont été classés Balducci I, 49 Balducci II et 50 Balducci III. Ces derniers présentaient un âge supérieur à 85 ans, ou une dépendance pour au moins un des items de l'ADL, ou une comorbidité sévère, ou au moins un syndrome gériatrique. Les recommandations du gériatre concernant la prise en charge thérapeutique oncologique ont été suivies pour 96

patients (soit 91,4 % des patients). Pour 71 % des patients classés Balducci III, il était recommandé une prise en charge symptomatique avec soins de support exclusifs. Pour les 29 % restants (soit 17 patients), il a été proposé une radiothérapie palliative pour huit patients, une chirurgie palliative pour cinq et une chimiothérapie palliative pour quatre.

Conclusion : Cette étude montre avant tout que l'expertise gériatrique est une aide décisionnelle décisive ; avec un intérêt majeur d'études prospectives de grande envergure pour confirmer cette efficacité. Il existe par ailleurs une disparité de recommandations thérapeutiques pour des patients relevant des soins palliatifs à l'issue de cette évaluation, en lien avec l'hétérogénéité de cette population. Il semble ainsi nécessaire de pondérer les critères justifiant ce score pronostique : malgré un état général conservé, la présence d'une dépendance et d'un âge élevé entraîne une prise en charge palliative. Cela peut être à l'origine d'une perte de chance. Nous pourrions ainsi scinder la troisième catégorie de Balducci en deux sous-catégories (IIIa et IIIb) basées sur l'espérance de vie, avec une démarche maladie par maladie. De même, il faudrait envisager la possibilité de s'accorder un délai avant une décision thérapeutique, afin de pouvoir mettre en œuvre des mesures correctives (nutrition, rééducation…).

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-18

Consentement au projet de soins en oncogériatrie : analyse des facteurs de refus

E. Castel-Kremer[1,*], C. Cathaud[1], S. Azzaoui-Cuzon[1], C. Moutet[2], C. Mouchoux[2], B. Comte[1]
[1]Médecine gériatrique, CHU, hôpital E.-Herriot, Lyon, France
[2]Centre de recherche clinique hôpital des Charpennes, CHU, Lyon, France

Introduction : L'oncogériatrie s'est développée pour permettre d'élaborer des projets thérapeutiques adaptés aux patients âgés. Leur consentement aux soins est indispensable sur le plan médical et éthique ; il est parfois difficile à obtenir et peu analysé dans la littérature.

Objectifs : Notre étude recherche les facteurs oncologiques ou gériatriques associés aux non-consentements chez des patients de plus de 70 ans atteints de cancer.

Méthodes : C'est une étude rétrospective de dossiers d'oncogériatrie. Pour chaque patient, les critères oncologiques et gériatriques sont saisis dans une base de données. Le souhait du patient est systématiquement noté selon trois possibilités : accord, refus ou impossible à renseigner. Nous comparons les patients qui acceptent le traitement (G1) et ceux qui le refusent (G2). Nous avons analysé l'âge, les éléments gériatriques tels que le mode de vie, le statut cognitif et thymique (MMS, GDS), la dépendance (ADL, IADL), les troubles sensoriels, la nutrition (IMC), le nombre de comorbidités, mais aussi la localisation et le stade tumoral, le traitement oncologique proposé et le souhait du patient. Une analyse statistique de ces paramètres est ensuite effectuée *(p signif. < 0,05)*.

Résultats : Nous étudions 417 dossiers d'âge moyen de 80,5 ans, le consentement était mentionné pour 388 patients. Peu de patients refusent le traitement (7,7 %). En analysant G1 et G2 les caractéristiques oncologiques sont comparables ; sur le plan gériatrique, les critères significativement différents sont mentionnés sur le tableau ci-après, les aidants et la dépression sont plus fréquents mais sans significativité.

	G1 accord (*n* = 317)	G2 refus (*n* = 32)	*p*-value
Âge moyen	79,5	84,4	0,057
Aidants disponibles	250 (60,0 %)	28 (87,5 %)	NS
MMS irréalisable	25 (7,9 %)	8 (25,0 %)	0,005
Dépression	87 (27,4 %)	11 (34,4 %)	NS
ADL > 1	69 (21,8 %)	16 (50 %)	0,0004
IADL > 4	79 (25,0 %)	18 (56,2 %)	0,0002
Chirurgie	118 (37,2 %)	25 (78,1 %)	< 0,001

Chez 39 patients (10 %), l'opinion n'est pas déterminée, essentiellement par altération cognitive importante et donc défaut de communication. Ces patients sont les plus âgés (85,2 ans) et les plus dépendants (71,8 %).

Conclusion : Le faible refus d'adhésion au projet de soins dans une population âgée est retrouvé dans deux autres études [15,2 (*M. Puts 2010*) et 7 % (*Rothman 2007*)]. Nous mettons en évidence qu'il s'agit de patients plus âgés, dont l'autonomie et l'état cognitif sont plus altérés, le traitement le plus refusé est la chirurgie. Une partie de ces patients ne peuvent participer à la décision thérapeutique. Le consentement aux soins est obtenu chez la plupart des personnes âgées atteintes de cancer. La dépendance et l'impossibilité de pratiquer des tests cognitifs sont prédictives d'un refus d'adhésion au projet thérapeutique. Une réflexion éthique est nécessaire pour les patients dont l'avis n'a pu être obtenu.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-19-19

Bénéfices d'une évaluation globale pluriprofessionnelle précoce chez les sujets âgés présentant un cancer

A. Chahwakilian[1,*], P. Boudou-Rouquette[2], G. Orvoen[1], A. Thomas-Schoemann[3], L. Caillard[1], R. Benaissa[1], O. Hanon[1], F. Goldwasser[2]
[1]Gérontologie, hôpital Broca, Paris, France
[2]Oncologie, hôpital Cochin, Paris, France
[3]UF de pharmacocinétique et pharmacochimie, hôpital Cochin, Paris, France

Introduction : Les cancers sont des pathologies du sujet âgé (SA). Les plans cancer recommandent la mise en place de réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) autour des situations complexes des SA fragiles et vulnérables. Le programme de médecine intégrée Ariane développé à l'hôpital Cochin vise à évaluer, sur une journée d'hôpital de jour, l'ensemble des risques et à réduire les complications des traitements médicochirurgicaux chez le patient complexe atteint de cancer.

Objectifs : Évaluer l'impact d'une RCP précoce sur la prise en charge des SA dès le cancer connu.

Méthodes : Étude rétrospective des dossiers des patients vus à Ariane entre mars et décembre 2012 : 1) les données de l'oncologue et des consultants sollicités au cas par cas : cardiologue, endocrinologue, anesthésiste, médecin de douleur/soins palliatifs (SP), gériatre, pharmacien, diététicien, assistante sociale et psychologue ; 2) les conclusions des RCP comparées aux traitements initialement envisagés.

Résultats : Sur 38 patients, 27 (71 %) étaient âgés de 70 à 88 ans (moyenne : 80 ans). On notait 32 hommes (84 %), dont 24 âgés (89 %). Le cancer était plus souvent prostatique et pulmonaire (*n* = 6 + 6 ; 44 %) chez les plus âgés. La comorbidité était lourde quel que soit l'âge (score moyen CIRS à 9,2). Mais les SA étaient

plus polymédiqués (moyenne : 7,5 médicaments), 24/27 (89 %) à plus de trois médicaments, versus 7/11 (64 %) chez les plus jeunes, avec des interactions médicamenteuses chez dix patients (26 %), sans lien avec l'âge. Une vulnérabilité sociale existait dans dix cas (26 %) surtout chez les SA (8/27 = 30 %, versus 2/11 = 18 %), avec déjà des aides en place 14 fois (37 %), surtout après 70 ans (*n* = 12/27 ; 44 %). Une dénutrition était plus fréquente chez les sujets jeunes (2/11 = 18 % versus 4/27 = 15 %). Presque tous les patients ont vu le pharmacien et les paramédicaux sauf l'assistante sociale qui a rencontré 23 SA (85 %) pour seulement sept non âgés (64 %). L'évaluation gériatrique de tous les SA montre un score G8 inférieur ou égal à 14 dans 23 cas (85 %), et au moins un syndrome gériatrique dans 16 cas (59 %) dont sept troubles cognitifs (26 %) et cinq dépressions (18,5 %). Quinze SA (55,5 %) avaient un appui monopodal inférieur à cinq secondes, et cinq (18,5 %) un score ADL inférieur à 6. Huit SA (30 %) étaient considérés fragiles et 11 intermédiaires (40 %). Les interventions des autres médecins variaient peu avec l'âge, respectivement 16 (42 %), 10 (26 %) et 28 (74 %) pour l'endocrinologue, le médecin de douleur/SP et l'anesthésiste. Seul le cardiologue a vu moins de SA (*n* = 23 ; 85 %, versus 10 ; 91 % avant 70 ans). À la suite de la RCP, des médicaments ont été arrêtés du fait des interactions chez 12 patients (31,5 %), surtout âgés (*n* = 9/27, 33 %) et des recommandations proposées pour 20 (53 %) dont 55 % des SA (*n* = 15). La prise en charge nutritionnelle a été renforcée chez 52 % des SA (*n* = 14). Des aides sociales ont été proposées pour les SA en difficultés, ainsi que, si indiqués, un SSR et/ou une prise en charge gériatrique en fonction du pronostic et du projet oncologique. Le traitement du cancer a été modifié chez 22 patients (58 %), surtout chez les SA (*n* = 20 ; 75 %), avec une adaptation du protocole sept fois (26 %), un traitement moins lourd huit fois (30 %) et plus actif sept fois (26 %).

Conclusion : L'évaluation pluridisciplinaire précoce des SA atteints de cancer permet une optimisation maximale de la prise en charge en dépistant les situations à risques médicales, fonctionnelles, sociales et pharmacologiques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:190-199
DOI 10.1007/s12612-013-0345-7

P7-20 Pathologies et risques infectieux

© Springer-Verlag France 2013

P7-20-01
Maladie d'Horton, PPR, ou tuberculose pulmonaire : un cas clinique trompeur

J.-P. Elbaz
Accueil de jour Alzheimer, J.-L.-Noiziez, Biot, France

Introduction : Depuis une dizaine d'années, la recrudescence de la tuberculose est devenue notable, d'où l'intérêt d'envisager son dépistage précoce, surtout en EPADH, où cette affection concerne souvent les personnes âgées. Afin de concrétiser cette notion, un cas clinique est rapporté dans cette présentation : il s'agit en l'occurrence d'un patient âgé de 92 ans, ancien pilote de ligne chez Air France, entré avec son épouse en maison de retraite en raison d'une perte d'autonomie. *Rappel du cas clinique :* Les pathologies touchant ce sujet consistaient en des poussées d'hypotension orthostatiques, asthénie et état polyarthrosique diffus. Progressivement, cette situation va s'accentuer avec répétition des chutes, asthénie, anorexie et donc perte de poids. Devant cette situation, la famille change de médecin. Le nouveau praticien prescrit un bilan sanguin et trouve un syndrome inflammatoire marqué. Il complétera ses investigations qui révéleront également une insuffisance rénale. Dès lors, le médecin pense à une maladie d'Horton et place le patient sous corticoïdes. Notons toutefois qu'il n'y a pas eu de prescriptions de biopsie de l'artère temporale. Aussi, peu de temps après, ce diagnostic est abandonné au profit de celui de pseudo-polyarthrite rhizomélique. Il s'agit d'une affection rhumatismale inflammatoire, proche de la maladie d'Horton. Le traitement comporte donc aussi des corticoïdes, avec protecteurs gastriques. Malgré cela, l'état de santé du patient continue à se dégrader, avec complication fébrile à 39 °C et déshydratation. En dépit d'une antibiothérapie et d'une réhydratation, le nouveau bilan sanguin s'est aggravé avec une VS à 82/114 et une CRP à 208. C'est alors qu'une hospitalisation est décidée. Un bilan hospitalier mettra à jour une tuberculose pulmonaire. Le patient décédera quelques jours plus tard, malgré le traitement spécifique, dans un tableau de choc hypovolémique sur septicémie à *Candida albicans*.

Objectifs : Devant l'évocation de cet exemple malheureux, plusieurs considérations sont à évoquer, afin de tirer la leçon de ce cas et d'indiquer à l'avenir la conduite à tenir devant de telles situations : 1) intérêt primordial d'évoquer des diagnostics différentiels ; 2) éviter dans la phase d'observation tout traitement médical inapproprié et nocif, source de complications ; 3) établir un diagnostic positif, en fonction du bilan clinicobiologique et radiologique ; en effet, il est démontré par cette évolution clinique l'effet délétère de la corticothérapie sur l'infection tuberculeuse.

Méthodes : Cette observation entraîne donc une réflexion afin de dégager les fondamentaux de la conduite à tenir : 1) en gériatrie, il faut se souvenir que la tuberculose pulmonaire n'est plus une maladie du XIX^{e} siècle. Il s'agit malheureusement d'une affection redevenue assez courante et bien souvent trompeuse, car insidieuse. On peut trouver toute atteinte topographique soit fréquente, soit plus rare ; 2) il faut savoir que la morbimortalité grève sévèrement le pronostic chez les seniors : huit décès sur dix par tuberculose touchent des sujets de plus de 65 ans. De plus, 15 % des cas de tuberculose se retrouvent chez des gens âgés, ce qui rend le diagnostic plus difficile ; 3) une bonne mesure préventive est donc d'exiger un cliché pulmonaire et une IDR chez tout sujet admis en EHPAD ; 4) il faut se rappeler qu'en maison de retraite une contamination peut être soit endogène (réactivation d'un ancien foyer par corticothérapie par exemple), soit exogène (par contagion du voisin de chambre par exemple). Rappelons une contamination identique dans un cas récent de *Coronavirus* ; 5) il faut toujours faire confiance à la bonne vieille clinique, à savoir : asthénie, anorexie, amaigrissement avec syndrome biologique infectieux ; 6) respect impérieux des contre-indications médicamenteuses en gériatrie. Dans cette observation, il aurait fallu éviter toute corticothérapie sans preuve absolue de diagnostic, car la dissémination du BK et celle de la mycose ont été patentes.

Résultats : La description de ce cas clinique déroutant l'aura surtout été par l'absence de la biopsie de l'artère temporale qui aurait pu confirmer ou non le diagnostic d'Horton. L'aboutissement de l'enseignement à en retirer, suite à ce diagnostic erroné, est d'être très vigilant et rigoureux sur la symptomatologie et sur les examens complémentaires pour déterminer un diagnostic positif. Ce seul exemple clinique reste intéressant pour inciter tout praticien à toujours évoquer cette maladie contagieuse afin d'obtenir un bon résultat thérapeutique, en respectant la précocité du diagnostic.

Conclusion : L'illustration clinique de ce cas trompeur doit rappeler à tout un chacun que la maladie tuberculeuse existe encore de nos jours. En effet depuis ces dix dernières années, les cas recensés ont augmenté, surtout chez les sujets âgés. L'intérêt reste donc le dépistage précoce, avec des moyens classiques, pour éviter les complications possibles, en raison notamment de la résistance du BK au traitement triple associé. Enfin, il est important de se souvenir du rôle irremplaçable de la vaccination par le BCG.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-02
L'improbable rencontre d'un cadre de santé retraité du Sud saharien et du méningocoque W135 !

F. Couder[1,*], O. Limam[2], J.-L. Deshayes[2], F. Pasquier[1], B. Allard-Latour[1]
[1]*Service pharmacie, centre hospitalier de Château-du-Loir, Château-du-Loir, France*
[2]*Service médecine, centre hospitalier de Château-du-Loir, Château-du-Loir, France*

Introduction : Les infections invasives à méningocoque W135 sont rares en France. En 2012, l'Institut national de veille sanitaire a signalé

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

14 cas sur le territoire français, dont six en provenance d'Afrique subsaharienne.

Objectifs : Nous rapportons l'observation d'une septicémie à méningocoque W135 à point de départ pulmonaire.

Méthodes : Une femme âgée de 66 ans, cadre de santé à la retraite, revenant d'un séjour humanitaire au Sénégal et reconnaissant une protection vaccinale non à jour, a été hospitalisée dans le service de médecine polyvalente pour état fébrile. L'examen clinique retrouve une asthénie majeure. L'auscultation des deux bases révèle des râles secs, l'abdomen est souple avec une hépatalgie. Le bilan biologique montre une CRP à 204 mg/l, une insuffisance rénale fonctionnelle (MDRD = 35 ml/min par 1,73 m^2) et une insuffisance hépatique (TP = 48 %).

Résultats : Devant ce tableau clinique, en attente des résultats des hémocultures, le médecin référent antibiotique instaure une biantibiothérapie intraveineuse à base de ceftriaxone 2 g/j et d'ofloxacine 400 mg/j (référentiel Antibiogarde®). Les hémocultures sont revenues positives à *Neisseria meningitidis* W135 avec confirmation de l'efficacité de la ceftriaxone (2 g/j pendant six jours puis 1 g/j pendant quatre jours). L'évolution a été favorable avec négativation de la clinique sous dix jours d'antibiothérapie par ceftriaxone. Les fonctions rénales et hépatiques se sont normalisées (MDRD = 103 ml/min par 1,73 m^2, TP = 93 %). En aval, un retour d'expérience pluridisciplinaire a été réalisé dans l'établissement et n'a révélé aucun dysfonctionnement dans la prise en charge du patient.

Conclusion : Le tableau clinique associant pneumopathie et défaillance multiviscérale chez un patient de retour d'Afrique subsaharienne (sans signe méningé ni cutané) doit faire évoquer une méningococcémie. Une antibiothérapie précoce à large spectre a permis la guérison. Une resensibilisation de la patiente à l'importance de la vaccination a été réalisée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-03
Spondylodiscite infectieuse (SI) à *Proteus mirabilis* dans les suites d'une infection urinaire

M. Courtial[1,*], S. Beshah[1], C. De Taddeo[1], C. Le Guillou[1], V. Antoine[1], C. Lechiche[2], H. El Fertit[3], P. Eude[4], B. De Wazieres[1]
[1]*Médecine interne gériatrique, CHU de Nîmes, Nîmes, France*
[2]*Service des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Nîmes, Nîmes, France*
[3]*Service de neurochirurgie, CHU de Nîmes, Nîmes, France*
[4]*Service de radiologie, CHU de Nîmes, Nîmes, France*

Introduction : La spondylodiscite infectieuse (SI) est peu fréquente, environ 1 200 cas par an en France, touchant plus les hommes (sex-ratio : 2/1) de plus de 50 ans. La contamination se fait dans 60 % des cas par voie hématogène. Les germes les plus fréquents sont les staphylocoques (*aureus* ou coagulase négative), les bacilles Gram négatif et les streptocoques. Seuls quelques cas de SI à *Proteus mirabilis* ont été rapportés dans le monde. Le diagnostic, orienté par l'imagerie, est confirmé par l'analyse microbiologique. Le traitement repose sur des recommandations de bonnes pratiques.

Objectifs : Rappeler une étiologie de lombalgies persistantes et l'incrimination possible d'un *Proteus*.

Méthodes : Nous rapportons le cas d'un malade de 83 ans, présentant des lombalgies récentes, dans un contexte d'infection urinaire.

Résultats : Il s'agissait d'un homme de 83 ans, avec comme antécédents un diabète, une fibrillation auriculaire, une hypertension artérielle, un hématome sous-dural chronique opéré. Il avait présenté récemment deux infections urinaires à *P. mirabilis*, traitées par C3G orale. Il était hospitalisé pour des lombalgies, résistantes à l'association antalgiques de palier 2–AINS. L'examen clinique retrouvait une douleur de la charnière dorsolombaire, déclenchée à la mobilisation, sans déficit sensitivomoteur des membres inférieurs. Les réflexes ostéotendineux étaient conservés. La TDM du rachis dorsolombaire montrait une fracture de la 12e vertèbre thoracique (T12) avec déformation antérieure et recul du mur postérieur. L'IRM retrouvait une lésion évocatrice de SI (atteinte du signal du disque et du corps vertébral de T11 dans sa partie inférieure), avec fracture–tassement de T12 et recul du mur postérieur. La biopsie de T12 et les hémocultures isoleront un *P. mirabilis*, multisensible, identique à celui retrouvé dans les urines. Le bilan sanguin retrouvait une hyperleucocytose à 20 G/l et une CRP à 122 mg/l. Le patient a bénéficié d'une antibiothérapie intraveineuse par ceftriaxone–ofloxacine, associés à de l'amikacine pendant 48 heures, puis ceftriaxone–sulfaméthoxazole–triméthoprime devant l'apparition d'un syndrome confusionnel attribué aux quinolones. L'évolution fut marquée par un syndrome de compression médullaire, pris en charge chirurgicalement, une dénutrition majeure et des escarres, conduisant au décès du malade.

Conclusion : Devant un syndrome inflammatoire biologique et des douleurs dorsales persistantes, une image radiologique montrant une atteinte de deux corps vertébraux adjacents, avec recul du mur postérieur, et du disque intervertébral doit faire évoquer le diagnostic de SI. L'interrogatoire doit rechercher une porte d'entrée, pouvant orienter vers le micro-organisme en cause. Le diagnostic repose sur la ponction-biopsie du corps vertébral. La durée d'antibiothérapie dépend du germe en cause, mais est, au minimum, de six semaines, à adapter à l'évolution clinique, radiologique et biologique. Elle sera associée à une immobilisation par corset. Chez les malades âgés, l'alitement prolongé aggrave le pronostic fonctionnel et vital.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-04
À propos d'un cas de fasciite nécrosante chez un patient de 77 ans

S. Higuet*, N. Denewet, B. Kennes
Gériatrie, CHU de Charleroi, Charleroi, Belgique

Introduction : La fasciite nécrosante est toujours une urgence, et sa survie dépend de la rapidité du diagnostic. La mortalité est élevée et est en général de 30 % dans la littérature. Le débridement chirurgical ainsi qu'une antibiothérapie adaptée doivent être débutés à temps. Ce sont surtout des gens ayant des comorbidités importantes et/ou une immunosuppression qui sont le plus à risque de développer cette affection.

Objectifs : Relater le cas d'un homme de 77 ans hospitalisé en gériatrie et dont la présentation n'était pas évidente au départ et comparer cette situation aux cas relatés dans la littérature concernant la population gériatrique.

Méthodes : En outre, décrire le cas clinique et en tirer les enseignements qu'il nous donne et faire une recherche dans Pubmed (années 2010–2013) avec les mots clés suivants : *necrotizing fasciitis* et *cirrhosis*.

Résultats : Il s'agit d'un homme de 77 ans hospitalisé en gériatrie pour impotence à la marche et notion de chutes. À l'examen clinique, le patient, apyrétique, décrit essentiellement une douleur à la jambe gauche centrée au niveau du mollet. Il présente de lourds antécédents : une cirrhose d'étiologie X avec une thrombopénie importante, une

IRC, un diabète insulinoréquérant, une notion de PPR avec un traitement par corticoïdes, une hypothyroïdie substituée, une allergie à la pénicilline, une rupture de tendon. Il a été par ailleurs hospitalisé trois semaines auparavant pour un infarctus non stemi pour lequel un traitement médical a été proposé. La biologie d'admission montrait les signes de cirrhose (plaquettes : 23 000, hémoglobine : 9,8 g/dl, altérations des enzymes hépatiques). La CRP était de 8 mg/dl. La peau était cortisonnée et couverte de divers hématomes en raison de sa cirrhose. L'examen du mollet ne montre qu'un mollet douloureux (néanmoins très algique au toucher), une légère chaleur et de l'œdème. Le diagnostic au départ était soit un hématome, soit une TVP (après avoir exclu toute fracture). Une échographie du mollet est demandée en urgence et décrit alors une cellulite. Le patient est mis sous céfuroxime intraveineux. Quelques heures plus tard, il présente de la température, des hémocultures seront prélevées ainsi qu'une biologie de contrôle qui montrera une aggravation de sa fonction rénale et une majoration considérable du syndrome inflammatoire. Le patient est alors transféré aux soins intensifs et développera rapidement un choc septique. Des phlyctènes apparaîtront au niveau du mollet faisant rapidement suspecter une fasciite. Le chirurgien vasculaire débridera, mais vu l'ampleur de la nécrose, sa fragilité et ses comorbidités, le patient décédera. Les hémocultures reviendront positives pour un bacille Gram négatif (*E. coli*). Revue de littérature concernant ce type d'affection en gériatrie : Seuls 14 articles publiés entre 2010 et 2013 relatent cette affection chez les cirrhotiques mais décrivent essentiellement des germes plus virulents que l'*E. coli*. Dans la littérature, les indicateurs du diagnostic sont : l'insuffisance rénale et hépatique, la thrombopénie ainsi que l'hypotension à l'admission. Il présentait déjà, de par sa cirrhose avancée, tous ces indicateurs rendant le tableau probablement plus difficile, car intertriqué.

Conclusion : Deux mots : agir vite, mais malheureusement les présentations peuvent être atypiques surtout en gériatrie. Il s'agit toujours d'une urgence vitale. Il nous semblait important de rappeler ce diagnostic surtout dans un contexte d'immunosuppression et chez des patients présentant de nombreuses comorbidités associées.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-05
Zona étendu sur 19 métamères chez l'immunocompétent. Rôle de l'immunosénescence et des carences nutritionnelles

E. Chidlovskii[1,*], A. Deroux[2], V. Steenpass[1], E. Damier[1], A. Bosseray[2], P. Couturier[1]
[1]*Isère, CHU de Grenoble, clinique universitaire de médecine gériatrique, Grenoble, France*
[2]*Isère, CHU de Grenoble, clinique universitaire de médecine interne, Grenoble, France*

Introduction : Les personnes âgées représentent une population à risque de récurrence du virus de la varicelle et du zona (VZV) et de survenue de ses complications. Cependant, chez un sujet immunocompétent, l'atteinte de plusieurs dermatomes reste exceptionnelle.

Objectifs : Nous rapportons le cas d'une patiente admise pour suspicion de maltraitance sur négligence, du fait de lésions cutanées suspectes sur l'hémicorps droit, qui se révèlent être un zona étendu chez une patiente immunocompétente.

Méthodes : Une patiente de 84 ans, aux antécédents d'une hypertension artérielle et d'un anévrisme de l'aorte, est adressée à l'hôpital pour incurie et perte d'autonomie. Elle partage une roulotte avec sa fille, gérante du camping. L'examen clinique initial retrouve une attitude en triple flexion, une cachexie et de multiples lésions cutanées sur fond érythémateux, recouvertes de nombreux vers translucides. Après la toilette et l'examen attentif des lésions, il s'agit de vésicules étendues sur l'hémicorps droit avec localisation thoracique, sur l'épaule et l'arrière du bras droit, qui confluent en bulles à certains endroits et des érosions postbulleuses. Ces éléments, d'âges différents, évoquent cliniquement un zona étendu sur les métamères T1 à S2, soit 19 métamères contigus. Le bilan étiologique à la recherche d'une immunodépression est négatif (immunophénotypage des lymphocytes circulants, électrophorèse des protéines sériques et dosage pondéral des immunoglobulines, complément, dosage de l'interféron gamma par quantiferon, sérologie VIH 1 et 2). L'échographie abdominopelvienne et la radiographie pulmonaire ne retrouvent pas d'arguments pour une néoplasie sous-jacente. L'albuminémie est à 25 g/l, dénotant une dénutrition sévère. Les vésicules régressent progressivement après introduction du traitement par aciclovir sans séquelles cutanées ni douleurs, malgré l'étendue des lésions initiales.

Résultats : Après 70 ans, l'incidence du zona est de 10,5 pour 1 000. Cela serait expliqué par l'immunosénescence et notamment l'atteinte de l'immunité cellulaire, la diminution de l'immunité spécifique contre le VZV, l'utilisation fréquente des thérapeutiques immunosuppressives. Selon le modèle de Hope-Simpson, l'immunité humorale permet de contenir le virus réactivé à un seul dermatome, et l'immunité cellulaire intervient dans le contrôle de la latence. D'autres facteurs de risque comme le diabète, le sexe féminin, les facteurs génétiques, le stress psychologique ont été décrits. La dénutrition modifie essentiellement l'immunité cellulaire, induisant la diminution du nombre de lymphocytes T (en particulier le ratio CD4+/CD8+) avec susceptibilité accrue aux infections. Récemment, des carences en microéléments ont été associées au risque accru de récurrence de zona. Les douleurs postzostériennes (DPZ), dont la fréquence est supérieure à 50 % après 60 ans à un an de l'épisode aigu, restent la complication principale du zona. Le vaccin réduirait l'incidence du zona de 51 % sur un suivi moyen de 3,1 ans et des DPZ de 67 %, sur une période de suivi de sept ans, ainsi que la durée et la sévérité de l'éruption.

Conclusion : L'intérêt de ce cas clinique est l'aspect de zona très étendu avec une atteinte sur 19 dermatomes. Les principaux terrains décrits ne sont pas retrouvés chez notre patiente (transplantation, VIH, traitement immunosuppresseur). L'immunosénescence et la dénutrition protéinoénergétique jouent probablement un rôle important dans la réactivation du virus.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-06
L'hypoalbuminémie est un facteur de risque de décès majeur pour les patients âgés infectés : une analyse par arbre décisionnel en médecine aiguë gériatrique

F. Durig[1,*], J. Bloch[1], E. Boulanger[1], A. Duhamel[2], B. Simovic[1], A. Charpentier[1], M.-H. Destailleur[3], F. Puisieux[1], J.-B. Beuscart[2]
[1]*Nord, médecine aiguë gériatrique, CHRU de Lille, Lille, France*
[2]*Nord, département de biostatistiques, EA2694, UDSL, Lille, France*
[3]*Nord, hôpital gériatrique Les Bateliers, CHRU de Lille, Lille, France*

Introduction : L'infection est une cause fréquente d'hospitalisation en service de médecine aiguë gériatrique (SMAG). L'hypoalbuminémie est un facteur de risque indépendant de décès toutes causes confondues chez le sujet âgé, mais n'est pas utilisée dans les scores pronostiques de prédiction du décès des patients âgés infectés hospitalisés.

Objectifs : L'objectif de notre travail était de vérifier si l'albuminémie pouvait être un marqueur pronostique indépendant de décès chez les patients âgés infectés hospitalisés en SMAG.

Méthodes : Étude rétrospective monocentrique réalisée dans le SMAG du CHRU de Lille. Les patients âgés de 75 ans et plus ont été inclus entre le 15 novembre 2010 et le 15 mai 2011, et la date de point était le 15 novembre 2011. Le critère d'inclusion était la survenue d'un syndrome inflammatoire associé à un tableau infectieux. Nous avons réalisé une analyse par arbre décisionnel afin de déterminer les facteurs prédictifs du décès et contrôlé les résultats par un modèle de Cox à risques proportionnels.

Résultats : La probabilité de survie à six mois pour les 154 patients inclus était de 61 %. L'analyse en arbre a permis d'identifier des sous-groupes de patients aux survies très différentes. Les patients ayant un ADL inférieur à 5,5 et une albuminémie inférieure à 27 g/l avaient une probabilité de survie à six mois de seulement 22 %. Pour ceux qui avaient un ADL inférieur à 5,5 et un score de Charlson supérieur ou égal à 3, le fait d'avoir une albuminémie inférieure à 36 g/l diminuait de moitié la survie à six mois, passant de 67 à 32 %. L'analyse multivariée du modèle de Cox identifiait les mêmes facteurs de risque de décès que l'analyse en arbre décisionnel. Le taux de protéine C réactive n'était pas un facteur de risque indépendant du décès.

Conclusion : Dans notre étude, l'hypoalbuminémie est un facteur de risque de décès majeur chez les patients âgés infectés hospitalisés, indépendamment du syndrome inflammatoire.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-07
Infection respiratoire basse du patient âgé de 65 ans et plus : le maintien à domicile comme alternative à l'hospitalisation ?

L. De Bataille[1,*], C. Blonz[2], D. Boutoille[3], D. Lepelletier[4], G. Potel[5], L. De Decker[1], G. Berrut[1]
[1]PHU de gérontologie clinique, CHU de Nantes, Nantes, France
[2]SOS-Médecins, Nantes, France
[3]Maladies infectieuses et tropicales, CHU de Nantes, Nantes, France
[4]Unité de gestion des risques infectieux et service de bactériologie–hygiène, CHU de Nantes, Nantes, France
[5]Service des urgences, CHU de Nantes, Nantes, France

Introduction : L'infection respiratoire basse est une pathologie fréquente chez le sujet âgé, pour laquelle une évaluation hospitalière est souvent recommandée. L'allongement de l'espérance de vie et le papy-boom vont entraîner une augmentation importante du nombre de personnes âgées. Leur prise en charge adaptée représente un enjeu de santé publique et nécessite une adaptation du système de soins. Le maintien de la personne âgée à domicile, notamment lors d'un épisode aigu, n'est pas souvent intégré aux recommandations. Dans la littérature, les études sur le maintien à domicile des personnes âgées souffrant d'une pathologie aiguë ne concernent que les patients institutionnalisés.

Objectifs : Comparer le pronostic des infections respiratoires basses chez les patients de 65 ans et plus, selon leur prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation.

Méthodes : Étude prospective comparant les patients pris en charge en ambulatoire par SOS Médecins et ceux pris en charge en hospitalisation. Réévaluation clinique systématique à 24 et 72 heures. Évaluation à j30 de la mortalité, du taux d'hospitalisation secondaire, de l'incidence des complications (thromboembolique, escarre, confusion, infection à bactérie multirésistante) et du retentissement sur l'autonomie (Instrumental Activities of Daily Living et Activities of Daily Living), à niveaux de sévérité initiaux identiques.

Résultats : Cent trente-huit patients ont été inclus, 90 pris en charge en ambulatoire, et 50 en hospitalisation. Quarante-sept pour cent des patients ambulatoires et 26 % des hospitalisés vivaient en EHPAD. Soixante-neuf pour cent des ambulatoires et 48 % des hospitalisés avaient 85 ans et plus. Le score de comorbidité de Charlson était supérieur ou égal 5 pour 88 % des hospitalisés et 87 % des ambulatoires. Le score de sévérité CRB-65 était de 1 ou 2 dans 92 % des cas, de 3 ou 4 dans 8 % des cas, similaire dans les deux groupes. Le score de dépendance ADL était élevé dans les deux groupes : 5 vs 5,5. Pour l'évaluation à j30, un seul patient a été perdu de vue. Sept décès ont été déplorés dans chaque groupe. Le taux d'hospitalisation secondaire était identique dans les deux groupes (23 vs 18 %). La perte d'autonomie était moindre dans le groupe ambulatoire (déclin score ADL 11 vs 37 %). Une analyse des données selon trois groupes hôpital–EHPAD–domicile retrouvait des résultats comparables.

Conclusion : Une prise en charge ambulatoire de qualité des infections respiratoires basses de la personne âgée est possible, en alternative à l'hospitalisation.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-08
Prise en charge de l'infection urinaire chez le sujet âgé diabétique au service des maladies infectieuses du CHU de Sétif (Algérie)

A. Gasmi*, W. Guenifi, M. Rais, A. Ouyahia, H. Boukhrissa, S. Mechakra, A. Lacheheb
Service des maladies infectieuses, faculté de médecine, Sétif université Farhat-Abbes, CHU de Sétif, Sétif, Algérie

Introduction : Du fait du vieillissement de la population et de la progression de l'obésité, le nombre de diabétiques âgés ne cesse d'augmenter. La prise en charge du diabète dans la population âgée demeure un challenge. Les infections urinaires (IU) sont plus fréquentes chez les patients diabétiques. Elles sont considérées comme des IU compliquées qui peuvent prendre différentes formes et se localiser dans les voies urinaires basses (cystite, urétrite) ou hautes (pyélonéphrite).

Objectifs : Le but de ce travail est de déterminer le profil de l'IU chez les sujets âgés diabétiques hospitalisés dans le service des maladies infectieuses du CHU de Sétif.

Méthodes : Il s'agit de 40 patients âgés de 65 ans et plus diabétiques, admis au service des maladies infectieuses du CHU de Sétif pour prise en charge d'une IU (ECBU positif).

Résultats : Notre population d'étude était constituée de 20 patients de sexe masculin et 20 de sexe féminin. Le moyen d'âge est de 72,5 ans (extrêmes : 65–96 ans). La notion de sondage urinaire a été retrouvée chez dix patients (25 %). Il s'agit d'infections nosocomiales dans 32,5 % des cas. Le délai moyen entre le début de la symptomatologie et l'admission est de quatre jours (extrêmes : 2 et 20 jours), et 29 patients (72 %) ont reçu une antibiothérapie en ville. La fièvre est le symptôme le plus fréquent, 93 %, associée aux signes urinaires habituels, réalisant un tableau de bactériémie (hémocultures positives) dans 25 % des cas et dans 8 % des cas un choc septique. Un déséquilibre diabétique a été noté chez tous les patients, et une fonction rénale perturbée chez 15 patients (37,5 %). *E. coli* est le germe le plus isolé chez 25 patients

(63 %) suivi du *Pseudomonas aeruginosa* (18 %) et de Klebsiella (15 %). Le profil de résistance d'*E. coli* aux antibiotiques : amoxicilline : 92 % ; céphalosporine de troisième génération : 28 % ; gentamycine : 24 % et fluoroquinolones : 28 %. Les imipénèmes ont gardé leur activité. Aucune souche d'*E. coli* n'est résistante. Les céphalosporines de troisième génération sont les antibiotiques les plus utilisés chez 23 patients (57,5 %), les fluoroquinolones chez sept patients (17,5 %) et les imipénèmes chez six patients (15 %). Tous les patients ont été mis sous insuline. L'évolution était favorable dans 87,5 % (35 patients), et nous déplorons cinq décès.

Conclusion : L'IU reste la pathologie infectieuse la plus fréquente chez le sujet âgé, il s'ajoute le diabète qui constitue un facteur de risque d'IU par mécanisme d'immunosuppression et de neuropathie vésicale. Le pronostic vital se trouve mis en jeu ainsi que la fonction rénale déjà menacée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-09
Les infections urinaires mycosiques chez le sujet âgé

W.B. Guenifi*, A. Hachani, H. Boukhrissa, A. Gasmi, A. Ouyahia, M. Rais, S. Mechakra, A. Lacheheb
Faculté de médecine, université de Sétif, Sétif, Algérie

Introduction : La colonisation urinaire par les levures est généralement associée à des facteurs favorisants tels que l'âge avancé. Ces infections posent souvent un problème de prise en charge thérapeutique ; en effet, avant de traiter, il faut d'abord vérifier s'il s'agit d'une simple contamination ou colonisation par un saprophyte ou d'une infection mycosique urinaire sachant qu'il n'existe pas de critères absolus pour faire cette différenciation.

Objectifs : Le but de ce travail est de rappeler, à travers des observations cliniques, la prise en charge d'une urine infectée par les levures chez le sujet âgé.

Méthodes : Nous avons analysé rétrospectivement les dossiers des patients hospitalisés dans un service de maladies infectieuses d'adultes, durant les années 2011 et 2012, pour infection urinaire. Parmi 160 malades, cinq avaient des levures dans leurs urines dont quatre sujets âgés.

Résultats : Durant la période d'étude, 20 personnes âgées étaient hospitalisées pour infections urinaires compliquées, et parmi eux, quatre (20 %) avaient des levures dans leurs urines. Il s'agit de deux hommes et deux femmes, âgés tous de plus de 76 ans et outre l'âge avancé, les facteurs de risque d'une infection mycosique étaient multiples et variés : diabète (trois cas), sondage vésical (deux cas), intervention sur les voies urinaires (un cas), antibiothérapie avant l'hospitalisation (trois cas) et autre immunodépression (un cas). Cliniquement, trois malades étaient en sepsis et le quatrième en sepsis sévère. Outre la présence de levures au niveau des urines, une bactérie était simultanément isolée chez quatre malades : *Klebsiella pneumoniae* (un cas), *E. coli* (deux cas), Enterobacter (un cas). Tous les malades avaient reçu un traitement antifongique (fluconazole) associé à une antibiothérapie. L'évolution à court terme était favorable pour tous les malades.

Conclusion : On remarque une fréquence élevée des levururies à un âge avancé par rapport à l'âge adulte (4/20 contre 1/140). Le pouvoir pathogène des levures au niveau des urines est souvent difficile à préciser, et c'est avant tout le terrain et le tableau clinique qui guident la prise en charge. Chez le sujet âgé, l'indication du traitement antifongique doit être large en raison de l'affaiblissement des défenses immunitaires, des comorbidités associées et des pathologies urologiques fréquentes à cet âge et de la prise, presque constante, des médicaments ; tous ces facteurs nous ont obligés à indiquer un traitement mycologique malgré l'existence, au niveau des urines, d'une bactérie pouvant expliquer la symptomatologie clinique.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-10
Infections invasives à Candida chez la personne âgée sans facteur de risque : à propos d'un cas

X. Argemi[1,*], C. Suna[2], G. Kaltenbach[2]
[1]*Maladies infectieuses et tropicales, Strasbourg, France*
[2]*Pôle de gériatrie, Strasbourg, France*

Introduction : Les infections invasives à Candida sont une cause majeure de morbimortalité dans le cadre des infections associées aux soins. Plusieurs rapports récents ont montré la fréquence de ces infections en contexte gériatrique mais avec des caractéristiques différentes de celles observées dans les populations plus jeunes. En effet, il semble que le vieillissement constitue à lui seul un facteur d'immunodépression suffisant pour exposer cette population particulière au risque de candidoses systémiques en l'absence des facteurs de risque habituellement reconnus. Les symptômes cliniques sont parfois limités au sepsis et rendent ce diagnostic difficile en l'absence de contexte évocateur.

Objectifs : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 98 ans aux antécédents de BPCO, de cardiopathie post-HTA et d'angor d'effort, hospitalisé pour une fièvre isolée depuis 72 heures. Le patient ne prenait aucun traitement immunosuppresseur, pas de corticoïdes et n'avait pas été traité par antibiotiques ni hospitalisé depuis au moins six mois. Le bilan initial a confirmé la présence d'une fièvre nue à 39 °C totalement isolée. Sur le plan biologique, les PNN étaient à 15 G/l, la CRP à 255 mg/l, la procalcitonine à 15 µg/l, le bilan hépatique était normal, l'hémostase normale, et il présentait une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle avec une clairance de la créatinine à 35 ml/min. Les hémocultures réalisées initialement en milieu aéro-anaérobie étaient stériles.

Méthodes : L'évolution a été marquée par un échec initial d'une antibiothérapie à large spectre par C3G. Puis le patient a présenté une éruption cutanée diffuse faite de lésions érythématosquameuses avec micropustules localisées initialement aux creux inguinaux et axillaires et d'extension rapide au tronc, aux cuisses et au bras. L'aspect évocateur de lésions fongiques nous a conduits à réaliser des hémocultures en milieu de Sabouraud qui sont revenues positives à *Candida albicans* sensible au fluconazole. L'échographie cardiaque a écarté une localisation valvulaire. L'examen mycologique des selles a montré de nombreux *C. albicans*. La sérologie Candida était positive à 17,06 en Elisa IgG/M et l'antigène Candida négatif en Elisa.

Résultats : Le patient a bénéficié d'un traitement par fluconazole i.v. à 12 mg/kg le premier jour puis 6 mg/kg par jour. Face à l'échec de l'antibiothérapie à j3, nous avons instauré un traitement par Cancidas® à 100 mg le premier jour puis 50 mg/j. Le traitement a permis une disparition de la fièvre, une régression du syndrome inflammatoire et des lésions cutanées. La fonction rénale s'est totalement corrigée. Alors que le patient s'améliorait, il est décédé brutalement à dix jours du traitement d'une hémorragie digestive haute.

Conclusion : Ce cas clinique illustre une problématique émergente au sein de la population gériatrique dont le vieillissement constitue un

facteur d'immunodépression probablement suffisant pour le développement d'infections habituellement considérées comme opportunistes comme les infections invasives à Candida. Il est licite d'évoquer ce diagnostic face à une fièvre isolée chez un patient âgé en l'absence de réponse à une antibiothérapie probabiliste et de pratiquer systématiquement des hémocultures fongiques. Tout retard diagnostic et thérapeutique grève le pronostic de ces malades dont la mortalité reste élevée. La présence de signes associés peut aider à évoquer ce diagnostic comme des lésions cutanées telles que rapportées ici ou encore une colonisation à Candida dans les sites urinaires et digestifs.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-11
Profil épidémioclinique et bactériologique des infections urinaires du sujet âgé

H. Boukhrissa*, F. Bakhouche, F. Hadadi, W. Guenifi, A. Gasmi, S. Mechakra, A. Lacheheb
Service des maladies infectieuses, Sétif, Algérie

Introduction : Facteur non négligeable de morbimortalité chez le sujet âgé, les infections urinaires (IU) sont fréquentes et graves et de symptomatologie clinique polymorphe. Elles occupent le deuxième rang des infections et leur prévalence augmente avec l'âge aussi bien chez la femme que chez l'homme.

Objectifs : Déterminer la fréquence des IU chez le sujet âgé, les circonstances de leur survenue, les germes en cause et leur profil de sensibilité et les différents antibiotiques utilisés.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective de 24 observations d'IU haute confirmée chez le sujet âgé dans le service de maladies infectieuses du CHU de Sétif entre janvier 2011 et décembre 2012. Les dossiers ont été revus avec étude des paramètres épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques.

Résultats : Nous avons colligé 160 dossiers de malades hospitalisés pour une IU. Parmi ces malades, 24 (15 %) étaient des sujets âgés, il s'agit de 13 hommes et de 11 femmes (sex-ratio de 1,18), âgés de 65 à 88 ans avec un âge moyen de 76 ans. Les facteurs de risque associés étaient : le diabète chez 17 patients (71 %), une immunodépression dans deux cas (8 %), un adénome de la prostate dans six cas (25 %), un sondage vésical dans six cas (25 %), une chirurgie urologique dans deux cas (8 %), des lithiases rénales dans 8 % des cas. Un long délai de consultation a été noté, supérieur à dix jours, chez 30 % des patients. Le tableau clinique était complet dans 13 cas (54 %), une fièvre isolée était notée dans 11 cas (46 %). L'hyperleucocytose était notée dans 18 cas (75 %), une insuffisance rénale était associée dans 16 cas (67 %). Le syndrome inflammatoire biologique était constant, de même qu'une leucocyturie. L'apport de l'ECBU était fondamental. Il a isolé les germes habituels des IU hautes dominés par l'*Escherichia coli* (70 %), 37,5 % de l'ensemble des souches isolées étaient multirésistantes (BMR) dont 44 % sécrétrices de BLSE (trois cas d'origine nosocomiale et un cas communautaire). L'échographie rénale a révélé des anomalies urologiques dans 55 % des cas. La bithérapie était de règle dans 74 % des cas, basée en première intention sur une céphalosporine de troisième génération ou un imipénème associée à un aminoside. L'évolution à court terme était favorable dans 88 % des cas, l'infection était récidivante dans 21 % des cas. Un transfert en unité de soins intensifs et deux décès ont été reportés.

Conclusion : Les caractéristiques de la population âgée font de certaines affections un véritable enjeu de santé. Très fréquentes chez le sujet âgé, les IU présentent souvent des difficultés de diagnostic et de décision thérapeutique ; les manifestations cliniques sont souvent frustes et trompeuses chez un patient polypathologique et polymédicalisé. Le volet préventif représente l'essentiel de la prise en charge.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-12
Évaluation rétrospective du traitement antibiotique des infections urinaires des hommes hospitalisés en gériatrie

C. Bonnal[1,2], V. Fossey[2,*], B. Baune[2], N. Azouzi[2], O. Drunat[2], Y. Wolmark[2], J.C. Lucet[1]
[1]*Hôpital Bichat–Claude-Bernard, Paris, France*
[2]*Hôpital Bretonneau, F-75018 Paris, France*

Introduction : Chez l'homme, la durée des traitements antibiotiques des infections urinaires est souvent prolongée (15 jours et plus) dans l'hypothèse d'une prostatite.

Objectifs : Évaluer rétrospectivement le traitement antibiotique pour une infection urinaire reçu par des hommes âgés hospitalisés.

Méthodes : Les hommes hospitalisés en gériatrie ayant eu un examen cytobactériologique des urines (ECBU) positif entre janvier 2010 et juin 2012 et ayant reçu un traitement antibiotique ont été inclus. La rechute est définie comme un nouvel ECBU positif ayant donné lieu à un traitement antibiotique.

Résultats : Trente-deux patients ont été inclus (âge moyen : 83 ± 7,4 ans) dont 29 avaient des signes d'infection : 21 des signes spécifiques d'infection urinaire, quatre une fièvre isolée, quatre des signes d'infection autre. Au moment de l'épisode infectieux, la CRP médiane était de 70 mg/l (4–330) et le nombre de polynucléaires neutrophiles moyen de 8 941 ± 5 631 G/l. Les germes isolés des ECBU étaient *Escherichia coli* (16), autres entérobactéries (neuf), *Pseudomonas aeruginosa* (quatre), entérocoques (quatre), autres germes (quatre). Les traitements antibiotiques étaient β-lactamines (15), quinolones (11), sulfamides (quatre), imipénème (deux) [associés à une dose d'amikacine dans cinq cas]. La durée moyenne de traitement antibiotique était de 10,5 ± 5,5 jours (médiane = 9 [4–24] jours). Vingt et un patients avaient un traitement antibiotique court de quatre à dix jours, et 11 un traitement long de 11 à 24 jours. Vingt-quatre patients ont pu être suivis 30 jours et plus. Les rechutes concernaient six patients : quatre dans les 30 jours dont deux avec le même germe. Trois patients ayant rechuté avaient un traitement antibiotique court (cinq, sept, dix jours), trois un traitement antibiotique long (11, 15, 15 jours).

Conclusion : La durée moyenne du traitement antibiotique dans notre établissement est donc plus courte que la durée actuellement recommandée dans les infections urinaires chez l'homme. Les rechutes dans les 30 jours avec le même germe représentent moins de 10 % des patients suivis plus de 30 jours (2/24). Sous réserve de la faible taille de notre échantillonnage, il ne semble pas y avoir de différence entre les patients recevant un traitement antibiotique court et ceux recevant un traitement long. Nos résultats vont dans le même sens qu'une étude portant sur 39 149 infections urinaires chez des patients masculins âgés qui montrait qu'une durée prolongée de traitement antibiotique (> 7 jours) chez des patients non hospitalisés ne permettait pas de réduire le nombre de rechutes précoces ou tardives [1].

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Référence

1. Drekonja DM, Rector TS, Cutting A, Johnson JR (2013) Urinary tract infection in male veterans: treatment patterns and outcomes. JAMA Intern Med 173:62–8

P7-20-13

Accès palustre post-transfusionnel : mythe ou réalité

H. Lamblin*, S. Benkharraz, M. Catto
SSR Loos, Loos, France

Introduction : L'hyperthermie dans les suites d'une chirurgie orthopédique est une complication banale et fréquente, pouvant relever de multiples étiologies. Parmi celles-ci, on s'oriente plus volontiers vers une complication septique du site ou tout autre foyer infectieux, un hématome, une thrombophlébite ou autres. Les fièvres accompagnées de frissons et de manifestations circulatoires sont évocatrices d'un épisode septicémique.

Objectifs : Évoquer de manière exhaustive tous les diagnostics potentiels devant une hyperthermie retardée dans un contexte postopératoire.

Méthodes : Étude du cas de Mme M., âgée de 74 ans, hospitalisée à j7, en SSR pour rééducation dans les suites d'un remplacement d'une tige fémorale pour usure d'une ancienne prothèse de hanche gauche. En raison d'un saignement peropératoire important, la patiente a bénéficié de la transfusion de deux culots globulaires. Vingt-quatre heures après son admission apparaissent une asthénie, une hyperthermie à 40 °C associée à des douleurs abdominales modérées et à des vomissements. L'état hémodynamique est stable. La biologie retrouve une anémie à 8,8 g/dl normocytaire, hypochrome ; il s'y associe une cytolyse hépatique, une augmentation modérée de la lipasémie. Ce tableau évoquant une angiocholite, un scanner abdominopelvien objective un aspect de pancréatite aiguë justifiant son transfert dans un service de gastroentérologie.

Résultats : L'évolution biologique a été marquée par une thrombopénie à 102 000/mm^3. Une numération contrôlée sur lame retrouve une infection sévère à *falciparum* sur tous les champs (18 %), avec parfois trois *falciparum* par érythrocyte et présence de gamétocytes. Le dernier séjour « exotique » de la patiente remonte à 1965 avec un déplacement en Italie. La reprise de l'interrogatoire ne montre pas d'autre facteur de risque infectieux que la transfusion récente. Le diagnostic de paludisme sévère posttransfusionnel à *falciparum* a été retenu. La patiente est alors transférée dans une unité spécialisée de maladies infectieuses où elle décédera.

Conclusion : Ne pas méconnaître un accident posttransfusionnel devant un épisode d'hyperthermie retardée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-14

Fièvre prolongée du sujet âgé : à propos de 50 cas

O. Ben Abdallah*, A. Gabbouj, M. Karmani, A. Rezgui, F. Ben Fredj Ismail, C. Laouani Kechrid
Service de médecine interne, hôpital Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction : Les fièvres prolongées inexpliquées (FPI) continuent à poser au clinicien un véritable challenge diagnostique malgré l'important progrès des techniques innovantes. Elles représentent un réel défi diagnostique vu qu'il y a plus de 200 causes rapportées dans la littérature et qu'il n'existe aucun algorithme ni aucune recommandation pour faciliter la démarche diagnostique.

Objectifs : Le but de notre travail est de préciser le profil étiologique des fièvres prolongées chez le sujet âgé.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur 50 dossiers de fièvre prolongée du sujet âgé (âge supérieur à 65 ans) colligés au service de médecine interne de l'hôpital Sahloul de Sousse entre 2002 et 2013. Nous avons exclu de notre travail les sujets infectés par le VIH, les patients neutropéniques ainsi que les fièvres prolongées nosocomiales.

Résultats : Il s'agissait de 50 patients (30 hommes et 20 femmes) dont l'âge moyen était de 77 ans (65–88 ans). Vingt-quatre patients avaient au moins une tare de type HTA, diabète de type 2, dyslipidémie. À part la fièvre présente dans tous les cas, les principales manifestations cliniques associées étaient l'altération de l'état général dans 31 cas (62 %), les polyarthralgies dans 20 cas (40 %), les douleurs abdominales dans huit cas (16 %), les céphalées dans six cas (12 %), la toux dans cinq cas (10 %), l'éruption cutanée dans un seul cas. Biologiquement, un syndrome inflammatoire était présent dans 43 cas (86 %), une anémie inflammatoire était notée dans 30 cas (60 %), une thrombopénie dans sept cas (14 %), une cytolyse hépatique dans huit cas (16 %) et une cholestase anictérique dans quatre cas (8 %). Le diagnostic étiologique avait conclu à une cause infectieuse dans six cas, soit 12 % (brucellose quatre cas, un cas de tuberculose, une endocardite infectieuse). Les causes tumorales étaient notées dans 24 cas (48 %) surtout d'origine bronchopulmonaire, digestive et génito-urinaire. Les hémopathies malignes de type lymphome, myélome multiple, leucémie lymphoïde chronique étaient notées dans neuf cas (18 %). Les maladies inflammatoires systémiques étaient notées dans six cas (12 %). Dans cinq cas, la fièvre était d'étiologie inexpliquée. Dans notre série, l'apport de l'histologie était décisif dans 26 cas (52 %) par des biopsies ganglionnaires, bronchiques, coliques et de l'artère temporale.

Conclusion : La fièvre prolongée représente un défi diagnostique pour le clinicien malgré l'énorme évolution des moyens diagnostiques. On note dans notre série une prévalence élevée des causes non infectieuses chez le sujet âgé.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-15

Infections chez le sujet âgé en médecine interne : 38 cas

H. Abdelhedi*, N. Kraiem, N. Khammassi, A. Tajmout, O. Cherif
Médecine interne, Manouba, Tunisie

Introduction : Les personnes âgées sont particulièrement exposées aux infections, et cela du fait de la dégradation des fonctions immunitaires en raison de la sénescence, de la fréquence des maladies chroniques sous-jacentes et de la multiplicité des portes d'entrée.

Objectifs : Évaluer la prévalence et le profil étiologique et thérapeutique des infections chez le sujet âgé.

Méthodes : Nous avons colligé de façon rétrospective 38 cas d'infection parmi 93 patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés dans le service de médecine interne à l'hôpital Razi durant la période allant de janvier 2011 à décembre 2012.

Résultats : Nous avons relevé 38 cas d'infection (40,86 %). L'âge moyen était de 73,4 ans avec des extrêmes de 65 à 88 ans et le sex-ratio de 0,58 (24 femmes et 14 hommes). Un cas d'altération de l'état général, un cas de fièvre, un cas d'incontinence et un cas grabataire. Les pathologies associées retrouvées chez ces patients étaient : l'HTA dans 29 cas (76,31 %) ; le diabète dans 25 cas (65,78 %) ; une anémie dans 20 cas (52,63 %) ; une insuffisance rénale dans 16 cas (42,10 %) ;

une insuffisance coronarienne dans huit cas (21,05 %) ; une pathologie psychiatrique retrouvée dans cinq cas (13,15 %) ; une thrombose veineuse profonde dans deux cas (5,62 %) et un myélome dans deux cas (5,62 %) ; le tabagisme dans 13 cas (34,21 %) ; le syndrome inflammatoire biologique (VS et CRP élevées) dans 15 cas (39,47). Les infections observées étaient : cutanées dans 25 cas, soit 67,78 %, urinaires dans dix cas (26,31 %), pulmonaires dans neuf cas (23,68 %) et buccodentaires dans cinq cas (13,15 %). Les principaux germes retrouvés dans les infections urinaires sont *E. coli* dans six cas, Klebsiella dans deux cas, *Streptococcus faecalis* dans un cas, *Enterobacter cloacoe* dans un cas. L'évolution sous antibiothérapie était favorable dans la plupart des cas.

Conclusion : La fréquence et la gravité des maladies infectieuses augmentent avec l'âge. Dans notre étude, la prévalence des infections est importante (40,86 %). L'infection chez le sujet âgé est particulièrement grave à cause du retard fréquent du diagnostic lié à la symptomatologie atypique ou incomplète, elle peut se cacher derrière des signes fonctionnels non spécifiques qui égarent et retardent le diagnostic tels que : l'incontinence, des troubles psychiatriques, l'anorexie. Dans notre population, les infections cutanées occupent la première place puis viennent les infections urinaires et pulmonaires contrairement à la littérature où les infections pulmonaires sont les plus fréquentes.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-16
Fasciite nécrosante de jambe à Klebsiella chez une femme française de 93 ans

M. Monié[1], B. Nzili[1], D. Decré[2], L. Drieux[3], A. Mézière[1,*]
[1]*SSR orthogériatrique, AP–HP GHU La Pitié-Salpêtrière–Charles-Foix, site hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine, France*
[2]*Service de bactériologie, AP–HP, hôpital Saint-Antoine, Paris, France*
[3]*Service de bactériologie, AP–HP, GHU La Pitié-Salpêtrière–Charles-Foix, site hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine, France*

Introduction : La fasciite nécrosante à *Klebsiella pneumoniae* est une infection rare et potentiellement mortelle qui nécessite en urgence un débridement chirurgical et une antibiothérapie intraveineuse.

Objectifs : Décrire un cas français de fasciite nécrosante à Klebsiella et le comparer aux rares données de la littérature sur le sujet.

Méthodes : Nous rapportons le cas d'une patiente caucasienne de 93 ans hospitalisée en soins de suite et réadaptation pour bilan de chutes et ayant pour seuls antécédents une maladie rythmique de l'oreillette et des troubles cognitifs non étiquetés. La veille de sa sortie et intégration en EPHAD survient un sepsis sévère à point de départ une dermo-hypodermite de la jambe gauche. La patiente présentait depuis plusieurs jours une plaie superficielle de 2 cm de la face interne du mollet gauche, probablement traumatique et ayant bénéficié de soins locaux en l'absence de fièvre, de signes inflammatoires locaux et de syndrome inflammatoire biologique. L'aggravation en quelques heures de l'état cutané de la jambe à type de décollements bulleux hémorragiques avec des zones nécrotiques, à la fois hyperalgiques et extensives remontant jusqu'à la racine de la cuisse après mise sous l'association pipéracilline–tazobactam et gentamicine nous amène à transférer la patiente en service d'aigu où elle y décédera à son arrivée. Les hémocultures prélevées ont isolé une *K. pneumoniae* sensible aux antibiotiques prescrits, de sérotype capsulaire K2 et porteuse de gènes impliqués dans la virulence : le gène *RMPA* et les gènes codant pour la yersiniabactine et l'aérobactine.

Résultats : Ce cas clinique décrit la survenue d'une fasciite nécrosante de la jambe à *K. pneumoniae* chez une patiente ne présentant aucun facteur de risque hormis son âge. Cette infection est inhabituelle de par sa localisation, la majorité des cas décrits étant des fasciites nécrosantes de la région maxillofaciale et inhabituelle en Europe, car essentiellement rapportée en Asie. Cette patiente n'avait jamais voyagé en Asie, mais résidait dans le quartier chinois parisien, fréquentait il y a encore quelques années régulièrement les restaurants chinois, et avait un proche qui se rendait régulièrement en Asie du Sud-Est pour son travail. Le caractère fulminant et sévère rapporté chez notre patiente est commun avec les autres cas, témoignant de la virulence de cet agent pathogène.

Conclusion : Les éléments de ce cas clinique suggèrent que la personne âgée, même en l'absence de comorbidités associées, pourrait être une cible privilégiée de ces bactéries virulentes dont l'émergence en France doit être surveillée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-17
Étude descriptive d'une épidémie de grippe en unité de soins de longue durée

J. Jenn*, C. Dezelicourt, S. Duc, M. Rainfray
Pôle de gérontologie clinique, CHU de Bordeaux, Pessac, France

Introduction : Une épidémie de grippe A (H3N2) s'est déclarée au mois de mars 2012 au sein d'une unité de soins de longue durée (USLD) du CHU de Bordeaux. Dans ce contexte et face à son ampleur, nous avons décidé de mener une étude descriptive de cette épidémie.

Objectifs : L'objectif principal est de décrire l'épidémie et les mesures mises en place. Les objectifs secondaires sont d'identifier les facteurs favorisants de la survenue de la grippe chez les résidents.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective de l'épidémie auprès de l'ensemble des résidents et du personnel de l'USLD ainsi qu'un questionnaire sur la vaccination auprès du personnel soignant. Cette unité comportait au moment de l'épidémie 32 patients et 31 soignants.

Résultats : Soixante-quinze pour cent des résidents et 9,7 % des membres du personnel étaient vaccinés. L'épidémie a touché 11 soignants (taux d'attaque = 35,5 %) et 19 résidents (taux d'attaque = 59,4 %), dont quatre sont décédés (taux de létalité = 12,5 %). On observe que 73,7 % des résidents grippés ont eu une surinfection et 63,2 % d'entre eux ont présenté des signes de sévérité. Les comorbidités sévères et la dénutrition se sont révélées être des facteurs de risque non seulement de la grippe mais également de sévérité des symptômes grippaux. Le vaccin s'est révélé intéressant en termes de protection face à la sévérité des symptômes. L'analyse des facteurs associés à la grippe a mis en évidence le rôle probable des soignants en tant que vecteur de transmission de l'épidémie. L'analyse des questionnaires concernant la vaccination des soignants a montré que tous les soignants désiraient protéger leurs patients, mais que tous ceux qui étaient vaccinés avaient des raisons médicales personnelles qui justifiaient cette vaccination.

Conclusion : Ce travail a montré l'intérêt de prolonger la durée de la campagne vaccinale en USLD afin d'augmenter la couverture des résidents, d'insister sur la prise en charge de la dénutrition, et surtout de faire des campagnes d'information auprès des soignants afin d'augmenter le taux vaccinal des professionnels, car le mode de transmission à leur niveau vers les patients reste problématique et pourrait être diminué.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-18
Caractéristiques démographiques et profil de traitements antipsychotiques des patients âgés hospitalisés et atteints de pneumopathie infectieuse nosocomiale

J.-F. Westphal
ARS (Regional agency for health), Paris, France

Introduction : Certaines études récentes ont montré que les traitements antipsychotiques pouvaient provoquer des pneumopathies infectieuses chez le patient âgé.

Objectifs : La présente étude a pour objectif de comparer les caractéristiques démographiques et les profils de traitement antipsychotique chez des patients âgés hospitalisés et atteints ou non de pneumopathie.

Méthodes : Durant une période de six ans, tous les cas de pneumopathie infectieuse nosocomiale survenant chez des sujets âgés (> 65 ans) traités par antipsychotique(s) et hospitalisés en service de géronto-psychiatrie dans un hôpital de 600 lits ont été inclus dans l'étude. Les données démographiques, cliniques et thérapeutiques ont été extraites du dossier médical informatisé. Les données ont été comparées à celles obtenues chez des sujets âgés hospitalisés dans les mêmes unités gériatriques, sans antécédent de pneumopathie, et recrutés de manière aléatoire par coupes transversales successives un jour donné. Les traitements médicamenteux examinés ont été ceux en cours le jour du diagnostic de pneumopathie pour les patients atteints de pneumopathie (PAP), et ceux en cours le jour de la sortie du patient pour les patients sans pneumopathie (PSP).

Résultats : Au total, 230 patients ont été inclus, 115 avec pneumopathie et 115 sans pneumopathie. L'âge moyen était de 77,2 ans chez les PAP et de 74,5 ans chez les PSP ($p < 0,01$). La proportion d'hommes était supérieure chez les PAP (61,8 %) vs les PSP (43,5 %, $p < 0,01$). Alors que l'âge moyen était supérieur chez les femmes PAP (80,6 ans) vs les femmes PSP (75,7 ans, $p < 0,01$), les hommes PAP n'étaient pas significativement plus âgés que les hommes PSP (75,3 vs 73,1 ans, $p = 0,11$). La proportion de patients ayant au moins une comorbidité chronique était similaire dans les deux groupes de patients (81 % pour les PAP, et 87 % pour les PSP, $p = 0,20$). La prévalence de la démence ne différait pas entre les deux groupes de patients (27 % chez les PAP, et 33 % chez les PSP, $p = 0,31$). La BPCO était plus fréquente chez les PAP (20 %) que chez les PSP (8,7 %, $p = 0,014$). Le nombre moyen de médicaments par ordonnance était de 6,0 chez les PAP vs 6,4 chez les PSP ($p = 0,20$). La fréquence des monothérapies par antipsychotiques conventionnels ou par antipsychotiques atypiques était similaire chez les PAP (respectivement, 38 et 44 %) et chez les PSP (respectivement, 35,5 et 56,5 %, Chi^2 $p > 0,20$). Cependant, la polymédication antipsychotique était significativement plus fréquente chez les PAP (17,5 %) que chez les PSP (7,8 %, $p = 0,028$). Les doses quotidiennes moyennes de rispéridone, d'olanzapine et de tiapride (les trois antipsychotiques les plus fréquemment prescrits dans cette étude) n'étaient pas différentes entre les groupes de patients.

Conclusion : Dans cette étude, l'âge avancé, le sexe masculin, la BPCO et la polymédication antipsychotique apparaissent associés à l'occurrence de pneumopathie infectieuse chez les patients âgés traités par antipsychotiques. Des recommandations de surveillance pourraient être indiquées chez les patients présentant de telles caractéristiques.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-19
Aspects épidémiologiques et évolutifs de l'hépatite B diagnostiquée à un âge avancé

W. B. Guenifi*, A. Gasmi, H. Boukhrissa, A. Ouyahia, A. Hachani, M. Rais, S. Mechakra, A. Lacheheb
Faculté de médecine, université de Sétif, Sétif, Algérie

Introduction : L'hépatite virale B (HVB) constitue un problème de santé publique au niveau mondial ; il s'agit d'une pathologie chronique dont le risque de complications augmente avec l'âge. Très peu de documents sont publiés sur cette pathologie chez la personne âgée.

Objectifs : L'objectif de notre travail est de faire ressortir les éléments épidémiologiques et d'analyser les tableaux cliniques d'une HVB lorsqu'elle est diagnostiquée après l'âge de 65 ans.

Méthodes : C'est une étude rétrospective sur dossiers de patients pris en charge, dans le service de maladies infectieuses, Sétif–Algérie, pour HVB et chez qui le diagnostic a été posé à un âge avancé.

Résultats : L'HVB a été découverte chez 26 personnes âgées, il s'agit de 16 hommes et dix femmes. Outre la notion de soins dentaires retrouvée chez l'ensemble des patients, les facteurs de risque étaient multiples et variés : un antécédent chirurgical (14 cas), une transfusion sanguine (huit cas), une exploration endoscopique (dix cas), un tatouage ou une scarification (neuf cas), etc. Les comorbidités associées étaient aussi fréquentes : diabète (trois cas), cardiopathie (sept cas), pathologie néoplasique (11 cas) et autres pathologies (cinq cas). Au plan évolutif, dix patients étaient diagnostiqués au stade de cirrhose avec syndrome d'hypertension portale, parmi eux, un malade avait le carcinome hépatocellulaire déjà installé. Trois patients avaient présenté une hépatite aiguë, et 11 étaient des porteurs inactifs de l'AgHbs dont quatre sont à risque élevé de réactivation du fait de leur état d'immunodépression.

Conclusion : L'HVB pose un problème épidémioévolutif chez la personne âgée, le risque de découvrir une maladie avancée est élevé (10/26) ; sa présence chez le sujet âgé complique la prise en charge des comorbidités fréquentes à cet âge.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-20-20
Zona à l'hôpital en France : quels patients ? Quel type d'hospitalisation ? Quel coût ?

C. Baptiste[1,*], G. Gavazzi[2], A. Vainchtock[3], C. Blein[3]
[1]*Département médical, Sanofi Pasteur MSD, Lyon, France*
[2]*Médecine gériatrique et communautaire, hôpital de La Tronche, Grenoble, France*
[3]*Heva, Lyon, France*

Introduction : Le zona résulte de la réactivation du virus varicella-zona (VZV) resté latent dans l'organisme après une varicelle, qui constitue l'infection initiale. Plus de 99 % de la population adulte a présenté la varicelle, généralement pendant l'enfance, et est donc à risque de zona. L'incidence du zona augmente fortement dès l'âge de 50 ans, passant de 2,8 cas pour 1 000 dans la tranche des 40–49 ans, à 4,99 cas pour 1 000 pour les 50–59 ans et à plus de dix cas pour 1 000 après 80 ans. Cela représente, en France, 250 000 à 300 000 nouveaux cas de zona par an.

Objectifs : Décrire les cas de zona hospitalisés et leurs caractéristiques en France, et valoriser le coût de sa prise en charge à l'hôpital.

Méthodes : Analyse de la base de données PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) pour l'année 2011, avec

extraction de l'ensemble des séjours des patients de 50 ans et plus présentant au moins un code diagnostic CIM-10 de zona (B02*) en diagnostic principal (DP), diagnostic relié (DR) ou diagnostic associé significatif (DAS). Si les séjours avec un code de zona en DP ou DR correspondent aux séjours motivés par la prise en charge du zona, ceux présentant le zona en DAS ont fait l'objet d'une lecture médicale avec un médecin du département d'information médicale (DIM) afin de ne retenir que ceux dont le motif d'hospitalisation était lié au zona.

Résultats : Au total, 7 389 séjours ont été extraits et après lecture médicale, 2 571 hospitalisations motivées pour zona ont été analysées correspondant à 2 392 patients. La quasi-totalité des hospitalisations (91 %) s'est faite au sein du secteur public. L'âge moyen des patients hospitalisés pour zona était de 76 ans. Cette moyenne d'âge variait en fonction du type de complication (zona ophtalmique, encéphalite…). L'étude des principales comorbidités (diagnostics relatifs à l'appareil circulatoire, respiratoire, les maladies endocriniennes, les maladies du système nerveux, rénales, diabète et du système ostéoarticulaire) a montré que 1 707 hospitalisations concernaient des patients présentant l'une de ces sept comorbidités, soit 66 % des séjours. Trente-cinq pour cent des hospitalisations étaient motivées par un zona sans complication, et 19 % par un zona ophtalmique. La durée moyenne de séjours était de 9,5 jours (7,9–19,5). L'issue du séjour était majoritairement le retour à domicile (80 %). Dans plus de 10 % des cas, on observait un transfert vers un autre établissement de santé (dont les SSR dans 60 % des cas). Le coût pour l'assurance maladie de la prise en charge hospitalière des 2 571 hospitalisations pour zona s'élevait à 10,8 M€, soit un peu plus de 4 500 € par patient.

Conclusion : Cette analyse de la base de données hospitalière PMSI montre un impact direct du zona chez des patients hospitalisés pour zona : ce sont des personnes âgées, dont les durées de séjour peuvent être élevées selon le type de complication, et pour lesquelles le mode de sortie est un transfert vers une autre structure dans plus de 10 % des cas.

Conflit d'intérêt : C. Baptiste : employé de Sanofi Pasteur MSD ; G. Gavazzi : consultant pour : SPMSD ; A. Vainchtock : consultant pour SPMSD ; C. Blein : consultant pour SPMSD.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:200
DOI 10.1007/s12612-013-0346-6

P7-21 Troubles sensoriels et désafférentation

© Springer-Verlag France 2013

P7-21-01
Évaluation des fonctions auditives centrales, de la mémoire de travail et de l'attention soutenue et divisée de sujets presbyacousiques appareillés se plaignant de difficultés de compréhension de la parole dans le bruit

H. Le Roux*, V. Rosso
À Propos, Étables/Mer, France

Introduction : La presbyacousie, enjeu de santé majeur, est un modèle de pathologie multifactorielle. Elle atteint l'audition périphérique mais fait également intervenir des facteurs centraux et des facteurs cognitifs. La combinaison de ces trois niveaux d'atteinte pourrait entraîner des troubles perceptivocognitifs complexes. Ainsi, ces sujets se plaignent de façon récurrente de ne pas comprendre dans le bruit, en dépit de l'amélioration obtenue au niveau des seuils auditifs et du port régulier de leur aide auditive.

Objectifs : En France, de nombreux sujets presbyacousiques sont appareillés sans prescription de bilan orthophonique. La question est posée d'une possible amélioration de la compréhension par une rééducation orthophonique spécifique. Cela suppose au préalable d'affiner le diagnostic orthophonique en précisant l'origine du trouble. L'insatisfaction vis-à-vis d'une prothèse auditive pour la compréhension de la parole en milieu bruyant de certains sujets presbyacousiques est-elle la conséquence d'une altération des processus auditifs centraux, de troubles de la mémoire et/ou de l'attention ? Par ailleurs, le niveau de discordance entre leur audiogramme tonal et leur audiogramme vocal est-il prédictif de leur niveau de gêne dans le bruit ?

Méthodes : Afin de répondre à ces questions, nous avons mené une étude auprès de 17 sujets presbyacousiques appareillés se plaignant de ne pas comprendre dans le bruit en évaluant leurs fonctions auditives centrales au moyen du bilan de l'audition centrale (BAC), leur mémoire de travail et leur attention soutenue avec le Pasat, leur attention divisée avec la double tâche de Baddeley et leur appréciation concernant l'appareillage, notamment pour l'audition dans le bruit, avec l'autoquestionnaire APHAB. Nous avons utilisé XLSTAT pour les déterminations des corrélations des rangs de Spearman, les tests de conformité de Student et l'analyse Anova et employé le logiciel R pour calculer les tests de conformité de Wilcoxon.

Résultats : Nos résultats ont mis en évidence une corrélation entre le niveau de discordance tonal/vocal et le niveau de gêne persistante en milieu bruyant malgré l'appareillage, évalué par le questionnaire APHAB. Ils indiquent également que ces sujets présentent des troubles de l'audition centrale, objectivés par deux des subtests du BAC mesurant les capacités de décodage phonétique dans le calme et dans le bruit et l'aptitude dichotique, c'est-à-dire l'intégration et la séparation binaurale. Tous n'atteignent pas un score pathologique mais nous notons que tous les scores sauf un sont négatifs, ce qui constitue une différence significative entre notre échantillon et la population témoin. Par ailleurs, tous les sujets ont une attention divisée supérieure à la moyenne mais certains présentent néanmoins une altération de la mémoire de travail et/ou de l'attention soutenue.

Conclusion : Le bilan orthophonique, en révélant ces troubles, montre que l'orthophoniste a sa place dans un travail interdisciplinaire avec l'ORL et l'audioprothésiste afin d'améliorer l'évaluation fonctionnelle auditive du sujet presbyacousique appareillé et peut apporter sa contribution à une meilleure prédiction de l'efficacité de l'appareillage. Il dispose pour cela d'instruments de mesure, facilement applicables en clinique. Partant de là, une remédiation orthophonique par un entraînement auditivocognitif adapté, qui reste à valider, pourrait être proposée.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:201
DOI 10.1007/s12612-013-0347-5

P7-22 Troubles trophiques

© Springer-Verlag France 2013

P7-22-01
Problématique de la fiche pansement dans le suivi des plaies chroniques en hospitalisation

I. Mensah*, C. Menant, S. Roussel,
Groupe de travail des infirmières du SSR
Service de soins de suite réadaptation, hôpital de Saint-Marcellin, Saint-Marcellin, France

Introduction : Dans le service de soins suite et rééducation, 20 à 30 % des patients présentent des plaies chroniques. Leur cicatrisation optimale nécessite une réévaluation régulière et une transmission objective des données avec une traçabilité sur la fiche pansement–tâche chronophage. Afin que les infirmières se l'approprient dans leur fonctionnement hospitalier multitâche, cette fiche doit être adaptée, simple et objective. En effet, les items retenus sur ces fiches ne sont pas toujours exploités car incomplets ou absents, entravant ainsi le suivi et la prise en charge de ces plaies chroniques. Pour les infirmières, la fiche pansement doit être simple, complète, précise, objective mais facile et rapide à remplir !

Objectifs : Analyser les difficultés en lien avec l'application des items retenus sur une fiche pansement en hospitalisation afin de la rendre objective dans le choix du pansement et simple d'utilisation dans le suivi des plaies chroniques.

Méthodes : Une fiche pansement des plaies chroniques élaborée avec l'infirmière référente pansement a été évaluée après trois mois d'utilisation par toutes les infirmières du service. Celles-ci ont été au préalable formées aux différents items retenus. L'évaluation de la fiche s'est faite par un questionnaire écrit anonyme, un entretien individuel puis collectif afin d'avoir le ressenti de chacune.

Résultats : Toutes les infirmières du service trouvent la fiche pansement facile à remplir et simple ; les items retenus sont connus de toutes. Néanmoins, 30 % d'entre elles expriment le besoin d'un rappel oral régulier par l'infirmière référente sur les notions d'aspect de l'état de la plaie et celui de la peau périphérique. En effet, ces items restent complexes et absents dans 30 % des fiches. La formation initiale et continue devrait permettre de rendre ces items plus accessibles et donc mieux tracés et exploitables. Les codes couleur ou les abréviations ne sont utilisés que par 50 % des infirmières. Pour toutes, demeure la problématique des dimensions des lésions multiples et/ou irrégulières, des outils de mesure pour les lésions excédant 15 cm, et de la fréquence des mesures. L'utilisation de calque permet un suivi visuel global mais nécessite du temps pour être réalisé. Pour toutes, les transmissions écrites restent importantes et nécessaires bien que limitées et précises car le besoin de s'exprimer demeure. Cet item leur permet également de noter les éléments non identifiés telles la notion de douleur, la réalisation d'un prélèvement. Le choix du pansement est mieux adapté, plus conforme, et le suivi plus objectif avec une transmission plus expressive. Dix pour cent des soignants ne remplissent pas la fiche après chaque pansement, entraînant ainsi une perte ou une imprécision des informations.

Conclusion : La fiche pansement des plaies chroniques en hospitalisation doit rester simple, pratique, mais suffisamment explicite et objective pour guider le choix des pansements et assurer le suivi des plaies. L'efficacité de son application par les infirmières repose sur une bonne connaissance des items retenus par les formations initiale et continue. Le référent infirmier reste un pilier dans la pédagogie. L'implication des infirmières dans la réalisation de la fiche permet de l'adapter aux réalités du service afin de la rendre effective dans son utilisation, en assurer la transmission et optimiser la cicatrisation dans le temps.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:202-203
DOI 10.1007/s12612-013-0348-4

P7-23 Urgence/soins intensifs

© Springer-Verlag France 2013

P7-23-01
Rôle de l'équipe mobile de gériatrie au service d'accueil et d'urgences

E. Castel-Kremer*, S. Azzaoui-Cuzon, B.-A. Kim, V. Profit, B. Comte
Unité mobile de gériatrie, CHU, hôpital E.-Herriot, Lyon, France

Introduction : Les personnes âgées représentent une part importante des patients admis dans les services d'accueil et d'urgence (SAU) pour des motifs médicopsychosociaux souvent intriqués. L'hospitalisation est fréquente, mais parfois non nécessaire.

Objectifs : Décrire le rôle de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) au SAU de notre établissement dans la prise de décision de retour à domicile (RAD) des patients âgés.

Méthodes : Un médecin et une infirmière de l'EMG interviennent tous les matins dans le SAU. Les médecins urgentistes leur signalent les patients dont le bilan somatique ne nécessiterait pas une hospitalisation mais qui leur semblent fragiles. L'équipe mobile prend connaissance du dossier, le médecin examine le patient, l'IDE se renseigne sur son mode de vie et son autonomie antérieure. Ces résultats sont systématiquement colligés. La décision de RAD est prise conjointement avec le médecin urgentiste référent. Dans ce cas, l'IDE de l'EMG rappelle le patient à 48 heures pour réévaluer la situation. Nous avons recherché les réhospitalisations à un mois en consultant le dossier médical informatisé du CHU.

Résultats : Le SAU de l'hôpital E.-Herriot a admis en 2012, 5 920 patients de plus de 75 ans, 64 % ont été hospitalisés. De janvier 2012 à avril 2013, l'EMG a été sollicitée pour 536 patients, dont 163 (30 %) sont retournés à leur domicile après avis du gériatre. Ces derniers ont un âge moyen de 84 ans, 24 % vivent en EHPAD et 76 % à leur domicile avec pour 64 % d'entre eux un entourage présent quotidiennement. Les principaux motifs d'admission au SAU sont : troubles du comportement (31), chute (28), pathologies cardiorespiratoires (14), neurologiques (13), infections (13). Les recommandations gériatriques associées au RAD sont principalement d'ordre social (66), ajustement thérapeutique (52), orientation vers la filière gériatrique (41). Quatorze patients (9 %) ont été réhospitalisés à 48 heures ; 11 pour des motifs semblables : troubles du comportement persistants (cinq) ou pathologies chroniques (six). À un mois, 24,5 % des patients ont été réhospitalisés dans notre établissement.

Conclusion : Les gériatres organisent le RAD pour un tiers des patients proposés par les urgentistes, cela est retrouvé par d'autres équipes. Le RAD nécessite des contacts avec les aidants et une adhésion à un projet de sortie, qu'il est difficile de consolider dans un SAU. Les troubles du comportement récurrents avec maintien à domicile difficile ainsi que les pathologies instables sont les causes les plus fréquentes de réhospitalisation rapide. Ces résultats objectivent la complexité des situations des patients âgés se présentant aux SAU, notamment sur le plan médical et social. Nous organiserons et évaluerons un suivi plus rapproché des patients de retour à leur domicile par une communication systématique au médecin traitant de la possibilité de recourir à une ligne téléphonique permettant un contact direct avec un gériatre de notre service et/ou de faire intervenir notre équipe mobile extrahospitalière.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-23-02
Syndrome de Guillain-Barré dans un contexte d'une myélofibrose

G. Bertoletti[1,*], C. Perron[1], A. Devun[2], K. Castro-Lionard[1], M.-A. Blanchon[2], R. Gonthier[2]
[1]*Service de gérontologie clinique, hôpital Trousseau, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France*
[2]*Service de gérontologie clinique, hôpital La Charité, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France*

Introduction : Le syndrome de Guillain-Barré est une affection neurologique inflammatoire auto-immune rare du système nerveux périphérique.

Objectifs : Rapporter un cas de Guillain-Barré concomitant d'une myélofibrose.

Méthodes : Cas clinique.

Résultats : Patient de 81 ans, qui est suivi pour une myélofibrose par les hématologues et pour lequel une surveillance simple avait été proposée. Il est hospitalisé aux urgences par son médecin traitant pour tétraparesthésies et dyspnée d'effort. À la prise en charge aux urgences, le patient se plaint d'une altération de l'état général avec une dyspnée d'effort et il explique qu'il présente depuis trois semaines un syndrome neurologique avec paresthésies des extrémités des doigts puis des extrémités des orteils. À l'examen on retrouve un déficit moteur à 4/5 des quatre membres. Le diagnostic évoqué est l'acutisation de la myélofibrose. Un avis auprès des neurologues est demandé avant la mutation dans le service, ils conseillent une IRM cérébrale. Dans le service, une polyradiculonévrite est suspectée, une ponction lombaire est réalisée et retrouve une dissociation albuminocytologique. Devant l'aggravation du tableau neurologique, le patient est muté aux soins intensifs où un traitement par immunoglobulines intraveineuses est débuté. L'électromyogramme réalisé est compatible avec le diagnostic de polyradiculonévrite aiguë de Guillain-Barré. Le patient va présenter une détresse respiratoire aiguë pour lequel il sera intubé et ventilé en réanimation. Il décédera plus tard dans le service de réanimation.

Conclusion : Le syndrome de Guillain-Barré est une pathologie rare, au diagnostic difficile chez les personnes âgées qui présentent souvent

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

des neuropathies périphériques. Ce diagnostic doit cependant être évoqué pour détecter l'apparition d'une atteinte des muscles respiratoires ou des troubles de la déglutition qui mettent en jeu le pronostic vital et peuvent faire discuter un transfert en soins intensifs. Dans notre cas, l'existence d'une myélofibrose a conduit à un retard de diagnostic. Deux cas de myélofibrose auto-immune ont été rapportés. Il n'a pas été possible de réaliser de bilan immunologique complet, mais se pose la question du lien entre la myélofibrose et le syndrome de Guillain-Barré. Le diagnostic de Guillain-Barré est une maladie rare mais elle reste une urgence médicale qui nécessite que devant toute neuropathie périphérique on se pose la question d'une polyradiculonévrite aiguë, y compris chez nos patients âgés immunodéprimés.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-23-03
Appel pour chute et relevage en régulation médicale : proposition d'un dépistage de repérage de la personne âgée fragile

G. Malerba[1,*], J. Thisse[2]
[1]*Meurthe-et-Moselle, SSR Spillmann, CHU de Nancy, Nancy, France*
[2]*Meurthe-et-Moselle, service des urgences, CHU de Nancy, Nancy, France*

Introduction : Le repérage aux urgences de la fragilité chez la personne âgée est fait de façon trop tardive, car l'hospitalisation est déjà le résultat de décompensations fonctionnelles manifestes parfois déjà graves. Le nombre d'appels passés au Samu est considérable et constitue une source de repérage intéressant de la fragilité avant la nécessité d'hospitalisation.

Objectifs : Mise en place d'un protocole de repérage de la fragilité des personnes âgées de 75 ans et plus en régulation médicale urgente.

Méthodes : À partir d'appel reçu au Samu 54 pour chute des personnes âgées de plus de 75 ans et au moyen d'un questionnaire auprès des médecins urgentistes participants à la régulation médicale, nous avons établi un questionnaire de repérage de la fragilité spécifique aux méthodes de régulation médicale imposant un temps conversationnel court et restreint. Dans un deuxième temps les personnes âgées repérées à risque de fragilité se sont vues confiées à l'équipe mobile de liaison gériatrique. Notre étude porte sur la faisabilité de mise en place de ce protocole de repérage.

Résultats : Recensement des appels passés au Samu 54 sur une année pour chute et relevage de personnes âgées de plus de 75 ans (3 063 appels) et analyse des caractéristiques épidémiologiques des victimes, des appels, et de l'orientation des victimes après régulation. Analyse des critères de régulation des appels concernant les personnes âgées sur la base d'un questionnaire renseigné de manière anonyme par les médecins régulateurs du Samu 54.

Conclusion : Très fort taux d'hospitalisation des personnes âgées de 75 ans et plus ayant chuté. Mise en évidence d'un manque d'autre alternative à la prise en charge de la fragilité et des chutes. Fort taux de chute au domicile avec augmentation du nombre de chutes en fin d'année civile et en fin de période estivale. Les critères médicosociaux sont peu pris en compte par les médecins régulateurs. La présence d'un tiers est discriminante dans la prise en charge de l'appel. Les critères tels que l'âge, la polypathologie, la perte d'autonomie, l'isolement social, les troubles de la marche et les antécédents de chutes sont suffisants au repérage de la fragilité en régulation médicale.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Cah. Année Gérontol. (2013) 5:204-211
DOI 10.1007/s12612-013-0349-3

P7-24 Autres

© Springer-Verlag France 2013

P7-24-01
Pseudo-phéochromocytome médicamenteux : à propos d'un cas

G. Loggia[1,*], S. Blanchemain[1], M. Colombe[2], N. Guesdon[1], P. Lescure[1]
[1]*Service de médecine gériatrique aiguë, CHU de Caen, Caen, France*
[2]*Pharmacie, CHU de Caen, Caen, France*

Introduction : La présence d'une hypertension artérielle paroxystique sévère et des signes d'hyperadrénergie doivent faire évoquer un phéochromocytome. Cette tumeur est rare, la prévalence varie de 0,1 à 1 % de la population générale et de 0,1 à 0,6 % des patients hypertendus. Lorsque la recherche de phéochromocytome est négative, le diagnostic de pseudo-phéochromocytome peut être évoqué par défaut.

Objectifs : Nous rapportons une observation clinique de pseudo-phéochromocytome médicamenteux dû à un inhibiteur sélectif de la monoamine-oxydase B (IMAO-B), la rasagiline, chez un patient parkinsonien sous L-dopa.

Méthodes : Un homme de 82 ans était hospitalisé pour des douleurs abdominales diffuses, d'évolution chronique depuis deux ans, sans étiologie retrouvée. Le patient présentait comme seul antécédent une maladie de Parkinson. Il était traité par rasagiline et une association de L-dopa et carbidopa. À l'examen clinique, on trouvait une labilité franche des tensions artérielles systoliques variant entre 100 mmHg et 180 mmHg, associée à quelques épisodes de sueurs, de flous visuels et de flushs. Les examens biologiques standards étaient normaux. Le dosage spécifique des métanéphrines et normétanéphrines urinaires avec un recueil sur trois jours était élevé. Le scanner abdominal avec coupes surrénales, l'IRM abdominale et surrénalienne et la scintigraphie à la MIBG étaient normaux.

Résultats : Le diagnostic retenu était celui de pseudo-phéochromocytome d'origine iatrogène sous rasagiline motivant l'arrêt immédiat de ce médicament. Les taux de métanéphrines et normétanéphrines urinaires se sont normalisés à deux semaines de l'arrêt de la rasagiline. L'arrêt de la rasagiline a été suivi de la stabilisation de la tension du patient et de la disparition des signes vasomoteurs. Le diagnostic de pseudo-phéochromocytome médicamenteux a été évoqué devant la présence d'une hypertension artérielle paroxystique et de signes d'hyperadrénergie, d'une prise médicamenteuse compatible et d'examens paracliniques biologiques et radiologiques en faveur. L'absence de tumeur surrénalienne ainsi que l'amélioration clinique et la normalisation biologique à l'arrêt de la rasagiline plaident en faveur d'une origine iatrogène. Une imputabilité vraisemblable a été retenue pour la rasagiline par le centre de pharmacovigilance.

Conclusion : Le diagnostic de phéochromocytome est à évoquer devant l'association d'une hypertension artérielle et d'un tableau hyperadrénergique. Dans ce même contexte clinique, le diagnostic de pseudo-phéochromocytome médicamenteux est à évoquer si les examens paracliniques permettent d'éliminer une tumeur sécrétrice de catécholamines.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-02
Étude de l'effet antibiofilm du miel médical Melipharm sur des souches de *Pseudomonas aeruginosa*

C. Malepeyre[1,*], P. Bressollier[2], J.-P. Lavigne[3], C. Dunyach-Remy[3], A. Raynaud[2]
[1]*Melipharm, Nîmes, France*
[2]*LCSN, Limoges, Nîmes, France*
[3]*Inserm U1047, UFR médecine, Nîmes, France*

Introduction : Les biofilms bactériens posent de sérieux problèmes de santé publique. Ils sont des facteurs limitants dans la prise en charge des plaies en étant à l'origine de plus de 60 % des plaies chroniques. L'inefficacité des protocoles thérapeutiques actuels sur ce type de plaies a conduit à la recherche de nouveaux moyens de lutte.

Objectifs : Ce travail s'inscrit dans ce cadre. Il avait pour objectif d'évaluer le potentiel antibiofilm d'un dispositif médical à base de miel. Pour cela, l'efficacité de ce dispositif médical a été évaluée sur une série de modèles in vitro, simulant les différentes étapes de développement d'un biofilm bactérien de *Pseudomonas aeruginosa* (bactéries planctoniques, adhésion, maturation).

Méthode : L'activité antibactérienne du dispositif médical a été évaluée sur des bactéries à l'état planctonique (libre). Les concentrations minimales bactéricides (CMB) du dispositif médical ont été déterminées sur un panel de souches ($n = 16$) de *P. aeruginosa* sensibles ou multirésistantes ($n = 10$) isolées de plaies chroniques. La capacité du dispositif médical à inhiber l'adhésion in vitro de bactéries sur des cellules de kératinocytes a été établie à des concentrations sublétales. Son activité bactéricide vis-à-vis d'un biofilm mature a également été évaluée.

Résultats : Notre étude a montré que le dispositif médical était efficace à toutes les étapes de développement du biofilm de *P. aeruginosa*. Il est bactéricide vis-à-vis des bactéries à l'état planctonique (CMB moyennes de 14 et 14,5 % pour les souches sensibles et résistantes, respectivement) et biocide sur un biofilm mature. Il est également capable d'inhiber l'adhésion des bactéries sur les cellules de la peau telles que les kératinocytes.

Conclusion : Ces tests confirment que le DM est capable d'éradiquer une des principales bactéries organisées en biofilm dans les plaies chroniques. Il pourrait permettre de prévenir ou contrôler la colonisation/infection de ces plaies.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Co-édition avec *L'Année Gérontologique* (2013)

P7-24-03
Horton or not Horton ?
Vascularites chez la personne âgée

J. Galland[1,*], L. Karkowski[2], G. Cinquetti[2], P. Carassou[2], A. Benetos[1]
[1]*Gériatrie et médecine interne, CHU de Nancy, Vandœuvre-Lès-Nancy, France*
[2]*Service de médecine interne et maladies infectieuses et tropicales, HIA Legouest, Metz, France*

Introduction : La maladie de Horton (MH) est la vascularite la plus fréquente en gériatrie, dont l'examen paraclinique de référence demeure la biopsie de l'artère temporale (BAT). Toutefois, la présence d'une vascularite aspécifique sur une BAT ne signe pas systématiquement une MH. Nous rapportons les cas de deux patients avec une BAT positive, chez qui le diagnostic de MH a été secondairement récusé.

Objectifs : Sensibiliser les praticiens à la bonne interprétation d'une BAT positive, et éviter de diagnostiquer à tord des MH.

Méthodes : *Cas n° 1 :* Il s'agissait d'un patient de 76 ans, aux antécédents d'HTA, d'anévrisme de l'aorte abdominale et de cardiopathie ischémique. Il était hospitalisé en 2012 pour céphalées, arthrite du coude droit (stérile, sans cristaux), cervicalgies et douleurs d'horaire inflammatoire des deux épaules. La biologie retrouvait un syndrome inflammatoire. Le bilan auto-immun était négatif (Ac antinucléaires et ANCA, facteur rhumatoïde non dosé). La BAT retrouvait un léger infiltrat inflammatoire lymphocytaire adventitiel, sans caractère spécifique. Le patient était traité par corticothérapie orale. En raison d'une corticorésistance, un traitement par méthotrexate était introduit au bout de neuf mois. Malgré cette bithérapie, le patient était hospitalisé en mars 2013 pour persistance des cervicalgies, l'apparition d'une coxite gauche, puis d'arthrites diffuses, ainsi qu'une urticaire. Un nouveau bilan biologique auto-immun retrouvait alors un facteur rhumatoïde et des Ac anti-CCP fortement positifs. Il s'agissait finalement d'une vascularite temporale secondaire à une polyarthrite rhumatoïde, traitée par biothérapie de type Tocilizumab (anti-IL6). On notait une amélioration clinique spectaculaire dès la deuxième perfusion.

Cas n° 2 : Il s'agissait d'un homme de 75 ans, au seul antécédent de pleurésie à *Mycobacterium bovis*, hospitalisé en 2006 pour altération fébrile de l'état général avec douleurs diffuses et syndrome inflammatoire biologique inexpliqué. Le bilan paraclinique étiologique (infectieux, néoplasique et auto-immun) était négatif en dehors d'une vascularite aspécifique sur la BAT, et d'une hépatite B active. Le patient était traité par corticothérapie pour une MH supposée. Il demeurait corticodépendant. Au bout de quelques mois, on voit apparaître un tableau de multinévrite ainsi qu'un purpura des membres inférieurs. La biopsie neuromusculaire révélait une vascularite nécrosante évoquant une périartérite noueuse (PAN) dans ce contexte d'infection à VHB, avec ANCA négatifs. Les lames de la BAT étaient relues et correspondaient bien à une vascularite nécrosante. En raison de signes cérébraux, le patient était traité et amélioré par bolus intraveineux. de corticoïdes et de cyclophosphamide, avec un traitement de son hépatite B en parallèle par emtricitabine.

Résultats : Les signes spécifiques de la MH sur la BAT sont : présence d'un granulome gigantocellulaire avec cellules épithélioïdes, inflammation de l'ensemble des tuniques de la paroi vasculaire, destruction de la limitante élastique interne. En dehors de ces signes spécifiques, la présence d'une inflammation de la paroi d'une artère temporale peut être secondaire à d'autres pathologies : autres vascularites comme la PAN, une vascularite à ANCA, une cryoglobulinémies…, rarement une polyarthrite rhumatoïde.

Conclusion : L'absence de lésions spécifiques d'une MH sur une BAT doit amener le clinicien à chercher une autre étiologie de vascularite, notamment néoplasique, auto-immune, médicamenteuse ou infectieuse.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-04
Glossite migratrice bénigne (langue géographique) : une pathologie méconnue chez le sujet âgé

E. Chidlovskii[1,*], M. Maillet[2], V. Steenpass[1], V. M. Dang[1], P. Couturier[1]
[1]*CHU, Clinique universitaire de gériatrie, Grenoble, France*
[2]*CHU, Clinique universitaire de médecine interne, Grenoble, France*

Introduction : La glossite migratrice bénigne (ou langue géographique ou glossite exfoliatrice marginée) est une affection chronique bénigne de la muqueuse linguale. Elle est surtout rapportée chez les enfants mais peut concerner tous les âges. Le traitement est purement symptomatique, mais cette maladie méconnue fait souvent l'objet de traitements antifongiques inadaptés.

Objectifs : Nous rapportons un cas de glossite migratrice bénigne chez une patiente âgée hospitalisée pour la prise en charge d'une bronchite aiguë.

Méthodes : Une patiente de 89 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle, fibrillation atriale, pacemaker et démence mixte au stade modéré est hospitalisée en court séjour gériatrique pour dyspnée aiguë. Une antibiothérapie par amoxicilline/acide clavulanique est instaurée devant le tableau de bronchite aiguë, avec une évolution favorable après sept jours de traitement. Dix jours après l'admission, on note l'apparition de troubles du comportement et de troubles de déglutition, associés à des brûlures buccales et un refus d'alimentation. À l'examen, la langue présente l'aspect d'une carte de géographie avec des anneaux et des aires dépapillées rouges entourées d'une bordure blanchâtre légèrement surélevée. L'aspect de la langue se modifie d'un jour à l'autre. Le prélèvement mycologique buccal est négatif. Le diagnostic de glossite migratrice bénigne est alors évoqué.

Résultats : Cette affection inflammatoire bénigne auto-immune de la muqueuse linguale se manifeste à tout âge avec une fréquence de 1,5 à 5 %, mais elle est surtout rapportée chez les enfants. Les lésions sont constituées de petites plaques érythémateuses correspondant à la disparition des papilles filiformes, évoquant un renouvellement cellulaire trop rapide. Ces plaques rouges en forme d'anneaux ou de festons sont entourées d'un liseré blanchâtre ou jaunâtre serpigineux qui correspond à la dépigmentation des papilles filiformes avant leur chute. Celles-ci se reforment vite, et les zones rouges cicatricielles prennent une couleur plus claire. D'autres zones desquament à leur tour, d'où l'aspect en carte de géographie. Ce remaniement constant donne à cette pathologie le nom de glossite migratrice bénigne. Les symptômes les plus fréquemment rapportés sont des picotements, des brûlures au contact d'aliments et un goût métallique. L'étiologie de cette affection est mal connue. Certains auteurs évoquent un facteur génétique, d'autres concluent à une localisation linguale d'un psoriasis. Le diagnostic différentiel inclut la candidose buccale, le lichen plan, le lupus érythémateux, le syndrome de Reiter ou encore une leucoplasie chevelue. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de traitement permettant d'arrêter les poussées de cette maladie. En période aiguë, le traitement est symptomatique avec éviction des produits irritants tels plats chauds, épices, vinaigre, agrumes, dentifrice ou bains de bouche. Des applications locales de xylocaïne visqueuse, de solution de trétinoïne à 0,1 %, de tacrolimus ou encore de bétaméthasone en bain de bouche ont été testées avec une efficacité inconstante.

Conclusion : La langue géographique est une lésion inflammatoire bénigne localisée le plus souvent sur les faces dorsales ou latérales de la langue. Le caractère migrateur des lésions est pathognomonique. Le diagnostic reste clinique et l'abstention thérapeutique est la règle. Savoir évoquer cette pathologie bénigne évite la prescription inappropriée d'antifongiques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-05
Entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; à travers l'exemple d'un EHPAD rémois

E. Goguelet[1,*], S. Colas[2]
[1]*Résidence ORPEA Saint-André, Reims, France*
[2]*Service de gériatrie aiguë et médecine interne, CHU de Reims, Reims, France*

Introduction : L'entrée en EHPAD est un moment crucial dans la vie d'une personne âgée confrontée à la rupture de son environnement habituel et à de nouvelles règles de vie en collectivité. Le terme d'institutionnalisation est le plus souvent employé, mais celui de placement est également entendu.

Objectifs : Analyser les conditions d'entrée en EHPAD de 100 patients en regardant les données médicales, sociodémographiques. Rechercher la traçabilité de leur consentement à cette institutionnalisation.

Méthodes : Étude rétrospective des dossiers médicaux des 100 résidents d'un EHPAD privé de Reims.

Résultats : L'âge moyen d'entrée est pour les hommes de 84,5 ans (± 6,8) et de 87,5 ans (± 5,3) pour les femmes. Quatre-vingt-cinq pour cent des entrées sont celles de femmes.

Plus de 60 % des résidents sont entrés entre 81 et 90 ans avec des entrées par classes d'âge croissantes jusqu'à 90 ans. Quarante-six pour cent des résidents proviennent du domicile, de foyer logement pour 6 %, de SSR pour 24 % et de l'hôpital pour 24 %. Un tiers des résidents sont entrés en raison de troubles cognitifs souvent associés à des troubles psychocomportementaux. Trente résidents sont entrés à la suite d'une pathologie rhumatologique/orthopédique invalidante (chute avec fracture). Soixante-neuf pour cent des entrées se sont faites dans un délai inférieur à un mois suite à la demande. Quatre-vingt-deux pour cent des résidents sont dépendants (GIR 1 à 4). Soixante-quatorze pour cent des entrants ont des troubles cognitifs, dont 43 % des troubles modérés à sévères (soit 58 % des troubles cognitifs). Onze pour cent des entrants bénéficient d'un régime de protection juridique. Un tiers des personnes présentant des troubles cognitifs sont entrées en EHPAD avec un diagnostic de démence posé, mais seulement 25 % de ces personnes ont un suivi spécialisé. La présence de troubles cognitifs est retrouvée chez 80 % des personnes dites « chuteuses ». Un consentement à l'institutionnalisation a été retrouvé dans le dossier pour environ 60 % des résidents, 11 % des résidents exprimaient un refus clair (tous déments).

Conclusion : Cette étude correspond aux données de la littérature. On entre en résidence : âgé, dépendant, dément et en urgence. Les troubles psychocomportementaux et les chutes sont les motifs d'institutionnalisation les plus fréquents. La démence est sous-diagnostiquée. La problématique du consentement est celle de personne âgée souffrant d'une démence évoluée avec une préparation à l'entrée insuffisante ou inexistante.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-06
L'évolution du paradigme sur la préservation de l'autonomie des personnes âgées

M. Nogues*
Carsat Languedoc-Roussillon, Montpellier, France

Introduction : En Languedoc-Roussillon, 21 % de seniors âgés entre 55 et 74 ans ressentent un sentiment d'isolement social selon une étude conduite par le centre GérontoClef, en partenariat avec la Caisse d'assurance retraite et santé au travail (Carsat) Languedoc-Roussillon. Face à ce constat, il apparaît comme essentiel de sortir des réflexions autour de la fragilité individuelle pour s'ouvrir à une évolution au niveau social, économique, éthique de notre société. En cela, chaque acteur doit s'interroger sur l'accompagnement de la personne âgée dans son environnement. La Carsat s'oriente vers le ciblage/repérage des populations sur le territoire et l'accompagnement des seniors autonomes, dans le cadre de programmes attentionnés.

Objectifs : Intégrer les personnes âgées dans un réseau social de proximité, de confiance. Créer un environnement positif, favorable à la préservation de l'autonomie et du maintien à domicile. À cet égard, de nombreuses études ont établi le rôle privilégié du système de soutien informel et son influence positive sur le bien-être des personnes. En cela, la Carsat a souhaité mettre en place un dispositif gradué alliant repérage, accompagnement et nouvelles technologies.

Méthodes : L'Observatoire régional des situations de fragilité élargi à l'interrégime (MSA, RSI) identifie, à partir de l'extraction des bases de données de l'assurance retraite et/ou de l'assurance maladie, les seniors en situation de risque social et des territoires prioritaires d'intervention. À cet égard, en région LR, près de 9 000 seniors ont été repérés comme fragiles en 2011, et 55 cantons ont été identifiés comme des zones prioritaires d'intervention. Les seniors ainsi repérés, en situation de risque, sont orientés et conseillés dans le cadre de la plateforme du « bien vieillir accompagné ». Une offre de service graduée est proposée à titre individuel ou collectif par les services internes de la Carsat, ou par un réseau de partenaires financés par « appel à projets ». L'offre concerne la personne elle-même (ateliers collectifs « bienvenue à la retraite ») et son environnement (aménagement de l'habitat, ateliers stimulant la rencontre et le lien social, etc.). En cela, la Carsat a mis en œuvre un processus pour placer les seniors au centre d'un réseau social structurant et facilitant. Un outil pour faciliter le lien : le cahier de liaison numérique coordonne l'échange d'informations au domicile des personnes âgées. Une première expérimentation a été menée sur une période d'un an afin d'apprécier l'utilité de la dématérialisation du cahier de liaison, en partenariat avec une entreprise d'aide à domicile.

Résultats : Dans un premier temps, le dispositif a été expérimenté auprès d'un public restreint, les aidants familiaux du département de l'Hérault. Une étude d'impact a été conduite auprès de 163 aidants. Il ressort un taux de satisfaction de plus de 97 % au niveau du premier accueil et de 84 % au niveau de l'accompagnement. Cet accompagnement a permis aux aidants de réduire leur fatigue (pour 91 % d'entre eux), prendre du temps de répit (85 %), améliorer leur relation avec la personne aidée (85 %), être mieux informé (77 %), être écouté et conseillé (75 %) et améliorer leur état de santé (72 %).

Conclusion : Une première expérimentation autour des aidants familiaux, qui permet une modélisation élargie du dispositif aux seniors en situation de risque d'isolement social.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-07
Évaluation et traitement de l'hyperparathyroïdie primaire de la personne âgée

C. Oliver[1,*], A. Denizot[2], M. Grino[3]
[1]*Cellule recherche, centre gérontologique départemental 13, Marseille, France*
[2]*Chirurgie, hôpital Desbief, Marseille, France*
[3]*Physiologie, faculté de médecine, Marseille, France*

Introduction : L'hyperparathyroïdie primaire (HPTP) est relativement fréquente chez les personnes âgées. Son traitement optimal est la parathyroïdectomie, mais elle reste sous-utilisée après 75 ans.

Objectifs : Comparer les signes cliniques et biologiques de l'HPTP et les possibilités de cure chirurgicale dans deux groupes de patients avec HPTP, âgés de plus de 75 ans et de moins de 50 ans.

Méthodes : Les dossiers de patients de plus de 75 ans ($n = 89$) et de moins de 50 ans ($n = 80$) d'une cohorte de 526 patients adressés à la consultation du service de chirurgie endocrine ont été analysés.

Résultats : L'HPTP des patients âgés est le plus souvent diagnostiqué devant des symptômes aspécifiques (douleurs musculaires, asthénie…). Elle est aussi fréquemment asymptomatique et diagnostiquée lors d'un bilan systématique. Lithiase rénale et ostéite fibrokystique n'ont été observées que dans le groupe de sujets plus jeunes. Vitamine D et calciurie diminuent significativement dans le groupe de sujets âgés (17,9 ± 1,4 ng/ml pour la vitamine D ; $p < 0,02$ et 201 ± 17 vs 325 ± 17 mg/j pour la calciurie ; $p < 0,0001$) alors que la calcémie et la PTH ne sont pas différentes. L'HPTP est due à un adénome parathyroïdien unique dans près de 80 % des cas dans les deux groupes. L'adénome a été localisé par échographie dans 40 % des cas après 75 ans et dans 56,1 % des cas avant 50 ans et par scintigraphie au MIBI dans 72,1 % des cas après 75 ans et dans 75,6 % des cas avant 50 ans (non significatif ?) Cent cinquante-neuf des 168 patients ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale de la lésion parathyroïdienne avec guérison complète dans 159 cas. Neuf patients de plus de 75 ans n'ont pas bénéficié de la parathyroïdectomie, cinq pour contre-indication médicochirurgicale (la chirurgie mini-invasive sous anesthésie locale a été réfutée à cause des troubles cognitifs) et quatre par refus. Les suites opératoires ont été excellentes, en dehors de huit cas d'hypocalcémie transitoire (cinq avant 50 ans et trois après 75 ans). Des nodules thyroïdiens sont associés à l'HPTP chez 42,3 % des sujets de plus de 75 ans (avec cure chirurgicale dans 76,7 % des cas) et 31,3 % des sujets de moins de 50 ans (avec cure chirurgicale dans 98 % des cas).

Conclusion : les circonstances de diagnostic de l'HPTP après 75 ans présentent quelques différences avec celles des personnes plus jeunes. À l'exception de quelques cas avec comorbidités contre-indiquant une chirurgie même ciblée et sous anesthésie locale, la parathyroïdectomie est le traitement de choix de l'HPTP de la personne âgée.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-08
L'hémophilie A acquise est aussi une maladie auto-immune gériatrique

L. De Decker[1], G. Berrut[1], J.-M. Brisseau[1,*], F. X. Piloquet[1], M. Trossaert[2]
[1]*Loire Atlantique, médecine aiguë gériatrique, Nantes, France*
[2]*Loire Atlantique, centre régional de traitement de l'hémophilie, Hôtel Dieu, CHU de Nantes, Nantes, France*

Introduction : L'hémophilie A acquise (HA) est une maladie auto-immune due à la présence d'un autoanticorps dirigé contre le facteur VIII. Son incidence peut-être sous-évaluée, semble très faible et augmente avec l'âge. L'HA est responsable d'un tableau hémorragique parfois gravissime et est responsable d'une morbimortalité élevée et constitue une urgence diagnostique et thérapeutique.

Objectifs : Savoir évoquer le diagnostic même devant des complications hémorragiques banales (ex : ecchymoses) fréquentes chez le sujet âgé volontiers dénutri.

Méthodes : M. C., 85 ans, est un malade polypathologique : HTA, diabète de type 2 compliqué de neuropathie, AOMI avec athérome carotidien, cardiopathie hypertrophique et RA, syndrome dépressif chronique et glaucome bilatéral. Il vit en EHPAD, GIR 4. Il ne prend ni anticoagulant ni antiagrégant plaquettaire. Il est hospitalisé pour un sepsis sévère lié à une pneumopathie bactérienne qui évoluera de façon favorable sous ceftriaxone. Il ne présente qu'un syndrome hémorragique mineur avec ecchymoses spontanées des mains et avant-bras (type purpura de Bateman) et quelques gingivorragies.

Résultats : L'hémoglobine est à 12,5 g/dl. L'exploration de l'hémostase réalisée au décours du sepsis montre un TCA allongé (ratio 2,02), un TP à 103 %, fibrinogène à 4,5 g/l, temps de thrombine normal. Le diagnostic d'hémophilie acquise est retenu devant l'association d'un taux bas de facteur VIII (5 %) et la présence d'un anticorps antifacteur VIII détectable à un taux supérieur ou égal à 0,4 unité selon la méthode « Bethesda » (10,6 UB). L'enquête étiologique (examen clinique, échographie abdominopelvienne, électrophorèse des protéines sanguines, bilan auto-immun) reste négative. Sous corticothérapie seule (prednisone initiée à 1 mg/kg par jour), la réponse n'est que partielle : disparition très rapide des manifestations hémorragiques mais taux de facteur VIII restant inférieur à 30 % (23 %) avec un titre d'Ac à 2,75 UB. La tolérance de la corticothérapie a été bonne en dehors d'un déséquilibre modéré du diabète ne nécessitant pas d'insulinothérapie.

Conclusion : Un TCA spontanément allongé doit faire rechercher systématiquement une hémophilie acquise. Les complications hémorragiques comprennent entre autres des ecchymoses spontanées diffuses souvent rapportées chez le sujet âgé à la dénutrition, la dermatoporose, les traitements anticoagulants ou antiagrégants et les chutes. L'HA en dehors du post-partum amène à rechercher une néoplasie, une pathologie auto-immune ou une gammapathie monoclonale, mais l'enquête étiologique est négative une fois sur deux. Le choix du traitement de fond n'est pas standardisé mais repose sur l'association corticothérapie et idéalement immunosuppresseur. Cependant, une évaluation gériatrique standardisée et l'établissement d'un score hémorragique permettraient de mieux adapter la prise en charge et de limiter l'iatrogénie.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-09
Étiologie du purpura vasculaire du sujet âgé en médecine interne

O. Ben Abdallah*, A. Gabbouj, M. Karmani, A. Rezgui, F. Ben Fredj Ismail, C. Laouani Kechrid
Hôpital Sahloul, service de médecine interne, Sousse, Tunisie

Introduction : Les purpuras vasculaires (PV) sont fréquemment observés en pratique courante de médecine interne, mais le diagnostic étiologique des formes du sujet âgé n'est pas toujours porté.

Objectifs : L'objectif de notre travail est de déterminer les particularités cliniques et étiologiques du PV du sujet âgé.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur huit cas de malades hospitalisés pour PV, âgés de plus de 65 ans au service de médecine interne du CHU Sahloul Sousse.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 76 ans (68 et 88 ans) avec une nette prédominance féminine (5 F/3 H). Le PV était localisé dans six cas, dont la localisation la plus fréquente au niveau du membre inférieur, extensif dans deux cas. L'évolution vers l'aspect nécrotique était dans cinq cas. Un purpura infiltré était retrouvé dans deux cas. Le syndrome inflammatoire biologique était quasi constant. Le PV était secondaire à une vascularite d'hypersensibilité médicamenteuse dans deux cas [AINS, zyloric] et d'origine infectieuse dans deux cas. La vascularite systémique primitive à type de périartérite noueuse était retrouvée dans un cas ainsi qu'un cas de cryoglobulinémie essentielle. Les deux autres cas étaient un purpura simple d'étiologie indéterminée et d'évolution spontanément favorable. La biopsie cutanée était réalisée dans la moitié des cas. La corticothérapie était indiquée dans la PAN et la cryoglobulinémie avec une bonne évolution.

Conclusion : Le PV peut s'observer à tout âge, mais les causes peuvent varier en fonction de l'âge. Les étiologies du PV du sujet âgé sont les plus souvent représentées par les causes médicamenteuses et les infections. Les vascularites systémiques et les néoplasies sont retrouvées à une moindre fréquence.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-10
Pathologies des sujets âgés dans un service de médecine interne

S. Daadaa, O. Ben Abdallah*, M. Karmani, A. Rezgui, F. Ben Fredj Ismail, C. Laouani Kechrid
Hôpital Sahloul, service de médecine interne, Sousse, Tunisie

Introduction : Le vieillissement de la population tunisienne est devenu plus marqué ces dernières années, ce qui est à l'origine d'une augmentation de la demande des soins et du nombre d'hospitalisations des sujets âgés. En l'absence de service de gériatrie dans notre pays, la place du sujet âgé reste encore mineure, et il est souvent pris en charge à l'hôpital avec des sujets jeunes dans des conditions souvent inadaptées, avec un personnel en nombre insuffisant et non qualifié, en plus des budgétaires limités.

Objectifs : Déterminer les caractéristiques épidémiologiques, les antécédents, les motifs d'hospitalisation de 173 patients âgés de 65 ans et plus, hospitalisés dans un service de médecine interne.

Méthodes : Étude rétrospective incluant 173 patients dont l'âge était supérieur ou égal à 65 ans, hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU Sahloul Sousse durant une période d'un an (janvier 2012–janvier 2013).

Résultats : Il s'agissait de 64 hommes et 109 femmes d'âge moyen de 65,2 ans. La proportion des hospitalisations des sujets âgés était de 2,4 % de toutes les hospitalisations tout âge confondu. Cent dix-neuf patients (69 %) avaient au moins une pathologie évolutive avant leur première hospitalisation. Les antécédents personnels étaient dominés par les pathologies cardiovasculaires (61,3 %). L'hypertension artérielle était l'affection la plus fréquente dans ce groupe (71,6 %). L'hospitalisation en urgence représentait la modalité d'admission la plus fréquente, elle a concerné 60 % des patients. Les motifs d'admission étaient dominés par les pathologies endocriniennes avec une décompensation d'un diabète dans 13,4 % des cas. Les autres motifs sont représentés par les maladies infectieuses : dermohypodermite (12,7 %), pyélonéphrite aiguë (9,8 %), pneumopathie (4 %) ; la maladie veineuse thrombotique dans (9,3 %) et les maladies hématologiques (6,3 %). La durée moyenne globale d'hospitalisation était de 9,18 jours.

Il n'y avait qu'un seul décès et aucune réhospitalisation au cours de la même année.

Conclusion : La prise en charge des sujets âgés en milieu hospitalier pose de plus en plus des problèmes spécifiques nécessitant des structures et des modalités de soins adaptées.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-11
Profil étiologique du syndrome inflammatoire biologique chez le sujet âgé : étude de 19 cas

H. Abdelhedi*, A. Tajmout, N. Khammassi, N. Kraiem, O. Cherif
Médecine interne, Manouba, Tunisie

Introduction : Les syndromes inflammatoires sont fréquents et souvent prolongés chez le sujet âgé. Ils sont définis par l'augmentation de la vitesse de sédimentation et par l'élévation des protéines de l'inflammation, en particulier la protéine C réactive (CRP). L'enquête étiologique est souvent difficile sur ce terrain.

Objectifs : Le but de notre étude est d'évaluer la prévalence du syndrome inflammatoire biologique (SIB) chez les sujets âgés de 65 ans et plus hospitalisés dans le service de médecine interne à l'hôpital RAZI entre janvier 2011 et décembre 2012 et d'analyser les étiologies sous-jacentes.

Méthodes : Nous avons colligé de façon rétrospective 19 patients (20,43 %) ayant un syndrome inflammatoire biologique (SIB) parmi une série de 93 patients. Les critères d'inclusion étaient une vitesse de sédimentation (VS) et une CRP élevées.

Résultats : Le sex-ratio (H/F) est de 0,9 (9 hommes, 10 femmes). L'âge moyen : 72,65 ans avec des extrêmes de 65 et 79 ans. Les pathologies associées sont : 11 cas d'hypertension artérielle (HTA) [57,89%], 11 cas d'anémie (57,89 %), sept cas de diabète (36,84 %), trois cas de dyslipémie (15,78 %), trois cas de troubles psychiatriques (15,78 %) : deux cas de démence et un cas de schizophrénie. Les paramètres biologiques testés en moyenne : VS : 74,42 mm/H1 et CRP : 49,73 mg/l. Les étiologies retrouvées au cours de l'exploration du SIB : dix cas de pathologies infectieuses (52,63 %) répartis comme suit : cinq infections urinaires (26,31 %), trois pneumopathies (15,78 %), un spondylodiscite tuberculeux et un cas d'abcès cutanés multiples, deux néoplasies : un myélome multiple et un syndrome myélodysplasique, une thrombose veineuse profonde, une embolie pulmonaire, deux maladies systémiques (Horton, polyarthrite rhumatoïde) [10,52 %] et trois cas sans étiologie déterminée (15,78 %).

Conclusion : Le diagnostic positif du SIB est aisé ; par contre, la recherche d'une affection sous-jacente est souvent difficile chez le sujet âgé devant la difficulté de l'interrogatoire et le contexte polypathologique. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature en ce qui concerne la multiplicité des étiologies. Contrairement à la littérature où les néoplasies dominent les étiologies des SIB, dans notre étude, les causes infectieuses viennent en premier rang, suivies par les SIB inexpliqués.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-12
Évaluation précoce du pronostic d'une population hospitalisée en unité de soins de longue durée (USLD) par la Cumulative Illness Rating Scale

L. Tliba*, M. Beloufa, B. Le Dastumer
Sainte-Périne, AP–HP, Paris, France

Introduction : Les critères d'admission des patients en USLD reposent sur une grande dépendance (groupes isoressource 1 et 2) et l'indication à des soins réguliers ou une prise en charge médicale régulière. Il fut observé depuis l'adoption de ces critères, une augmentation de la mortalité précoce (dans les six mois suivant l'admission). L'utilisation de la dépendance comme facteur pronostique parmi cette population est, du fait même des critères d'admission, peu pertinente : la population étant sur ce point particulièrement homogène. L'utilisation des comorbidités comme facteur pronostique est décrite dans différents secteurs de prise en charge des personnes âgées. Peu d'évaluations ont été réalisées dans de tels secteurs de SLD. Il est néanmoins nécessaire de décrire dès l'entrée en USLD le pronostic des patients hospitalisés afin d'adapter précocement la prise en charge.

Objectifs : Vérifier s'il existe une corrélation entre l'évaluation des comorbidités par la CIRS réalisée à l'admission des patients en USLD et la mortalité précoce.

Méthodes : Étude rétrospective réalisée dans une unité de SLD entre 2008 et 2010. Tous les patients hospitalisés respectaient les critères de dépendance et d'indication à un suivi médical régulier. Les comorbidités étaient évaluées selon la grille CIRS et Charlson Age puis comparées en fonction de la survenue d'un décès précoce (décès avant le 6e mois). La dépendance était évaluée selon l'ADL, la partie dépendance du Minimum DataSet (MDS). D'autres données couramment associées à un pronostic péjoratif étaient recueillies (dénutrition, altération sévère des fonctions supérieures).

Résultats : Il fut inclus 69 patients dont 13 hommes et 56 femmes (SR : 0,2). L'âge moyen de la population est de 88 ans. L'âge moyen des hommes et des femmes n'étaient pas significativement différents. L'ADL moyen était de 0,75, la moyenne de la partie dépendance du MDS était de 14,3. La population étudiée recevait en moyenne 7,4 médicaments et souffrait de sept pathologies. Sur le plan nutritionnel, l'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 18,8, et le taux moyen d'albuminémie sérique était de 29,8 g/l. L'évaluation des comorbidités retrouve une CIRS moyenne de 25,4 et un indice de Charlson moyen de 9,6. Parmi la population décédée avant le sixième mois, on ne remarque pas de différence significative du taux moyen d'albumine, de l'hémoglobine. La CIRS des patients décédés avant le sixième mois était significativement supérieure (32,6) de même que l'indice de Charlson Age (10,9). La relation de risque de décès était supérieure avec la CIRS. On remarque que la CIRS était très significativement augmentée parmi la population décédée avant le premier mois (34,4). L'indice de Charlson Age des patients décédés avant le premier mois n'était pas significativement différent.

Conclusion : L'évaluation des comorbidités par la CIRS semble pertinente pour apprécier dès l'admission la mortalité précoce de la population hospitalisée en USLD.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-13
« Syndrome de chevauchement » lupus érythémateux systémique/polyarthrite rhumatoïde chez un homme âgé

F. Derbali*, R. Hajji, S. Zribi, N. Kammoun, M. Elleuch
Hôpital régional de Sidi-Bouzid, service de médecine interne, Sidi Bouzid, Tunisie

Introduction : Le Rhupus syndrome ou l'association polyarthrite rhumatoïde et Lupus érythémateux systémique est décrit pour la première fois par Shur en 1971. C'est une affection rare avec une prévalence de 0,09 %. Nous en rapportons une observation.

Objectifs : Nous en rapportons une observation.

Méthodes : Observation.

Résultats : *Observation :* C.A. est un patient âgé de 66 ans, aux antécédents de vitiligo, hospitalisé pour fièvre au long cours, polyarthrite chronique bilatérale et symétrique et polysérite. L'examen physique a objectivé une polyarthrite des grosses et petites articulations des mains et pieds, une déformation des mains en dos de chameau et un flessum irréductible des deux coudes. La biologie a objectivé un syndrome inflammatoire biologique et une anémie normochrome normocytaire. La radiographie thoracique a objectivé une pleurésie bilatérale prédominant à droite et une rectitude des bords du cœur. L'échographie cardiaque a montré un épanchement péricardique de moyenne abondance. La radiographie des mains a montré une carpite. Le bilan immunologique a montré un facteur rhumatoïde positif à 8 880 UI/ml, des anticorps antipeptides citrullinés positifs à 144 UI/ml, des anticorps antinucléaires positifs à 1/320 de type moucheté et des anticorps anti-ADN positifs. Le diagnostic d'un « Rhupus syndrome » chez un homme âgé a été retenu devant l'association d'au moins critères de l'ARA pour le lupus et d'au moins quatre critères de l'ACR pour la polyarthrite rhumatoïde. Il a été alors traité par méthotrexate et corticoïdes. L'évolution était favorable (quatre mois de recul).

Conclusion : À travers le monde 50 cas de Rhupus ont été décrits. Son diagnostic n'est pas toujours facile. La prise en charge thérapeutique pose souvent des problèmes. Son pronostic semble être plus sévère.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-14
Déficit en glucose-6-phosphate-déshydrogénase chez une femme âgée

F. Derbali*, R. Hajji, M. Elleuch, N. Kammoun, S. Zribi
Hôpital régional de Sidi-Bouzid, service de médecine interne, Sidi Bouzid, Tunisie

Introduction : Le déficit en glucose-6-phosphate-déshydrogénase (G6PD) dit aussi « favisme » est une affection génétique atteignant les globules rouges. Il atteint essentiellement les hommes (neuf fois sur dix). Sa fréquence atteint jusqu'à 15 à 25 % des hommes dans les pays qui bordent la Méditerranée. On estime que dans le monde sur six milliards d'individus, 420 millions de personnes sont atteintes de ce déficit. Nous rapportons un cas de déficit en G6PD chez une femme révélé à un âge avancé.

Objectifs : Un cas de déficit en G6PD chez une femme révélé à un âge avancé.

Méthodes : Observation.

Résultats : *Observation :* L. F. est une patiente âgée de 65 ans aux antécédents d'une brucellose bien traitée. Elle a été hospitalisée, en avril 2013, pour un ictère cutanéomuqueux et une anémie normochrome normocytaire. L'interrogatoire rapporte un épisode similaire il y a quatre ans. L'examen physique n'a rapporté aucune anomalie mise appart ictère cutanéomuqueux. Les explorations biologiques ont montré une anémie normochrome normocytaire régénérative, des signes d'hémolyse biologique et un test de Coombs direct négatif. Le dosage de la Glucose-6-phosphate-déshydrogénase a objectivé un taux faible à 4,3 UI/g d'hémoglobine avec un taux de pyruvate-kinase normal. Le diagnostic de « favisme » a été retenu. L'évolution était favorable par l'éviction de tout produit inducteur de crise (deux mois de recul).

Conclusion : Le déficit en G6PD est une pathologie rare à laquelle il faut penser devant une anémie hémolytique non seulement chez les enfants mais aussi chez l'adulte.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-15
Mieux impliquer les personnes âgées dans les essais thérapeutiques grâce à la création d'un centre de recherche clinique dédié au vieillissement

C. Moutet[1], D. Drai[1], C. Mouchoux[1,2,*], J. Xie[1], P. Krolak-Salmon[1,3]
[1]CRC VCF, Villeurbanne, France
[2]Pharmacie, Villeurbanne, France
[3]CMRR de Lyon, hôpital des Charpennes, HCL, Villeurbanne, France

Introduction : La prévention de la fragilité de la personne âgée, qu'elle soit cognitive ou physique, permet de mieux anticiper la dépendance et la perte d'autonomie. La participation à la recherche clinique est difficile pour ces patients âgés, alors qu'elle leur permettrait un accès à l'innovation thérapeutique. Le Centre de recherche clinique « Vieillissement, Cerveau, Fragilité » (CRC VCF) vise à optimiser, en collaboration étroite avec le centre mémoire de recherche et de ressources (CMRR) de Lyon, la participation des patients âgés dans les essais cliniques, en organisant la recherche au plus près du malade et de ses soins dans les domaines déterminant la fragilité et la dépendance.

Objectifs : L'objectif est de présenter le CRC VCF (équipe, missions, thématiques) et de faire un bilan de son activité en 2012.

Méthodes : Les données ont été recueillies à partir des dossiers sources de mars à décembre 2012.

Résultats : Le CRC VCF est une plateforme multithématique, les thèmes abordés étant notamment la cognition, la nutrition, l'oncogériatrie, la maladie de Parkinson, les troubles de la marche et les prescriptions médicamenteuses multiples. Il assure un soutien aux médecins investigateurs pour des études à promotion industrielle ou institutionnelle depuis la mise en place de l'essai, son suivi jusqu'à la publication (aide à la présélection des patients, remplissage des cahiers d'observation, recueil et gestion des prélèvements, planification des examens requis, aide à la publication…). Un rôle de coordination est aussi assuré (rédaction de documents, évaluation budgétaire, soutien logistique…). Également transversal entre les services de gériatrie et neurologie des hospices civils de Lyon, il présente une équipe pluridisciplinaire regroupant médecins, pharmacien, chef de projets, attachés de recherche clinique et infirmières de recherche. En 2012, 31 programmes de recherche étaient en cours au CRC VCF tous sites confondus : 15 académiques, 13 industriels (huit phase II, quatre phase III et une phase IV) et trois non financés portés par le CMRR de Lyon. Parmi les études en cours, 878 patients avaient été inclus, 19 échecs de sélection étaient recensés, 11 patients sortis d'étude et 156 visites de suivi avaient été réalisées.

Conclusion : Un an après son inauguration, le CRC VCF affiche des résultats en adéquation avec son objectif. Preuve en est, le centre est de plus en plus sollicité par les industriels pharmaceutiques, les Contract Research Organization (CRO) mais aussi par les praticiens hospitaliers de l'institution pour apporter son expertise en recherche clinique, gage de qualité et de conformité aux Bonnes pratiques cliniques. À l'avenir, le déploiement d'une équipe mobile de recherche se déplaçant dans les services de soins est prévu afin d'optimiser le recrutement des patients.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-16
Syndrome d'apnées du sommeil et insulinorésistance chez les sujets âgés

S. Damanti[1,*], O. Bourron[2], M. Doulazmi[3], V.-H. Nguyen-Michel[4], J. Mariani[3,4], K. Kinugawa[3,4]
[1]Universita Degli Studi Di Milano, Milan, Italie
[2]Service de diabétologie, hôpital Pitié-Salpêtrière, AP–HP, Paris, France
[3]Institut de la longévité CNRS U7102, hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine, France
[4]Explorations fonctionnelles du sujet âgé, hôpital Charles-Foix, AP–HP, Ivry-sur-Seine, France

Introduction : Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) est fréquent chez le sujet âgé, mais son association aux complications métaboliques et cardiovasculaires, notamment l'insulinorésistance, n'est pas aussi clairement établie que chez les sujets plus jeunes.

Objectifs : Étudier l'association entre SAS et insulinorésistance chez les patients âgés adressés en bilan de sommeil.

Méthodes : Étude rétrospective des données exploitables (2009–2012) chez 50 patients de 60 ans ou plus, adressés en HDJ sommeil pour troubles du sommeil : données démographiques, IMC, tour de cou, tour de taille, tour de hanche, MMSE, scores de somnolence d'Epworth, de dépression GDS, données de polysomnographie nocturne pendant une nuit à domicile et tests itératifs de la latence d'endormissement (TILE). Un bilan sanguin à jeun a été réalisé le lendemain : IGF-1, glycémie, insulinémie, HbA1C. *Critères d'exclusion :* SAOS traité, oxygénothérapie, prise de médicaments interférant avec l'insulinémie, temps d'enregistrement du sommeil inférieur à 180 minutes. L'insulinorésistance a été estimée par l'index HOMA. Le score IGF-1 a été calculé pour tenir compte de la variation de l'IGF-1 avec l'âge. Une analyse statistique univariée et de corrélation est réalisée pour rechercher une association entre SAS et insulinorésistance.

Résultats : Cinquante patients ont été inclus (28 hommes et 22 femmes, âge moyen 73,8 ± 8,1 ans [61–91 ans], IMC moyen : 26,1 ± 4,2 kg/m^2, score d'Epworth : 7,5 ± 5,2, MMS : 24,9 ± 4,9).

	SAS (n = 36)	Non SAOS (n = 14)	p
Score IGF-1	0,29	0,05	0,661
Glycémie à jeun (mmol/l)	5,62	5,36	0,271
Insulinémie à jeun	10,85	6,41	**0,009***
HOMA index	2,85	1,5	**0,044***
HbA1C (%)	5,80	5,78	0,905
IMC	27,1	23,5	**0,001***
Tour cou (cm)	40,8	36,5	**0,000***
Tour taille (cm)	100,8	91,9	**0,025***
Tour hanche (cm)	105,6	97,9	**0,007***

En analyse univariée, les patients apnéiques étaient en surpoids (IMC), avec des tours de cou/taille/hanche plus importants, et plus insulinorésistants. Concernant le sommeil, les patients apnéiques présentaient un sommeil plus fragmenté (microéveils) avec un stade I du sommeil léger plus long, un temps de sommeil avec désaturation en O_2 inférieure à 90 % plus long. En analyse de corrélation de Pearson, l'IAH était corrélé significativement et fortement avec l'insulinémie (Pearson = 0,542 et $p = 0,000$) et avec le HOMA index (Pearson = 0,536, $p = 0,000$), et à moindre degré avec l'IMC (Pearson 0,381, $p = 0,006$), le tour de cou (Pearson 0,415, $p = 0,006$) et le tour de taille (Pearson 0,336, $p = 0,003$). L'insulinémie et le HOMA index étaient les plus corrélés à l'IAH que les paramètres anthropométriques. Il n'y avait pas de différence statistique entre les groupes SAS et non SAS pour les autres paramètres biologiques (cholestérol, triglycérides, bilan hépatique, TSH, créatininémie, protidémie, (pré)albuminémie, transferrine, phosphatémie, lymphocytes), le MMS, le score d'Epworth (somnolence diurne subjective), la latence aux TILE (somnolence diurne objective).

Conclusion : L'insulinorésistance est associée au SAS chez l'adulte jeune d'une part et au vieillissement d'autre part. Notre étude, certes préliminaire, a montré la possible présence d'insulinorésistance chez les sujets apnéiques, même âgés. Il s'agit d'une étude préliminaire, dont le nombre de patients doit être augmenté pour montrer l'existence d'une insulinorésistance chez les sujets apnéiques âgés, de façon indépendante des mesures anthropométriques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-17
Intérêt de l'utilisation du MoCA test dans le dépistage des troubles cognitifs en fonction du niveau d'études dans une population gériatrique

S. Gautier, G. Watfa, A. Kearney-Schwartz, A. Benetos*
Service de gériatrie, CHU de Nancy, Nancy, France

Introduction : Le Mini-Mental State Examination (MMSE) est le test le plus fréquemment utilisé par les praticiens en consultation, que ce soit pour essayer de dépister les troubles cognitifs ou pour le suivi des patients. Il a été montré que ce test n'est pas toujours très sensible, en particulier chez les personnes ayant un haut niveau d'études. Le Montreal Cognitive Assessment (MoCA) a également été proposé comme test de dépistage ; il n'est pas encore validé en France, mais serait plus sensible que le MMSE chez les personnes ayant un haut niveau d'études.

Objectifs : Étudier l'influence du niveau d'études et de la présence ou non de troubles cognitifs objectifs sur les résultats du MMSE et du MoCA.

Méthodes : Les deux tests MMSE et MoCA ont été évalués chez 100 personnes de plus de 65 ans comportant 61 patients avec des troubles cognitifs documentés, consultants en service de gériatrie, et 37 témoins du même âge sans troubles cognitifs connus ni plainte mnésique majeure.

Résultats : Les scores du MoCA sont inférieurs à ceux du MMSE chez l'ensemble de la population (19,41 ± 6,31 vs 23,8 ± 5,85 ; $p < 0001$). Le tableau indique les différences (delta) de scores entre MMSE et MoCA en fonction du niveau d'études et la présence d'une démence.

Δ (MMSE–MoCA)	Malades	Témoins	*p*
BAC– ou BAC	(*n* = 48) 4,87 ± 2,50	(*n* = 15) 4,63 ± 2,48	ns
BAC+	(*n* = 19) 5,67 ± 2,53	(*n* = 18) 2,11 ± 2,76	< 0,01

Chez les sujets BAC–, le delta MMSE–MoCA était le même chez les malades et les témoins. Chez les sujets BAC+, le delta était significativement plus important chez les malades. Chez les sujets à niveau d'études très élevé (niveau 6 ou 7 sur une échelle de 0 à 7), une différence MMSE–MoCA supérieure à 3 était présente chez tous les « malades » (7/7) contre 0/7 pour les témoins du même niveau d'études.

Conclusion : L'utilisation concomitante de ces deux tests a un intérêt particulier chez les gens ayant un haut niveau d'études, puisque la différence des scores entre les deux tests est supérieure en présence de troubles cognitifs.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

P7-24-18
Bien-être subjectif et les différences entre les sexes dans le vieillissement : revue de la littérature

R. Rodrigues*, I. Mendes, Z. Azeredo, S. Silva
Escola Superior d'Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introduction : L'Organisation mondiale de la santé (2002, 2008) dans son programme de santé et de vieillissement reconnaît le sexe comme un facteur déterminant d'un plus grand impact sur la santé. Ainsi, en plus de trouver les différences biologiques, il y a nécessité d'une approche de genre en matière de santé qui comprend une analyse de la façon dont les différences dans les rôles de genre et affectant la santé des femmes et des hommes dans la société.

Objectifs : Revoir les études publiées sur les différences entre les sexes sur le subjectif bien-être dans les domaines de la santé physique, la santé mentale, les ressources sociales et économiques.

Méthodes : Revue de la littérature en utilisant des bases de données B-On, académique Google, et le Pubmed. La recherche a été limitée aux articles publiés à partir de 2001–2013 en anglais, français, portugais et espagnol.

Résultats : Revue de la littérature des études mettant en évidence les différences entre les sexes et l'évaluation subjective de bien-être dans différentes dimensions telles que : la capacité fonctionnelle (les hommes avec des niveaux élevés de l'évaluation physique de la santé que les femmes ; une plus grande consommation de médicaments chez les femmes), l'autoprotection de la santé (les femmes sont plus susceptibles que les hommes à se traiter elles-mêmes ou à se faire soigner) ; l'état émotionnel et l'interaction sociale (risque de l'isolement et de la solitude et les états dépressifs chez les femmes et les hommes âgés ; plus grand risque de dépendance chez les hommes par la douleur et la maladie et les effets sur l'exercice des rôles sociaux et la participation sociale). Il est à signaler qu'il y a un risque avec une baisse significative du bien-être chez les personnes les plus âgées sans différences entre les sexes.

Conclusion : En somme, les études sur le bien-être subjectif chez les personnes âgées soulignent la capacité des personnes âgées, vivant dans des conditions objectivement relativement pauvres, de s'adapter à leurs circonstances. Les différences entre les sexes observées dans les études soulignent l'importance du concept de genre qui voit les hommes et les femmes dans le cadre de leurs rôles culturellement définis et que les soins de santé adéquats qui répondent à leurs besoins spécifiques.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.