

# L'ANNÉE GÉRONTOLOGIQUE

---

VOLUME 30, 2016

TOME II

## **36<sup>ème</sup> Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie**

*21-22-23 Novembre 2016*

*Centre de Conférence Paris Marriot Rive Gauche  
Paris • France*



---

© 2016 par Serdi. Tous droits de reproduction interdits sans autorisation, et référence de L'Année Gérontologique. Cet ouvrage est protégé par copyright. Aucune partie ne peut être reproduite sans autorisation préalable écrite de Serdi.  
ISSN 1248-9077 ; ISBN 2-35440-029-2

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

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

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

# L'ANNÉE GÉRONTOLOGIQUE

## VOLUME 30, 2016

### TOME II

#### COMITÉ SCIENTIFIQUE

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

#### Serdi Edition

Fax : (33) (0)5 61 75 11 28 - E-mail : [serdi@serdi-publisher.com](mailto:serdi@serdi-publisher.com)

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

2016

**36<sup>ème</sup> Journées Annuelles de la  
Société Française de Gériatrie et Gériatologie**  
21-22-23 Novembre 2016  
Centre de Conférence Paris Marriot Rive Gauche  
Paris • France

**I - Editorial**

- Editorial: 36<sup>ème</sup> Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gériatologie ..... 3

**II - Communications orales**

- O1. Pathologies cardiovasculaires / Urgences ..... 4  
O2. Fragilité ..... 8  
O3. Démences ..... 12  
O4. Oncogériatrie / Infectiologie ..... 16  
O5. Épidémiologie / Évaluation des pratiques ..... 21  
O6. Sciences Humaines et Sociales / Gériontechnologie ..... 25  
O7. Thérapeutique / Biologie ..... 30

**III - Posters**

- P1. Oncogériatrie, Organisations des Soins, Thérapeutique en gériatrie, Troubles trophiques ..... 35  
P2. Démences, Epidémiologie - Santé publique, Pathologies psychiatriques, Rééducation/réadaptation du sujet âgé, Troubles psychologiques et comportementaux ..... 48  
P3. Evaluation des pratiques, Fragilité, Pathologies et risques infectieux ..... 60  
P4. Pathologies cardiovasculaires, Troubles vésicosphinctériens, Urgences/soins intensifs, Autres ..... 73  
P5. Biologie, Chutes/pathologies de l'appareil locomoteur, Douleur - Soins palliatifs et Fin de vie, Ethique, Gériontechnologie, Nutrition - Diabète - Métabolisme, Sciences humaines et sociales ..... 87

**III - Communications affichées**

- A1.10. Insuffisance rénale/dialyse ..... 100  
A1.12. Oncogériatrie ..... 101  
A1.13. Organisation des soins ..... 109  
A1.17. Pathologies respiratoires : BPCO/Asthme ..... 115  
A1.20. Thérapeutique en gériatrie ..... 117  
A1.22. Troubles trophiques ..... 131  
A1.23. Troubles sensoriels et désafférentation ..... 132  
  
A2.03. Démences ..... 132  
A2.07. Évaluation des pratiques ..... 136

---

A2.08. <u>Fragilité</u> .....	153
A2.15. <u>Pathologies et risques infectieux</u> .....	155
A2.16. <u>Pathologies psychiatriques</u> .....	159
A2.18. <u>Rééducation/réadaptation du sujet âgé</u> .....	160
A2.21. <u>Troubles psychologiques et comportementaux</u> .....	162
A3.1. <u>Biologie</u> .....	165
A3.2. <u>Chutes/pathologies de l'appareil locomoteur</u> .....	167
A3.4. <u>Douleur – Soins palliatifs et Fin de vie</u> .....	173
A3.6. <u>Ethique</u> .....	175
A3.9. <u>Gérontechnologie</u> .....	177
A3.11. <u>Nutrition – Diabète – Métabolisme</u> .....	178
A3.14. <u>Pathologies cardiovasculaires</u> .....	182
A3.19. <u>Sciences humaines et sociales</u> .....	185
A3.24. <u>Troubles vésicosphinctériens</u> .....	186
A3.25. <u>Urgence/soins intensifs</u> .....	187
A3.26. <u>Autres</u> .....	190

## EDITORIAL

### **36<sup>ème</sup> Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gériologie**

Le Comité d'Organisation JASFGG 2016

Nous souhaitons que ces 36èmes journées annuelles de notre société soient l'occasion, pour vous toutes et tous, de prendre une part très active à cette aventure de la gériatrie et de la gérontologie.

Nous vous y invitons chaleureusement en espérant vous voir aussi nombreux que pour l'édition 2015 qui a rassemblé près de 1400 participants.

Adapter la société au vieillissement démographique, innover par la silver économie... la question du vieillissement est plus que jamais au premier plan des préoccupations de notre société. Et bien entendu améliorer la prise en charge de nos patients et résidents, tant dans le secteur sanitaire que médico-social, par la diffusion des connaissances, des bonnes pratiques et des expériences de terrain.

La SFGG par ses journées annuelles va permettre aux experts gériatres et gérontologues de débattre des questions d'actualités et d'échanger autour des nouveaux

questionnements de recherche et de soins en matière de vieillissement.

Ce programme est élaboré par un comité scientifique qui réunit des professionnels de santé et des chercheurs de diverses disciplines afin d'aborder le vieillissement dans toutes ses dimensions.

Les journées annuelles de la SFGG représentent également un temps fort en matière de formation continue et, cette année, 4 sessions de Développement Professionnel Continu (DPC) vous seront proposées.

Elles sont aussi le moment essentiel de la vie associative de notre Société.

Bienvenue à tous aux journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gériologie 2016 du 21 au 23 Novembre au centre de conférence Paris Marriott Rive Gauche.

# Communications orales

## O1. PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES / URGENCES

### O1-1

#### Projection des AVC chez les plus de 75 ans à Dijon : vers une urgence épidémiologique gériatrique

H. Bailly (1) ; J. Durier (2) ; P. Jouanny (1) ; M. Giroud (2) ; Y. Béjot (2)

(1) médecine interne et Gériatrie, CHU, Reims; (2) Umg, Hôpital (1) Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon; (2) Registre dijonnais des avc, ea4184, service de neurologie, CHU Dijon, Dijon

**Introduction:** L'AVC est un modèle de pathologie nécessitant une anticipation des besoins sanitaires et une adaptation du système de santé au vieillissement de la population. L'objectif de cette étude était de présenter les perspectives épidémiologiques de l'AVC chez les sujets de plus de 75 ans à l'horizon 2030 pour la ville de Dijon. **Méthodes:** Notre étude s'appuyait sur le Registre Dijonnais des AVC, un registre de population collectant l'ensemble des cas d'AVC survenant au sein de la population de la ville de Dijon intramuros (152.000 habitants), identifiés à partir de sources multiples exhaustives. Les taux d'incidence des AVC chez les sujets  $\geq 75$  ans furent calculés pour la période 2010-2014. A partir des projections démographiques fournies par l'INSEE, le nombre total de cas annuels d'AVC (premier évènement-vie et récidives) attendus jusqu'en 2030 fut estimé selon trois hypothèses : (1) taux d'incidence stable dans le temps ; (2) augmentation d'incidence de 2% tous les 5 ans ; et (3) diminution d'incidence de 2%/5 ans. **Résultats:** Sur la période 2010-2014, les patients  $\geq 75$  ans comptaient pour 58,5% de l'ensemble des cas d'AVC, représentant un taux d'incidence (premier évènement-vie) de 840 cas/100.000 personnes/an pour les hommes, et 778 cas/100.000 personnes/an pour les femmes. Les taux d'attaque (premier évènement-vie et récidives) correspondants étaient de 1041 cas/100.000 personnes/an chez les hommes et de 944 cas/100.000 personnes/an chez les femmes. Selon un scénario d'incidence stable, nous estimons à 231 le nombre absolu d'AVC annuels chez les  $\geq 75$  ans à Dijon à l'horizon 2030, soit une augmentation de 60% par rapport au nombre observé en 2014. En cas de réduction de 2%/5 ans de l'incidence, le nombre de cas annuels attendus pour 2030 serait de 213 soit une augmentation de 48%. Enfin, une hausse de 2%/5 ans de l'incidence entraînerait une augmentation de 74% du nombre absolu d'AVC (250 cas attendus en 2030). **Conclusion:** L'AVC représente une « urgence épidémiologique » gériatrique du fait de son incidence élevée chez les sujets de plus de 75 ans et des projections démographiques pour les années à venir. Nos résultats soulignent la problématique d'une meilleure prise en charge préventive, thérapeutique aigüe, et de la dépendance résultant du handicap dans cette première moitié du XXIème siècle.

### O1-2

#### Pertinence de l'utilisation des scores de risque hémorragique : HAS-BLED, HEMORRH2AGE et ORBIT, dans une population de patients très âgés hospitalisés traités par anti-vitamines K

C. Bouilly (1) ; E. Chaussade (1) ; L. Caillard (1) ; F. Labouree (1) ; I. Hernandez (2) ; M. Piccoli (3) ; O. Hanon (4)

(1) Gériatrie, Hôpital Broca, Paris; (2) Gériatrie, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris; (3) Gériatrie, Hôpital Broca, Université Paris Descartes, Paris; (4) Service du professeur hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris

**Introduction:** Les scores de risque hémorragique sont utilisés dans les populations de personnes âgées pour aider à la décision de la mise en place d'un traitement anticoagulant. Le score HAS BLED est actuellement recommandé par la société européenne de cardiologie. Il existe d'autres scores (HEMORRH2AGE ou ORBIT) qui ont été évalués dans des populations plus âgées et qui peuvent être plus pertinents que le score HAS BLED. L'objectif de ce travail est de comparer dans une population gériatrique traitée par AVK, l'intérêt de ces 3 scores de risque pour prédire la survenue d'une hémorragie. **Méthodes:** Une population de patients âgés de 80 ans et plus traités par AVK, hospitalisés entre Septembre 2009 et Novembre 2012 en gériatrie (court et moyen séjour) a été étudiée. Un suivi a été réalisé à 6 mois puis 12 mois après la sortie, par appels téléphoniques aux médecins traitants ou aux patients, afin de recenser l'apparition d'une hémorragie (majeure ou non majeure cliniquement pertinente). Les scores HAS-BLED, HEMORRH2AGES et ORBIT ont été calculés à l'inclusion des patients. Une analyse multivariée par régression de Cox ainsi que des courbes ROC ont été réalisées pour rechercher l'intérêt de ces scores comme prédicteur de l'apparition d'une hémorragie. **Résultats:** Trois cents patients d'âge moyen 87 (5.4) ans, dont 69% de femmes ont été inclus. Les principales indications du traitement par AVK étaient la fibrillation atriale (77%), la maladie thromboembolique veineuse (15%) ou une valvulopathie (8%). Le score de comorbidités de Charlson était en moyenne de 4.2 (2.1). Au terme de l'année de suivi, 73 (24%) hémorragies ont été recensées. Le score HAS-BLED moyen était 2.4 (0.9). Le score HAS-BLED moyen chez les patients ayant saigné était de 2.5 (0.8) versus 2.4 (0.9) chez les patients n'ayant pas eu d'hémorragie ( $p=0.46$ ). L'analyse par un modèle de Cox montre qu'un score de HASBLED  $\geq 3$  n'est pas associé à la survenue d'une hémorragie (HR (IC95%)=0.59 (0.3-1.0)). Le score HEMORRH2AGES moyen était 2.9 (1.1). Le score HEMORRH2AGES moyen chez les patients ayant saigné était de 3.3 (1.2) versus 2.8 (1.1) chez les patients n'ayant pas eu d'hémorragie ( $p=0.0007$ ). L'analyse par un modèle de Cox montre qu'un score HEMORRH2AGES  $\geq 4$  était associé à la survenue d'une hémorragie (HR (IC95%) = 2.3 (1.3-3.9)). Le score ORBIT moyen était de 3.3 (1.3). Chez les patients ayant présenté une hémorragie le score ORBIT moyen était de 3.7 (1.4) et de 3.2 (1.2) dans la population des patients n'ayant pas présenté d'hémorragie ( $p=0.003$ ). L'analyse par un modèle de Cox montre qu'un score ORBIT  $\geq 4$  était associé à la survenue d'une hémorragie (HR (IC95%)=1.9 (1.1-3.3)). L'analyse des aires sous la courbe indique que le score HAS BLED est le moins pertinent

pour évaluer le risque d'hémorragie dans cette population (AUC HASBLED = 0.52, AUC HEMORR2HAGES = 0.62, AUC ORBIT = 0.61). **Conclusion:** Dans cette population de patients très âgés, l'intérêt du score de risque hémorragique HAS-BLED apparaît faible. Les scores HEMORR2HAGES ou ORBIT apparaissent plus performant et devraient être utilisés en gériatrie.

### O1-3

#### Survenue d'évènements hémorragiques chez les personnes âgées sous nouveaux anticoagulants oraux directs et anti-vitamine K

AC. Cadilhac (1) ; L. Florian (2) ; C. Bouilly (2) ; E. Chaussade (2) ; L. Caillard (2) ; M. Piccoli (2) ; I. Hernandorena (3) ; O. Hanon (3) (1) *Hôpital Broca, Paris*; (2) *Gériatrie, Hôpital Broca, Paris*; (3) *Service du professeur hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris*

**Introduction:** Les AOD (anticoagulants oraux directs) ont démontré leur intérêt en cas de fibrillation atriale (FA) mais leur effet chez les patients gériatriques reste mal connu. L'objectif de ce travail a été de comparer la tolérance sur le risque hémorragique des AOD et des AVK au sein d'une population gériatrique. **Méthodes:** Une population hospitalisée entre janvier 2013 et juin 2014 en gériatrie (court et moyen séjour) et traitée par AVK ou AOD pour une FA, a été étudiée. Un suivi a été réalisé à 6 et 12 mois après la sortie, par appel aux médecins traitants afin de recenser l'apparition d'une hémorragie (majeure ou non majeure mais cliniquement pertinente). Les hémorragies majeures étaient définies comme toute hémorragie aiguë extériorisée associée au moins à un des éléments suivant : hospitalisation, chute de 2g/dl du taux d'hémoglobine ou transfusion de deux culots globulaires, ou touchant un organe critique (cerveau) ou entraînant le décès. L'hémorragie non majeure mais cliniquement pertinente est définie comme une hémorragie non majeure ayant justifié d'un avis médical. Les décès ont également été répertoriés. Les déterminants du risque hémorragique sous AVK et AOD ont été recherchés par analyse multivariée. **Résultats:** Quatre cent cinquante et un patients ont été inclus dont 300 sous AVK et 151 sous AOD. L'âge moyen des patients était de 87 (5.4) ans dont 71% de femmes. Ils étaient traités en moyenne par 8.3 médicaments ; le MMS était à 19.1 (7.2) ; le CHADS était à 4.1 (1.3) et le HASBLED à 2.3 (0.9). La clairance selon Cockcroft était à 48.8 (22.1) ml/min et l'albuminémie à 31.4 (5) g/l. Au terme de l'année de suivi, 103 ont été recensés avec une tendance non significative à un moindre taux d'hémorragies totales sous AOD (19.9%) vs AVK (24.3%) (p=0.06). Les facteurs d'hémorragie sous AVK étaient l'antécédent d'hémorragie grave (OR : 5.36 (1.69-16.98), une clairance <40ml/min (OR : 2.30 (1.13-4.68)) et une dénutrition sévère (OR : 2.03 (1.06-3.90)). Les facteurs d'hémorragie sous AOD un taux de plaquettes <250000/L (OR : 2.69 (1.06-6.85)). Enfin, le taux de décès a été significativement plus faible dans le groupe AOD (21.8%) vs AVK (33.3%), p=0.005. **Conclusion:** Ces données indiquent, en pratique courante au sein d'une population gériatrique, une bonne tolérance des AOD en comparaison des AVK.

### O1-4

#### Gravité des accidents hémorragiques sous anticoagulants oraux chez les patients de 80 ans et plus : Anticoagulants oraux directs (AOD) vs Anti-vitamine K (AVK)

A. Sefssafi (1) ; A. Beauchet (2) ; AS. Lot (3) ; A. De Malherbe (1) ; R. Daire (4) ; T. Cudennec (1) ; E. Fercot (1) ; M. Pépin (1) ; L. Aubert (1) ; L. Teillet (1) ; S. Moulias (4)

(1) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*; (2) *Unité de recherche clinique, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*; (3) *Département d'informatique médicale, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*; (4) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*

**Introduction:** Jusqu'en 2009, les seuls anticoagulants oraux disponibles étaient les AVK, qui sont des molécules de marge thérapeutique étroite et de prescription contraignante pour le patient et le médecin. Depuis sont apparus les AOD, supposés présenter une marge thérapeutique plus large, ne nécessitant que la surveillance de la clairance de la créatinine. Ces caractères attrayants ont été contrebalancés par la peur de l'absence de suivi biologique et d'antidote. L'objectif de notre étude était de comparer la gravité des hémorragies chez des patients de 80 ans et plus. **Méthodes:** Notre étude était monocentrique et rétrospective, menée sur l'hôpital Ambroise Paré (AP-HP). Les patients de 80 ans et plus hospitalisés entre 08/11 et 01/16 pour hémorragie sous anticoagulants pour fibrillation atriale ont été screenés via le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Les critères de jugement étaient : décès intra-hospitalier, passage en soins intensifs, choc, transfusion de plus de 2 culots globulaires, hémorragie intra-crânienne, GCS inférieur à 13, sous AVK par rapport aux patients sous AOD. Nous avons utilisé des tests exacts de Fischer, des tests de Chi2 et des tests de Student. **Résultats:** 106 patients ont été inclus, 44 hommes, 62 femmes. L'âge moyen était de 88,6 +/- 4,6 ans. Le poids moyen était de 61,6 +/- 13,5 kg. Le score CHA2DS2VASC moyen était de 4,2 +/- 1,3. Le score HASBLED moyen était de 2 +/- 0,9. Notre étude retrouve 3 fois plus de décès (p=0.45), d'hémorragies intra-crâniennes (p=0.29) et d'hospitalisations en soins intensifs (p=0.15) sous AVK comparativement aux AOD, ainsi que davantage de troubles de vigilance (0% sous AOD vs 13.5% sous AVK, p=0.21). **Conclusion:** Si les résultats semblent indiquer une tendance nette en faveur des AOD en terme de gravité des accidents hémorragiques, une étude complémentaire à plus grande échelle est nécessaire pour conclure.

### O1-5

#### Persistence des traitements anticoagulants oraux directs et déterminants de leur arrêt dans une population gériatrique

E. Chaussade (1) ; C. Bouilly (1) ; F. Labouree (1) ; L. Caillard (1) ; M. Piccoli (1) ; I. Hernandorena (2) ; O. Hanon (2)

(1) *CMRR de la région Centre et service de Médecine Interne Gériatrie, Hôpital Broca, Paris*; (2) *Service du professeur hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris*

**Introduction:** Les recommandations soulignent la nécessité d'anticoaguler les patients de plus de 75 ans qui présentent une fibrillation atriale non valvulaire (FANV). Cependant, l'âge constitue un des principaux freins à la prescription des anticoagulants et la persistance du traitement reste médiocre sous anti-vitamine K (AVK). L'arrivée des anticoagulants oraux directs (AODs) offre une nouvelle possibilité de traitement de la FANV mais la persistance du traitement est mal connue. L'objectif de l'étude est d'évaluer la

persistance du traitement par AOD et les déterminants de leur arrêt dans une population de patients très âgés, hospitalisés en gériatrie, présentant une FANV. **Méthodes:** Entre janvier 2013 et Janvier 2015, cent trente-deux patients ont bénéficié de l'instauration d'un traitement par AOD (dabigatran ou rivaroxaban). La persistance des AODs et les déterminants de leur arrêt à 6 mois de l'instauration ont été analysés à l'aide de statistiques descriptives et d'un modèle de régression logistique avec ajustement sur l'âge, le sexe et les facteurs confondants. **Résultats:** Parmi les 132 patients ayant bénéficié de l'instauration d'un traitement par AOD, la persistance de l'anticoagulant à 6 mois était de 66% (n=89). L'âge moyen des patients était de 85.2 ans (4.8), 70 % (n = 91) étaient des femmes et 12% (n=16) avaient un antécédent d'hémorragie, 38% (n=51) avaient un antécédent d'accident vasculaire cérébral. La clairance moyenne selon Cockcroft était 57.4 ml/min (19.86) et le score moyen de risque embolique CHA2DS2VASC était de 4.17 (1.32). Parmi les patients ayant arrêté le traitement par AOD, les principales causes d'arrêt étaient la survenue d'une hémorragie pour 33% d'entre eux (n=14), une dégradation de la fonction rénale pour 19% (n=8), une cause inconnue pour 19% (n=8), une difficulté liée à la galénique du dabigatran pour 9% (n=4), la mise en place de soins palliatifs pour 7% (n=3), la survenue d'un AVC pour 5% (n=2), la survenue d'une fracture pour 2% (n=1), la survenue d'une chute 2% (n=1), la survenue d'un prurit 2% (n=1) et une dernière cause liée au médecin traitant 2% (n=1). Les principaux déterminants associés à l'arrêt des AODs étaient l'âge [OR(IC95%) = 0.86 (0.77-0.95), p<0.004], un antécédent d'hémorragie [OR(IC95%) = 4.04 (1.09-16.3), p=0.02], une clairance de créatinine < 50 ml/mn en Cockcroft [OR(IC95%) = 3.57 (1.4-9.6), p=0.008] et une albuminémie < 30g/l [OR(IC95%) = 2.89 (1.15-7.51), p=0.02]. Le poids, le sexe, l'anémie, les chutes et le type d'AOD n'étaient pas significativement associés à l'arrêt des AODs. **Conclusion:** Dans cette population de patients très âgés, la persistance au traitement reste médiocre. Dans 50% des cas, l'arrêt des traitements est lié à la survenue d'une hémorragie ou d'une altération de la fonction rénale. Dans un tiers des cas, l'arrêt du traitement ne semblait pas justifié. Des études spécifiques en gériatrie sont nécessaires pour mieux évaluer le bénéfice-risque des AODs chez les sujets âgés poly pathologiques

#### O1-6

##### **Pronostic à 6 mois après implantation transcathéter de valve aortique et lien avec les données de l'évaluation gériatrique**

ML. Bureau (1) ; A. Caupenne (1) ; E. Liuu (2) ; F. Bellarbre (1) ; M. Paccalin (1)

(1) *Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers*; (2) *Service gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers*

**Introduction:** L'implantation de valve aortique par voie percutanée ou Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) est apparue comme une alternative thérapeutique efficace chez les patients âgés porteurs d'un rétrécissement aortique serré, contre-indiqués ou à haut risque opératoire pour le remplacement chirurgical. La sélection des candidats à cette technique est une démarche difficile impliquant une évaluation gériatrique. Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer le pronostic des patients 1 mois et 6 mois après la procédure TAVI. **Méthodes:** Etude monocentrique prospective observationnelle de janvier 2013 à octobre 2015. Les patients âgés ≥75 ans candidats au TAVI bénéficiaient d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS). L'EGS recensait des informations sur les statuts fonctionnel, cognitif et nutritionnel, le risque d'escarre, les comorbidités, le traitement et le mode de vie permettant le calcul

du score pronostique MPI (Multidimensional Prognostic Index). Ce score indique 3 niveaux de fragilité associés au risque de mortalité à 1 an; MPI-1 : faible risque, MPI-2 : risque modéré et MPI-3 : risque élevé. Les données d'évaluation cardiologique (Euroscore, surface aortique, gradient aortique moyen, fonction systolique) étaient également recensées. Les patients étaient revus à 1 mois pour une échocardiographie et réévalués par un gériatre à 6 mois. **Résultats:** 105 patients (51,4% femmes) âgé de 86,4±4,25 ans ont été inclus. L'EuroSCORE moyen était de 18,9±11,1%. Quarante patients (38,1%) appartenaient au groupe MPI 1, 62 (59%) au groupe MPI-2 et 3 au groupe MPI-3. Plus de 80% des patients avaient au moins 3 co-morbidités actives et 88% étaient polymédiqués (≥ 4 médicaments). Le taux de mortalité global 1 mois après TAVI était de 11,4%, respectivement de 10%, 11,25% et 33,3% pour les groupes MPI-1,-2 et -3 sans différence significative. Les patients décédés pendant le mois post-TAVI présentaient à l'inclusion une dépendance plus grande (ADL, P=0,02 ; IADL, P=0,04) et un plus grand risque d'escarre selon l'ESS (P=0,04). Le taux de mortalité à 6 mois était de 10%, 19,35% et 66,6% dans les 3 groupes confirmant le caractère pronostique du score MPI issu de l'EGS sur le pronostic post-opératoire des patients. **Conclusion:** Dans notre étude incluant des patients âgés polypathologiques et polymédiqués, nous n'avons pas mis en évidence d'association entre la mortalité à 1 mois et le score composite MPI. Le pronostic à court terme post-TAVI semble plus relié à la procédure qu'à la vulnérabilité du patient mais le caractère pronostique du score MPI plus évident à moyen terme.

#### O1-7

##### **Sur-prescription du furosémide chez le sujet très âgé : une étude observationnelle sur 15 141 patients ambulatoires**

C. Rodriguez-Cillero (1) ; D. Menu (2) ; S. Perrin (1) ; M. Dipanda (1) ; S. Asgassou (1) ; P. Manckoundia (1) ; A. Putot (1)  
(1) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillet, Dijon*;  
(2) *Médecine générale, MSA Bourgogne (Dijon), Dijon*

**Introduction:** Le furosémide (F) est le diurétique le plus utilisé. Malgré son utilisation fréquente, les modalités de prescription chez le sujet âgé sont mal connues. L'objectif de l'étude est de décrire la prescription de F au sein d'une population gériatrique ambulatoire. **Méthodes:** Tous les patients âgés de 80 ans et plus affiliés à la Mutualité Sociale Agricole de Bourgogne avec une ordonnance médicamenteuse réalisée en mars 2015 ont été rétrospectivement inclus. Les patients pour lesquels a été prescrit du F ont été comparés aux patients sans ordonnance de F. **Résultats:** Au total, 15 141 patients avec un âge moyen de 86,4 ans, dont 61,3 % de femmes, ont été inclus. La prescription de F concernait 3937 patients (26 %). Les patients avec F étaient plus âgés que les patients sans F (âge moyen : 87,4 vs 86,1 ans, p < 0,001), plus fréquemment des hommes (44,6 % vs 38 %, p < 0,001) et présentaient plus d'affections longues durées (ALD) déclarées (83,7 vs 62,9 %, p < 0,001). Parmi les ALD déclarées, l'insuffisance cardiaque sévère était la plus fréquente dans les 2 groupes, mais était plus fréquemment retrouvée chez les patients sous F (50,9 % vs 19,5 %, p < 0,001). Les indications potentiellement recommandées d'un traitement par F au long cours incluait : l'insuffisance cardiaque sévère (50,9 %), la néphropathie chronique (3 %) et la cirrhose (0,1 %). Le F était prescrit au long cours pour presque tous les patients (98,7 % de prescriptions de plus de 3 mois). La co-prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou de l'angiotensine (ARA2) ne concernait que 50,8% des patients sous F (vs 39,1% dans le groupe sans F, p<0.001). Les prescripteurs étaient pour la plupart des médecins

généralistes (81,3 %). Un ionogramme sanguin était réalisé pour moins de la moitié des patients sous F (46,2 %). **Conclusion:** Dans cette étude portant sur une large population ambulatoire de patients très âgés, le F était prescrit pour un quart des patients et pour une durée de plus de 3 mois. Une insuffisance cardiaque sévère déclarée et la co-prescription d'un traitement de fond de l'insuffisance cardiaque (IEC ou ARA2) ne concernait que la moitié de ces patients. Une grande partie de ces prescriptions semble être réalisée hors recommandations.

### O1-8

#### Réanimation d'attente chez le sujet âgé : Etude REAGE, comment évaluer le pronostic ?

L. Robin (1) ; P. Gillois (1) ; JF. Payen (1) ; G. Gavazzi (2) ; T. Trouve Buisson (1)

(1) *Pole anesthésie réanimation, CHU Grenoble Alpes, La Tronche;*  
(2) *Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble*

**Introduction:** La population âgée de plus de 80 ans admise en secteur de réanimation a un pronostic de survie intrahospitalière 50 à 60 %, et de moins 50% à 6 mois. Cependant en raison de la complexité des patients âgés, il peut être éthiquement difficile d'établir un pronostic limitant l'accès à ces secteurs. La réanimation d'attente vise à éviter la perte de chance et l'obstination déraisonnable en tentant d'établir précocement le pronostic pour décider du niveau d'engagement des soins. Elle constitue aussi une réponse à l'augmentation des admissions des sujets âgés (SA) en réanimation. L'objectif de cette étude est de mettre en évidence les facteurs pronostiques de la population survivante après 3 jours de réanimation un modèle pronostique évolutif aidant à la décision de poursuite de soins à J3 de réanimation. **Méthodes:** il s'agit d'une étude rétrospective menée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble incluant tous les SA de 80 ans et plus admis de façon non programmée en réanimation (trois unités du pôle d'anesthésie réanimation) entre le 1 octobre 2012 et le 31 septembre 2014. Seuls les patients vivants et présents en réanimation à J3 ont été inclus dans l'analyse. les données recueillies étaient : données socio-démographique, Comorbidité (score de Charlson), Etat de gravité immédiat (SOFA, IGS II, Nombre de suppléance d'organe, Evolution des scores de gravité à J3, existence de limitation ou arrêt des thérapeutiques actives (LATA) et mortalité intra réanimation et intrahospitalière. **Résultats:** 197 SA ont été admis sur la période, et 107 étaient encore en réanimation après trois jours (J3). Ils avaient en moyenne 84[±4] ans, un IGS II à 57[±14], un SOFA initial à 7[±3] et 67%(n=71) venaient pour défaillance hémodynamique. Le premier jour (J1), 76%(n=81) recevaient un support ventilatoire, 75%(n=80) des amines et 13%(n=14) une épuration extra- rénale. Le taux de décès intrahospitalier a été de 44%. L'âge n'est pas un facteur de risque de surmortalité. Une limitation ou un arrêt thérapeutique de J1 à J3, l'IGS II, le nombre d'organes défaillants à J3, le nombre de suppléances d'organe à J1 et J3, les évolutions du SOFA total et du nombre de suppléance de J1 à J3 étaient associés (p<0,05) au risque de décès intra-hospitalier.; L'absence d'amélioration à J3 sur un de ces scores est associée à une mortalité de plus de 60%. Trois modèles pronostiques dynamiques du devenir hospitalier incluant différents aspects de la défaillance d'organe initiale et son évolution à J3 (SOFA, nombre d'organe défaillant et nombre de suppléance d'organe) ont été réalisés. Les bien-classés atteignent 70% et l'aire sous la courbe ROC atteint 0,77. Le niveau initial de défaillance d'organe et son évolution après trois jours de traitement sont fortement associés au pronostic hospitalier.

**Conclusion:** Dans cette étude l'évolution de la gravité du patient à J3 est la plus associée au pronostic de mortalité intra-hospitalière mais aucun des modèles ne permet une prédiction suffisante pour permettre une utilisation individuelle du score. L'intégration de facteurs gériatriques, du caractère réversible de la pathologie aigue devrait améliorer les modèles pronostiques et l'évaluation à plus long terme encore mieux établir l'intérêt de la réanimation dans cette population vulnérable. Enfin, l'estimation de la qualité de vie après hospitalisation reste à établir

### O1-9

#### Modalités de consultation des patients centenaires, état des lieux dans un service d'accueil et d'urgences

C. Gast (1) ; AL. Paquet (2) ; M. Leveau (1) ; M. Valentian (1) ; I. Mewasing (1) ; P. Ray (1)

(1) *Urgences, Hôpital Tenon, Paris;* (2) *urgences, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*

**Introduction:** Le nombre de consultations des personnes âgées aux urgences est en constante augmentation. Avec l'allongement de l'espérance de vie, il n'est plus rare de prendre en charge des patients centenaires. Cette étude avait pour but d'évaluer les modalités de consultation des patients centenaires, dans un service d'accueil d'urgences (SAU). **Méthodes:** Entre janvier 2012 et mars 2015, tous les patients de 100 ans et plus, consultants aux urgences d'un hôpital universitaire parisien ont été inclus. Ce travail est une étude observationnelle et rétrospective. Les données ont été comparées aux résultats d'une étude antérieure menée dans le même service dix ans auparavant, entre janvier 2002 et mars 2005. Pour chaque patient les principales données médico-sociales ont été recueillies, les causes et modalités de consultation aux urgences, les diagnostics retenus et leur devenir. **Résultats:** Entre janvier 2012 et mars 2015, 153 385 patients ont consulté aux urgences. Parmi eux, 21 550 (14%) patients avaient plus de 75 ans, et 129 patients avaient 100ans et plus. 7 dossiers incomplets ont été exclus, et un total de 122 dossiers a été retenu pour l'étude. L'âge moyen des patients était de 102 ans (IC 95% 100-112). 80.7% des patients centenaires en 2002-2005 ont été adressés au SAU après un premier contact médical de leur référent, contre 46.7% en 2012-2015 (p<0.001). Le mode de transport préférentiel était l'ambulance dans deux tiers des cas, sans différence significative sur les 2 périodes (66.3% contre 59%). Les principaux motifs de consultation aux urgences restaient les chutes (42.3% et 39.4%), suivies des symptômes respiratoires (22.1% et 21.3%). Le taux d'hospitalisation restait stable (56.7% contre 66.4%), ainsi que la mortalité hospitalière (13.5% contre 13.9%). Le délai moyen de prise en charge entre le premier contact de l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) et la décision d'orientation du patient était de 293.2 min en moyenne (257.7-328.7), soit 4h48. Ce délai est de 175.2min (151.5 -198.8), soit 2h24, pour la prise en charge médicale. Cette étude monocentrique et rétrospective n'est cependant pas extrapolable aux autres services d'urgence français. **Conclusion:** Cette étude montre une nette augmentation des consultations directes et pose le problème d'un dossier de liaison médical pour les patients non institutionnalisés. Une évaluation multicentrique permettrait de pouvoir globaliser les mesures de prise en charge et de suivre l'évolution des comportements et des pathologies de cette catégorie de patients fragiles.

## O2. FRAGILITÉ

### O2-1

#### La mesure de la vitesse de marche chez la personne âgée pour identifier les complications associées à la fragilité: Revue systématique de la littérature

F. Pamoukdjian (1) ; L. Zelek (2) ; M. Laurent (3) ; V. Lévy (4) ; T. Landré (5) ; G. Sebbane (1) ; E. Paillaud (6)

(1) *Médecine gériatrique et ucog93, Hôpital Avicenne, Bobigny*; (2) *Oncologie médicale et ucog93, Hôpital Avicenne, Bobigny*; (3) *Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri-Mondor, Créteil*; (4) *Unité de recherche clinique et centre de recherche clinique, Hôpital Avicenne, Bobigny*; (5) *Ucog93, Hôpital Avicenne, Bobigny*; (6) *Gériatrie médecine interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil*

**Introduction:** La fragilité désigne consensuellement une vulnérabilité excessive à un facteur de stress réduisant la capacité à maintenir ou retrouver l'homéostasie après un événement destabilisant. La fragilité résulte ainsi d'une décroissance des réserves fonctionnelles physiologiques et expose à quatre risques majeurs: décès prématuré, perte d'autonomie, chutes traumatiques ou non et hospitalisations/institutionnalisations. Sur la base des critères opérationnels décrit par Fried et al (phénotype de fragilité), la fragilité est indépendante des comorbidités et de l'autonomie fonctionnelle et surtout est réversible sous l'effet d'une intervention gériatrique ciblée. Bien que d'autres critères opérationnels de fragilité ont été validés (index de fragilité selon le modèle décrit par Rockwood et al en particulier), aucun ne fait consensus. Repérer la fragilité reste ainsi un enjeu majeur en gériatrie et particulièrement chez le sujet âgé atteint de cancer. De nombreux outils de dépistage de la fragilité ont été développés en population onco-gériatrique (score G8 en particulier) mais leurs performances diagnostiques sont faibles. En parallèle, depuis plusieurs années un intérêt grandissant pour la mesure de la vitesse de marche au pas habituel (VM) comme test de dépistage de la fragilité est observé dans la littérature gériatrique. La VM apparaît comme un test rapide, fiable, reproductible et peu coûteux. De telles données sont inconnues en population onco-gériatriques. Le but de cette revue systématique était de mettre à jour nos connaissances sur la VM comme marqueur de fragilité chez les personnes âgées de 65 ans et plus et vivant en communauté et de discuter son apport en onco-gériatrie. **Méthodes** Une revue systématique de la littérature était conduite sur «Pub Med» entre 1984 et 2014 en suivant les recommandations de la méthode PRISMA. Les termes MeSH «Humans, English, Aged 65+ years» étaient combinés à «gait speed OR walking speed» et «frailty OR mortality OR disability OR hospitalization OR falls OR timed get up and go test OR short physical performance battery OR cancer». Les critères d'éligibilité étaient: âge moyen de 65 ans et plus, sujets vivant en communauté, indépendant à la marche, VM mesurée au «pas habituel» sur une courte distance (< 20m), articles originaux incluant les revues systématiques. Les lettres, revues narratives et cas cliniques étaient exclus. **Résultats:** Sur la base des 3118 articles initiaux, 46 articles étaient finalement retenus pour cette revue. 33 études de cohorte prospective totalisaient 46 845 participants dont l'âge moyen variait entre 65-89.6 ans. La VM était mesurée sur une distance de 4m dans la plupart des études (2.4-20m). Au seuil de 1 m/s, la VM était significativement et indépendamment associée aux quatre complications de la fragilité: décès prématuré, perte d'autonomie, chutes et hospitalisations. La VM seule était comparable aux test de marche composite (TGUG et SPPB) pour

prédire ces complications de la fragilité. La VM est également un test de repérage consensuel de la sarcopénie. En dépit du peu d'études prospectives menées en population onco-gériatriques et totalisant 729 participants d'âge moyen variant entre 65-77 ans, la VM (variable continue) était indépendamment et significativement associée à la survie globale et la perte d'autonomie. **Conclusion:** Nous suggérons la mesure de la VM sur une courte distance de 4m au seuil de 1 m/s comme test de dépistage de la fragilité en population onco-gériatrique ambulatoire et âgée de 65 ans et plus afin de guider vers une évaluation gériatrique approfondie durant la prise en charge initiale ou au cours du suivi. Des études de cohorte prospective sont nécessaires afin de valider cette hypothèse et de comparer la VM aux autres tests de dépistage.

### O2-2

#### Evaluation des capacités prédictives de deux outils d'évaluation de la fragilité du sujet âgé : phénotype de Fried et grille SEGAm

Y. Jaïdi (1) ; D. Jolly (2) ; J. Duchene (3) ; M. Collart (4) ; D. Bera (5) ; M. Dramé (6) ; A. Thierry-Wolak (6) ; JL. Novella (7) ; R. Mahmoudi (8)

(1) *Médecine interne et gériatrie aigüe, CHU de Reims, Reims*; (2) *Département recherche et innovation, CHU, Reims*; (3) *Umr cnrs 6281, Université de Technologie de Troyes, Troyes*; (4) *Gériatrie, C.H. de Troyes, Troyes*; (5) *Les arcades, Centre Les Arcades, Troyes*; (6) *Unité d'aide méthodologique, CHU, Reims*; (7) *Um, Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex*; (8) *médecine interne et Gériatrie, CHU, Reims*

**Introduction:** La fragilité du sujet âgé est associée à la survenue d'évènements de santé négatifs. L'objectif de cette étude était de comparer les capacités prédictives de deux échelles de fragilité (phénotype de Fried et la grille SEGAm : Short Emergency Geriatric Assessment modified) en termes d'hospitalisations et de perte d'indépendance à un an dans une population âgée ambulatoire. **Méthodes:** Etude prospective multicentrique, réalisée chez des sujets âgés de 70 ans et plus. Des variables cliniques et celles de l'évaluation gériatrique standardisée ont été recueillies. Une régression logistique binaire univariée et multivariée a été réalisée avec comme variables d'intérêt l'hospitalisation et la perte d'indépendance à un an. **Résultats:** 215 patients ont été inclus. Le risque d'hospitalisation à un an n'était pas lié au statut de fragilité évalué par le phénotype de Fried et grille SEGAm. Concernant la perte d'indépendance, selon le phénotype deFried il existait une augmentation du risque chez les pré-fragiles et fragiles (respectivement OR : 2.29 IC95% [1.05-5.00] ; OR : 9.33 IC95% [2.07-42.05]) qui n'était plus significative après ajustement (respectivement OR ajusté : 1.11 IC95% [0.49-2.47] ; OR ajusté: 2.66 IC95% [0.67-10.46]). Selon SEGAm, les sujets fragiles et très fragiles étaient significativement plus à risque de perte d'indépendance (OR : 2.91 IC 95% [1.21-6.98]; OR ajusté : 3.27 [1.40-7.60]). **Conclusion:** La capacité prédictive des échelles de fragilité du sujet âgé dépend des évènements d'intérêt. La grille SEGAm peut être utilisée dans une stratégie de prévention dans une population âgée ambulatoire.

**O2-3****Repérage du risque de Fragilité en Médecine Générale en Ile-de-France**

L. Caillard (1) ; C. Bouilly (1) ; A. Maclouf (1) ; A. Genet (1) ; M. Piccoli (1) ; I. Hernandorena (2) ; E. Duron (2) ; O. Hanon (2) (1) *Gériatrie, Hôpital Broca, Paris*; (2) *Service du professeur hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris*

**Introduction:** Le repérage des patients fragiles en médecine générale est essentiel pour l'évaluation des critères de fragilité et la mise en place d'un plan d'intervention personnalisé. **Objectif:** Etudier le repérage des sujets à risque de fragilité, de 65 ans et plus, non dépendants, consultant en cabinet de Médecine Générale, selon le questionnaire de repérage du Gérontopôle de Toulouse recommandé par la Haute Autorité de Santé. **Méthodes:** Etude observationnelle prospective chez des sujets âgés de 65 ans et plus, ambulatoires et non dépendants, consultant en cabinets de médecine générale en Ile-de-France, de Janvier 2014 à Janvier 2015. Le risque de fragilité était évalué par six questions (vivre seul, plainte mnésique, fatigue, difficultés de déplacement, marche ralentie et perte de poids) et par le sentiment subjectif du médecin. **Résultats:** Deux cent vingt-six patients ont été évalués ; 53% étaient des femmes. La moyenne d'âge était de 74.7 (6.7) ans. Un risque de fragilité était identifié chez 66 % des patients grâce au questionnaire, et chez 35.4% des patients grâce au sentiment subjectif du médecin. Les critères de fragilité les plus fréquemment retrouvés étaient : vivre seul (37.2%), la plainte mnésique (31.4%), la fatigue (31%), les difficultés de déplacement (27%), la marche ralentie (21.7%), et la perte de poids (9.7%). Les patients à risque de fragilité étaient significativement plus âgés (75.9 vs 72.4 ans;  $p < 0.001$ ) que les patients non à risque de fragilité. Le ratio homme/femme était le même dans les deux groupes. Les patients à risque de fragilité présentaient statistiquement plus de comorbidités cardiovasculaires : hypertension artérielle (66.7 vs 51.9%;  $p=0.04$ ), dyslipidémie (50.3 vs 35% ;  $p=0.04$ ), insuffisance cardiaque (12.9 vs 1.3% ;  $p=0.002$ ), fibrillation atriale (12.9 vs 4% ;  $p=0.03$ ). Un antécédent de dépression était statistiquement plus retrouvé chez les sujets à risque de fragilité (21.8 vs 4% ;  $p=0.0003$ ). **Conclusion:** Le risque de fragilité apparaît important en médecine générale. Le sentiment subjectif du médecin sous-estime les patients à risque. Ce travail souligne l'intérêt et la pertinence du questionnaire du Gérontopôle de Toulouse dans le repérage de la fragilité en médecine ambulatoire.

**O2-4****Descriptif de l'état nutritionnel chez les sujets âgés de plus de 65 ans au sein d'une unité gériatrique aigue, intérêt de l'évaluation de la fragilité**

AA. Zulfiqar (1) ; L. Babé (2) ; E. Andres (3) ; M. Dramé (4) (1) *Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen*; (2) *Département de médecine interne et gériatrie, CHU Reims, Reims*; (3) *Département de médecine interne, Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg*; (4) *Unité d'aide méthodologique, CHU, Reims*

**Introduction:** L'objectif principal de cette étude est l'évaluation de l'état nutritionnel chez les sujets âgés au d'une unité gériatrique aigüe. Notre objectif secondaire était d'analyser le lien entre fragilité et statut nutritionnel mais également d'autres facteurs: le statut cognitif, la dépendance, la thymie, l'équilibre via le test d'appui monopodal, nous avons également étudié la fragilité selon

les deux modèles décrits dans la littérature : à la fois la fragilité dite physique avec le score de Fried et la fragilité dite multi domaine : la grille SEGA volet A. **Méthodes:** Inclusion des patients hospitalisés en service d'unité gériatrique aigue, de l'hôpital Maison Blanche, pendant 6 mois. Le statut nutritionnel a été évalué à l'aide des mesures anthropométriques (circonférence brachiale, circonférence du mollet), biologique (albumine). La fragilité a été évaluée grâce à deux échelles : FRIED et SEGA. Tous les patients hospitalisés dans le service d'UMG1 entre le 24/11/2014 et le 24/05/2015 ont été inclus. Les patients exclus étaient les patients étiquetés soins palliatifs à leur entrée dans le service. **Résultats:** 72% de nos patients venaient du domicile, ce qui reste inférieur à l'étude SAFES où 80%(N=1306) venaient du domicile, le reste de nos patients étaient soit en maison de retraite soit des foyers de type ARFO, ce qui laisse supposer que leur alimentation était plus « cadrée ». Seulement 64%(N=359) des patients ont bénéficié d'une alimentation similaire à tous patients du CHU, 8% étaient à jeun, 28% bénéficiaient d'une alimentation plus ou moins moulignée en lien bien souvent avec une pathologie neurologique responsable de troubles de la déglutition mais aussi parfois avec un mauvais état bucco-dentaire rendant la mastication difficile. Nous n'avons malheureusement pas pu évaluer l'état buccodentaire de nos patients. La malnutrition est très présente dans la population étudiée : 34,64% présente un BMI < 20kg/m<sup>2</sup>, 32,24% présente une circonférence brachiale < 21cm, 59,22% présente une circonférence du mollet < 31cm. 53,37% présente une hypoalbuminémie. En utilisant le Mini Nutritional Assessment : 16,67% présente une malnutrition, et 42,95% sont à risque de malnutrition. Selon FRIED, on retrouve 1,95% de la population pré-fragile, 98,05% fragiles ; selon SEGA 10,86% non fragile, 15,88% considérés comme à risque de fragilité, 73,26 % sont fragiles. Il n'y a pas de corrélation retrouvée entre fragilité et MNA que ce soit avec FRIED ( $p=0,95$ ) ou avec SEGA ( $p=0,074$ ); ni entre BMI et Fragilité (FRIED  $p=0,34$  ; SEGA  $p=0,4$ ) ; ni entre circonférence brachiale et fragilité (FRIED  $p=0,38$ , SEGA  $p=0,1$ ); ni entre circonférence du mollet et fragilité (FRIED  $p=0,22$ ; SEGA  $p=0,06$ ) ; ni entre hypoalbuminémie et fragilité selon FRIED ( $p=0,16$ ). Le seul résultat significatif retrouvé concerne l'hypoalbuminémie et la Fragilité selon SEGA ( $p=0,023$ ). On retrouve un lien significatif entre la fragilité selon SEGA et l'âge ( $p<0,0001$ ), ce qui reste assez logique. Il y a un lien entre fragilité et test de l'appui monopodal, entre hypoalbuminémie et fragilité ( $p=0,02$ ), fragilité et troubles cognitifs ( $p=0,0002$ ), fragilité et anémie ( $p=0,04$ ), fragilité et dépendance : ADL ( $p<0,0001$ ), IADL ( $p<0,0001$ ), fragilité et comorbidités Charlson ( $p=0,0002$ ). En étude multivariée on retrouve un lien significatif entre âge, et dépendance aux ADL et aux IADL, la malnutrition n'apparaît toujours pas comme significativement liée à la fragilité selon SEGA. L'étude de la fragilité selon FRIED retrouve un lien significatif entre sexe masculin et fragilité ( $p=0,013$ ). L'âge est également retrouvé comme associé significativement à la fragilité selon FRIED ( $p=0,04$ ), tout comme la dépression ( $p=0,004$ ) et le test d'appui monopodal ( $p=0,0002$ ). Les troubles cognitifs ne sont pas significativement liés à la fragilité selon FRIED ( $p=0,06$ ) ce qui est également concordant avec l'étude de Dorner ( $p=0,60$ ). Il existe un biais de recrutement puisque les sujets les plus fragiles, décédés dans les 48h suivant leurs admissions, ou étiquetés en soins palliatifs n'ont pas été inclus dans cette étude. **Conclusion:** La prévalence de la malnutrition chez les sujets âgés hospitalisée est importante, tout comme celle de la fragilité Notre étude ne met pas en évidence de lien significatif entre malnutrition selon le MNA et les mesures anthropométriques et fragilité. On retrouve un lien entre hypoalbuminémie et la fragilité

selon SEGA.

## O2-5

### Relation entre performance physique et index de fragilité chez les résidents en EHPAD : résultats de la cohorte INCUR

M. Tabue Teguo (1) ; N. Simo-Tabue (2) ; JF. Dartigues (3) ; M. Césari (4)

(1) INSERM Unité U1219/ISPED, Bordeaux; (2) Geriatrie, C.H. Saint-Cyr, Villeneuve-sur-Lot; (3) Inserm u1219, Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Bordeaux cedex; (4) Université de Toulouse - paul sabatier, Institut du Vieillissement, Gérontopôle, INSERM UMR 1027, Toulouse

**Introduction:** En France, plus de 600 000 personnes âgées vivent actuellement en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Les trajectoires du vieillissement indiquent que ces chiffres sont en constante augmentation. Le défi à relever sera particulièrement la mise en place des stratégies de prévention destinées à cette population. Parmi les conséquences pathologiques du vieillissement, le syndrome de fragilité a été largement étudié au cours des dernières années. Ce concept est actuellement l'un des plus débattus dans le domaine de la gériatrie car, si on perçoit aisément son utilité d'un point de vue clinique, comme tout phénomène multifactoriel, il demeure très difficile à définir d'un point de vue conceptuel. La Short Physical Performance Battery (SPPB) est un outil d'évaluation multidimensionnelle des performances physiques. Il est constitué de trois sous-tests (vitesse de marche, lever de chaise, équilibre). Son altération est prédictiveur d'événements de santé négatifs. A notre connaissance aucune étude n'a comparé le poids des composantes de la SPPB à l'index de fragilité. L'objectif de cette analyse est de déterminer la relation entre l'index de fragilité et la SPPB, puis d'identifier parmi les trois composantes de la SPPB celle qui est la mieux associée à l'IF. **Méthodes:** Données issues de la cohorte INCUR. Etude observationnelle longitudinale de 800 personnes âgées résidant dans 13 EHPAD des régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon, observées durant 1 an donc l'objectif était de déterminer l'incidence et les effets économiques de la pneumonie chez les personnes âgées vivant dans des établissements pour personnes âgées dépendantes. L'enquête a collecté des informations simples sur l'état de santé général des patients dans les EHPAD durant la période de l'étude. Les participants étaient âgés de 60 ans et plus et caractérisés par un groupe iso-ressources (GIR) compris entre 2 et 5. L'IF était mesuré selon le modèle d'accumulation de déficits proposé par Rockwood. Il repose sur l'idée que la fragilité se mesure par le nombre de problèmes de santé liés à l'âge, indépendamment de leur nature et de leur gravité. C'est le rapport des déficits de santé identifiés chez un individu dans un ensemble de variables de santé (n=30). Nous avons analysé la relation entre l'index de fragilité (IF) et le score total de la SPPB, ainsi que les sous-tests de la SPPB. Nous avons, ensuite, à partir d'une analyse en composante principale (ACP) identifié l'importance de la contribution de chacune des trois sous-tests de la SPPB dans la construction du score synthèse (SPPB). Enfin l'étude de la corrélation des sous-tests de la SPPB avec l'index de fragilité nous a permis d'identifier la composante de la SPPB qui prédirait individuellement le mieux les événements de santé négatifs. **Résultats:** Parmi les 800 individus inclus, il y a 593 (74.59%) femmes, avec une moyenne d'âge de 86.5ans (écart type = 7.5 ans. Le score moyen de la SPPB est de 2.5 (écart type = 2.7) et seulement 40 (5%) des individus ont un SPPB>=9 (sujet robuste). L'index de fragilité moyen est de 0.37 (écart type = 0.11). Le score

SPPB explique significativement l'index de fragilité (B = -0,015, sd = 0,002, p value <,0001). Il existe une relation décroissante entre la SPPB et l'index de fragilité. Les trois scores n'ont pas le même poids dans la construction d'un score synthèse. Le sous-test équilibre de la SPPB est le mieux corrélé à l'index de fragilité (r=0.83, p<.001). **Conclusion:** Cette étude montre que l'IF et la SPPB sont associés à la mortalité dans une population de personnes très âgées vivant en EHPAD. Les 3 sous-tests de la SPPB n'ont pas le même poids et le test de l'équilibre semble le plus corrélé à l'index de fragilité. Mots Clés: Index de Fragilité, SPPB, EHPAD.

## O2-6

### Month-of-birth effect on muscle mass and strength in community-dwelling older adults: the French EPIDOS cohort

G. Duval (1) ; AM. Schott (2) ; Y. Rolland (3) ; A. Brangier (1) ; S. Walrand (4) ; F. Herrmann (5) ; C. Annweiler (1)

(1) *Gérontologie clinique, C.H.U - CHU Angers, Angers;* (2) *Gériatrie, CHU, Lyon;* (3) *Gériatrie, Hôpital Garonne, Toulouse;* (4) *Myologie, INRA, Clermont-Ferrand;* (5) *Biostatistique, CHU, Genève, Suisse*

**Introduction:** Vitamin D is involved in muscle health. This relationship may start from the earliest stages of life during pregnancy when the fetal vitamin D is completely reliant on maternal vitamin D stores and sun exposure. The objective of this study was to determine whether there was an effect of the month of birth (MoB) on muscle mass and strength in older adults. **Méthodes:** Data from 7,598 community-dwelling women aged  $\geq 70$  years from the French multicentric EPIDOS cohort were used in this analysis. The quadriceps strength was defined as the mean value of 3 consecutive tests of the maximal isometric voluntary contraction strength of the dominant lower limb. The muscle mass was defined as the total appendicular skeletal muscle mass measured using dual energy X-ray absorptiometry scanner. The MoB was used as a periodic function in regressions models adjusted for potential confounders including age, year of birth, latitude of recruitment center, season of testing, body mass index, number of comorbidities, IADL score, regular physical activity, sun exposure at midday, dietary protein intake, dietary vitamin D intake, use of vitamin D supplements, history of corticosteroids use, and current use of corticosteroids. **Résultats:** 7,178 older women had a measure of muscle strength (mean age,  $80.5 \pm 3.8$  years; mean strength,  $160.7 \pm 49.8$  N). Data on total ASM were available from 1,321 women recruited in Toulouse, France (mean,  $14.86 \pm 2.04$  kg). Both the sine and cosine functions of MoB were associated with the mean quadriceps strength (respectively  $\beta = -2.1$  with  $P = 0.045$ , and  $\beta = -0.5$  with  $P = 0.025$ ). Moreover, the sine function of MoB was associated with the total ASM ( $\beta = -0.2$ ,  $P = 0.013$ ), but not the cosine function ( $\beta = 0.1$ ,  $P = 0.092$ ). Both the highest value of mean quadriceps strength (mean,  $163.4 \pm 20.2$  N) and the highest value of total ASM ( $15.24 \pm 1.27$  kg) were found among participants born in August. **Conclusion:** Summer-early fall months of birth were associated with higher muscle mass and strength in community-dwelling older women aged  $\geq 70$  years. This study provides a new mechanism for better understanding sarcopenia and the principle of frailty in the elderly.

**O2-7****Prévalence de la sarcopénie chez les sujets âgés fragiles: résultats de la plateforme de fragilité de Toulouse**

B. Fougère (1) ; S. Sourdet (1) ; M. Lilamand (2) ; B. Teyssyre (1) ; M. Cesari (1) ; Y. Rolland (1) ; B. Vellas (1) ; F. Nourhashemi (1) ; G. Abellan Van Kan (1)

(1) *Gérontopôle, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse*; (2) *Gériatrie, Hôpital Bichât (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), Paris*

**Introduction:** La sarcopénie, syndrome associant une diminution progressive et généralisée de la masse, des fonctions musculosquelettiques est intimement liée au syndrome de fragilité. Ces deux conditions cliniques ont des effets défavorables sur la santé des personnes âgées mais leur association est peu évaluée. Cette étude a exploré l'association entre la sarcopénie et la fragilité en utilisant des critères d'évaluation validés. **Méthodes:** Etude transversal monocentrique. Les participants sont les patients de la plateforme de fragilité de Toulouse, âgés de plus de 65 ans, avec une évaluation de la composition corporelle. La sarcopénie a été identifiée en utilisant huit définitions opérationnelles validées. Pour construire ces définitions, la masse musculaire a été estimée en utilisant l'absorption biphotonique à rayons x (DEXA) et la fonction musculaire été mesurée avec la vitesse de marche (sur 4 mètres) ou le Short Physical Performance Battery (SPPB). La fragilité été évaluée en utilisant les critères de Fried. Des analyses multivariées par régression logistique (ajustées pour l'âge) ont été faites pour apprécier l'association entre la sarcopénie et la fragilité.

**Résultats:** 294 personnes âgées en moyenne de 82 ans ont participé à l'étude. En fonction de la définition utilisée, entre 3,4% et 38,8% des participants étaient sarcopéniques. La fragilité (3 à 5 critères de Fried) a été identifiée chez 43,8% de la population de l'étude. Pour la majorité des définitions, les personnes âgées fragiles étaient plus susceptibles d'être sarcopéniques que les pré-fragiles (1 ou 2 critères de Fried) ou robustes (0 critère de Fried). Cette association était la plus forte avec la définition proposée par le consortium de SPRINT-T [Odds Ratio ajusté 3,77; intervalle de confiance à 95% 1,9-7,4]. **Conclusion:** La définition de sarcopénie proposée par le consortium de SPRINT-T présente la plus forte association avec le phénotype de fragilité. Des différences importantes entre les définitions opérationnelles ont été observées. La définition de SPRINT-T semble appropriée pour identifier les patients à haut risque d'effets défavorables sur la santé. Des recherches futures, notamment des études longitudinales, sont nécessaires pour confirmer l'intérêt de cette nouvelle définition de la sarcopénie dans la prédiction de l'incapacité et des effets défavorables sur la santé des personnes âgées.

**O2-8****Troubles de la marche et mortalité à 12 mois chez des sujets âgés atteints de démence : La cohorte SAFES**

R. Mahmoudi (1) ; J.L. Novella (1) ; F. Blanchard(1) ; J. Damien (2) ; M. Dramé (2)

(1) *Médecine interne et gériatrie, CHU, Reims*; (2) *Pôle recherche et santé publique, CHU, Reims*

**Introduction:** Les troubles de la marche ont été largement étudiés chez les sujets âgés, mais leur rôle prédictif sur la mortalité est peu documenté chez les sujets atteints de démence. L'objectif de l'étude était de déterminer si les troubles de la marche sont un facteur prédictif de mortalité à 12 mois chez les sujets âgés

atteints de démence. **Méthodes:** Une étude de cohorte prospective multicentrique (la cohorte SAFES) a été mise en place dans neuf centres hospitaliers français. Étaient éligibles à l'étude les patients de 75 ans ou plus, hospitalisés dans un service de court séjour de médecine, via le service d'accueil des urgences. Une évaluation gériatrique standardisée a été réalisée au cours de la première semaine d'hospitalisation. Les troubles de la marche ont été évalués par le « Timed Up & Go » test. La relation entre les troubles de la marche et la mortalité a été évaluée avec un modèle de Cox. **Résultats:** Parmi les 1306 sujets inclus dans la cohorte SAFES, 589 étaient éligibles pour les analyses. L'âge moyen était  $86 \pm 6$  ans, avec une majorité de femmes (69 %). La prévalence des troubles de la marche était de 86 % (IC 95 % : 83 % – 89 %). Après 12 mois de suivi, 232 (39 %) sujets sont décédés. Après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels, les troubles de la marche étaient significativement associés à la mortalité à 12 mois (HR= 1,7 ; IC 95 %= 1,02 – 2,71 ; p= 0,04). **Conclusion:** Il semble opportun de dépister précocement, avec des outils simples, les troubles de la marche chez les patients atteints de démence. Cela contribuerait à la mise en œuvre de programmes de réadaptation réalistes et efficaces, visant à améliorer la qualité des soins, et le devenir des patients.

**O2-9****Suivi d'une population de patients présentant un MCI ayant bénéficié de différents entraînements combinant ou non activité physique et entraînement cognitif**

L. Combourieu (1) ; A. Perrot (1) ; G. Kemoun (2) ; F. Bloch (3)

(1) *Laboratoire ciams, équipe rime, UFR STAPS - Orsay, Orsay*; (2) *Ea 6314, laboratoire 'move', Université de Poitiers, Poitiers*; (3) *Gériatrie, Hôpital Broca (AP-HP), Paris*

**Introduction:** Les activités physiques et cognitives ont fait la preuve, dans plusieurs études de leur efficacité dans le ralentissement du déclin cognitif chez les patients atteints de Mild Cognitive Impairment (MCI). Nous avons étudié l'efficacité d'un programme combinant l'activité physique aérobie et l'entraînement cognitif (APEC) par rapport à des programmes simples d'entraînement cognitif (EC) ou physique (AP) sur des personnes âgées atteintes de MCI (Etude MIXTRAIN). L'objectif de notre étude est de comparer l'évolution des capacités cognitives globales et du taux de conversion vers une démence selon le programme d'entraînement dans la cohorte initiale de l'étude MIXTRAIN. **Méthodes:** Suivi à trois ans de la fin de l'étude MIXTRAIN des 69 sujets âgés MCI de plus de 65 ans autonomes avec un MMS>24 ayant été répartis comme suit à l'inclusion : 21 en APEC, 18 en AP, 16 en EC et 14 dans le groupe contrôle (C) sans intervention. Chaque entraînement s'est déroulé en groupe pendant des séances d'une heure, deux fois par semaine durant trois mois. L'activité physique aérobie consistait à pédaler sur un vélo d'appartement à un effort d'intensité modérée. L'entraînement cognitif était sur le travail des fonctions exécutives exclusivement. Le devenir des patients, leur conversion ou non vers une démence et l'évolution ont été notés à partir des comptes rendus de consultations de suivi. **Résultats:** Sur la cohorte initiale, 15 patients sont perdus de vue. Pour les 54 ayant été revus, le délai de suivi varie entre 6 et 36 mois, 15% ont présenté une conversion en démence. Le programme APEC semble retarder la conversion par rapport à C mais cette réduction de la conversion est également retrouvée pour les entraînements AP et EC comparés à C. Cette tendance se confirme en revanche en comparant la décroissance du MMS avec le temps qui est significativement plus rapide dans le groupe C que APEC (-1 point par an pour C versus -0,3 point par an

pour APEC). Cet effet se retrouve dans le groupe AP qui fait aussi bien (-0,2 point de MMS par an) alors que EC a une décroissance parallèle à C (-1 point de MMS par an). **Conclusion:** La pratique simultanée d'activité physique et d'entraînement cognitif conduit à des bénéfices à long terme qui semblent ralentir la conversion vers la démence au même titre que l'activité physique seule. Ces tendances seront à confirmer en poursuivant le suivi de la cohorte MIXTRAIN.

### O3. DÉMENCES

#### O3-1

**Estimation de la prévalence de la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés en France à partir des bases de données médico-administratives et comparaison aux données de cohortes**  
L. Carcaillon-Bentata (1) ; C. Quintin (1) ; E. Moutengou (1) ; M. Boussac-Zarebska (2) ; F. Moisan (3) ; C. Ha (1) ; A. Elbaz (4)  
(1) Dmntt, Santé Publique France, Saint-Maurice; (2) Misi, Santé Publique France, Saint-Maurice; (3) Dst, Santé Publique France, Saint-Maurice; (4) Cesp, I.N.S.E.R.M (Institut National de la Santé et Recherche Médicale), Villejuif

**Introduction:** Les données du système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) représentent un outil possible pour la surveillance épidémiologique de la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (MASA). Cependant, la validité de ces données n'a jamais été étudiée et les études de cohorte montrent que la prise en charge par le système de soins est loin de concerner tous les malades. Leur nombre serait donc sous-estimé en utilisant les données du Sniiram. L'objectif de cette étude est de comparer les prévalences de MASA prise en charge repérées à partir du Sniiram aux résultats d'études de cohortes populationnelles françaises, lorsque cela est possible, et européennes sinon. Nous faisons l'hypothèse que la qualité des données du Sniiram dépend de l'âge, la fréquence de prise en charge chez les jeunes permettant peut être une estimation plus proche de la prévalence réelle que chez les plus âgés. **Méthodes:** Dans le Sniiram, les individus consommant un médicament anti-démence, inscrits en ALD ou hospitalisés pour MASA ont été identifiés parmi les individus âgés de 40 ans et plus, affiliés au régime général et vivants au 31 décembre 2014. Des taux de prévalence bruts et standardisés sur l'âge et le sexe de la population française (année 2015) ont été calculés. Chez les plus de 65 ans, les taux spécifiques par classes d'âge ont été comparés aux estimations obtenues dans la cohorte française Paquid en calculant des rapports de prévalence (RP). Cette étude fait référence du fait de sa représentativité et de la procédure diagnostique mise en œuvre. Chez les moins de 65 ans, en l'absence de données françaises, les taux spécifiques par classes d'âge ont été comparés à ceux obtenus dans l'étude Rotterdam, unique étude européenne retenue pour cette tranche d'âge. **Résultats:** Au total, 524 770 cas prévalents de MASA au sein du régime général ont été identifiés fin 2014 (Taux standardisé=2,2%, 2,9% chez les femmes et 1,5% chez les hommes). En rapportant ce taux à l'ensemble de la population française, on estime le nombre de personnes prises en charge pour MASA à environ 770 000. Ce taux varie de 2 % chez les moins de 65 ans (n=35 000) à 60 % après 65 ans (n=735 000). Comme attendu, la pertinence des estimations de prévalence dépend de l'âge. L'âge de 70 ans a été identifié comme seuil : après cet âge, les estimations de prévalence obtenues dans le Sniiram sont en moyenne 1,6 fois inférieures à celles obtenues dans Paquid

(8,1% versus 12,1%) alors qu'elles sont proches de celles de l'étude Rotterdam avant cet âge (RP55-70ans=0,7, IC 95% = 0,5-1,1). **Conclusion:** Si les données du Sniiram sous-estiment la prévalence de la MASA après 70 ans, elles semblent plus pertinentes pour des estimations avant cet âge. En redressant le nombre de cas de MASA de plus de 70 ans repérés dans le Sniiram avec les données de Paquid, nous estimons à environ 1 200 000 le nombre de personnes souffrant de MASA en 2014 en France. Une validation directe de ces données, permettant d'évaluer la sensibilité et la spécificité des algorithmes appliqués aux données du Sniiram, reste indispensable et est envisagée à Santé publique France.

#### O3-2

**Intuition clinique et repérage des troubles cognitifs en soins primaires**

J. Chaney (1) ; S. Da Silva (1) ; H. Bailly (1) ; P. Manckoundia (1) ; P. Jouanny (1)  
(1) Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon

**Introduction:** Malgré les différents plans Alzheimer, les maladies de la mémoire restent sous-diagnostiquées de façon importante. En soins primaires le manque de temps pour un repérage est souvent mis en avant ainsi que l'intuition clinique aux détriments des tests de dépistage. Le but de cette étude est d'analyser cette intuition clinique par rapport aux tests de dépistage. **Méthodes:** La patientèle de plus de 75 ans de 3 médecins généralistes, indemnes de toute pathologie cognitive connue, ont bénéficiés de tests cognitifs (MMSE, 5 mots, horloge, fluence) et classés en selon leur niveau cognitif (absence de trouble, trouble neurocognitif mineur (TNCm) ou majeur (TNCM)). En parallèle et en insu, chaque médecin traitant a évalué les performances cognitives de son patient par une EVA (de 0 pas de trouble à 10 troubles patents). L'analyse statistique a permis de calculer la «performance diagnostique» de cette intuition clinique: sensibilité (Se), spécificité (Sp), valeur prédictive positive (VPP) et négative (VPN). **Résultats:** 84 patients ont été inclus (60 F/24 H ; 82,9+/-4,7 ans) : 39,1% présentaient un TNCM, 38,1 % un TNCm, et 25 % avaient des fonctions cognitives normales. L'intuition clinique était respectivement 2,09±1,18, 2,34±1,21 et 5,45±1,48/10 (p<0.0001). Seuls les patients indemnes sont différents des patients présentant un TNCm (Se 74,6 %, Sp 76,2 %, VPP 90,4 % et VPN : 50,0 % ; p<0.0001). Parmi les 32 patients subjectivement normaux, 16 sont cognitivement normaux et 16 présentent un TNCm et aucun un TNCM. Parmi les 31 patients présentant un TNCM, 24 sont subjectivement évalués comme probablement pathologique, 17 comme possiblement et 0 comme exempts de troubles. **Conclusion:** La performance diagnostique de l'intuition clinique du médecin généraliste est satisfaisante pour dépister les TNCM patents, mais insuffisante pour repérer les TNCm. Lorsqu'il conclut qu'il y a probablement un trouble, il a raison 9 fois sur 10, mais lorsqu'il conclut qu'il n'y a pas de trouble, il se trompe 1 fois sur 2. Ces résultats suggèrent que le médecin généraliste ne peut pas se fier à sa seule intuition clinique pour éliminer des troubles cognitifs et doit recourir à des tests de repérage simples pour s'assurer du bon fonctionnement cognitif de ses patients.

**O3-3****Description des pratiques des Médecins Généralistes en matière de prise en charge de la Maladie d'Alzheimer. L'étude DRAMA**

M. Gonzalez-Colaço (1) ; C. Meillon (1) ; T. Bachirou (1) ; JF. Dartigues (1) ; L. Rullier (1) ; H. Amieva (1)

(1) *Inserm u1219, Université de Bordeaux, Bordeaux Cedex*

**Introduction:** Les Médecins généralistes (MG) ont un rôle majeur dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer (MA) et leurs aidants. Mais, contrairement aux recommandations actuelles, cette pathologie est encore peu reconnue au niveau des soins primaires et la prise en charge reste hétérogène. L'objectif de notre recherche est de décrire de manière détaillée les caractéristiques des MG en charge de patients avec des troubles cognitifs et le lien entre ces caractéristiques et leurs attitudes et pratiques face à la démence. **Méthodes:** L'étude DRAMA (Diagnostic et Recours au Soins dans la Maladie d'Alzheimer) s'adosse à 3 études de cohorte constituées de personnes âgées suivies de manière prospective en population générale (études des Trois-Cités, Paquid et AMI). Dans le cadre de cette étude, les MG ayant au moins une personne atteinte de démence dans leur patientèle participant à une de ces études ont été contactés. A travers un entretien téléphonique et un questionnaire postal, de nombreuses données sur les caractéristiques démographiques, leur formation générale et spécifique sur les démences (ADKS score), le type d'activité professionnelle, leur représentation de la MA ainsi que leurs pratiques en matière gériatrique face au déclin cognitif ont été recueillies. La première étape a consisté en une analyse descriptive des variables recueillies. **Résultats:** Des 191 MG éligibles, 102 ont complété l'étude (53.4%). Les participants étaient majoritairement des hommes (82.3%), et exerçaient en milieu urbain (80.4%). L'âge moyen était de 54.4 ans. Seulement 37.3 % avaient une formation complémentaire en gériatrie?? (DU/DIU, DESC/capacité, et autre). 20.5% participaient à des réseaux de santé, 15.7 % avaient des activités d'expertise et 8.3% avaient des activités de formation. Leur patientèle se compose en moyenne de 684 patients, majoritairement jeunes. Le sentiment de compétence des MG (vis-à-vis de leur formation, des informations dont ils disposent et leurs capacités générales à faire face à la démence), ainsi que l'adhésion aux recommandations de la Haute Autorité de Santé sur le diagnostic et la prise en charge des démences, sont associées aux pratiques des MG face aux patients présentant un déclin cognitif. Ainsi, le sentiment d'avoir de bonnes capacités de communication est associé au fait de pratiquer un entretien clinique ( $p=0.0258$ ), et se sentir armé pour communiquer le diagnostic est associé au fait d'avoir recours à une évaluation cognitive ou fonctionnelle complète ( $p=0.0001$ ), et à l'utilisation de tests spécifiques de détection des troubles cognitifs ( $p<0.0001$ ). Les MG ne se sentent pas armés pour informer les patients sur les aides sociales et les structures médico-sociales de coordination (65%), et ceux qui connaissent ces structures sont plus amenés à les solliciter pour leurs patients et leurs familles. La principale raison du sous-diagnostic évoquée par les MG est l'efficacité limitée des thérapeutiques médicamenteuses. En revanche, leur confiance dans la prise en charge non-médicamenteuse de la MA les conduit à mettre en place en suivi infirmier à domicile ( $p=0.0004$ ). **Conclusion:** Cette étude met en exergue l'importance du sentiment de compétence des MG dans le suivi et la prise en charge de personnes atteintes de démence. Une formation plus approfondie dans le champ des démences, ainsi qu'une meilleure connaissance des ressources et aides médico-sociales disponibles pour les patients

et leurs familles, pourraient contribuer à améliorer ce sentiment de compétence et favoriser une prise en charge conforme aux recommandations nationales et internationales.

**O3-4****Étude des facteurs prédictifs d'institutionnalisation chez les patients Alzheimer avec un aidant familial : Suivi sur un an d'une cohorte de 97 couples patients-aidants faisant partie de l'étude COMAP**

C. Lecardonnel (1) ; B. Fantino (2)

(1) *Gériatrie, C.H. Lyon Sud, Pierre-Bénite*; (2) *Gérontologie clinique, C.H.U - CHU Angers, Angers*

**Introduction:** La maladie d'Alzheimer est une affection neurodégénérative entraînant une perte d'autonomie nécessitant des aides importantes au quotidien. Le maintien à domicile est longtemps rendu possible grâce à la présence des aidants informels, puis la plupart des malades finissent institutionnalisés. L'institution entraîne un déclin rapide de l'état général du patient et est souvent source de culpabilité pour l'aidant. Notre objectif principal est d'identifier les déterminants médico-psychologiques, socio-économiques et environnementaux du couple patient-aidant associés à l'institutionnalisation du malade Alzheimer. **Méthodes:** Notre étude est une cohorte observationnelle, monocentrique, en population ciblée correspondant à des couples malades-aidants vivant à domicile et appartenant à l'étude COMAP. Les couples étaient recrutés à partir de la consultation mémoire du CHU Lyon-Sud. Quarante-deux couples patients-aidants ont été inclus dans la cohorte et suivis pendant un an. Les données ont été recueillies de façon prospective entre le 30 mars 2012 et le 16 décembre 2013. Les patients et leurs aidants étaient évalués à trois reprises : à l'inclusion, à 6 mois et à 1 an de suivi. Le critère de jugement principal était l'institutionnalisation du malade Alzheimer au cours d'une année de suivi. Les critères de jugements secondaires étaient les caractéristiques médico-psychologiques, socio-économiques et environnementales des patients et des aidants à l'inclusion et à un an de suivi. **Résultats:** Après un an de suivi, on observait 22 institutionnalisations (22,7%). Les patients s'étaient détériorés sur le plan cognitif (perte d'un point au MMSE) et fonctionnel (dégradation significative des scores ADL et IADL). Les aidants s'étaient détériorés sur le plan fonctionnel (dégradation significative du score ADL) mais n'avaient pas majoré leur fardeau. Les variables prédictives d'institutionnalisation pour le patient étaient: l'âge supérieur à quatre-vingt-cinq ans, la présence d'idées délirantes, la prise d'un traitement neuroleptique, une atteinte cognitive modérée à sévère ( $MMSE < 20/30$ ), la détérioration importante de l'autonomie dans les activités instrumentales de la vie quotidiennes ( $IADL < 1,5/30$ ), la présence d'aides formelles et l'augmentation des aides formelles. Les variables prédictives d'institutionnalisation pour l'aidant étaient : l'âge supérieur à 85 ans, un fardeau modéré à sévère (mini-Zarit  $> 3/7$ ), et le fait d'avoir envisagé le placement. **Conclusion:** Plusieurs variables patients et aidants sont prédictives du risque d'institutionnalisation pour le patient atteint de maladie d'Alzheimer vivant à domicile. L'évaluation du risque d'institutionnalisation doit se faire en considérant le patient et son aidant avec leurs facteurs prédictifs respectifs. Il apparaît donc essentiel d'évaluer l'aidant dans le suivi des patients Alzheimer. Le mini-Zarit apparaît comme un test simple et indispensable en pratique courante dans le suivi de l'aidant.

**O3-5****Démence en EHPAD : Télémedecine pour la prise en Charge des Troubles psycho-comportementaux : Etude « DETECT »**

M. Soto-Martin (1) ; A. Piau (2) ; A. De Mauléon (1) ; P. Rumeau (1) ; P. Saidlitz (1) ; B. Lepage (2) ; B. Vellas (1) ; F. Nourhashemi (1)

(1) *Gerontopôle, INSERM U 1027, Alzheimer's Disease Research and Clinical Center, Toulouse University Hospital, Toulouse;*

(2) *Department of epidemiology and public health, CHU Toulouse University Hospital, INSERM U 1027, Toulouse*

**Introduction:** Nous souhaitons utiliser la télémedecine (TM), dans le cadre de télé-expertises en EHPAD pour un diagnostic rapide, « écologique » (en contexte réel de vie) multidisciplinaire et expert des symptômes psycho-comportementaux de la démence (SPCD) dont les facteurs de décompensation sont multiples et complexes. A notre connaissance, il n'existe aucune étude évaluant son impact de la TM dans la prise en charge des SPCD. **Méthodes:** DETECT est une étude d'intervention prospective contrôlée randomisée en clusters ouverte et multicentrique avec un groupe contrôle (soins usuels) et un groupe intervention (télé-expertise). 20 EHPAD participent à l'étude (10 en région Limousin et 10 en région Midi-Pyrénées). L'objectif principal est d'évaluer l'acceptabilité de la TM du personnel soignant de l'EHPAD à adopter ce type de solution. Les objectifs secondaires sont de comparer les paramètres suivants entre les 2 groupes d'EHPAD: 1) taux d'hospitalisations ou consultations non-programmées pour SPCD; 2) taux de prescriptions de neuroleptiques et de psychotropes en général; 3) les coûts des prises en charge du patient. **Résultats:** Les inclusions ont débutées en Juin 2015. Les premières expériences et données à l'inclusion seront présentées. 10 EHPAD « intervention » bénéficient de la mise en place de la télémedecine et ont été formés à son utilisation. Dans le groupe « intervention », une séance de télé-expertise (T0) est programmée par l'ARC de chaque CHU dans les 72 heures, après l'identification d'un SPCD perturbateur chez un patient et suite à la demande des EHPAD auprès du CHU (Limoges ou Toulouse). Lors de la TM un plan de soins est élaboré comprenant des mesures non-pharmacologiques et pharmacologiques pour la prise en charge des SPCD. Une seconde séance de suivi a lieu à un mois (T1). Dans le groupe contrôle la prise en charge des SPCD au sein de l'EHPAD se réalise selon les soins usuels. **Conclusion:** L'étude DETECT est la première étude d'intervention qui évalue la Télémedecine dans la prise en charge des SPCD perturbateurs chez des patients atteints d'une démence vivant en EHPAD.

**O3-6****Troubles olfactifs et anomalies en imagerie par résonance magnétique chez des sujets âgés atteints de troubles cognitifs légers**

J. Heinrich (1) ; J. Epelbaum (2) ; JS. Vidal (3) ; L. Caillard (3) ; ML. Seux (3) ; C. Bouilly (3) ; O. Hanon (4) ; AS. Rigaud (5) ; C. Viollet (2) ; E. Duron (2)

(1) *Centre de psychiatrie et neurosciences, INSERM, UMR-S894, Centre de psychiatrie et neurosciences, ENS PARIS, paris;*

(2) *Centre de psychiatrie et neurosciences, INSERM, UMR-S894, Centre de psychiatrie et neurosciences, paris;* (3) *Gériatrie, Hôpital Broca, Paris;* (4) *Service du professeur hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris;* (5) *Gériatrie, Hôpital Broca, université Paris Descartes, Paris*

**Introduction:** Les sujets MCI (Mild Cognitive Impairment) présentent des troubles cognitifs modérés des fonctions mnésiques,

exécutives, praxiques et/ou langagières, sans retentissement sur les activités de la vie quotidienne. Les MCI amnésiques ont un risque de 15 à 20% par an de convertir vers la maladie d'Alzheimer (MA), mais il est difficile de déterminer quels patients vont effectivement convertir. Adjoindre un test olfactif aux examens actuellement utilisés (IRM, ponction lombaire, tests cognitifs) permettrait d'améliorer le diagnostic clinique de maladie d'Alzheimer prodromale (Devanand et al, 2008). Objectif- Déterminer si les scores des patients à un test olfactif référencé internationalement, le Brief Smell Identification Test (BSIT) (Doty et al, 1996), sont corrélés à l'existence de lésions de la substance blanche et/ou à l'atrophie hippocampique visibles à l'IRM. -déterminer si les patients ont conscience de leurs troubles olfactifs à l'aide d'un court auto-questionnaire. **Méthodes:** Sur les 87 sujets MCI (72% de femmes, âge moyen : 77 ans +/-6.3, MMSE moyen : 27.25 +/-2.3, RI-RL16 moyen : 40.5 +/-8), recrutés consécutivement dans un centre mémoire expert (CM2R IDF SUD) ayant passé un test olfactif, 63 avaient une IRM de moins d'un an permettant de déterminer les stades de Fazékas (lésions de la substance blanche, grades 0 à 3) en profond et en péri ventriculaire et les stades d'atrophie hippocampique de Scheltens (grade 0 à 4). Les images des IRM ont été revues par deux neurologues en aveugle des données cliniques et neuropsychologiques. Nous avons également recueilli toutes les données cliniques à disposition afin de chercher si d'autres facteurs interféraient avec l'olfaction. Quarante-trois sujets ont passé un auto-questionnaire en 7 points évaluant la perte subjective de l'olfaction. L'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel R en utilisant une ANOVA et un modèle linéaire généralisé. **Résultats:** Le score moyen au BSIT des patients est de 7.5 +/-2.4 sur 12. L'ANOVA faisant intervenir l'âge, le sexe et la perte de poids involontaire, qui est associée en univarié au score au BSIT montre une corrélation entre les résultats au BSIT avec les lésions de la substance blanche, à la fois péri ventriculaire et profonde, ainsi qu'avec les stades de Scheltens à gauche et à droite (hippocampe gauche : p.value=0.0043, R2=1, hippocampe droit : p.value=0.006, R2=1, lésions péri ventriculaires : p.value=0.05, R2=1, lésions profondes: p.value=0.0003, R=1). Cette association n'est retrouvée que dans le cas des lésions profondes de la substance blanche avec un modèle linéaire généralisé faisant intervenir les mêmes facteurs. On trouve une association entre un score bas au BSIT et une baisse du MMSE (p.value=0.013), de la somme des trois rappels libres et indicés au RIRL16 (p.value=0.0057), des IADL (p. value=0.04), une perte de poids (p.value=0.00005). Aucune autre corrélation significative n'a été retrouvée (antécédents, y compris cardio-vasculaires, biologie, prise de traitement dont les antidépresseurs). La corrélation (p=0.005, R2=1) entre le score au BSIT et le résultat de l'auto-questionnaire, suggère que les sujets MCI sont souvent conscients de leurs troubles olfactifs. **Conclusion:** Les lésions à l'IRM, la perte de poids et la baisse des fonctions cognitives sont des facteurs de risque majeurs de conversion de MCI vers la démence. Notre étude suggère que l'adjonction d'un test et/ou un auto-questionnaire olfactif pourrait améliorer l'estimation de la probabilité de conversion. Nous mettons en évidence, pour la première fois, à notre connaissance, une association indépendante entre baisse de l'olfaction et lésions de la substance blanche (présentes dans 70% des cas dans les MA du sujet âgé) qui sont une cible thérapeutique car liées aux facteurs de risque cardio-vasculaires. Cette évaluation a l'intérêt d'être non invasive, totalement indolore et même relativement ludique et stimulante pour les sujets MCI.

**O3-7****Evolution des thérapeutiques chez les patients atteints de Maladie d'Alzheimer et Maladie Apparentées dans l'étude EVITAL**

MD. Guillemin (1) ; C. Mouchoux (2) ; E. Pongan (3) ; P. Krolak-Salmon (2) ; D. Fédérico (3) ; F. Dibie Racoupeau (4) ; C. Sellier (4) ; N. Auguste (5) ; F. Fabre (5) ; JM. Dorey (6) ; I. Rouch (7)

(1) Pharmacie, Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne; (2) Centre de recherche clinique « Vieillesse, Cerveau, Fragilité », Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne; (3) Cmrr, Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne; (4) Pôle de géro-psycho-geriatrie, Hôpital Saint-Jean de Dieu, Lyon; (5) Gériatrie, C.H.U Hôpital Bellevue, Saint-Étienne; (6) Géro-psycho-geriatrie, C.H. Spécialise Vinatier, Bron; (7) Cmrr Lyon, Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne

**Introduction:** Les troubles du comportement chez les patients atteints de la Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées (MAMA) nécessitent une prise en charge spécialisée. L'étude EVITAL(1), étude de cohorte prospective multicentrique a réalisé un suivi des patients atteints de MAMA hospitalisés dans 3 unités cognitivo-comportementales (UCC) pendant 12 mois. Notre objectif était d'étudier l'évolution des thérapeutiques médicamenteuses au sein de cette cohorte. **Méthodes:** Pour cela, une analyse des données médicamenteuses (anti-démementiels et psychotropes comprenant les neuroleptiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques, les hypnotiques) de la cohorte EVITAL a été réalisée à l'admission et à la sortie de l'UCC puis à 3, 6 et 12 mois. L'analyse principale portait sur l'évolution de l'admission jusqu'à 12 mois de suivi. La charge anticholinergique et sédatrice a été évaluée par le Drug Burden Index (DBI) et la charge sédatrice quant à elle par le Sloane Model (SM). Les analyses statistiques ont été faites avec le logiciel SPSS®, avec un seuil de significativité fixé à 5%. **Résultats:** Au total, 221 patients ont été inclus dans l'étude EVITAL, 50 sont décédés et 15 sont perdus de vue au cours des 12 mois de suivis. A l'admission et à 12 mois, les patients avaient respectivement en moyenne 1,94 et 2,20 psychotropes ( $p < 0,001$ ) dont 0,57 et 0,70 neuroleptique ( $p = 0,005$ ), 0,69 et 0,79 anxiolytique ( $p = 0,007$ ), 0,58 et 1 hypnotique ( $p = 0,003$ ) ainsi que 0,40 et 0,24 anti-démementiel ( $p = 0,012$ ). A l'admission et à la sortie d'UCC, les patients avaient en moyenne respectivement 2,01 et 2,29 psychotropes ( $p = 0,001$ ), 0,72 et 0,84 anxiolytique ( $p = 0,005$ ), 0,53 et 1 hypnotique ( $p < 0,001$ ), 0,38 et 0,22 anti-démementiel ( $p < 0,001$ ). A la sortie d'UCC et 12 mois, les patients avaient en moyenne respectivement 0,65 et 0,56 antidépresseur ( $p = 0,016$ ). La charge anticholinergique et sédatrice ainsi que la charge sédatrice n'ont pas évolué de manière significative au cours des 12 mois de suivi et lors de la prise en charge en UCC. Les modifications des thérapeutiques effectuées en UCC sont pérennes à 12 mois. **Conclusion:** L'évolution des thérapeutiques durant les 12 mois de suivi montre une augmentation des psychotropes, anxiolytiques et hypnotiques, retrouvée également après la prise en charge en UCC, ainsi qu'une augmentation des neuroleptiques et une diminution des anti-démementiels. Néanmoins, le nombre moyen de psychotropes reste inférieur par rapport à d'autres études réalisées en UCC (2) (2,3 contre 2,5 à la sortie). Ces résultats préliminaires seront à compléter par une analyse qualitative de l'évolution des thérapeutiques. 1. Pongan E, Freulon M, Delphin-Combe F, et al. Initial and long-term evaluation of patients with Alzheimer's after hospitalization in cognitive and behavioural units: the EVITAL study design. BMC Psychiatry. 2014;14:308.

2. Koskas P, Belqadi S, Mazouzi S. Expérience d'une unité pilote (unité cognitivocomportementale) spécialisée dans la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Revue neurologique. 2011;167(3):254-259.

**O3-8****Effets de la diminution de la charge anticholinergique sur les troubles du comportement chez des patients atteints de démence**

Y. Jaïdi (1) ; Y. Duval (2) ; JL. Novela (3) ; R. Mahmoudi (4)

(1) Médecine interne et gériatrie aigüe, CHU de Reims, Reims; (2) Gériatrie, Hôpital Maison Blanche, Reims, France, Reims Cedex; (3) Umg, Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex; (4) médecine interne et Gériatrie, CHU, Reims

**Introduction:** Les médicaments à charge anticholinergique (CA) élevée sont fréquemment prescrits chez les patients présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). L'objectif de cette étude était d'évaluer l'évolution de la fréquence et la gravité des SCPD ainsi que leur retentissement sur l'équipe soignante selon la variation de la CA de 20%. **Méthodes:** Etude prospective et monocentrique réalisée au CHU de Reims dans une unité spécialisée dans la prise en charge de patients atteints de Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés. La CA était évaluée par l'échelle ACB (Anticholinergic Cognitive Burden). Les SCPD étaient évalués par l'échelle NPI-ES (Neuro-Psychiatric Inventory – Equipe Soignante). L'analyse multivariée par régression logistique avait comme variable dépendante la réduction des scores fréquence X gravité et retentissement de l'échelle NPI-ES et comme variables explicatives la variation de la CA de 20% et différentes variables cliniques. **Résultats:** Soixante patients ont été inclus. L'âge moyen était de  $84.5 \pm 6.0$  ans. Il s'agissait principalement de femmes (58,3%). Vingt-deux patients (36,6%) présentaient une Maladie d'Alzheimer, 12 (20,0%) une démence mixte, 6 (10,0%) une démence vasculaire et 2 (3,3%) une démence à corps de Lewy. 50 (83,3%) patients étaient exposés à des MPICA. La réduction du score fréquence X gravité était significativement et indépendamment associée à la réduction de 20% de la CA (OR 3,0; IC 95% 1,1-8,7 ;  $p = 0,01$ ). Il en était de même concernant la diminution du score retentissement (OR 15,3 ; IC 95% 3,1-77,5 ;  $p = 0,001$ ). **Conclusion:** La réduction de la CA permet de réduire la fréquence, la gravité et le retentissement des SCPD. Leur prise en charge doit associer les thérapies non médicamenteuses à une optimisation de la prescription médicamenteuse pour éviter les MPICA.

**O3-9****Exposition aux médicaments anticholinergiques et sédatifs : analyse de l'impact des équipes mobiles de gériatrie de la région Rhône-Alpes**

F. Gervais (1) ; B. Baratay (2) ; C. Mouchoux (3) ; T. Arnoux (4) ; J. Hournau-Blanc (5) ; C. Momplot (6) ; I. Morel-Soldner (7) ; B. Moheb (8) ; I. Piatek (9) ; M. Bailly (10) ; C. Pivot (11) ; E. Castel-Kremer (12)

(1) Pharmacie, Hôpital Édouard Herriot, Lyon; (2) Pharmacie, Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne; (3) Centre de recherche clinique « Vieillesse, Cerveau, Fragilité », Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne; (4) Equipe mobile de gériatrie, C.H. Saint Joseph - Saint Luc, Lyon; (5) Equipe mobile de gériatrie, Hôpital de Vienne, Vienne; (6) Equipe mobile de gériatrie, C.H. du Pays de Gier, Saint-Chamond; (7) Equipe mobile de gériatrie, C.H. Lyon Sud, Pierre-Bénite; (8) Unité Mobile de Gériatrie, C.H. Annecy Genevois, Metz-Tessy; (9) Equipe mobile de gériatrie, C.H. de Firminy, Saint-Étienne; (10) Equipe mobile de gériatrie, Hôtel Dieu, Bourg-en-Bresse; (11) Pharmacie, Hospices Civils de Lyon, Lyon; (12) Equipe mobile intra hospitalière, Hôpital Édouard Herriot, Lyon

**Introduction:** La iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée est associée à une augmentation de la morbidité, de la mortalité, du recours au système de soins et des coûts de prise en charge ainsi qu'à une altération de leur qualité de vie. Les médicaments anticholinergiques et sédatifs sont fréquemment incriminés dans le risque iatrogène. Dans le cadre de leurs missions, les équipes mobiles de gériatrie (EMG) émettent régulièrement des recommandations sur la prescription médicamenteuse des patients. L'objectif de cette étude était donc de mesurer l'impact de l'intervention des EMG sur l'exposition aux médicaments anticholinergiques et sédatifs chez les patients âgés hospitalisés. **Méthodes:** Une analyse quasi-expérimentale a été conduite au sein de neuf EMG du groupe d'échanges de la région rhodanienne. Tous les patients pris en charge par chaque EMG et âgés d'au moins 75 ans ont été inclus. Ont été recueillies les données sociodémographiques, médicales et pharmaceutiques pour tous les patients. L'exposition aux médicaments anticholinergiques et sédatifs a été évaluée, avant et après intervention de l'EMG, grâce au Drug Burden Index (DBI, plus le DBI augmente, plus l'exposition médicamenteuse est importante). Le DBI a été calculé pour chaque médicament anticholinergique et/ou sédatif, à partir de la posologie quotidienne et de la dose journalière recommandée efficace. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS® avec un seuil de significativité fixé à 5%. **Résultats:** Sur les 393 patients inclus dans l'étude, 58,3% étaient des femmes et l'âge moyen était de 84,6 ans. Le MMS et les ADL étaient en moyenne respectivement de 19,69 (n=217) et 3,35 (n=366). Dans les 12 mois, 50,4% (n=198) des patients avaient chuté et 48,6% (n=191) avaient été hospitalisés. Au total, les préconisations des EMG ont permis de diminuer significativement le DBI (0,84 vs 0,76, p<0,001) et le DBI de 160 prescriptions (40,7%) a été modifié. Ces interventions concernaient à 39,7% (n=63) des prescriptions ayant un DBI élevé (supérieur à 1). Les préconisations des EMG ont permis également de diminuer significativement le nombre de médicaments prescrits (9,03 vs 8,82, p<0,001). **Conclusion:** D'après nos résultats, les recommandations des EMG permettent de réduire le risque iatrogénique lié à l'exposition aux médicaments anticholinergiques et sédatifs chez le patient âgé. Leur impact sur la réduction de la polymédication a également été mis en évidence. Le DBI apparaît

comme un indicateur possible pour cibler les patients âgés à risque iatrogène et pour optimiser leur prise en charge médicamenteuse. Des études complémentaires devront évaluer l'impact clinique d'une diminution de cette exposition médicamenteuse.

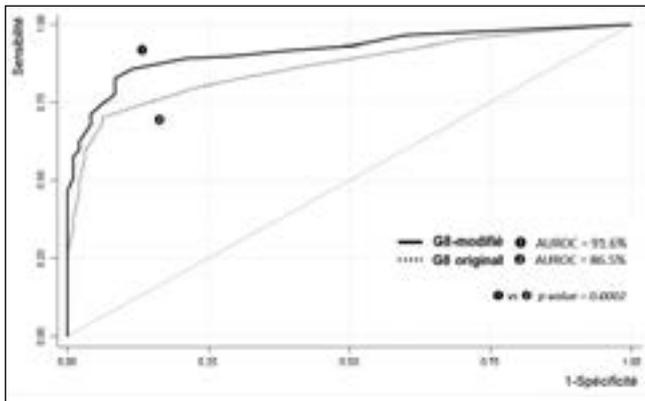
**O4. ONCOGÉRIATRIE / INFECTIOLOGIE****O4-1****Optimisation de l'outil de dépistage G8 chez les patients âgés atteints de cancer : l'étude de cohorte ELCAPA-07**

C. Martinez (1) ; F. Canoui-Poitrine (2) ; S. Bastuji-Garin (3) ; P. Soubeyran (4) ; S. Mathoulin-Pelissier (5) ; C. Tournigand (6) ; E. Paillaud (7) ; M. Laurent (7) ; E. Audureau (2)

(1) Santé Publique, Equipe CEPIA (Clinical Epidemiology and Ageing)-Hôpital Henri-Mondor, Créteil; (2) Santé publique, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (3) Cepia, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (4) Oncologie médicale, Institut Bergonié, Bordeaux; (5) Unité de recherche épidémiologique et clinique; inserm u897, cic-ec07, isped, université, Institut Bergonié, Bordeaux; (6) Service d'oncologie médicale; unité ec2m3, vic dhu, upe, upec, f-94010, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (7) Gériatrie médecine interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil

**Introduction:** Une évaluation gériatrique multidimensionnelle (EG) est recommandée chez les patients âgés atteints de cancer pour identifier d'éventuelles problèmes de santé ou déficiences et ainsi optimiser la stratégie thérapeutique, mais nécessite du temps et un haut degré d'expertise. Parmi les outils de dépistage existants, le G8 bénéficie d'une sensibilité élevée pour la détection des patients chez qui une EG complète serait nécessaire mais sa spécificité reste faible pour la pratique clinique. Notre objectif était par conséquent de développer et valider une version optimisée du G8. **Méthodes:** Les données étaient issues d'une large cohorte prospective de patients atteints de cancer âgés de  $\geq 70$  ans adressés aux gériatres pour une EG (2007-2012: n = 729 [cohorte de développement]; 2012-2014: n = 414 [cohorte de validation temporelle]). Une EG altérée était définie par l'identification d'au moins une anomalie parmi les sept tests validés utilisés : Activities of Daily Living (ADL $\leq 5/6$ ), Instrumental Activities of Daily Living (IADL $\leq 7/8$ ), Mini Mental State Examination (MMSE $\leq 23/30$ ), mini-Geriatric Depression Scale (mini-GDS $\geq 1$ ), Mini Nutritional Assessment (MNA $\leq 23.5/30$ ), Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G;  $\geq$  grade 3 ou 4), et le test Timed Up-and-Go (TUG $> 20$ s). Les items candidats testés comprenaient les items originaux du G8 et une sélection d'autres items potentiellement pertinents (e.g. Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG-PS), comorbidités, asthénie, risque de chute). Une analyse en correspondances multiples, une régression logistique multivariée avec imputation multiple des données manquantes et une validation interne par technique de « bootstrap » ont été réalisées successivement. **Résultats:** Le modèle final comprenait six facteurs indépendants prédictifs d'une EG anormale: perte de poids, cognition / humeur, statut de performance, état de santé perçu, poly-prescription ( $\geq 6$  médicaments par jour), et antécédent d'une insuffisance cardiaque / maladie coronarienne. Pour le G8 dans sa version originale, la sensibilité était de 87,2% (intervalle de confiance de 95%, 84,3-89,7), la spécificité de 57,7% (47,3-67,7), et l'aire sous la courbe ROC (Receiver Operating Characteristics) de 86,5% (83,5-89,6) (Figure 1). Le G8 modifié avait des valeurs correspondantes de 89,2% (86,5-91,5), 79,0% (69,4-86,6) et

91,6% (89,3-93,9), avec des valeurs de l'aire sous la courbe ROC plus élevées, globalement et par localisation tumorale. L'analyse sur la cohorte de validation temporelle retrouvait des indices de performance diagnostique similaires en faveur de la stabilité des résultats. **Conclusion:** L'outil de dépistage G8-modifié présente une meilleure performance diagnostique avec une plus grande homogénéité selon les localisations de cancer et une meilleure parcimonie avec seulement six items faciles à recueillir. Sous réserve de la confirmation externe de ces résultats dans d'autres populations, l'outil G8 modifié pourrait faciliter l'identification des patients âgés atteints de cancer devant bénéficier d'une EG complète.



#### O4-2

##### **Une vitesse de marche lente est un facteur prédictif indépendant de décès précoce chez les patients âgés ambulatoires atteints de cancer: Résultats de l'étude de cohorte prospective PF-EC**

F. Pamoukdjian (1) ; V. Lévy (2) ; G. Sebbane (1) ; B. Marouane (3) ; T. Landré (4) ; C. Bloch-Queyrat (2) ; L. Zelek (5) ; E. Paillaud (6) (1) Médecine gériatrique et ucog93, Hôpital Avicenne, Bobigny; (2) Unité de recherche clinique et centre de recherche clinique, Hôpital Avicenne, Bobigny; (3) Urc, Hôpital Avicenne, Bobigny; (4) Ucog93, Hôpital Avicenne, Bobigny; (5) Oncologie médicale et ucog93, Hôpital Avicenne, Bobigny; (6) Gériatrie médecine interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil

**Introduction:** Le cancer est une maladie de la personne âgée et affecte deux tiers des plus de 65 ans nouvellement diagnostiqués. Estimer la survie globale dans cette population hétérogène est un enjeu majeur de l'onco-gériatrie. Il est désormais reconnu que l'évaluation gériatrique approfondie (EGA) en onco-gériatrie permet de prédire la survie globale chez les patients âgés cancéreux. Mais cette évaluation est coûteuse, consommatrice de temps et nécessite d'être réalisée par un onco-géronte expérimenté. Récemment, deux études démontraient l'intérêt des tests de marche composites (TGUG et SPPB) comme facteurs prédictifs indépendants de décès précoce (dans les 30 jours et 6 mois d'une induction de chimiothérapie) en population onco-gériatrique. Cependant ces études concernaient des patients sélectionnés traités par chimiothérapie et ces tests ne sont pas adaptés en pratique quotidienne. Le but de notre étude était d'évaluer la valeur prédictive de la vitesse de marche seule (VM) sur la survie globale dans les 6 mois suivant une EGA dans une population ambulatoire hétérogène de patients âgés cancéreux, quel que soient les modalités de traitement du cancer (curatives ou palliatives). **Méthodes:** La cohorte PF-EC (Physical Frailty in Elder Cancer patients) est une

étude prospective consécutive et bi-centrique ouverte, débutée en Novembre 2013, incluant tous les patients âgés de 65 ans et plus atteints de cancer et ayant eu une EGA avant décision thérapeutique. Pour cette étude, nous avons sélectionné 190 patients ambulatoires consécutifs entre Novembre 2013 et Décembre 2014. Une analyse de survie (uni et multivariée) par modèle de Cox était réalisée chez les non survivants dans les 6 mois suivant l'EGA incluant les variables de l'EGA, les caractéristiques tumorales, les modalités de traitement du cancer et les valeurs de c reactiv protein (CRP). Deux modèles multivariés ont été créés afin d'évaluer la VM seule (mesurée sur 4m) et incluse dans le score composite SPPB. Le consentement éclairé des patients était obtenu avant inclusion. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique locale de l'hôpital Avicenne (Bobigny, 93, HUPSSD). **Résultats:** L'âge moyen était de 80,6 ans +/- 5,6 (67-103) et 50,5% des patients étaient des hommes. Les localisations tumorales les plus fréquentes étaient: colorectales, hépato-biliaires et oesophage/estomac (47,3%), gynécologiques (22,1%) et pulmonaires (19%). 98% des patients avaient un cancer solide et 33% avaient une maladie métastatique. 82% (n=157) des patients avaient un traitement curateur (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées, ablation hépatique percutanée). 11% (n=22) de décès survenaient durant les 6 premiers mois de suivi. Une VM lente < 0,8 m/s (HR = 5,6, IC95% : 1,6-19,7, P = 0,007), un score SPPB < 9 (HR = 5,8, IC95% : 1,6-20,9, P = 0,007) et une CRP par intervalle de 50 mg/l de plus (variable linéaire, P < 0,0001) étaient les seules variables indépendantes significativement associées à un décès précoce dans les 6 mois dans les deux modèles multivariés. Les variables oncologiques incluant le site et l'extension du cancer et les modalités de traitement (curatives ou palliatives) n'étaient pas associées à la survenue de décès précoce. **Conclusion:** Les tests de marche sont significativement associés à la survenue de décès précoce dans les 6 mois suivant une EGA réalisée avant décision thérapeutique dans une population onco-gériatrique hétérogène indépendamment de l'âge, du sexe, du site, de l'extension tumorale et des modalités de traitement du cancer. Une VM lente < 0,8 m/s est au moins aussi puissante que le score de marche composite SPPB pour prédire les décès précoces. La mesure de la vitesse de marche seule pourrait être utilisée en pratique quotidienne comme marqueur de décès précoce et ainsi guider les décisions thérapeutiques en onco-gériatrie. De nouvelles études sont nécessaires afin de valider ces résultats préliminaires.

#### O4-3

##### **Influence de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) dans la prise en charge thérapeutique des patients âgés atteints de cancer en phase métastatique. Analyse de la cohorte prospective PACA Est sur 1048 patients)**

R. Boulhassass (1) ; S. Gonfrier (2) ; M. Sanchez (3) ; D. Saja (1) ; A. Gary (1) ; C. Rambaud (4) ; JM. Turpin (1) ; I. Bereder (3) ; E. Francois (5) ; O. Guérin (1) (1) Ucog, Hopital de Cimiez, Nice; (2) Usld, Hopital de Cimiez, Nice; (3) Court séjour gériatrique-aliernord, Hopital de Cimiez, Nice; (4) SSR C3, Hopital de Cimiez, Nice; (5) Ucog, Centre Antoine Lacassagne, Nice

**Introduction:** Plusieurs études ont déjà bien montrées l'impact de l'EGS en oncogériatrie, peu d'études spécifiques sur l'impact dans les maladies métastatiques sont retrouvées dans la littérature. Buts de l'étude : 1) Déterminer l'impact de l'EGS dans la prise en charge thérapeutique des patients âgés atteints de cancer métastatique

(CM).2) Déterminer l'impact de l'EGS sur les interventions gériatriques ciblées dans cette population. **Méthodes:** La cohorte PACA Est est une cohorte prospective, dynamique approuvée par un comité d'éthique. En baseline, une EGS a été réalisée (MMSE, MNA, Grip strength, ADL, IADL, CIRSg, Charlson, le, PS, Gait speed, QLQc30, G8, Balducci). Pendant le suivi d'avril 2012 à Octobre 2014, des données ont été collectées comprenant les traitements réalisés et les interventions gériatriques réalisées. La décision finale thérapeutique et le type de modification secondaire à l'EGS ont été collectés dans les populations de patients atteints de cancers métastatiques ou non afin de pouvoir faire une comparaison. **Résultats:** Dans cette cohorte, 312 patients avaient un CM avec un âge médian de 82 ans. L'EGS influence la décision thérapeutique dans 28% pour les CM (n=312) versus 20% (n=736) chez les patients non métastatiques (p=0,004). L'EGS modifie la décision pour des "best supportive care" (BSC) pour 10% (n=106) dans l'ensemble de la cohorte (n=1048) et dans 17% (n=55/312) pour les CM versus 7% (n=51/736) chez les patients non métastatiques (p<0,001). La dépendance aux ADL et IADL est plus importante pour les patients atteints de CM (p=0,42 /p=0,007) et ils ont plus d'interventions d'IDE (p<0,001). Les patients avec un CM ont une qualité de vie plus altérée (p<0,001), plus de dépression (p<0,012), un PS plus altéré (p<0,001) et ils ont plus d'interventions de psychologue (p=0,01) et plus d'interventions de l'algologue (p=0,007). Le G8 et l'évaluation nutritionnelle par le MNA sont plus déficitaires pour les CM (p<0,001) et les patients avec un CM ont plus d'interventions nutritionnelles (p=0,001). Pas de différences pour la vitesse de marche, la notion d'isolement, le score de balducci et les fonctions cognitive entre les 2 groupes mais aussi pas de différence sur les interventions sociales, de prise en charge en kinésithérapie ou les hospitalisations en SSR. A déficit égal pour les IADL et la gestion spécialisée de la douleur, il y a plus d'interventions chez les patients atteints de CM (p=0,029/p=0,016) **Conclusion:** Il existe un impact plus important de l'EGS dans les CM. Les interventions gériatriques semblent être corrélées au déficit dans les CM. Cette étude confirme un intérêt important de l'EGS dans cette population.

#### O4-4

##### Survie à un an en oncogériatrie : capacités prédictives de trois outils d'évaluation de la Fragilité

Y. Duval (1) ; JL. Novella (2) ; M. Donet (1) ; Y. Jaïdi (3) ; O. Bouche (4) ; R. Mahmoudi (5)

(1) *Gériatrie, Hôpital Maison Blanche, Reims, France, Reims Cedex;* (2) *Umg, Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex;* (3) *Médecine interne et gériatrie aigüe, CHU de Reims, Reims;* (4) *Unité de médecine ambulatoire, Hôpital Maison Blanche, Reims, France, Reims Cedex;* (5) *médecine interne et Gériatrie, CHU, Reims*

**Introduction:** Les conséquences de la fragilité chez les sujets âgés atteints de cancer sont aujourd'hui reconnues notamment en termes de survie globale. Chez ces patients, l'Évaluation Gériatrique Globale (EGG) est aujourd'hui principalement utilisée pour définir la Fragilité. Le but de notre étude était d'évaluer les capacités pronostiques de trois outils d'évaluation en oncogériatrie. **Méthodes**

Une étude transversale à inclusions prospectives a été menée dans le CHU de Reims au sein des services de gériatrie et d'oncologie. Nous avons inclus des patients âgés de plus de 65 ans atteints d'une pathologie cancéreuse. La Fragilité a été évaluée selon trois outils

différents : l'EGG, les critères de Fried et l'Échelle de Fragilité Clinique (Clinical Frailty Scale – CFS) de Rockwood. L'étude de survie a été menée avec un test du log-rank. **Résultats:** Cent patients ont été inclus. L'âge moyen était de 77,8 ans, 54 patients étaient de sexe masculin et 94 vivaient au domicile. Soixante-treize patients étaient atteints d'une pathologie néoplasique digestive. Quarante-cinq patients ont été inclus au stade métastatique. Selon l'EGG : 46 patients n'étaient pas fragiles et 54 fragiles. Selon les critères de Fried : 66 patients n'étaient pas fragiles et 34 fragiles. Selon la CFS : 77 patients n'étaient pas fragiles et 23 fragiles. Seule la fragilité selon les critères de Fried était significativement prédictive d'une moindre survie à un an (c2= 4,6 – p=0,031). Les résultats concernant l'EGG et la CFS étaient non significatifs avec respectivement 3,7 (p=0,059) et 3,5 (p=0,06). **Conclusion:** En oncogériatrie, les critères de Fried semblent, selon notre étude, avoir la meilleure capacité prédictive concernant la survie globale à un an.

#### O4-5

##### Prévalence et prise en charge du cancer en EHPAD

N. Guyot (1) ; E. Liuu (2) ; A. Jamet (2) ; P. Bouchaert (3) ; H. El Fellah El Ouazzani (4) ; JM. Tourani (3) ; V. Migeot (4) ; S. Valero (2) ; M. Paccalin (2)

(1) *Gériatrie, CH Saintes, Saintes;* (2) *Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers;* (3) *Oncologie, CHU de Poitiers, Poitiers;* (4) *Santé publique, CHU de Poitiers, Poitiers*

**Introduction:** L'incidence du cancer augmente avec l'âge. Or, peu de données sont actuellement disponibles dans la littérature, concernant la population atteinte de cancer en institution. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer la prévalence du cancer chez les résidents d'EHPAD, et d'identifier les facteurs influençant la prise en charge oncologique de cette population. **Méthodes:** Étude observationnelle, descriptive, rétrospective, multicentrique, réalisée dans 45 EHPAD conventionnés avec le CHU de Poitiers, entre janvier et avril 2015. Tous les patients ≥75 ans ayant un diagnostic ou un antécédent de cancer ont été inclus. Les paramètres recueillis étaient : les données socio-démographiques, les comorbidités par le score CIRS-G (cumulative illness rating scale for Geriatrics), les statuts nutritionnel, fonctionnel et cognitif. Les données oncologiques collectées étaient : le type de cancer, la date de diagnostic, l'existence ou non de métastases, le plan de traitement anti-cancéreux, la décision de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), et le suivi oncologique. **Résultats:** Parmi 214 résidents inclus (âge moyen de 89,7 ans ; 63 % femmes), la prévalence globale du cancer était de 8,4 ± 1,1%. Pour 63% des patients, le cancer avait été diagnostiqué avant l'admission en EHPAD. Les localisations les plus fréquentes étaient cutanées (26%), digestives (18%) et mammaires (18%). Une maladie métastatique était identifiée dans 12% des cas (n=25). 44% des patients étaient très dépendants (GIR≤2), polypathologiques (57% ≥ 3 comorbidités actives), et 42% avaient des troubles cognitifs. Une dénutrition sévère était retrouvée dans 11%. La prise en charge oncologique incluait un bilan d'extension dans 61%, une discussion en RCP dans 35%. Quand un traitement anti-cancéreux était initié (n=177, 83%), la chirurgie était l'acte le plus fréquent (55%). 141 patients ont eu la totalité du traitement anti-cancéreux programmé, dont 30% avaient un suivi oncologique au décours. Les analyses montraient que la stratégie diagnostique et la décision d'un traitement spécifique étaient associées à l'âge du patient (respectivement, OR=0,90, IC95% : 0,85-0,97 et OR = 0,92, IC 95% : 0,86-0,99). Le suivi oncologique était significativement plus

fréquent chez les sujets plus jeunes (OR = 0,90, IC95% : 0,81-0,99) et chez les patients avec un diagnostic de cancer récent (OR 0,37, IC95% : 0,23-0,61). **Conclusion:** Cette étude identifie des facteurs associés à une prise en charge sub-optimale du cancer chez le sujet âgé vivant en institution. Il est nécessaire de promouvoir l'information et la formation en EHPAD, pour améliorer la prise en charge des résidents.

#### O4-6

##### **Caractéristiques cliniques et devenir à un an des patients hospitalisés en unité de court séjour gériatrique pour une infection par le virus du Chikungunya : l'expérience martiniquaise**

L. Godaert (1) ; C. Nicolon (1) ; L. Bousquet (1) ; M. Dramé (2) ; JL. Fanon (1)

(1) *Pôle de Gériatrie et Gérontologie, CHU Martinique, Le Lamentin*; (2) *Département de recherche et santé publique, CHU, Reims*

**Introduction:** L'infection par le virus du Chikungunya (IVCK) est une arbovirose transmise par le moustique de type Aedes. Plusieurs phénomènes épidémiques ont été constatés ces dernières années dont deux ayant touché des territoires français ultra-marins avec Mayotte et La Réunion en 2006 et plus récemment les Antilles françaises en 2014. Quelques cas sporadiques ont été observés dans le sud de l'Europe et sa diffusion prochaine en Europe et aux Etats-Unis est une hypothèse crédible. Cette infection se déroule en trois phases : une phase aiguë fébrile très invalidante d'une durée de quelques jours à trois semaines, une phase post-aiguë pouvant aller jusqu'à trois mois et une phase chronique. De façon habituelle, toutes les tranches d'âge sont touchées avec une prévalence observée en Martinique de près de 50%. La connaissance de la symptomatologie s'est considérablement améliorée ces dernières années dans les suites de la survenue d'épidémies dans des zones où les systèmes de surveillance sanitaires sont développés. Néanmoins, les données manquent sur le tableau clinique et les conséquences à court et moyen terme de cette infection dans la population âgée de 65 ans et plus. Plusieurs observations suggèrent que les sujets âgés présenteraient plus de cas atypiques, sévères ou mortels que les sujets jeunes. Notre travail s'applique à décrire les caractéristiques initiales de personnes âgées infectées par le virus du Chikungunya et hospitalisées en court séjour gériatrique, ainsi que leur devenir à un an. Il s'agit d'un travail préliminaire. **Méthodes:** Étude observationnelle, descriptive, rétrospective entre le 1er janvier et le 30 avril 2014, avec un suivi d'un an. Les patients inclus avaient 75 ans ou plus, étaient admis dans une unité de court séjour gériatrique du CHU de la Martinique, avec un diagnostic confirmé d'IVCK par Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction. Des données sociodémographiques et médicales étaient recueillies à l'entrée. Le statut vital, et les aides en place étaient renseignées à un an par entretien téléphonique. Des analyses descriptives ont été réalisées. Le profil clinique des patients admis a été comparé avec celui des patients de la cohorte SAFMA. **Résultats:** Les 45 patients inclus étaient âgés de 85,5±5,9 ans, avec une majorité de femmes (55,6%). Sur l'ensemble, 48,9% présentaient un index de comorbidité sévère (CIRS-G>2), et 17,8% étaient grabataires. Le nombre de passages infirmiers et de kinésithérapeutes par semaine était de 7,2±6,3, et 0,5±1,1, respectivement. Le nombre d'heures d'aide-ménagère par semaine était de 12,2±31,4. À un an, le taux de mortalité globale était de 18,2%, et 72,7% des patients avaient majoré leur recours aux aides. **Conclusion:** La mortalité à un an est inférieure à celle

constatée dans la cohorte SAFMA, et les patients hospitalisés pour une IVCK sont plus souvent valides. La majoration des aides suggère que la perte d'indépendance dans les suites de l'IVCK va au-delà de l'épisode aigu. L'impact clinique et social de l'IVCK dans la population âgée est sous-estimé et mérite d'être évalué à plus long terme. Ce travail constitue un travail préliminaire et sera poursuivi par un étude observationnelle descriptive rétrospective sur un nombre plus important de patients de façon à préciser le tableau clinique de l'IVCK chez les sujets âgés de 65 ans et plus et leur devenir à deux ans.

#### O4-7

##### **Facteurs associés à la mortalité à 30-jours de patients ayant une bactériémie à Escherichia coli BLSE**

G. Chapelet (1) ; AS. Boureau (2) ; D. Anthony (1) ; S. Corvec (3); E. Bataud (4) ; G. Berrut (5) ; L. De Decker (5)

(1) *Médecine Aiguë Gériatrique, C.H.U de Nantes, Nantes*; (2) *Medecine Aiguë Gériatrique, Centre hospitalier universitaire de Nantes, Nantes*; (3) *Bactériologie, C.H.U de Nantes, Nantes*; (4) *Service des urgences, C.H.U de Nantes, Nantes*; (5) *Pole de gérontologie clinique, C.H.U de Nantes, Nantes*

**Introduction:** Des études récentes montrent une augmentation de la prévalence des bactériémies causées par des bactéries résistantes aux antibiotiques, dont Escherichia coli producteur de Béta-Lactamase à Spectre Étendu (BLSE). Plusieurs études ont mis en évidence des facteurs associés à la mortalité à court-terme de patients ayant une bactériémie à E. coli BLSE : le temps de positivité des hémocultures, la présence de pathologies chroniques sous-jacentes, la prescription d'antibiothérapie dans les 30 jours, le traitement probabiliste adapté, la porte d'entrée infectieuse et la gravité de l'atteinte. Aucune étude ne s'est intéressée aux facteurs gériatriques associés à la mortalité à court terme des patients ayant une bactériémie à E. coli BLSE. Notre objectif était de montrer une association entre la mortalité à court terme et la présence de troubles cognitifs et/ou d'une incapacité à la marche. **Méthodes:** Toutes les hémocultures positives à E. coli BLSE prélevées et interprétées dans le service de Bactériologie du CHU de Nantes, entre janvier 2008 et avril 2015, ont été analysées. Tous les patients ayant des critères cliniques d'infection bactérienne à E. coli BLSE ont été inclus dans l'étude. **Résultats:** Cent quarante patients ayant des critères cliniques de bactériémie à E. coli BLSE ont été inclus dans l'étude, d'âge moyen (+/-SD) de 62,6 ans +/- 20,0, dont 62 (44,3%) étaient des femmes. Vingt-et-un patients (15,7%) étaient décédés dans les 30 jours. En tenant compte des facteurs confondants reconnus dans la littérature les facteurs suivants étaient associés à la mortalité à 30 jours (analyse statistique multivariée) : la capacité de marcher (OR=0,30, p=0,021), la présence de troubles cognitifs (OR=54,51, p=0,040), la présence d'insuffisance d'organes (score de défaillance d'organe, SOFA score) (OR=1,69, p<0,001), la présence de neutropénie (OR=12,94, p=0,049), la présence d'une infection urinaire comme porte d'entrée infectieuse (OR=0,07, p=0,036). **Conclusion:** Cette étude met en évidence une association indépendante entre la présence de troubles cognitifs, l'incapacité à la marche et la mortalité à 30 jours de patients ayant une bactériémie à E. coli BLSE. Ces critères gériatriques doivent être pris en compte dans la prise en charge thérapeutique des patients ayant une bactériémie à E. coli BLSE.

**O4-8****Le Score UBMo : Un nouvel index de biomarqueurs pour prédire la mortalité post-pneumonie du sujet âgé**

A. Putot (1) ; J. Tetu (2) ; S. Perrin (1) ; H. Bailly (1) ; L. Piroth (3) ; P. Chavanet (3) ; JF. Besancenot (4) ; H. Guepet (1) ; P. Manckoudia (1)

(1) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon*; (2) *Laboratoire de microbiologie, CHU Dijon, Dijon*; (3) *Service de maladies infectieuses, CHU Dijon, Dijon*; (4) *Service de médecine interne, CHU Dijon, Dijon*

**Introduction:** La pneumonie aigüe est la principale infectieuse cause de décès chez le patient âgé. Il n'existe pas de score pronostique efficace pour identifier les patients à haut risque de mortalité. Nous évaluons au sein d'une population gériatrique les performances d'un nouvel index de biomarqueurs pour prédire la mortalité intra hospitalière et à un an après pneumonie, comparé aux scores pronostiques usuels. **Méthodes:** Les patients âgés de 75 ans et plus hospitalisés pour pneumonie aigüe entre le 1er janvier et le 30 juin 2013 dans cinq services de médecine et un de réanimation de notre hôpital universitaire ont été rétrospectivement inclus. Un nouvel index « UBMo » était créé en multipliant les taux plasmatiques d'urée (U) et de NT proBNP (B), divisé par le taux de Monocytes (Mo). **Résultats:** Parmi les 217 patients inclus, il y avait 138 pneumonies aigües communautaires, 56 acquises en institution et 23 à l'hôpital. Les taux de mortalité hospitalière et à un an étaient respectivement de 19,8% et 43,8%. En analyse multivariée, le score de Fine était associé à la fois à la mortalité hospitalière et à un an, mais pas le score CURB-65. L'index UBMo était supérieur aux scores de Fine et CURB-65 pour prédire la mortalité hospitalière et à un an : Pour la mortalité hospitalière, les aires sous les courbes Receiver Operating Characteristics (ASC) étaient respectivement pour les trois scores de 0,89 (95% IC, 0,84-0,94), 0,72 (95% IC, 0,65-0,80) et 0,63 (95% IC, 0,54-0,72). Pour la mortalité à un an, les ASC étaient respectivement pour les trois scores de 0,93 (95% CI, 0,89-0,98), 0,66 (95% CI, 0,59-0,74), et 0,58 (95% CI, 0,50-0,66). A la valeur seuil de 20 000.10-9ng.mmol/l, la sensibilité de l'index UBMo était de 93,1% et 80,9% et la spécificité de 76,3 et 95,8%, pour les mortalités hospitalière et à un an respectivement. **Conclusion:** Si ces résultats sont confirmés, l'index UBMo semble remarquablement identifier les patients à haut risque de mortalité hospitalière et à un an, parmi la population âgée hospitalisée pour pneumonie aigüe.

**O4-9****Bon usage des fluoroquinolones chez le sujet âgé hospitalisé : réalisation d'un audit clinique dans les hôpitaux gériatriques des Hospices Civils de Lyon**

C. Papailhau (1) ; S. Gaujard (2) ; R. Girard (3) ; L. Bourguignon (4) ; C. Mouchoux (5)

(1) *Pharmacie, Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne*; (2) *Gériatrie, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon*; (3) *Unité d'hygiène et épidémiologie, C.H. Lyon Sud, Pierre-Bénite*; (4) *Pharmacie, Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon*; (5) *Centre de recherche clinique « Vieillesse, Cerveau, Fragilité », Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne*

**Introduction:** L'utilisation des fluoroquinolones (FQ) a augmenté ces dernières années du fait de leur large spectre, leur bonne tolérance et leur facilité d'utilisation. Toutefois, leur utilisation inappropriée entraîne notamment une sélection rapide de

résistances bactériennes, justifiant de rationaliser leur prescription. Les spécificités de la prise en charge médicamenteuse des sujets âgés nécessite de prendre des précautions lors de la prescription de ces antibiotiques (évaluation de la fonction rénale, vigilance vis-à-vis des effets indésirables et interactions médicamenteuses). Ainsi, l'objectif de ce travail était d'évaluer la conformité des prescriptions et la conformité après interventions pharmaceutiques (IP) des FQ chez la personne âgée hospitalisée. **Méthodes:** Un audit clinique a été réalisé de façon prospective dans les trois hôpitaux gériatriques des Hospices Civils de Lyon entre juillet et octobre 2015. Tous les patients ayant une nouvelle prescription de FQ par voie intraveineuse ou orale à visée curative pendant leur hospitalisation ont été inclus. La conformité a été évaluée par une équipe pluridisciplinaire (gériatre référent en infectiologie, médecin hygiéniste et pharmacien). Selon les dernières recommandations de la SPILF (2015), elle prenait en compte la pertinence de l'utilisation d'une FQ (indication de première intention), le choix de la FQ, la posologie, la durée de traitement, la voie d'administration et la réévaluation du traitement. Les IP ont également été recueillies. **Résultats:** Au total, 100 patients ont été inclus, avec une moyenne d'âge de 85,3 ans [59,101 ans]. Les FQ prescrites étaient les suivantes : ofloxacine (68%), ciprofloxacine (17%), levofloxacine (9%) et norfloxacine (6%). • Le taux de conformité global était de 56%. • Les FQ étaient majoritairement utilisées en cas d'infections urinaires (72%) ou respiratoires (20%), en traitement documenté (60%), en première intention (57%) et en monothérapie (63%). La conformité de la FQ prescrite selon l'indication était de 85%. • Les associations prescrites (à une C3G dans 56,8% des cas) n'étaient recommandées que dans 54,1% des cas. • L'adaptation à la fonction rénale (selon le Guide Prescription Rein) était nécessaire pour 47 patients et réalisée correctement dans 41,5% des cas. • La durée de traitement était conforme dans 67% des cas, la moyenne étant de 10 jours [3, 53 jours]. • La voie IV (14%) était justifiée dans 61,5% des cas (troubles de la déglutition ou situation de sepsis) et, le cas échéant, le relai par voie orale a été réalisé après intervention pharmaceutique (IP). • Suite à la réévaluation du traitement à 48-72h (100%), une désescalade thérapeutique a été effectuée chez 25 patients (modification de l'antibiothérapie ou arrêt de la bithérapie), mais était nécessaire pour 27 autres patients. • L'équipe pharmaceutique a réalisée 33 IP (surdosage 48,5%, durée 18,5%, voie d'administration 9,1%, alternative thérapeutique 6,1%), acceptées dans 72,7% des cas et conduisant à un taux de conformité global à 80%. **Conclusion:** Cette étude a montré une conformité de 56% dans la prescription de FQ. La collaboration médico-pharmaceutique a permis d'augmenter ce taux à 80% et d'identifier les critères à cibler dans le cadre d'actions d'amélioration : prescription de FQ inappropriée, durée de traitement trop longue et associations inutiles, en vue de réaliser un second tour d'audit. Parmi les actions, il conviendrait de synthétiser et diffuser les recommandations de la SPILF aux équipes médicales, et de créer une plaquette d'aide à la validation d'une prescription de FQ à destination des pharmaciens.

## O5. ÉPIDÉMIOLOGIE/ÉVALUATION DES PRATIQUES

### O5-1

**Evaluation de la pertinence clinique d'un score composite cognitif utilisé pour les essais de prévention de la maladie d'Alzheimer : une analyse de 1414 participants de l'essai GuidAge**

N. Coley (1) ; A. Gallini (1) ; P.J. Ousset (2) ; B. Vellas (2) ; S. Andrieu (1) ; pour le GuidAge study group

(1) *Service d'épidémiologie, CHU Toulouse, Université de Toulouse 3, UMR 1027 Inserm, Toulouse;* (2) *Département de médecine gériatrique, CHU Toulouse, Gérontopôle, Université de Toulouse 3, UMR 1027 Inserm, Toulouse*

**Introduction:** Le choix du critère de jugement principal dans les essais de prévention de la maladie d'Alzheimer (MA) est crucial. Plusieurs possibilités existent, mais aucune n'est totalement adéquate : l'incidence de la démence est considéré comme le « gold standard » mais ce critère nécessite de grands échantillons et de longs périodes de suivi et par ailleurs n'est pas adapté pour détecter des effets précoces ; les biomarqueurs mesurant les protéines amyloïde ou tau ne sont pas encore complètement validés ; et des tests neuropsychologiques mesurant le déclin cognitif peuvent être insensibles à des changements cognitifs précoces et peuvent nécessiter des corrections statistiques pour des comparaisons multiples lorsque plusieurs tests sont analysés à la fois. Les scores composites combinent plusieurs tests cognitifs en une seule mesure et peuvent être plus sensibles qu'un seul test. Ils sont acceptés comme critère de jugement par la FDA et l'EMA mais ne sont pas encore entièrement validés. En particulier, on ne dispose pas de données concernant les trajectoires à long terme et la pertinence clinique des scores composites dans le cadre d'un essai de prévention. **Méthodes:** Nous avons fait une analyse secondaire des données de 1414 participants du groupe placebo de l'essai de prévention GuidAge afin d'étudier la validité et la pertinence clinique d'un score composite mesurant la mémoire épisodique, l'orientation et les fonctions exécutives. Les objectifs étaient de (i) modéliser les trajectoires de déclin pendant 5 ans, (ii) déterminer si le score composite était prédictif de démence, et (iii) estimer la différence minimale sur le score composite que l'on peut considéré comme étant cliniquement pertinent. Les participants étaient âgés de 70 ans et plus à l'inclusion avec une plainte mnésique spontanément exprimé auprès de leur médecin traitant et un MMSE  $\geq 26$ , sans diagnostic de démence. Le score composite était calculé comme la moyenne des z-scores des 4 tests suivants : Grober et Buschke (somme du rappel libre et total), 10 items du MMSE mesurant l'orientation, Fluence Catégorielle, partie B du Trail Making Test. **Résultats:** L'évolution du score composite sur 5 ans était significativement différent selon l'âge, le génotype APOE, et selon la progression de la CDR et le statut MA lors du suivi. Une baisse d'un point sur le score composite à l'inclusion était très prédictif du risque de DTA à 5 ans (HR 3,51, IC à 95% 2,62 à 4,71,  $p < 0,001$ ). La différence minimale sur le score composite pendant 1 an de suivi que l'on peut considéré comme étant cliniquement pertinent a été estimé à -0,3 points et cette différence était prédictive de DTA. **Conclusion:** Cette analyse est la première à étudier la validité et la pertinence clinique d'un score composite à l'aide de données issues d'un essai randomisé. Elle facilite l'interprétation du score composite et pourra informer le calcul du nombre de sujets

nécessaires pour de futurs essais de prévention.

### O5-2

**Caractéristiques et devenir des patients entrés en EHPAD en France au premier trimestre 2013**

A. Atramont (1) ; A. Rigault (1) ; S. Chevalier (1) ; G. Leblanc (1); A. Fagot-Campagna (1) ; P. Tuppin (1)  
(1) *Depp, CNAMTS, Paris*

**Introduction:** Peu de données sont disponibles à propos des caractéristiques, prises en charge et consommations de soins des personnes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Le but de cette étude était d'obtenir ces informations. **Méthodes:** Les listes de résidents en Ehpad sont transmises à l'Assurance maladie depuis 2010 via l'outil Residehpad, et chaînées au Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) qui contient les consommations de soins ambulatoires remboursés et hospitalières. Les assurés du régime général âgés de 65 ans et plus, entrés en Ehpad au premier trimestre 2013, ont été inclus. **Résultats:** Sur 43855 personnes entrées en Ehpad au premier trimestre, 25534 ont été incluses (âge moyen 86 ans, femmes 71%, décès à 1 an 24%). Les maladies cardiovasculaires (32 à 60% selon âge et sexe), les démences (25%-42%) et les maladies psychiatriques (7%-40%) étaient fréquentes, surtout chez les moins âgés. Comparativement à la population générale de même âge, il existait une surmortalité importante entre 65-74 ans (hommes x8,8 ; femmes x15,9). Les maladies psychiatriques (x4), neurodégénératives (x4,3) et cardiovasculaires (x1,4) étaient plus fréquentes. Parmi les résidents vivants à un an, 46% avaient changé de médecin traitant. Le recours aux spécialistes avait diminué (ophtalmologie 30% avant vs 26% après entrée en Ehpad ; cardiologie 28% vs 22%) et le recours au kinésithérapeute ( $\geq 1$  séance) avait augmenté (43 vs 64%, 47 vs 84 séances en moyenne); 40% avaient été hospitalisés  $\geq 1$  fois dans l'année. La fréquence des traitements ( $\geq 3$  délivrances/an) avait évolué : antidépresseurs 34% vs 46%, anxiolytiques 32 vs 42%, hypnotiques/sédatifs 18 vs 24%, antipsychotiques 10 vs 21%, hypolipémiants 33 vs 24% et antibactériens systémiques ( $\geq 1$  délivrance/an) : 45 vs 61%. **Conclusion:** L'entrée en Ehpad modifie considérablement le parcours de soins : un patient sur deux change de médecin traitant, l'hospitalisation reste fréquente, le recours aux spécialistes diminue et le recours au kinésithérapeute augmente fortement. La consommation de psychotropes augmente, quelle que soit la classe.

### O5-3

**La prise en charge médicamenteuse au sein des EHPAD d'Ile de France. Etat des lieux en 2014 et identification des axes d'amélioration**

A. De Saunière (1) ; L. Bonneau (1) ; V. Godinot (2) ; G. Bensasson (2) ; JP. Flouzat (3) ; V. Donio (4) ; D. Pige (2)

(1) *Cellule politique du médicament et des produits de santé, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Paris;* (2) *Département qualité sécurité pharmacie médicament biologie, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Paris;* (3) *Pôle médico-social, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Paris;* (4) *Etude, Cemka Eval, Bourg-la-Reine*

**Introduction:** La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD constitue un enjeu de santé publique. Or, une part de cette iatrogénie résulte d'une prise en charge médicamenteuse (PECM)

défectueuse. L'ARS Ile-de-France a souhaité dresser un état des lieux des pratiques des EHPAD franciliens en matière de PECM afin d'identifier des pistes d'amélioration. **Méthodes:** L'état des lieux a été réalisé en 2014 via un questionnaire adressé à tous les EHPAD franciliens en les interrogeant sur l'ensemble des étapes du circuit du médicament. **Résultats:** Le taux de réponse au questionnaire a été de plus de 70% et l'échantillon était représentatif des établissements de la région. Les résultats montrent une sous-utilisation des logiciels de prescription (25% des EHPAD les utilisent systématiquement) malgré le fort taux d'équipement (87% des EHPAD en sont équipés) et un manque d'outils pour sécuriser la PECM, notamment une liste de médicaments adaptés à la personne âgée « liste préférentielle ou livret thérapeutique » (disponible dans 36% des établissements). Une traçabilité non-systématique de l'administration des médicaments et un manque de culture de déclaration des événements indésirables médicamenteux (38% des EHPAD connaissent le nombre d'événements déclarés sur l'année n-1) ont également été observés. Les analyses montrent une diversité et une hétérogénéité de la PECM selon la présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur et selon le statut des établissements. Plusieurs pistes d'amélioration ont été identifiées, notamment l'impulsion par la gouvernance d'une politique qualité/sécurité de la PECM en EHPAD. **Conclusion:** Les établissements témoignent d'une volonté forte d'amélioration de la PECM et expriment le besoin de disposer d'outils d'aide à la PECM. Aussi, une boîte à outils sur la PECM en EHPAD a été mise en ligne en mai 2016 sur le site internet de l'ARS Ile-de-France. De plus, une dizaine d'actions d'amélioration simples et pragmatiques sont en cours d'expérimentation dans 15 EHPAD franciliens volontaires. Celles qui auront porté satisfaction seront déployées progressivement à l'échelle de la région.

#### O5-4

##### Admissions inappropriées des résidents d'EHPAD dans les services d'urgence : étude prospective multicentrique en Bourgogne

P. Manckoundia (1) ; D. Menu (2) ; A. Turcu (3) ; D. Honnart (3) ; S. Rossignol (4) ; J.C. Alixant (5) ; F.H. Sylvestre (6) ; V. Bailly (7) ; M. Dion (8) ; A. Putot (1)

(1) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon;*  
 (2) *Médecine générale, MSA Bourgogne (Dijon), Dijon;*  
 (3) *Département de médecine d'urgence, CHU Dijon, Dijon;*  
 (4) *Médecine gériatrique, CH Sens, Sens;* (5) *Médecine générale, Cabinet médical, Dijon;* (6) *Médecine générale, Cabinet médical, Beaune;* (7) *Bourgogne-franche comté, Pôle de Gériatrie Interrégional, Besançon;* (8) *Département de sociologie, U.F.R. Sciences Humaines, Dijon*

**Introduction:** Les admissions dans les services d'accueil des urgences (SAU) connaissent une augmentation constante, en particulier parmi les patients résidant en EHPAD. Ces admissions peuvent être délétères chez les patients les plus fragiles et ont un impact organisationnel et financier majeur. L'objectif de l'étude était de déterminer le taux d'admissions inappropriées de résidents d'EHPAD en SAU et d'identifier les facteurs associés à ces admissions. **Méthodes:** Mille patients consécutifs résidant dans l'un des 282 EHPAD de Bourgogne et admis dans l'un des 21 SAU entre le 17 avril et le 20 juin ont été inclus prospectivement. Pour chaque patient étaient recueillis le type de professionnel de santé adressant le patient au SAU, la disponibilité d'un avis spécialisé en urgence en EHPAD, le niveau de dépendance selon l'échelle Groupes Iso-

Ressource (GIR), l'intervention ou non d'un médecin régulateur pour le transfert, le mode de transport, la cause de l'admission et le diagnostic posé au SAU. Une grille standardisée de pertinence des admissions (version française de la grille Appropriateness Evaluation Protocol) était appliquée avec intervention d'un comité d'experts si nécessaire. Deux groupes étaient constitués en fonction du caractère approprié ou non de l'admission. **Résultats:** L'âge moyen des 1000 résidents était de 87 ans. Il y a avait 706 femmes. Deux tiers des patients étaient adressés aux urgences par un médecin, majoritairement le médecin généraliste. Le transport médical était organisé par un médecin régulateur pour 91,7% des admissions et 8,8% des transports étaient médicalisés. Le score GIR était  $\leq 4$  pour plus de 95% des patients. Parmi les admissions au SAU, 18,1% étaient inappropriées. Le sexe féminin ( $p = 0.017$ ), le transport non médicalisé ( $p = 0.002$ ), les EHPAD publics ( $p = 0.044$ ) et l'absence d'accès à un avis gériatrique en urgence ( $p = 0.043$ ) étaient associés aux admissions inappropriées. **Conclusion:** Cette première étude française portant sur l'admission en SAU des résidents d'EHPAD retrouve un taux d'admissions inadaptées plus bas qu'habituellement rapporté dans la littérature. Le sexe féminin, le transport non médicalisé, les EHPAD publics et l'absence d'accès à un avis gériatrique en urgence étaient associés au caractère inapproprié de l'admission.

#### O5-5

##### Enquête nationale de prévalence des escarres décennale réalisée en France par PERSE

B. Barrois (1) ; D. Colin (2) ; FA. Allaert (3)

(1) *Département Qualité Gestion des Risques, CH de Gonesse-PERSE, Gonesse;* (2) *Médecin chef, Centre de l'Arche, Saint-Saturnin;* (3) *Medecin directeur, CENBIOTECH, Dijon*

**Introduction:** Les escarres représentent une complication de la prise en charge. La connaissance de l'épidémiologie permet d'orienter les actions d'amélioration des soins. PERSE (Prévention, Éducation, Recherche et Soins d'Escarre) a mené en 2014 une nouvelle enquête nationale dans les établissements de santé pour connaître la prévalence et les caractéristiques des patients porteurs et de leurs escarres (à la suite de celles de 1994 et 2004). **Méthodes:** L'étude transversale, conduite en un jour dans toutes les unités de soins qui acceptaient de participer (tirage au sort stratifié) comportait sur 2 fiches renseignées par les professionnels. Deux questionnaires portaient l'un pour chaque service sur son type, et sa population et l'autre sur les caractéristiques des escarres et du patient porteur. Les analyses statistiques ont été conduites en fréquence des escarres avec intervalle de confiance et pour les escarres par moyennes et écarts-types pour les variables quantitatives et par effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives au seuil de signification  $p < 0.05$ . **Résultats:** 1756 patients étaient porteurs d'au moins une escarre soit 8.1% IC95% = [7.7 ; 8.5]. La prévalence relevée en 2004 était de 8.6%. Mais, le taux de prévalence varie de 11.8% en SSR, 9.2% en réanimation, 8.7% en USLD, 8.5% en MCO médecine, 7.2% en EHPAD, 5.3% en MCO chirurgie, 1.1% en psychiatrie à 0 % en MCO Obstétrique. Dans 1256 cas, la description a été précisée. Les analyses montrent que les patients avec escarres sont significativement plus âgés de 8.5 ans que l'ensemble de patients hospitalisés :  $79.9 \pm 12.4$  ans en moyenne versus  $71.4 \pm 12.9$  ans ( $p < 0.0001$ ). On relève que les femmes porteuses d'escarres sont plus âgées que les hommes porteurs d'escarres. Les niveaux de risque des patients sont différents entre les secteurs : élevé chez 63.2% des patients en EHPAD, 68.4% en réanimation, 41.2% en MCO

chirurgie. Mais 9,2% des patients en MCO chirurgie, 2,2% en USLD, 1,8% en MCO médecine et 1,7% en SSR classés « à risque nul » ont développé une escarre. Tous secteurs confondus, les 4 facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés sont : l'incontinence mixte (49.4%), la dénutrition (48.6%), une réduction de la mobilité pour 78,3% des patients (dont 42.4% étaient en « maintien au fauteuil » et 35.9% alités en permanence), un diabète (23.5%). Les localisations les plus fréquentes des escarres sont les talons et le sacrum, localisations qu'on retrouve toutes les 2 chez environ un patient sur deux quelle que soit la nature du service. Sur la population générale, dans 26,4%, les escarres sont au stade de rougeur, dans 21.7% de désépidermisation/phlyctène, et de 12.8% de bourgeonnement alors que dans 23.6% il s'agit d'ulcération fibrineuse et dans 15.5% de nécrose noire. Ainsi en moyenne, 39,1% des escarres analysées sont graves, alors que le taux était de 50% en 2004. Pour la population générale, les escarres ont été acquises dans presque un cas sur deux (45.7%) dans l'unité de soins où elles ont été décrites. Toutefois, ces différents éléments varient de façon importante selon que le patient est en réanimation, en médecine, en chirurgie, en SSR. La prévalence varie selon le type de service, de 11,8% en SSR où le taux est le plus haut avec 73,6% des escarres qui sont importées à 1,1% en psychiatrie qui accueillent toutefois des patients porteurs d'escarre bien que cela soit exceptionnel. **Conclusion:** En 2014, la prévalence des escarres en France est de 8,1% sur 21 538 patients de 776 services répartis en France (outre-mer inclus). La moyenne d'âge des patients porteurs d'escarre est plus élevée (+8,5ans) que la moyenne d'âge des patients hospitalisés. La prévalence a diminué significativement depuis l'enquête nationale en 2004 (de 8,9% à 8,1%). La gravité des escarres a diminué de façon significative. Les résultats de cette étude sont donc très encourageants. L'ensemble des actions réalisées par les professionnels de santé, soutenus par des formations et de la recherche conduite, entre autre, par PERSE a un réel impact. Toutefois, 8% des patients hospitalisés, parmi les plus âgés voient leur état se compliquer par la survenue d'une escarre. Il faut développer la formation des professionnels au repérage de patients à risque et aux traitements préventifs et poursuivre la recherche clinique et fondamentale pour améliorer les connaissances et trouver des traitements innovants. Notre objectif est de réduire encore significativement la prévalence et la sévérité des escarres d'ici à la prochaine enquête nationale programmée en 2024.

#### O5-6

##### **Situation de crise à l'hôpital : devenir à 6 mois des patients âgés hospitalisés pour pathologies médicales hébergés en services de chirurgie**

C. Pardineille (1) ; A. Peroziello (2) ; C. Aubert (1) ; C. Patry (1) ; A. Raynaud-Simon (3)

(1) *Gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris;* (2) *Unité msi - dépt d'épidémiologie, biostatistique et recherche clinique, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris;* (3) *Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*

**Introduction:** Les patients âgés se présentant au Service d'Accueil des Urgences (SAU) représentent environ 12 % des passages au SAU dont la moitié est hospitalisée à l'issue du passage au SAU. Or en période d'affluence importante, le SAU est rapidement saturé. Les lits d'hospitalisation en médecine ont des capacités d'admission rapidement limitées et il devient complexe de trouver une place dans un service adapté. Lorsque sont aussi épuisées les possibilités de transferts dans des structures médicales environnantes,

certaines hôpitaux ont rédigé des procédures de crise proposant un hébergement de personnes âgées avec problèmes exclusivement médicaux dans les services de chirurgie disposant de lits disponibles. Des travaux récents ont mis en évidence les conséquences négatives de ce parcours du patient inadapté sur l'organisation des soins et les relations entre les services. Les conséquences cliniques pour les personnes âgées faisant l'objet de ces pratiques d'hébergement en chirurgie n'ont pas été déterminées. L'objectif de ce travail est de comparer le devenir à six mois de patients hébergés en chirurgie à celui de patient hospitalisés en médecine pour des motifs similaires.

**Méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective cas-témoins comparant le devenir à 6 mois des patients âgés hébergés en chirurgie malgré un motif d'admission médical (cas) et celui de témoins hospitalisés en médecine après leur passage au SAU de l'hôpital Bichat. Les critères d'inclusion étaient un âge supérieur à 75 ans, vivant à leur domicile. Les critères de non-inclusion étaient les patients hospitalisés pour un motif chirurgical ou un motif médical en rapport avec la discipline chirurgicale du service hébergeur, ceux vivant en EHPAD ou transférés d'un autre service hospitalier. Le critère de jugement principal était: vivre à domicile à 6 mois. Les critères de jugement secondaires étaient le décès intrahospitalier, le décès à six mois, la réhospitalisation à 1 mois et six mois. 100 patients hébergés ont été inclus sur la période du 01 janvier 2013 au 31 janvier 2015. Deux témoins ont été appariés à chaque cas sur le diagnostic principal au SAU, sur le sexe et l'âge (200 témoins). Tous les patients, leur entourage ou les médecins traitants ont été contactés par téléphone par l'infirmière de l'équipe mobile de gériatrie ou un gériatre à 6 mois de l'admission au SAU pour connaître leur statut vital et leur lieu de vie. Les groupes ont été comparés avec les méthodes de Mantel-Haenszel ; l'association entre les événements (maintien à domicile et décès à 6 mois) a été investiguée par régression logistique conditionnelle, afin de prendre en compte l'appariement des patients. **Résultats:** 300 patients ont été inclus, dont 64% de femmes, âge moyen 85 ans. A 6 mois de l'admission en urgence à l'hôpital 42% des patients hébergés vivaient à leur domicile contre 60% pour les témoins ( $p=0.02$ ). Le taux de décès intrahospitalier était de 9% pour les cas et 7% pour les témoins (ns) et le décès à 6 mois de 33% pour les cas et 23% pour les témoins (ns). Le taux de réadmission à 1 mois était comparable, de 10% chez les patients hébergés et 6% chez les témoins (ns), ainsi que le taux de réadmission à 6 mois (12% vs 20%, ns). **Conclusion:** D'après cette étude, la pratique de l'hébergement des personnes âgées en chirurgie diminue la chance de ces personnes de vivre à domicile à 6 mois de leur hospitalisation. Une réflexion entre les différents acteurs du système hospitalier est nécessaire afin de trouver des solutions au problème de l'aval du service des urgences.

#### O5-7

##### **Ré hospitalisations non programmées après un retour à domicile dans les suites d'un séjour en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) gériatrique : taux et facteurs prédictifs**

M. Tardivel (1) ; F. Muller De Schongor (2) ; L. Teillet (3) ; L. Lechowski (3)

(1) *SSR Racine, Hôpital Sainte-Périne-Rossini-Chardon Lagache, Paris;* (2) *Ssr gériatrique, Hôpital Sainte-Périne-Rossini-Chardon Lagache, Paris;* (3) *Gériatrie, Hôpital Sainte-Périne-Rossini-Chardon Lagache, Paris*

**Introduction:** Le SSR gériatrique est un lieu de soins et de réflexion sur le projet de vie des malades âgés en perte d'autonomie et le plus souvent dans des situations complexes. Le parcours de

soins de cette population dite fragile est encore trop segmenté avec des points de rupture préoccupants comme les ré hospitalisations. De nombreuses études ont étudié les facteurs prédictifs de ré hospitalisations dans des services de court séjour avec des résultats parfois contradictoires. L'objectif de l'étude est de connaître le taux de ré hospitalisations non programmées à 30 jours et à 3 mois de la sortie du SSR, de caractériser la population de patients ré hospitalisés à 3 mois et d'identifier des facteurs prédictifs de ces ré hospitalisations. **Méthodes:** Etude observationnelle rétrospective de type cas-témoins mono centrée menée sur les 12 mois de l'année 2015 chez tous les patients hospitalisés dans 4 unités de SSR gériatrique à Paris (146 lits) et rentrés à domicile. L'inclusion des patients et le recueil de données ont été réalisés à partir du compte rendu d'hospitalisation et de bases de données informatiques. Pour augmenter la puissance de l'étude nous avons fait le choix de prendre 2 témoins (patients non ré hospitalisés à 3 mois) pour 1 cas (patients ré hospitalisés à 3 mois). Les données recueillies portaient sur des caractéristiques sociodémographiques, médicales (comorbidités, médicaments, évaluation gériatrique) et fonctionnelles. Les analyses statistiques ont consisté à calculer le taux de ré hospitalisations puis identifier des facteurs prédictifs par analyse bi variée (tests de chi2 pour les variables qualitatives et test de Student pour les variables quantitatives) puis multi variée. **Résultats:** Durant la période étudiée, sur 1063 patients hospitalisés, 435 patients sont rentrés à domicile. Parmi eux, 80 (18,4%) ont été ré hospitalisés dans les 3 mois après la sortie de SSR dont 44 (10,1%) dans le premier mois. Les ré hospitalisations étaient significativement plus nombreuses le premier mois après la sortie de SSR. Les syndromes confusionnels (ayant motivés l'hospitalisation ou apparus en cours d'hospitalisation) étaient significativement plus nombreux dans le groupe cas que dans le groupe témoins : 26,2% vs 9,4% ( $p < 0,001$ ). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour les autres variables étudiées (âge, sexe, motif principal de l'hospitalisation initiale, comorbidités, iatrogénie, hospitalisations dans les 6 mois précédents le séjour initial, autonomie, chutes, dénutrition, escarres, dépression, troubles cognitifs, durée du séjour initial et variables concernant le contexte social parmi lesquelles la présence d'aidants naturels ou le refus d'aides). Pour 9 variables une analyse multi variée par régression logistique a été faite devant  $p < 0,20$  : confusion, motif d'hospitalisation initial, cancer évolutif, dépendance totale, existence d'un tuteur ou curateur au moment de l'entrée en SSR, isolement social, présence d'aidants naturels, signalement avant la sortie à une structure type CLIC, MAIA ou réseaux, refus d'aides par le patient. Aucune variable autre que la confusion n'entrait dans le modèle. **Conclusion:** Le taux de ré hospitalisations à 1 mois était de 10% et à 3 mois de 18%. Le seul facteur prédictif de ré hospitalisations significatif était le syndrome confusionnel. Un des axes de réflexion à mener après cette étude est de sensibiliser les professionnels de santé en ville au syndrome confusionnel afin de pouvoir prévenir sa survenue en contrôlant les principaux facteurs de risque modifiables comme par exemple la iatrogénie. La recherche encore plus systématique d'un syndrome démentiel méconnu est une autre piste d'amélioration, car il s'agit d'un très fort facteur de risque de syndrome confusionnel. D'autres études à plus grandes échelles permettraient de faire ressortir d'autres facteurs prédictifs de ré hospitalisations après un séjour en SSR et ainsi de définir un profil de sujets âgés à risque de ré hospitalisations afin d'anticiper et d'optimiser un plan personnalisé de soins et d'aides.

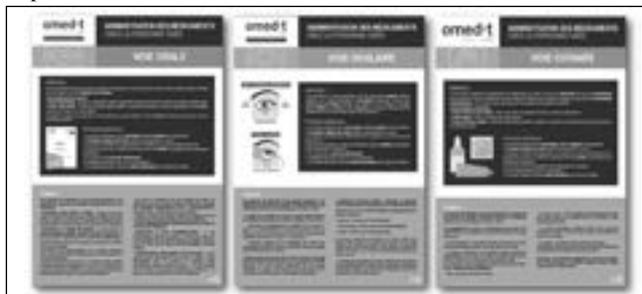
## O5-8

### Bonnes pratiques d'administration des médicaments chez la personne âgée : élaboration d'un kit de formation

J. Mocquard (1) ; A. Berthe (1) ; E. Rochais (1) ; JC. Maupetit (1) ; G. Berrut (2) ; MA. Clerc (3)

(1) *Unité de coordination régionale, OMEDIT Pays de la Loire, Nantes;* (2) *Pole de gérontologie clinique, CHU de Nantes, Nantes;* (3) *Pharmacie, CHU d'Angers, Angers*

**Introduction:** Les pratiques d'administration des médicaments à la personne âgée présentent des spécificités et les informations accessibles à ce sujet ne sont pas toujours applicables au secteur médico-social. La commission « Prise en charge thérapeutique de la personne âgée » de l'OMEDIT Pays de la Loire a pris en compte les difficultés rencontrées par les professionnels en charge de l'administration et de l'aide à la prise, notamment en EHPAD. Afin d'encourager les bonnes pratiques d'administration, un outil orienté sur la personne âgée à destination des infirmiers et des aidants a été élaboré. L'objectif final était de mettre à disposition de ces professionnels au sein des structures d'accueil des personnes âgées, un outil de formation. **Méthodes:** Après identification des besoins des professionnels des EHPAD, les voies d'administration à aborder ont été priorisées par leur fréquence d'utilisation. Le contenu des supports a été défini, inspiré de fiches réalisées par un établissement de santé. Deux types de supports ont été proposés pour composer un module de formation en ligne pour les infirmiers et les aidants : une fiche de bonnes pratiques par voie d'administration, complétée d'un test d'évaluation des connaissances. **Résultats:** Trois fiches d'aide à l'administration des médicaments ont été élaborées pour les voies orale, oculaire et cutanée. Elles reprennent les définitions des voies d'administration, des formes galéniques ainsi que les principes généraux pour chaque étape d'administration. Les mésusages, les effets secondaires possiblement rencontrés et les modalités de conservation sont également abordés. Pour chaque voie d'administration, le quiz en ligne proposé permet d'évaluer et de consolider les acquis du lecteur. Ces outils ont été progressivement mis à disposition sur le site web de l'OMEDIT, relayé par des newsletters, des interventions lors de journées régionales et lors de formations. Depuis la mise en ligne des outils, le site a enregistré 3580 consultations sur la page dédiée à l'administration des médicaments chez la personne âgée, 2391 téléchargements des fiches et 1484 participations aux tests d'évaluation des connaissances soit un test réalisé dans 62% des cas. **Conclusion:** Ces outils participent à la diffusion des bonnes pratiques d'administration et constituent un kit de formation à destination des professionnels d'EHPAD. Ils soulignent l'importance de la surveillance des effets indésirables médicamenteux, accrus chez la personne âgée. Ces supports s'adressent également aux professionnels de ville (infirmiers, pharmaciens...) et sont librement accessibles. De nouvelles fiches et tests d'évaluation ont depuis été élaborés pour la voie pulmonaire et pour les voies nasale et auriculaire.



**O5-9****Impact de l'épargne transfusionnelle de concentrés globulaires sur les événements cardiovasculaires en péri-opératoire d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF)**

L. Dourthe (1) ; J. Cohen-Bittan (2) ; L. Zerah (3) ; H. Vallet (2) ; M. VERNY (4) ; M. Raux (5) ; A. Meziere (6) ; B. Riou (7) ; F. Khiami (8) ; J. Boddaert (9)

(1) *Gériatrie aigue, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (2) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (3) *Service de gériatrie, hôpital de la Pitié Salpêtrière, Unité Péri-Opératoire Gériatrique (UPOG)*; (4) *Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*; (5) *Anesthésie-réanimation, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (6) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*; (7) *Service d'accueil des urgences, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (8) *Orthopédie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (9) *Upog, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*

**Introduction:** La transfusion est un acte fréquent impliquant 572 443 patients en 2014 en France et sa fréquence augmente avec l'âge. En raison des difficultés récurrentes des Etablissements Français du Sang (EFS) à obtenir des dons du sang et des complications liées à la transfusion au premier rang desquelles les œdèmes pulmonaires de surcharge, des études ont montré l'intérêt d'une stratégie de transfusion dite restrictive sur les complications et l'épargne transfusionnelle de concentrés de globules rouges. La FESF est une pathologie fréquente et grave concernant le patient âgé et sa prise en charge implique fréquemment une transfusion. En 2011, une grande étude randomisée multicentrique (étude FOCUS) a montré l'intérêt de la stratégie transfusionnelle restrictive dans le cadre de la FESF. En 2009, une filière centrée autour d'une Unité Péri Opératoire Gériatrique (UPOG) s'est créée à la Pitié Salpêtrière avec pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients âgés fracturés. Cette filière a déjà montré son efficacité sur la morbidité intra-hospitalière, la mortalité et les réadmissions à 6 mois. Nous rapportons l'intérêt d'une stratégie transfusionnelle restrictive dans une unité dédiée à la prise en charge des FESF.

**Méthodes:** Etude rétrospective de données collectées de manière prospective. Inclusion des patients opérés d'une FESF sur le groupe hospitalier Pitié Salpêtrière entre juin 2009 et septembre 2015 et admis en UPOG. Sur la période de l'étude, comparaison avant/après des pratiques transfusionnelles : avant la publication de l'étude FOCUS (2009-2011 : stratégie libérale) et après (2012-2015: stratégie restrictive). Le critère de jugement principal était la survenue d'insuffisance cardiaque aiguë (ICA) en péri-opératoire d'une FESF chez les patients admis en UPOG. Les critères de jugement secondaires étaient la mortalité immédiate, le nombre total de culots globulaires transfusés, la survenue d'autres événements cardiovasculaires (syndrome coronarien aigu (SCA) et fibrillation atriale (FA)) et d'événements infectieux pendant la durée d'hospitalisation en UPOG. **Résultats:** Sur la période de l'étude, 637 patients ont été inclus au total, dont 212 dans le groupe régime libéral (RL) et 425 dans le groupe régime restrictif (RR). Aucun patient n'a refusé la transfusion. Le régime restrictif était associé à une réduction significative des ICA (10 versus (vs) 18%  $p < 0,05$ ), du nombre de transfusions (48% vs 61%  $p = 0,0001$ ), du nombre total de culots globulaires par patient (1,9 vs 1,1  $p < 0,05$ ) ainsi que des SCA (8% vs 17%  $p = 0,017$ ). On ne notait pas de différence significative entre les 2 groupes pour les épisodes de FA (8 vs 10%) et les infections (19 vs 20%). On notait une augmentation de la fréquence des troubles de déglutition dans le groupe RR (43

vs 28%,  $p = 0,0004$ ). La mortalité hospitalière était identique dans les deux groupes. **Conclusion:** En péri-opératoire d'une FESF en unité dédiée, le régime transfusionnel restrictif en UPOG était associé à une réduction des ICA, des SCA et des transfusions, sans augmentation de la mortalité. Ces données confirment les données de l'étude FOCUS.

**O6. SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES / GÉRONTECHNOLOGIE****O6-1****Représentation sociale de la vieillesse au Togo: Opinion générale des accompagnants**

S. Apeti (1) ; K.S. Kevi (2) ; E. Amouzou (3) ; T.E. Kouevi-Koko (4)  
(1) *Médecine Interne CHU Sylvanus Olympio, Lomé-Togo* ; *Gériatrie CHU Treichville, Côte d'Ivoire, Université de Lomé, Faculté des sciences de santé Lomé-Togo*; *UFR des Sciences Médicales Abidjan, Lomé, Togo*; (2) *Neurologie, Université de Lomé, Lomé, Togo*; (3) *Chirurgie générale, Université de Lomé, Lomé, Togo*; (4) *Chirurgie générale, Université de Lomé, Lomé, Togo*

**Introduction:** La sagesse africaine inspirait Amabou Hampaté Bâ qui disait qu'en Afrique, un vieillard qui meurt est une bibliothèque qui est brûlée. Ceci avait toute son essence tant que la tradition orale régente l'importance de la transmission des connaissances africaines. Il en découlait donc une protection sociale et économique de ces personnes âgées et de ce fait un intérêt particulier pour leur santé dans une Afrique communautariste. L'émergence d'une nouvelle classe sociale majoritairement jeune dépositaire de savoirs et connaissances occidentaux a vu dénaturer ce communautarisme en un individualisme de plus en plus renforcé. C'est ainsi que cette nouvelle génération soumise aux contraintes temporo-spatiales jette un regard accusateur sur les personnes âgées comme étant budgétivores sur le plan sanitaire et encombrants par leurs principes conservateurs. L'Âgisme ou la Gérontophobie prend de plus en plus une ampleur grandissante. Afin de contribuer à un recadrage de cette déviation involontairement suicidaire pour les sujets âgés, nous avons entrepris cette étude ayant pour objectif de recueillir les opinions de tout individu en charge d'un sujet âgé.

**Méthodes:** C'est une étude transversale populationnelle auprès de 100 accompagnants (72 parents et 28 accompagnants non parents) des personnes âgées vues en consultation de ville. Ces enquêtés ont donné leur consentement éclairé. Cet interrogatoire se faisait après consultation du patient âgé et exposition des contraintes financières et sociales aux accompagnants. Les questions ont porté sur la conception qu'ont les enquêtés sur la prise en charge socio-sanitaire des personnes âgées. **Résultats:** 100 % des enquêtés ont répondu à l'enquête. 79 % déclaraient que les personnes âgées sont budgétivores par leurs différents problèmes de santé caractérisés par leur polypathologie. 47% pensent qu'ils sont ennuyeux et encombrant et proposent qu'une structure adaptée soit mise en place pour leur gestion. 40% pensent qu'ils sont dictatoriaux et ne veulent pas se conformer aux mutations quotidiennes du monde. Ces opinions sont déplorables dans le contexte africain où la famille élargie constitue un cadre idéal de convivialité et de confiance pour la personne âgée. La fierté qu'à un africain âgé d'être entouré de ces petits fils et filles justifie l'intérêt de cette culture africaine sur l'équilibre physique, psychique et social de sujet âgé. **Conclusion:** Cette étude montre l'inadéquation entre la transposition ad integrum

de la gestion du sujet âgé occidental dans une Afrique où la communauté a prévalu pendant des siècles et où le droit d'aïnesse garde encore toute sa place. Nous devons alors savoir voler le feu de l'occident et l'adapter à nos réalités. Mots clés : Sujet âgé, âgisme, communautarisme, Lien d'intérêt : Aucun

## O6-2

### Etude en population générale des déterminants psychosociaux du recours au soin dans la démence : l'étude DRAMA

L. Rullier (1) ; C. Meillon (1) ; V. Bergua (1) ; C. Pimouguet (1) ; A. Follenfant (2) ; M. Gonzalez-Colaço (1) ; C. Helmer (1) ; K. Pérès (1) ; JF. Dartigues (1) ; H. Amieva (1)  
(1) Inserm u1219, Université de Bordeaux, Bordeaux Cedex;  
(2) Laboratoire de psychologie, Campus Victoire, Bordeaux

**Introduction:** Une personne atteinte de démence sur deux n'est pas diagnostiquée. Si ce sous diagnostic est bien documenté dans la littérature internationale, les raisons sont difficiles à saisir car multiples. Elles relèvent à la fois de déterminants culturels, religieux, sociaux, démographiques, cliniques, mais aussi des attitudes et pratiques des médecins généralistes. La présente étude propose d'identifier les déterminants psychosociaux et médicaux du recours et de l'absence de recours au soin dans le cas d'une démence grâce à une caractérisation très approfondie sur le plan psychologique, social, familial et du contexte de prise en charge médicale de personnes souffrant de démence. **Méthodes:** Des entretiens à domicile couplés au suivi habituel de 3 cohortes épidémiologiques prospectives menées en population générale (3 Cités, PAQUID et AMI) ont été proposés aux participants, sélectionnés parmi les sujets déments prévalents, et à leur aidant principal, ainsi que des entretiens téléphoniques auprès de leur aidant secondaire, le cas échéant, et de leur médecin généraliste. Pour cette étude, le recours au soin était défini par la consultation chez un spécialiste et le nombre d'aides médico-sociales perçues. Les variables explicatives ont été réparties en 3 catégories selon le modèle d'Andersen (1995): 1. les facteurs prédisposants (variables sociodémographiques, lien avec l'aidant et cohabitation, satisfaction vis-à-vis du plan d'aide) ; 2. les facteurs facilitants (soutien familial et social, participation de la personne démente ou d'autres personnes aux décisions de recours au soin, l'APA, situation géographique, ressources spécifiques à la prise en charge de la démence disponibles sur le territoire, caractéristiques et pratiques du médecin généraliste) ; 3. les besoins (état de santé physique et mentale de la personne démente et de son aidant principal). Une analyse par catégorie a été réalisée avec une stratégie de type pas à pas descendante. Les trois modèles ainsi obtenus ont été inclus ensuite dans un modèle final. **Résultats:** Ont participé à l'étude (les 3 cohortes confondues) : 99 participants atteints de démence, 96 aidants familiaux principaux, 53 aidants secondaires et 63 médecins généralistes. Parmi les participants, 61 (67.0%) ont consulté un spécialiste pour des problèmes cognitifs et 56 (68.3%) ont au moins deux aides médico-sociales (indépendamment d'une aide-ménagère). Dans le modèle final, la probabilité de consultation chez un spécialiste diminue lorsque les personnes démentes participent aux décisions de recours au soin (OR=11 ; IC95%=[0.04 ; 0.34]) et lorsqu'il y a un nombre plus élevé de ressources spécifiques à la prise en charge de la démence sur leur territoire (OR=0.55 ; IC95%=[0.33 ; 0.92]). Pour ce qui est des aides médico-sociales, la probabilité d'y avoir recours diminue lorsque les personnes démentes participent aux décisions de recours au soin (b=-0.73, p=0.015), et lorsqu'il y a un nombre plus élevé de ressources spécifiques à la prise en charge de la démence sur leur

territoire (b=-0.37, p=0.007). En revanche, elle augmente quand les personnes vivent seules (b=0.80, p=0.010) et sont plus dépendantes dans les activités de base de la vie quotidienne (b=0.90, p=0.004).

**Conclusion:** Nos résultats montrent que les principaux facteurs associés à une absence de recours au soin sont les facteurs dits « facilitateurs ». Ils montrent au contraire la faible contribution des besoins (relatifs à l'état de santé de la personne et de son aidant familial) qui sont pourtant les cibles principales en termes de réponses apportées par les politiques de santé, notamment à travers la mise en place d'actions et dispositifs sanitaires et/ou médico-sociaux. Ces premiers résultats mettent en évidence le rôle déterminant des facteurs psychosociaux et familiaux dans la question du recours au soin et confirment tout l'intérêt de l'étudier selon une approche intégrative, alliant à la fois des modèles de santé publique et de sciences humaines.

## O6-3

### Intérêt et limites de l'accompagnement bénévole des personnes âgées hospitalisées

L. Moïsi (1) ; N. Foureur (2) ; V. François (3) ; G. Groupe Ethique Géronod'if (4) ; S. Moulias (5)  
(1) Hôpital saint-antoine, gériatrie, Laboratoire d'éthique médicale ea 4569, Université paris descartes, Paris; (2) Géronod'if, groupe éthique, Hôpital Cochin, Centre d'Ethique Clinique, Paris; (3) Géronod'if, Groupe éthique, Paris; (4) Géronod'if, Géronod'if, Paris; (5) Hôpital ambroise paré, gériatrie, Laboratoire d'éthique médicale ea 4569, Université paris descartes, Paris

**Introduction:** Solitude et isolement de la personne âgée sont omniprésents au sein de l'hôpital, bien qu'il existe peu de littérature à ce sujet. La piste de l'accompagnement bénévole est intéressante, mais il n'existe pas de cadre légal clair le définissant. L'objectif de notre étude était d'étudier les intérêts et les limites de l'accompagnement bénévole des personnes âgées hospitalisées, afin de proposer des modifications du rôle actuel du bénévole. **Méthodes:** Etude qualitative, dont le travail a débuté au sein du groupe Éthique du Géronod'if (gérontopôle d'Ile-de-France). Réalisation d'entretiens semi-dirigés, à l'aide d'une carte mentale servant de guide d'entretien, auprès de personnes ayant une expérience de l'accompagnement de patients. L'analyse de contenu a été réalisée a posteriori et les résultats discutés en réunion du Géronod'if. **Résultats:** Dix entretiens ont été réalisés. Outre lutter contre l'isolement du sujet âgé, l'accompagnement par le bénévole pourrait permettre d'améliorer l'empowerment et l'accès des personnes âgées hospitalisées à leurs droits. Altruisme et solidarité font partie des motivations principales des bénévoles, mais l'accompagnement est limité par des risques potentiels (difficulté à trouver sa place auprès du patient, transfert, glissement de rôle du bénévole vers celui du soignant). Le bénévole, citoyen intervenant à l'hôpital, permettrait d'apporter un regard extérieur et parfois de soulever des questions éthiques, ainsi que maintenir le lien qu'entretient le patient avec l'extérieur. **Conclusion:** L'accompagnement bénévole des personnes âgées hospitalisées tel que nous le proposons permettrait, en étayant la bienfaisance, d'améliorer le vécu des patients à l'hôpital.

**O6-4****Développement d'un outil de dépistage de la maltraitance des personnes âgées au domicile, à destination du médecin traitant**

S. Moulias (1) ; B. Ganne (1) ; A. De Malherbe (2) ; L. Teillet (2)  
(1) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*; (2) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*

**Introduction:** La maltraitance des personnes âgées au domicile est un phénomène grave et fréquent. Alors que le médecin traitant est en première ligne pour prévenir et dépister ces cas de violence, seuls 2 à 5 % des signalements sont issus du corps médical. L'absence de test de dépistage adapté à la médecine de ville ainsi que celle d'interlocuteurs connus par les médecins pour en parler sont des freins majeurs. Cette étude a pour but de montrer qu'un test de dépistage serait utile et réalisable. **Méthodes:** Une méthode Delphi modifiée a été utilisée. Trois entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins entre Juillet et Novembre 2015 ainsi qu'une recherche bibliographique ont permis de créer un test de dépistage. Ce test a été ensuite évalué à l'aide d'un questionnaire par seize professionnels de santé dont onze médecins travaillant en libéral ou au sein de réseaux de soins. **Résultats:** L'étude montre que tous les médecins sont confrontés à des situations de maltraitance envers les personnes âgées au domicile et qu'ils sont favorables à la création d'un test de dépistage pour l'utiliser dans leur pratique. Ce test est composé de vingt-quatre items, répartis en trois parties. Il s'avère positif si le score est égal ou supérieur à cinq. Il propose une aide concrète en cas de résultat positif : joindre le 3977, le service de gériatrie de l'hôpital de secteur ou le service social de la mairie. **Conclusion:** Une étude complémentaire est en cours pour évaluer la faisabilité du test à plus grande échelle. Les premières impressions sont très favorables.

**O6-5****Télé médecine en EHPAD – le projet Aquitain : bilan d'activité à 16 mois et perspectives**

A. Lafargue (1) ; M. Barateau (2) ; N. Bourdin (3) ; E. Thiel (4) ; L. Glenisson (5) ; M. Dourte (6) ; P. Gassie (7) ; V. Cressot (8) ; M. Prigent (9) ; K. Libert (10) ; S. Magne (11) ; C. Caubet (11) ; M. Baudon (12) ; M. Dupuy (13) ; N. Salles (4)

(1) *Gériatrie, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (2) *Equipe mobile plaies et cicatrisation, CHU de Bordeaux, Bordeaux*; (3) *Télé médecine, CHU de Bordeaux, Bordeaux*; (4) *Pôle Gérontologie clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (5) *Service de psycho-gériatrie, Hôpital Charles Perrens, Bordeaux*; (6) *Dermatologie, Hôpital Saint-André - Groupe hospitalier Saint-André - CHU de Bordeaux, Bordeaux*; (7) *Service de médecine physique et rééducation, Groupe hospitalier Pellegrin, Bordeaux*; (8) *Service de soins de suite et réadaptation, Pôle gérontologique clinique CHU de Bordeaux, Bordeaux*; (9) *Télé médecine, Pôle gérontologique CHU de Bordeaux, Bordeaux*; (10) *Télé médecine, Pôle gérontologique clinique CHU de Bordeaux, Bordeaux*; (11) *Télé médecine, Télésanté Aquitaine, Bordeaux*; (12) *Télé médecine, Ars Aquitaine, Bordeaux*; (13) *Télé médecine, Agence Régionale de Santé Aquitaine, Bordeaux*

**Introduction:** Le projet aquitain télé médecine en EHPAD évolue depuis fin novembre 2014 avec le partenariat du CHU de Bordeaux, l'ARS Aquitaine et le GCS TSA. Un bilan d'activité à 16 mois et l'analyse des attentes des centres requérants semblaient primordiaux pour ce projet cherchant à s'inscrire au plus près dans le parcours de

soin de la personne âgée résidant en EHPAD. **Méthodes:** Une étude descriptive a été réalisée avec une évaluation semi quantitative de la satisfaction des centres requérants concernant : le délai d'obtention de rendez-vous, la durée de la téléconsultation, la qualité de réponse fournie par le centre expert, et le suivi des recommandations préconisées. Les attentes de chacun étaient en saisie libre. Les 32 EHPAD équipés début mai 2016 ont été sollicités par envoi d'un questionnaire par mail avec rappel téléphonique. **Résultats:** 312 actes de télé médecine dont 120 télésuivis ont été réalisés depuis novembre 2014 (94 % de téléconsultations, 6 % de téléexpertises). 24 % des demandes concernaient les troubles du comportement chez le patient atteint de pathologie cognitive, 15 % la psychiatrie, 16 % les plaies chroniques, 14 % les escarres, 2 % les soins palliatifs et démarche éthique. Parmi les 28 % de demandes gériatriques, nous retrouvons par ordre décroissant : l'hypertonie déformante acquise, la dermatologie, les douleurs chroniques, la gastro-entérologie. Dans 50 % des cas, au moins une thématique a été abordée en plus de la demande initiale, avec par ordre de fréquence : la douleur, les dermites irritatives, la nutrition et la iatrogénie médicamenteuse. Les patients étaient âgés de  $85 \pm 8$  ans, majoritairement des femmes (sex ratio : 1/3), dépendants (GIR moyen  $2 \pm 1$ ), atteints de troubles cognitifs (MMSE moyen  $16 \pm 6$ ), polymédicamentés ( $8 \pm 3$  traitements/j) avec une moyenne de  $1,4 \pm 1$  comorbidité classée CIRS-G3 et une moyenne de  $1 \pm 0,6$  comorbidité classée CIRS-G4. Dans 63 % des cas, un avis spécialisé a été évité, 14 % un hôpital de jour et dans 7 % des cas une hospitalisation. Les propositions du centre expert concernant un diagnostic, une adaptation thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse étaient respectivement de : 37 %, 85 %, 40%. L'arrêt des thérapeutiques concernait 32 % des propositions thérapeutiques portant sur les neuroleptiques, les ISRS et les antidiabétiques oraux. Dans 13 % des cas, une augmentation de posologie était souhaitable (antalgiques), une diminution de dose dans 8 % des cas (ISRS, benzodiazépines, neuroleptiques). Des prescriptions anticipées étaient réalisées dans 44 % des cas (antalgiques, laxatifs et benzodiazépines). Dans 17 % des cas une adaptation de galénique était nécessaire. Concernant le questionnaire, 20 EHPAD ont répondu. Le délai d'obtention du RDV était jugé très satisfaisant dans 68 % des cas et satisfaisant pour 32 %. La durée de téléconsultation est jugée très satisfaisante pour 63 % des répondants, satisfaisante pour 37 %. 68 % des EHPAD jugent la réponse apportée par le centre expert très satisfaisante et 32 % satisfaisante. Aucun peu satisfait ni insatisfait pour ces 3 paramètres. 16 % des centres requérant évaluent à 100 % le suivi des propositions, pour 68 % le suivi est estimé entre 75-99 % et pour 16 % entre 50-75 %. Les recommandations les moins suivies concernent essentiellement l'arrêt des psychotropes. Les attentes des centres requérants concernent la prise en charge : des patients douloureux chroniques, des pathologies bucco-dentaires, l'aide à l'optimisation thérapeutique. **Conclusion:** Le projet télé médecine en EHPAD semble trouver une place dans le parcours de soin de la personne âgée résidant en EHPAD avec un accès à un avis spécialisé à distance, évitant le déplacement du patient - source d'inconfort et permettant une prise en charge personnalisée par échanges avec l'équipe soignante. L'avenir s'annonce prometteur avec de nouvelles thématiques en perspectives et une ouverture sur le secteur libéral via la mobilité et les EHPAD ressources pour les SSIAD et HAD

**O6-6****PLAIES'MOBILE : Création d'une application Smartphone pour la prise en charge locale des escarres en médecine générale**

T. Force (1) ; L. Force (2) ; L. Caillard (3)

*(1) Diplôme d'études spécialisées de médecine générale, Université Paris Diderot, Paris; (2) Étudiant ingénieur informatique, Pôle Universitaire Léonard de Vinci, Courbevoie; (3) Gériatrie, Hôpital Broca, Paris*

**Introduction:** Les escarres à domicile représentent entre 70 000 et 112 000 patients de plus de 65 ans en France. La prise en charge ambulatoire reste complexe et chronophage pour les médecins généralistes. Aujourd'hui, 94% des médecins utilisent leur Smartphone durant leur consultation. L'objectif est la création d'une application Smartphone simple et pratique pour la prise en charge locale des escarres en médecine générale. **Méthodes:** Type d'outil : création d'une application pour tous types de Smartphone. Référentiels utilisés pour la création: algorithme décisionnel travaillé sur la base de l'application AMELI, des recommandations ANAES et de l'échelle colorielle Red/Yellow/Black. Travail réflexif et collaboratif réalisé avec un interne en Médecine Générale, un étudiant ingénieur informatique et un médecin gériatre. Programmation de l'application : réalisée par une équipe de six étudiants ingénieurs informatiques du Pôle Universitaire Léonard de Vinci à Courbevoie 92400. Durée du travail : 12 mois. Pas de conflit d'intérêt : application gratuite, sans publicité, indépendante des laboratoires et en Dénomination Commune Internationale (DCI). **Résultats:** L'application PLAIES MOBILE créée est utilisable sur tous Smartphones. Elle se présente sous forme d'un arbre décisionnel selon la couleur de la plaie, la profondeur et l'exsudat. La première fenêtre propose de choisir la couleur prédominante de l'escarre : Jaune, rouge, noire. La deuxième interface propose de choisir la profondeur de la plaie, puis une troisième, la quantité de l'exsudat. A chaque proposition, est associée une photographie indicative pouvant aider à orienter le médecin. Au total, 13 possibilités de type d'escarres sont proposées selon l'arbre décisionnel. A la fin de l'arbre décisionnel, un pansement adapté spécifique au type de l'escarre décrite est proposé. L'application a été mise en service le 01/06/2016. Le téléchargement de l'application peut se faire par mail. Un portage sur les plateformes de téléchargement classique est prévu. **Conclusion:** L'application smartphone PLAIES MOBILE permet de guider le traitement local des escarres et représente une aide pour le médecin généraliste dans sa pratique. Perspective : Nous avons prévu une démonstration de l'application auprès de cinquante médecins généralistes en région parisienne puis une enquête de satisfaction afin d'améliorer notre application.

**O6-7****Nouveau modèle innovant de prise en charge de la perte d'autonomie à domicile chez le sujet âgé à domicile associant auxiliaire de vie, activités physiques adaptées et aides technologiques - Etude pilote T4H**C. Moreau (1) ; N. Oubaya (2) ; C. Schonheit (1) ; L. Salgado (3); I. Cara (1) ; V. Curtis (1) ; F. Canoui-Poitrine (2) ; A. Meziere (1)  
*(1) Ssr orthogériatrique, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine; (2) Santé publique, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (3) Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*

**Introduction:** Le maintien à domicile du sujet âgé dépend essentiellement du niveau d'autonomie motrice. L'objectif de cette étude princeps vise à évaluer l'impact sur la mobilité et l'autonomie

des patients âgés à risque élevé de chute et/ou en perte d'autonomie motrice, d'une intervention à domicile de 3 mois encadrée par une auxiliaire de vie et associant des technologies pour l'autonomie à la réalisation d'un programme d'activités physique adaptées (APAs).

**Méthodes:** Il s'agit d'une étude expérimentale, prospective, randomisée, monocentrique, contrôlée, en groupes parallèles, en cluster comparant un groupe de patients bénéficiant du programme d'intervention (groupe expérimental avec APAs et Technologies) à un groupe ayant une prise en charge habituelle (groupe témoin), les deux groupes nécessitant la prescription de séances de kinésithérapie à domicile et une prise en charge médico-sociale. L'efficacité de l'intervention est mesurée en début et en fin d'expérimentation en comparant les deux groupes au moyen de 4 indicateurs : le test du Timed up and go, le test de l'appui unipodal, le questionnaire d'autonomie de Barthel et le questionnaire de qualité de vie de Duke. L'acceptabilité est mesurée au moyen d'un questionnaire de satisfaction réalisé à la fin du temps d'intervention. **Résultats:** 36 personnes âgées de 75 ans et plus ayant une autonomie classée en GIR 4, 5 ou 6 domiciliées à Ivry ou Vitry-sur-Seine (94) ont participé. En terme d'efficacité, sont retrouvées une tendance favorable sans différence significative sur le risque de chute et de réhospitalisation ainsi qu'une amélioration du score de qualité de vie de Duke dans le groupe traité. En terme d'acceptabilité, pour 79 % des sujets, le programme est plaisant et pour 86 % il n'apporte pas de contrainte supplémentaire. 14 % des sujets sont convaincus de l'impact du programme sur leurs gestes de la vie quotidienne mais 50 % des sujets ressentent une restriction de leur espace vital dû au tapis de marche qu'ils ont trouvé par ailleurs d'une grande facilité, simplicité et sécurité d'usage. Le support tablette permettant de dispenser le programme d'activités physiques a permis aux auxiliaires de vie d'avoir une aide précieuse et aux sujets de favoriser et maintenir leur motivation tout au long de l'étude. Le couple auxiliaire de vie/personne âgée a été un élément déterminant dans la bonne réalisation de cette étude. Les auxiliaires de vie ont su s'adapter aux profils des différents patients et ainsi maintenir la motivation de ces derniers et ce, malgré la charge de travail supplémentaire et la fatigue engendrés chez les auxiliaires de vie.

**Conclusion:** Cette étude ne retrouve pas de bénéfice de l'intervention en terme d'autonomie chez les personnes âgées. Néanmoins, les résultats semblent être en faveur d'un effet favorable sur le risque de chute et d'hospitalisation non programmée bien que statistiquement non significatif en raison du faible effectif. Les technologies sont globalement bien acceptées par la personne âgée dans le cadre du programme d'APAs au domicile. L'expérimentation par ailleurs montre que l'application sur tablette du programme d'APAs est totalement applicable. Des exigences organisationnelles et structurelles apparaissent comme nécessaires pour répondre au mieux au rythme de vie du patient, à ses capacités et à sa motivation et rendre ainsi le programme applicable en pratique courante.

**O6-8****CAREGIVERSPRO-MMD: une plateforme digitale intelligente pour aider les patients atteints de maladie d'Alzheimer et soutenir leurs aidants**

M. Bérard (1) ; L. Malherbe (2) ; T. Simon (3) ; M. Touffet (1) ; A. Bounacer (4) ; N. Kadri (2) ; I. Landrin (2)

(1) *Hôpital d'oissel, CHU De Rouen, Rouen*; (2) *Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen - Hôpital St Julien, Rouen*; (3) *Gériatrie, CHI Elbeuf-Louviers, Elbeuf*; (4) *Recherche, C.H.U Rouen, Rouen*

**Introduction:** La maladie d'Alzheimer est source d'épuisement pour les aidants. Des programmes de soutien grâce aux nouvelles technologies se développent pour les aidants mais ils ne sont pas toujours accessibles ou ne sont pas personnalisés. **Méthodes:** Ce travail multidisciplinaire et européen consiste à développer un outil informatique adapté aux patients atteints de troubles neurocognitifs et à leurs aidants. Cet outil par le biais d'algorithmes délivrera des contenus personnalisés en fonction des symptômes répertoriés. L'objectif de cette plateforme est d'apporter aux aidants, tout au long de l'évolution de la maladie de leur proche, un soutien sous différentes formes : 1- évaluation et suivi des symptômes cliniques de la maladie, de l'adhérence aux traitements, dépistage des troubles psycho-comportementaux des patients et du burn-out de l'aidant, 2- apport d'informations et formations des aidants adaptés aux symptômes présentés et au stade de la maladie, 3- accès à un réseau social spécifique et sécurisé dans le but de permettre aux aidants de rompre leur isolement par le partage d'expériences, 4- recueil d'informations ciblées à destination de l'équipe médico-sociale. Une étude cas-témoins incluant 600 dyades est prévue en 2017 dans 4 pays européens (France, Espagne, Italie, Royaume-Uni) afin d'évaluer l'apport et l'impact médicaux, sociaux et économiques de l'utilisation des nouvelles technologies dans le plan de soins des patients et de leurs aidants. **Résultats:** Un recueil global d'informations des symptômes de la maladie et des risques d'épuisement de l'aidant doit permettre d'assurer un meilleur suivi de la maladie et de proposer un contenu adapté aux aidants. Les étapes et les résultats du développement de cette plateforme seront présentés. **Conclusion:** L'apport des nouvelles technologies dans le suivi et la prise en charge des maladies neurocognitives est une perspective intéressante. Toutefois, ce développement doit tenir compte des besoins de l'utilisateur au fil de l'évolution de la pathologie. "This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation program under grant agreement N° 690211"

**O6-9****Conception d'une écocité : approche médico-sociale collaborative**

V. Rialle (1) ; F. Lignères (2) ; D. Renard (3) ; C. Jeandel (4)

(1) *Chu de grenoble alpes et université grenoble alpes, Société française des technologies de l'autonomie et de gérontechnologie, Grenoble et Paris*; (2) *Accapdis conseil, Développeur économique, Montpellier*; (3) *Icade, Promoteur, Montpellier*; (4) *Gérontologie, C.H.U. de Montpellier, Montpellier*

**Introduction:** L'ambition de créer des villes ou quartiers capables d'harmoniser toutes les activités humaines est au cœur des projets de « villes intelligentes » (smart city) et d'« écocités » qui se développent à grands pas dans le monde. Ces projets visent une organisation sociétale efficiente dans une perspective de paix

sociale, de développement durable et d'amélioration de la qualité de vie. La dimension « santé » y reste encore peu développée, mais de nombreuses initiatives sous tendues par de nouvelles lois vont dans leur sens. Réalisée pour les besoins d'un appel d'offre publique (AOP) d'écocité, l'étude dont nous présentons ici les résultats anonymisés présente une architecture complète de la dimension médicosociale et « silveréconomique » d'un projet d'écocité. Elle constitue l'une des branches d'un projet urbain plus large de territoire pilote incluant problématique hydraulique, biodiversité, modes de vie et de consommation, mobilité et lien social. **Méthodes:** Les spécificités médicosociale et silveréconomique devaient répondre à un cahier des charges (CC) détaillé de l'AOP concernant le maintien à domicile, la participation à la vie sociale et l'action pour la santé des personnes âgées dans un cadre de vie adapté aux seniors, favorisant les offres de services et l'implantation d'acteurs économiques liés au thème du vieillissement. La conception d'un centre médical et d'une résidence adaptée aux seniors actifs ou fragiles (RS) et celle d'un Pôle Tertiaire (PT) consistant en une zone dédiée au développement d'entreprises étaient également demandée. Une équipe pluridisciplinaire de 4 experts couvrant les thématiques exigées (gériatre, gérontechnologue, développeur économique et aménageur) a été réunie. Une étude bibliographique a été conduite et plusieurs séances de travaux de l'équipe ont eu lieu durant 3 mois. **Résultats:** En résumé, un ensemble des fonctions et des compétences répondant au CC a été proposé au carrefour des 3 grandes sphères : médicale et médico-sociale, entrepreneuriale et de vie citoyenne. Deux fonctions d'animation majeures, définies sur des compétences distinctes et complémentaires, dominent le modèle: l'une médico-sociale côté RS et l'autre liée au développement économique et entrepreneurial côté PT. Leur caractéristique commune est de se déployer de manière intercurrentes : l'une avantage l'autre et réciproquement en un cercle vertueux. En outre, les deux animent conjointement une structure de Laboratoire Vivant (Living Lab). Le fil directeur de l'ensemble des activités de l'animateur PT est de promouvoir, notamment par une approche coworking et suivant les principes Living Lab (ces 2 notions étant partagées au niveau international), l'innovation industrielle et de service. En lien étroit avec l'animateur PT, animateur RS développe quant à lui l'ensemble des fonctions et activités liées au parcours de vie et de santé des âgés. PT et RS partagent - notamment dans le cadre d'une (charte éthique) - une perspective intergénérationnelle, de mixité sociale, de formation et d'emploi aussi bien dans les métiers du soin, de l'accompagnement, des services que dans ceux des autres secteurs de développement économique et industriel. Un Comité de pilotage global réunissant habitants de l'écocité et personnes qualifiées extérieures permet une régulation interne (l'agir local) et un lien étroit avec des compétences extraterritoriales incluant l'international (le penser global). **Conclusion:** Partant d'un double ancrage social-gérontologique et d'aménagement-management de l'innovation, le modèle proposé se veut à la fois précis, pratique au niveau local, et de nature à répondre aux défis et mutations que vivent de nombreuses communautés urbaines et de territoires en développement de la planète. Il fait écho à de nombreuses initiatives qui se développent simultanément telles que « Villes Amies des Aînés » (OMS), Active and Healthy Aging, smart city, coworking, économie du partage et silver economy.

## 07. THÉRAPEUTIQUE / BIOLOGIE

### 07-1

#### Développement d'un référentiel international sur les critères à mesurer (core outcome set) dans les essais cliniques sur l'optimisation thérapeutique chez les sujets âgés

JB. Beuscart (1) ; W. Knol (2) ; S. Cullinan (3) ; C. Schneider (4) ; O. Dalleur (5) ; B. Boland (6) ; S. Thevelin (5) ; P. Jansen (2) ; D. O'mahony (7) ; N. Rodondi (4) ; A. Spinewine (5)

(1) *Médecine aigue gériatrique, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*; (2) *Geriatric medicine and ephor, University Medical Center Utrecht, Utrecht, Pays-Bas*; (3) *School of pharmacy, University College Cork, Cork, Irlande*; (4) *Department of general internal medicine, Inselspital, University Hospital of Bern, Bern, Suisse*; (5) *Louvain drug research institute, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique*; (6) *Gériatrie, B2.1053, Cliniques univ. St-Luc, Louvain, Belgique*; (7) *Geriatric medicine, University College Cork, Cork, Irlande*

**Introduction:** Lors de revues systématiques de la littérature, la comparaison des essais cliniques peut être entravée par l'hétérogénéité des critères de jugement utilisés. En outre, les critères qui comptent le plus pour les patients peuvent être omis. Un référentiel international sur les critères à mesurer (référentiel-COS, pour core outcome set) répond à cette problématique, car il définit un ensemble de critères qui doivent être mesurés dans tous les essais cliniques dans un domaine de la recherche. Ce travail s'intègre dans le cadre du projet européen OPERAM et a pour objectif de développer un référentiel-COS pour les essais cliniques sur la révision de la médication chez les patients âgés. **Méthodes:** Tout d'abord, les critères de jugement éligibles ont été identifiés grâce à une revue systématique des essais sur la révision de la médication chez les patients âgés et 15 entretiens avec des patients âgés. Ensuite, une enquête Delphi internationale en trois tours, incluant des patients, des professionnels de santé et des experts, a été menée pour valider la liste des critères de jugement à inclure dans le référentiel-COS. Des réunions de consensus ont été réalisées pour valider les résultats. **Résultats:** 64 critères éligibles ont été identifiés à partir de 47 articles et 32 protocoles d'essais cliniques, ainsi que des 15 entretiens. Parmi 164 participants invités à l'enquête Delphi, 150 ont répondu au Tour 1, et 129 à l'ensemble des trois Tours. Un consensus a été atteint sur 9 critères de jugement. Sept résultats ont été considérés comme réalisables dans tous les essais : hospitalisations liées aux médicaments ; interactions médicamenteuses cliniquement significatives ; surutilisation des médicaments (overuse) ; sous-utilisation de médicaments (underuse) ; médicaments potentiellement inappropriés ; qualité de vie ; contrôle de la douleur. Des questions de faisabilité ont été soulevées pour deux résultats: effets indésirables graves liés aux médicaments ; adaptation du dosage des médicaments selon la fonction rénale. **Conclusion:** Les critères de jugement inclus dans ce référentiel-COS peuvent être recommandés pour être utilisés dans tous les futurs essais cliniques sur la révision de la médication chez les patients âgés.

### 07-2

#### Physiopathologie de l'arthrose : Impact de l'IGF-1 sur la production de métalloprotéases matricielles, dépendante de l'activité NADPH Oxydase 4, dans le chondrocyte

S. Drevet (1) ; G. Gavazzi (1) ; P. Couturier (1) ; J. Tonetti (2) ; P. Merloz (2) ; P. Gaudin (3) ; B. Lardy (4)

(1) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes, Grenoble*; (2) *Clinique universitaire d'orthopédie et traumatologie, CHU Grenoble Alpes, Grenoble*; (3) *Clinique universitaire de rhumatologie, CHU Grenoble Alpes, Grenoble*; (4) *Département de biochimie, CHU Grenoble Alpes, Grenoble*

**Introduction:** L'arthrose est caractérisée par une dysrégulation du chondrocyte favorisant le catabolisme. Le cartilage est composé d'un seul type cellulaire, le chondrocyte. La surexpression de métalloprotéases matricielles (MMPs) dégrade la matrice extracellulaire et l'apoptose des chondrocytes induit une perte d'homéostasie cartilagineuse. Le stress oxydant est un élément clé physiopathologique de l'arthrose et la NADPH Oxydase (Nox4) est la seule oxydase exprimée dans le chondrocyte. L'arthrose est une maladie chronique, invalidante, à haute prévalence. Elle ne bénéficie aujourd'hui d'aucun traitement curatif. **Méthodes:** L'objectif principal de l'étude était de déterminer l'impact de l'IGF-1 sur la production de métalloprotéases matricielles, dépendante de l'activité NADPH Oxydase 4 dans le chondrocyte immortalisé C-20/A4. Sur des cultures cellulaires de chondrocytes immortalisés C-20/A4, nous avons utilisé des vecteurs viraux afin de sur-exprimer le gène d'intérêt Nox4. Nous avons stimulé ces cultures cellulaires par de l'IL-1 $\beta$  (20ng/ml) ou de l'IGF-1 (200ng/ml) et mesuré l'expression des ARNm codant pour des MMPs en RT-PCR quantitative. **Résultats:** Nous avons pu confirmer que la stimulation par IL-1 $\beta$  induisait une augmentation d'expression des ARNm codant pour MMP-1 et MMP-13. Nous avons montré pour la première fois que l'expression des ARNm codant pour MMP-9 pouvait être augmentée. Il semble que cet effet IL-1 $\beta$  dépende de Nox4. En effet, en l'absence de Nox4, nous n'observons pas d'augmentation d'expression des MMPs. L'impact de l'IGF-1 sur l'expression des MMPs a déjà été étudié mais le rôle de Nox4 dans cette voie de signalisation n'a jamais été exploré. IGF-1 est connu pour son effet anabolique associé à une réduction d'expression des MMPs. Cet effet protecteur semble être réversé par des stimulations à doses élevées d'IGF-1. En effet, nous avons observé une majoration de l'expression des MMPs notamment 9 et 13, par une stimulation à 200ng/ml d'IGF-1. La sur-expression de Nox4 dans nos cellules pourrait être impliquée, en sensibilisant les cellules à l'effet de l'IGF-1. **Conclusion:** La physiopathologie de l'arthrose est complexe et implique différentes voies de signalisation. Le stress oxydant notamment médié par Nox4 semble être un des éléments clés de ce processus catabolique. Nox4 constitue une cible thérapeutique d'intérêt d'autant qu'elle semble être l'unique NADPH oxydase exprimée dans le chondrocyte. D'autre part, la recherche fondamentale autour du rôle d'IGF-1 dans le chondrocyte arthrosique apparaît particulièrement prometteuse. En effet, une protéine anti-vieillesse nommée Klotho pourrait inhiber la signalisation d'IGF-1 et très probablement ses conséquences délétères sur le cartilage. Certains polymorphismes du gène Klotho seraient associés à une survenue d'arthrose notamment de gonarthrose. Klotho pourrait permettre à terme d'ouvrir la voie à une nouvelle approche thérapeutique de l'arthrose.

**O7-3****Hypervitaminémie B12 ET pathologies malignes: à propos d'une étude prospective dans une unité gériatrique aiguë**

AA. Zulfiqar (1) ; A. Sebaux (2) ; N. Kadri (1) ; J. Doucet (1) ; M. Dramé (3) ; E. Andres (4)

(1) *Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen*; (2) *Département de médecine interne et gériatrie, CHU Reims, Reims*; (3) *Unité d'aide méthodologique, CHU, Reims*; (4) *Département de médecine interne, Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg*

**Introduction:** Aucun consensus ne définit à ce jour la conduite à tenir devant la découverte d'une vitamine B12 élevée. **Méthodes:** Étude transversale, dans un service de gériatrie aiguë entre le 26 mars et le 30 juin 2014 recueillant tous les patients de plus de 65 ans présentant une hypervitaminémie B12. Pour chaque patient : le sexe, l'âge, le motif d'hospitalisation, les habits (consommation d'alcool, apport exogène de vitamine B12), la présence dans leurs antécédents médicaux d'hémopathies, de néoplasies solides, d'hépatopathies aiguës ou chroniques, de maladies inflammatoires, le taux sérique de vitamine B12, le taux sérique de folates érythrocytaires, la numération formule sanguine et la formule leucocytaire, l'albuminémie, la clairance MDRD de la créatinine, le bilan hépatique complet, le ou les diagnostics retenus expliquant l'élévation du taux sérique de vitamine B12 (néoplasies solides, hémopathies malignes, hépatopathies aiguës/chroniques, insuffisance rénale, maladies inflammatoires/auto-immunes, excès d'apport en vitamine B12). La distinction entre antécédent connu et découverte a été faite pour les pathologies suivantes : néoplasies solides, métastases, hémopathies malignes, maladies auto-immunes.

**Résultats:** 190 patients ont été hospitalisés, 48 présentaient une hypervitaminémie B12 (25,3%). Le sex-ratio de la population ayant une vitamine B12 augmentée est de 0,5. A titre informatif 10 patients présentaient une carence en B12 (5,3%) durant cette même période. L'âge moyen est de 84 ans ( $\pm 7$  ans). La moyenne du taux de vitamine B12 est de 1085 pg/ml ( $\pm 428$ ). Dans le groupe Hypervitaminémie B12 : Une néoplasie solide était retrouvée chez 16 patients (34%), dont 9 étaient connues (19,1%), et 7 avaient été découvertes durant la période d'inclusion (14,9%). Des métastases étaient retrouvées chez cinq patients (6,4%), dont deux présentaient des métastases hépatiques découvertes au cours de la période d'inclusion (4,3%). Une hémopathie était retrouvée chez 12 patients (25,5%), neuf avaient été détectées durant la période d'inclusion (19,15%). On retrouvait dans cette population une leucémie myéloïde chronique déjà connue, et découverte de deux syndromes myélodysplasiques dont une anémie sidéroblastique. Présence de huit gammopathies monoclonales de significations indéterminées (MGUS) dont une seule était connue. Aucun patient ne présentait d'hyperéosinophilie. Une hyperleucocytose réactionnelle (Leucocytes  $> 15$  G/L) était retrouvée chez quatre patients présentant une hypervitaminémie B12, dont trois avaient également deux autres étiologies associées. Le nombre d'étiologies expliquant la présence d'une hypervitaminémie B12 était en moyenne de 2 ( $\pm 1$ ) pour un nombre d'étiologies retrouvées allant de zéro à quatre. Huit patients n'avaient pas de pathologies pouvant expliquer l'élévation de la vitamine B12. Une maladie auto-immune/inflammatoire était retrouvée chez 8 patients (17%), dont 7 étaient déjà connues. Découverte d'un lupus. Une insuffisance rénale était retrouvée chez 20 des 48 patients (41,7%), une insuffisance rénale aiguë chez 9 d'entre eux (18,75%), une insuffisance rénale chronique (Clairance  $< 60$  ml/min) chez 14 patients (29,2%), dont 4 avaient une insuffisance rénale chronique

sévère (Clairance  $< 30$  ml/min). Une hépatopathie était retrouvée chez 24 patients (51,1%), 18 présentaient une hépatopathie aiguë (38,3%), 10 une hépatopathie chronique (21,3%). Un excès d'apport en vitamine B12 était retrouvé chez un seul patient lors de notre étude (patient traité pour une maladie de Biermer). En analyse univariée, les facteurs significativement liés à l'hypervitaminémie B12 (n=48) étaient : l'insuffisance rénale aiguë (p=0,0002) ; les hépatopathies (aiguës ou chroniques (p<0,0001) ; les hépatopathies aiguës (p<0,0001) ; les hépatopathies chroniques (p=0,029) ; les néoplasies solides (p=0,0030). Les métastases hépatiques étaient à la limite de la significativité (p=0,0622). Dans notre étude il semble exister une corrélation entre le taux de l'hypervitaminémie B12 et le nombre d'étiologies retrouvées (p=0,0422). En analyse multivariée, les variables indépendamment liées à l'hypervitaminémie B12 étaient : l'insuffisance rénale aiguë : (OR= 6,3 ; p<0,0001) ; les hépatopathies (OR= 5,4 ; p<0,0001) ; les maladies hématologiques (OR= 5,7 ; p=0,0017). De plus la population âgée de moins de 75 ans était plus sujette à la survenue d'une hypervitaminémie B12 (OR= 3,7 ; p=0,0416). **Conclusion:** L'hypervitaminémie B12 en gériatrie pourrait être un réel marqueur dans l'orientation diagnostique et pronostique de ces affections malignes.

**O7-4****Supplémentation en Vitamine D chez les résidents d'EHPAD: étude randomisée contrôlée d'un protocole de charge unique comparé à un protocole personnalisé**

PO. Lang (1) ; C. Delomas (2) ; M. Hertzog (2) ; T. Vogel (3)  
(1) *Gériatrie, CHUV, Lausanne, Suisse*; (2) *Gériatrie, Clinique du Diaconat, Colmar*; (3) *Gériatrie, CHU de Strasbourg, Strasbourg*

**Introduction:** Évaluer l'efficacité et l'innocuité d'un protocole unique de charge en cholécalférol chez des résidents d'EHPAD sans dosage préalable du taux de 25(OH)VitD. **Méthodes:** Type d'étude: étude randomisée contrôlée en simple aveugle. Participants: Tous les résidents d'un même EHPAD. Intervention: 4 x 100 000 IU à prendre toutes les 2 semaines (groupe de traitement) ou supplémentation individualisée selon le taux sérique de 25(OH)VitD (groupe de contrôle). Mesures: 25(OH)VitD, calcémie, phosphore, parathormone, phosphatases alcalines, et de créatinine ont été mesurés 7 jours après la dernière dose dans les deux groupes, et à l'inclusion dans le groupe témoin. **Résultats:** 111 résidents (âge moyen 85,1  $\pm$  6,7 ans) ont été randomisés dans le groupe traitement (N = 53) ou dans le groupe contrôle (n = 58). Aucune différence significative en termes de caractéristiques démographiques, de risque d'ostéoporose et des antécédents n'a été mesurée. Avant toute supplémentation 37,9 %, 25,5 % et 5,2 % avaient respectivement des taux de 25(OH)VitD sous-optimaux, insuffisants et déficitaires. Quel que soit le groupe d'étude, au 7e jour après la dernière dose de cholécalférol, 100 % des résidents avaient atteint un taux de 25(OH)VitD  $\geq 20$  ng/mL (valeur p pour la non-infériorité  $< 0,001$  et la valeur de p pour la supériorité p = 1,00) et 93,6 vs 88,2 % des valeurs  $\geq 30$  ng / mL dans le groupe de traitement et de contrôle respectivement (valeur p pour la non-infériorité  $<$  valeur 0,01 et p pour la supériorité p = 0,48). Tandis que valeur moyenne a été plus élevée dans le groupe de traitement (50,2  $\pm$  15,4 vs 35,8  $\pm$  6,5 ng / mL ; p  $< 0,0001$ ), aucun des participants n'a eu de valeur  $> 150$  ng / mL. Aucun effet indésirable biologique n'a été observé. **Conclusion:** Cette étude a confirmé qu'un protocole de charge unique est au moins aussi efficace et sûr qu'une supplémentation adaptée aux valeurs de 25(OH)VitD. Il apparaît raisonnable dans cette population vulnérable de ne pas dose la 25(OH)VitD avant

d'initier une supplémentation avec ce protocole de supplémentation qui apparaît bien toléré et efficace.

### O7-5

#### Effets d'une complémentation de 3 semaines par la citrulline (Cit) sur le turn over protéique chez des patients âgés dénutris

C. Aussel (1) ; J. Melchior (2) ; C. Faure (3) ; M. Paul (4) ; F. Canoui-Poitrine (5) ; Y. Boirie (6) ; D. Chevenne (7) ; C. Forasassi (8) ; P. Le Corvoisier (9) ; N. Neveux (10) ; V. Nivet Antoine (11) ; A. Astier (12) ; A. Rayniad-Simon (13) ; L. Cynober (10) ; O. Bouillanne (14)

(1) *Ucore, hu est parisien, Hôpital Rothschild Assistance Publique-Hopitaux de Paris, Paris*; (2) *Unité de nutrition clinique, Hôpital Raymond-Poincaré, Garches*; (3) *Ea 4466, lbn, Université Paris Descartes, Paris*; (4) *Département de pharmacie, Hôpital Henri Mondor, Créteil*; (5) *Santé publique, Hôpital Henri Mondor, Créteil*; (6) *Service de nutrition clinique, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand*; (7) *Département de biochimie et hormonologie, Hôpital Robert Debre, Paris*; (8) *Service de gériatrie, Hôpital Rothschild, Paris*; (9) *Centre d'investigation clinique 1430, hôpital henri mondor, Créteil*; (10) *Département de biochimie, Groupe Hospitalier Cochin-Hôtel Dieu, Paris*; (11) *Département de biochimie, département de Biochimie, Paris*; (12) *Département de pharmacie, Département de Pharmacie, Créteil*; (13) *Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*; (14) *Département de gérontologie, Hôpital Emile-Roux, Limeil-Brévannes*

**Introduction:** La sarcopénie, perte progressive de la masse et de la fonction musculaires est liée au vieillissement et peut être aggravée par la dénutrition. Chez la personne âgée, la résistance à l'anabolisme musculaire peut être en partie expliquée par la séquestration splanchnique des acides aminés (AAs) d'où un défaut de synthèse protéique musculaire. La Cit a la propriété de stimuler la synthèse protéique musculaire chez le rat âgé. Nous posons l'hypothèse que la Cit stimulerait la synthèse protéique chez la personne âgée dénutrie en modifiant la séquestration splanchnique des AAs. **Méthodes:** Cette étude prospective, randomisée et multicentrique a inclus 29 patients âgés dénutris hospitalisés en soins de suite gériatrique. Ils recevaient tous, pendant 20 jours, par voie orale, soit 10 g de Cit soit un mélange équimolaire de 6 AAs non essentiels (AANE) comme placebo isoazoté. La masse musculaire appendiculaire est mesurée par DEXA à J1 et J20. Le turn over protéique corps entier, la vitesse de synthèse fractionnaire d'albumine (reflet de la synthèse protéique hépatique), la séquestration splanchnique ont été mesurés le 21<sup>ème</sup> jour par une technique de dilution isotopique utilisant la 13C-Leucine et la 3D-Leucine, chez des patients à jeun depuis 12 heures et en situation postprandiale simulant un repas sur 3 heures. La citrulline est ingérée au début de ces trois heures. **Résultats:** 24 patients ont terminé l'étude. Dans le groupe CIT la masse musculaire appendiculaire, exprimée en % entre J1 et J20, est significativement augmentée (1.42 [-1.07;6.30] vs 5.40 [1.76;11.32]). Il n'y a pas de modification du turn over protéique ni du NOLD qui représente la synthèse protéique corps entier. La vitesse fractionnaire de synthèse de l'albumine n'est pas modifiée. En revanche, il existe une diminution de l'extraction splanchnique des AAS chez les patients traités par la Cit. On observe une augmentation de la différence de l'aire sous la courbe des AAs totaux dans le sang périphérique (les AANE du traitement sont soustraits), entre l'état de jeune et postprandial, chez les patients ayant reçu la Cit (1804.0 [1224.0;2091.0]  $\mu\text{mol.h/l}$ ) comparé aux témoins

(821.0 [657.2 ;1140.2]  $\mu\text{mol.h/l}$ )  $p < 0.01$ . AANE: Acides aminés non essentiels; CIT : citrulline ; MM: Masse maigre ; NOLD: Non Oxidative Leucine Disposal; FSR: vitesse de synthèse fractionnaire. Les valeurs sont exprimées sous forme de la médiane, quartile [Q1-Q3]. a Test de Wilcoxon pour échantillons non appariés (CIT vs AANE). **Conclusion:** Cette étude démontre que la Cit n'a d'effet ni sur la synthèse protéique corps entier ni sur la synthèse protéique hépatique. En revanche, elle tend à diminuer la séquestration splanchnique des acides aminés et augmente leur biodisponibilité en périphérie, qui pourrait expliquer l'augmentation de la masse maigre des sujets traités par la citrulline. Elle pourrait représenter un soutien nutritionnel intéressant chez les personnes âgées dénutries en cours de convalescence.

	Etat de Jeune			Etat Post prandial		
	AANE n = 13	CIT n = 11	P #	AANE n = 13	CIT n = 11	P #
Flux total de 13C-Leucine ( $\mu\text{mol.kg MM}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$ )	2.6 [2.2 ; 2.9]	2.5 [2.3 ; 2.7]	0.94	3.0 [2.5 ; 3.4]	3.4 [2.7 ; 3.6]	0.66
NOLD ( $\mu\text{mol.kg MM}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$ )	2.1 [2.0 ; 2.5]	2.2 [1.9 ; 2.3]	0.98	2.1 [1.9 ; 2.4]	1.7 [1.7 ; 2.7]	0.54
FSR of albumin (%/j)	7.0 [5.7 - 7.2]	5.9 [5.0 - 7.2]	0.40	10.0 [9.4 - 11.9]	10.5 [8.8 - 15.1]	0.03
Extraction splanchnique (%)				45.2 [26.2 ; 58.4]	60.3 [48.3 ; 69.9]	0.09

### O7-6

#### Etude de la consommation chronique d'inhibiteurs de la pompe à protons en EHPAD

R. Van Overloop (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Sainte Musse, Toulon*

**Introduction:** Contexte : La consommation d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ne cesse d'augmenter. La littérature scientifique est riche, pourtant peu d'études se sont intéressées aux motifs de prescriptions chroniques d'IPP chez les personnes âgées institutionnalisées. Hypothèses : 1/ La consommation d'IPP serait importante chez les sujets âgés institutionnalisés. 2/ Il existerait un mésusage des prescriptions au long cours d'IPP parmi les résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), notamment lorsqu'ils sont co-prescrits avec un anti-agrégant plaquettaire (AAP) et/ou un anticoagulant (AC). Objectifs: 1/ évaluation quantitative et qualitative de la consommation d'IPP sur l'année 2013 dans 100 EHPAD. 2/ parmi un échantillon de consommateurs chroniques d'IPP répartis dans 4 EHPAD : (i) confronter les indications aux recommandations officielles, afin de mettre en évidence les prescriptions appropriées et celles potentiellement inappropriées ; (ii) étudier les médications associées à un usage prolongé d'IPP. **Méthodes:** Deux études complémentaires ont été réalisées. 1/ une première étude descriptive, observationnelle, rétrospective, multicentrique, incluant les résidents ayant bénéficié d'au moins une prescription d'IPP, au sein de 100 EHPAD français du groupe KORIAN, au cours de l'année 2013. 2/ une seconde étude observationnelle, rétrospective, multicentrique, parmi un échantillon de consommateurs chroniques d'IPP (au moins 3 mois consécutifs), au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Analyse des indications d'IPP retenues dans les dossiers médicaux avec étude des co-prescriptions d'AAP et AC. **Résultats/** 1/ Parmi 12 739 résidents, 5 084 (40 %) avaient consommé un IPP en 2013. L'analyse de 157 052 ordonnances révélait la présence d'un IPP sur 35 542 (22.6 %)

d'entre elles, dont 32 739 (92 %) en prescription chronique de 28 jours. Ainsi, 4 650 résidents (37% du total) avaient bénéficié d'au moins une prescription chronique d'IPP. Les IPP étaient prescrits à raison d'une unité par jour (95% des résidents), majoritairement le soir (81% des prescriptions). L'esomeprazole était la molécule la plus prescrite (43 % des ordonnances chroniques). 2/ Nous avons identifié 134 consommateurs chroniques d'IPP (37 % du total des sujets résidant dans les 4 EHPAD au moment de l'étude). Les indications étaient documentées dans seulement 44% des cas. Les plus fréquemment retrouvées étaient la prévention secondaire de la maladie ulcéreuse (22%), un antécédent d'hernie hiatale (20.3%), la prévention primaire de la maladie ulcéreuse sous AINS / double AAP / AAP+AC (11.9%), le reflux gastro-oesophagien (RGO) (10.2%) et un antécédent de gastrite/antrite (10.2%). Parmi ces indications, seulement une sur deux était appropriée. La co-prescription avec un AAP et/ou un AC et/ou un AINS et/ou un corticoïde concernait 70% des 134 résidents. Pour les 75 résidents sans justification explicite de la prescription d'IPP, on observait une consommation élevée d'AAP ou d'AC (65%, n=49). En outre, la prescription vespérale était largement majoritaire (80%) ; et on observait un taux de prescription pleine dose comparable à la demi dose (47.8 contre 49.2%). Conclusion: Chez les personnes âgées institutionnalisées, l'utilisation chronique d'IPP n'est pas justifiée par les médecins en charge des résidents. Les indications ne sont pas toujours en accord avec les recommandations les plus récentes. Il y a ainsi un nombre important de prescriptions potentiellement inappropriées. La co-médication avec un anti agrégant plaquettaire ou un anticoagulant participe peut-être au mésusage des IPP. Par ailleurs, les prescriptions ne respectent pas toujours les recommandations en terme de dosage et d'heure de prise. Des efforts doivent être entrepris par les prescripteurs afin d'améliorer leur pratique, et ainsi lutter contre la polymédication et le risque iatrogénique qu'elle entraîne.

### O7-7

#### Les posologies médicamenteuses à prescrire dépendent-elles de l'équation choisie pour estimer la fonction rénale ? Expérience dans 3 unités de gériatrie aiguë

F. Guerville (1) ; I. Bourdel-Marchasson (1) ; N. Salles (1) ; M. Rainfray (1)

(1) Pôle de gériatrie clinique, CHU, Bordeaux

**Introduction:** Il n'y a pas de consensus sur l'équation la plus fiable pour estimer la fonction rénale chez les patients âgés. En gériatrie, celle de Cockcroft et Gault (C&G) est fréquemment préférée car (1) elle est utilisée dans le dictionnaire Vidal et (2) elle sous-estime souvent la fonction rénale et permettrait ainsi d'éviter des surdosages médicamenteux. Le risque de sous-dosage est rarement évoqué. Nos objectifs étaient de déterminer dans une population gériatrique hospitalisée : • Le pourcentage de patients pour lesquels les posologies médicamenteuses seraient différentes selon l'équation choisie pour estimer la fonction rénale; • Les classes médicamenteuses concernées. **Méthodes:** Nous avons mené une étude rétrospective dans les 3 unités de gériatrie aiguë du CHU de Bordeaux. Étaient inclus des patients consécutifs admis dans l'une des 3 unités entre janvier et juin 2015, avec au moins une mesure du poids et de la créatininémie. Les caractéristiques démographiques, le poids, les créatininémies, les médicaments prescrits étaient recensés sur le dossier informatisé. La clairance de la créatinine selon Cockcroft et Gault (C&G) et le débit de filtration glomérulaire (DFG) selon l'équation CKD-EPI ont été rétrospectivement estimés

à partir de la dernière créatininémie précédant les prescriptions médicamenteuses analysées. Les posologies médicamenteuses recommandées compte tenu de la fonction rénale estimée étaient déterminées rétrospectivement à l'aide du dictionnaire Vidal et du service en ligne d'aide à la prescription médicamenteuses chez l'insuffisant rénal GPR. **Résultats:** 28 patients recensés ont été exclus car non pesés. 150 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 87 ans. À l'admission, la créatininémie moyenne était à 97  $\mu\text{mol/L}$  (min-max = 45-264). La clairance de la créatinine moyenne selon C&G était de 46 (min-max = 10-104) ml/min, c'est-à-dire inférieure à 30, 45 et 60 ml/min chez respectivement 19, 45 et 74% des patients. Selon CKD-EPI, le DFG moyen était à 63 (13-105) ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, c'est-à-dire inférieur à 30, 45 et 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> chez respectivement 25, 27,5 et 37,5% des patients. La clairance de la créatinine selon C&G était en moyenne de 11 ml/min inférieure au DFG selon CKD-EPI (différence allant de -35 à +11 ml/min). 60 % des patients ont reçu pendant l'hospitalisation un ou des médicaments dont la posologie nécessitait une adaptation compte tenu de leur fonction rénale estimée. Les principales classes médicamenteuses concernées étaient les psychotropes (47,5% du total des patients), les anticoagulants (22,5%), les antalgiques (17,5%), les anti-infectieux (15%). 45% des patients ont reçu pendant l'hospitalisation un ou des médicaments dont la posologie recommandée différait en fonction de l'équation utilisée pour estimer la fonction rénale. Les principales classes médicamenteuses concernées étaient les psychotropes (27% du total des patients), les anticoagulants (21%), les anti-infectieux (12%), les antalgiques (9%). **Conclusion:** Lors d'une hospitalisation en gériatrie aiguë, près d'un patient sur 2 reçoit au moins un médicament dont la posologie recommandée n'est pas la même selon qu'on estime sa fonction rénale selon Cockcroft et Gault ou CKD-EPI. Pour certaines classes, cette incertitude sur la dose à prescrire peut être compensée par l'évaluation clinique de l'efficacité et de la tolérance (psychotropes, antalgiques), ou une surveillance biologique (anticoagulants). Concernant les antibiotiques, des études prospectives semblent nécessaires en gériatrie pour déterminer l'équation d'estimation de la fonction rénale à utiliser pour choisir la meilleure posologie dès la prescription initiale.

### O7-8

#### L'utilisation de la luminothérapie intégrée améliore le sommeil et les troubles neuropsychiatriques des résidents d'une EHPAD

S. Gonfrier (1) ; S. Bernabe (2) ; S. Al Rifai (2) ; L. Benattar (2) ; F. Chorin (1) ; O. Guérin (1)

(1) Ciu santé, Hôpital de Cimiez, Nice; (2) Groupe orpea, ORPEA, Puteaux

**Introduction:** La maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés (MASA) est une maladie affectant la mémoire mais également la relation avec l'entourage et l'autonomie des personnes. Parmi les troubles présentés par les patients atteints de MASA on retrouve dans 90% des cas des troubles du comportement et parmi ces troubles du comportement on retrouve des troubles à type d'agitation, d'apathie mais également des troubles du sommeil secondaire à une altération du rythme circadien. En 2014, la Cochrane a publié une revue systématique de la littérature concernant l'utilisation d'une luminothérapie chez des patients présentant une MASA sur les 20 dernières années. Aucune étude n'a montré d'efficacité prouvée sur le comportement des patients présentant une MASA. L'objectif principal était de voir l'influence de la luminothérapie continue (from 5 a.m to 22 p.m) sur le sommeil diurne des résidents . Les

objectifs secondaires étaient le sommeil sur la journée, l'anxiété par l'échelle de COVI et les troubles du comportement par l'échelle NPI. **Méthodes:** 12 résidents d'une Ehpad équipé d'une lumninothérapie intégrée aux parties communes ont été étudiés. Chaque résidents était équipé d'un actimètre au poignet ou à la cheville pendant 42 jours divisé en trois périodes de 14 jour avec une lumière standard puis la lumninothérapie puis la lumière standard une nouvelle fois. Le temps sommeil a été estimé par 2 algorithmes : Cole-Kripke et Sadeth. La modélisation des résultats a été réalisé par un model mixte. **Résultats:** L'âge moyen était de 84.2(6.8). Sur l'objectif principal le temps de sommeil nocturne était significativement plus élevé sous lumninothérapie (periode 2 vs period 1) de 17.7 et 20 min en moyenne mais sans différence significative avec la troisième période (period 2 vs period 3) . Sur le temps de sommeil total la lumninothérapie était significativement augmentée de 74.2 et 68,1 min par rapport à la periode 1 mais sans différence significative avec la période 3. Pour l'échelle d'anxiété de Covi on note une baisse significative de 0,7 point sans différence entre la periode 2 et 3 et pour l'échelle NPI la différence est de 4,7 point significativement. Pour les 2 échelles il n'y a pas de différence entre la période 2 et 3. **Conclusion:** L'utilisation de la lumninothérapie environnementale montre une amélioration significative du sommeil nocturne, total, de l'anxiété et du comportement. Toutefois, ce phénomène n'a pas montré de réversibilité dans la troisième période du protocole. Idéalement un protocole en cross over avec des temps d'exposition plus long pourrait montrer ce phénomène de façon définitive.

#### O7-9

##### **Impact de l'évaluation gérontologique de l'unité de Médecine d'Urgence de la Personne Âgée (MUPA) sur la prise en charge et le devenir des patients âgés admis aux urgences pour chute à domicile: étude de cohorte comparative avant/après**

A. Bosetti (1) ; S. Guérin (2) ; T. Mergans (2) ; P. Kajeu (2) ; M. Castelli (2) ; H. Karam (3) ; T. Dantoine (4) ; A. Tchalla (5)  
(1) *Chu, Limoges*; (2) *Médecine d'urgence gériatrique de la personne âgée, C.H.U de Limoges, Limoges*; (3) *Service des urgences adultes, C.H.U de Limoges, Limoges*; (4) *Geriatric, CHU, Limoges*; (5) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges, Limoges*

**Introduction:** A partir de 75 ans, 1 personne sur 4 déclare avoir chuté au cours des 12 derniers mois, dont 50% à domicile. La chute est un des principaux motifs d'admissions aux urgences, responsable d'une hospitalisation dans 30% des cas. Les chutes répétées entraînent un excès de morbi-mortalité lié aux conséquences traumatiques, psychologiques et à la dépendance qui en découlent. Elles nécessitent une prise en charge médico-sociale globale, responsable d'un coût financier substantiel. Initialement, les chuteurs étaient vus par les urgentistes avec un avis occasionnel de

l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG). L'EMG a évolué en une Unité de Médecine d'Urgence de la Personne Âgée (MUPA) initiée au CHU de Limoges en novembre 2014. Elle comprend des gériatres, des infirmières spécialisées en gérontologie et une assistante sociale. Ils prennent en charge les patients âgés polypathologiques de 75 ans et plus admis aux urgences du CHU de Limoges pour une urgence non vitale. Le but est de réaliser précocement une évaluation globale médicosychosociale de ces patients et d'améliorer la qualité des soins. L'objectif principal de cette étude est de décrire et comparer l'impact de l'évaluation réalisée par cette unité sur la prise en charge et le devenir des patients âgés chuteurs admis aux urgences. **Méthodes:** Nous avons réalisé une étude observationnelle de cohorte type avant/après pendant les mois de janvier 2014 et 2015. Etaient inclus les patients de 75 ans et plus, hors urgence vitale, admis aux urgences du CHU de Limoges pendant ces 2 périodes. La cohorte EMG bénéficiait d'une prise en charge classique (urgentistes/EMG). La cohorte MUPA bénéficiait d'une prise en charge complète avec évaluation gérontologique globale comprenant une évaluation médicale, paramédicale, sociale et un dépistage de la fragilité par la grille SEGA et le score ISAR, et de l'observance médicamenteuse par l'échelle de Morisky Green. Le critère de jugement principal est le taux de retour à domicile des patients chuteurs. Les critères de jugements secondaires sont les taux de réadmissions aux urgences à 30 jours et 90 jours. Les données de base ont été colligées via le logiciel «urqual» des urgences et les données de suivi via le système informatisé du dossier patient. **Résultats:** Au total 339 patients ont été inclus, 103 dans la cohorte EMG et 236 dans la cohorte MUPA. Sur la cohorte EMG, la moyenne d'âge était de 89±4.9 ans avec 61.2% de femmes et 82.5% de patients issus du domicile. La prévalence de la chute était de 30.1% IC95%(21.1%-38.9%). Sur la cohorte 2015, la moyenne d'âge était de 87±5.9ans avec 65.3% de femmes et 80% de patients issus du domicile. La prévalence de la chute était de 36.4% IC95%(30.3%-42.5%). Le repérage de la fragilité n'était pas effectué par l'EMG et n'a débuté qu'avec la MUPA en 2015. Le volet SEGA volet A moyen était de 13.3±4, et le score ISAR de 3.7±1.2. Les taux de retour à domicile des patients chuteurs EMG et MUPA étaient respectivement de 14.7% IC95%(8.1%-21.9%) et de 30% IC95%(24.2%-35.8%). L'incidence des réadmissions aux urgences était de 12% à 30 jours et 24% à 90 jours dans la cohorte EMG et 6% à 30 jours et 12% à 90 jours dans la cohorte MUPA. **Conclusion:** Comparée à l'EMG, la MUPA évalue deux fois plus de patients âgés aux urgences et réduit significativement le taux d'hospitalisations et de réadmissions à 30 jours et 90 jours. Elle améliore la prise en charge des personnes âgées chuteuses aux urgences par un repérage de la fragilité avec mise en place d'actions préventives, permettant de diminuer les réadmissions à court et moyen terme.

# Posters

## P1 - ONCOGÉRIATRIE; ORGANISATIONS DES SOINS; THÉRAPEUTIQUE EN GÉRIATRIE; TROUBLES TROPHIQUES

### P1-12-19

#### Personnes âgées et plaies tumorales

F. Rollot Trad (1) ; V. Fourchette (2) ; I. Kriegel (3) ; P. Bruneton (4) ; I. Fromantin (5)

(1) *Oncogériatrie, département soins de support, Hôpital Institut Curie, Paris*; (2) *Chirurgie sein et gynécologie, Hôpital Institut Curie, Paris*; (3) *Anesthésie, Hôpital Institut Curie, Paris*; (4) *Département soins de support, Hôpital Institut Curie, Paris*; (5) *Unité plaie et cicatrisation, Hôpital Institut Curie, Paris*

**Introduction:** La plaie tumorale altère la qualité de vie des patients qui la portent. À l'inconfort lié aux exsudats, aux odeurs, aux douleurs et à la modification de l'image corporelle s'ajoutent les risques hémorragiques, infectieux, iatrogènes et de dénutrition. Aux difficultés de prise en charge de la plaie tumorale s'associe un contexte gériatrique souvent complexe. **Méthodes:** L'objectif de l'évaluation et du suivi de ces patients en oncogériatrie est d'apprécier non seulement les bénéfices / risques et la faisabilité des traitements oncologiques, mais aussi instaurer / organiser des soins de supports adaptés, afin de réduire l'impact de la plaie sur le quotidien du malade et de son entourage (aidants familiaux et professionnels). **Résultats:** Dans le cadre des plaies tumorales, une chirurgie de confort ou de propreté voire curative peut se révéler salvatrice, y compris dans le grand âge ou sur un terrain fragile. Les techniques chirurgicales, les méthodes d'anesthésie-analgésie sont alors ajustées. La radiothérapie peut être utilisée à visée hémostatique et fonctionnelle et doit s'organiser en considérant les capacités de la personne âgée à supporter. Une chimiothérapie, adaptée à l'état de santé de la personne et un traitement antihormonal peuvent contrôler voire réduire certaines plaies tumorales. Sur le plan symptomatique, des antibiotiques peuvent atténuer les odeurs et des antalgiques plus ou moins puissants apaiser certaines douleurs. Le retentissement psychique de ces plaies délabrantes et « honteuses » doit être pris en compte, ainsi que l'impact sur l'appétence et l'état nutritionnel. Les traitements et soins doivent s'intégrer au quotidien du patient en respectant son histoire de vie et ses priorités. **Conclusion:** La maîtrise du soin ne protège pas des situations difficiles, trop souvent ressenties comme des échecs. Face à des situations délicates chez des patients âgés porteurs de plaie tumorale, un temps de réflexion en équipe pluridisciplinaire est nécessaire, pour hiérarchiser les problèmes, coordonner les soins et répondre honorablement aux besoins et souhaits du patient.

### P1-12-20

#### Etude préliminaire de la survie des patients évalués en oncogériatrie au CHU de Nîmes du 1er janvier au 31 octobre 201

H. Catimel (1) ; V. Antoine (1) ; L. Géronimi (2) ; B. de Wazières (3) ; J. Geronimi (4) ; M. Courtial (5)

(1) *Médecine gériatrique, CHRU de Nîmes, Nîmes*; (2) *Médecine interne gériatrique, CHRU de Nîmes, Nîmes*; (3) *Médecine gériatrique, CHRU de Nîmes, Nîmes*; (4) *Cédric, Conservatoire national des arts et métiers, Paris*; (5) *SSR Gériatrique, CHRU de Nîmes, Nîmes*

**Introduction:** La population gériatrique est une population hétérogène et fragile, nécessitant une évaluation gériatrique avant une prise en charge oncologique pour qu'elle soit optimale. L'évaluation oncogériatrique dépiste les critères de fragilité. L'objectif de cette étude est de mettre en évidence les facteurs de l'évaluation onco-gériatrique associés statistiquement au risque de décès à 12 mois chez les patients ayant bénéficiés d'une évaluation oncogériatrique ainsi que la survie globale de cette population. Cela a permis de définir la population suivie en oncogériatrie au CHU de Nîmes, et son parcours de soins. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle rétrospective au CHU de Nîmes sur les patients ayant bénéficiés d'une évaluation oncogériatrique sur la période du 1er janvier 2014 au 30 juin 2014. Les variables d'intérêt étaient celles de l'évaluation gériatrique et la survie à 6 et 12 mois.: Nous avons recueillis les données socio-démographiques des patients, leur type et stade de cancer. Les critères étudiés de l'évaluation gériatrique étaient le statut cognitif (le Mini-Mental State Examination (MMSE)), la présence d'un syndrome confusionnel, le Geriatric depression scale, l'état nutritionnel, le statut fonctionnel par l'Activities Daily Living (ADL) et l'Instrumental Activities Daily Living (IADL), les comorbidités par le score de Charlson, le risque de chute, les problèmes sociaux. Nous avons évalué également le score oncologie G8 et l'indice de performance statut de l'organisation mondiale de la santé (OMS). **Résultats:** Cent cinquante et un patients, 46% d'hommes, 84 ans d'âge médian, avec un indice de performance statut OMS médian à 2/4, un score oncologie G8 moyen à 8.5/17, un MMSE moyen à 21/30, 76% de dénutris ont été inclus. Cent soixante sept patients étaient décédés à 12 mois, soit un taux de survie de 33% à 1an.: L'analyse uni-variée montre un lien statistique significatif ( $p < 0.05$ ) avec l'état nutritionnel (Odds Ratio (OR) à 3,09 [1,57-6,1]), le statut métastatique (OR à 3,71 [2,03-6,79]), le risque de chute (OR à 2,15 [1,24-3,73]), l'indice de performance statut de l'OMS (OR à 2,15 [1,24-3,73]), les IADL (OR à 1,93 [1,11-3,35]), et les troubles cognitifs (OR à 1,93 [1,11-3,35]). L'analyse multivariée met en évidence un lien statistiquement significatif ( $p < 0.05$ ) avec le stade métastatique (OR à 2,05 [1,37-3,07]), la dénutrition (OR à 1,95 [1,11-3,42]), l'indice de performance statut OMS (OR à 1,54 [1,11-2,15]), le sexe masculin (OR à 1,51 [1,02-2,24]). **Conclusion:** L'avantage de notre étude est que l'échantillon de la population est représentatif de la population rencontrée quotidiennement par l'équipe gériatrique du CHU de Nîmes. Dans notre étude le taux de survie à 12 mois s'élève à 33%. Nous retrouvons plusieurs limites à son interprétation notamment l'hétérogénéité de notre

population. La population est âgée avec de multiples comorbidités. De plus nous avons inclus tous types de cancer, nous ne pouvons pas incriminer la maladie cancéreuse à chaque décès. Notre étude permet de conforter le lien statistique entre le stade oncologique du cancer, l'état nutritionnel, l'indice de performance statut OMS et le sexe masculin avec la survie des personnes âgées ayant un cancer. Ces résultats confortent la nécessité de la réalisation de l'évaluation oncogériatrique. Le dépistage des facteurs de fragilité de la personne âgée sont importants pour la prise de décision et l'aide à la prise en charge. D'où la pertinence du score oncologie G8, même si on ne retrouve pas d'association significative avec la survie, ce test de dépistage des facteurs de fragilités oncogériatrique reste important par sa sensibilité et sa faisabilité clinique.

#### P1-12-21

##### **Hypervitaminose B12 chez le sujet âgé hospitalisé : une prévalence importante de cancer ?**

C. Rambaud (1) ; C. Arlaud (2) ; S. Gonfrier (3) ; M. Sanchez (4) ; F. Leborgne (5) ; E. Clais (6) ; FH. Brunschwig (7) ; H. Cane (8) ; G. Sacco (9) ; R. Boulahssass (4) ; JM. Turpin (4) ; O. Guérin (4)  
(1) SSR C3, Hopital de Cimiez, Nice; (2) Pole Gérontologie, CHU Nice Cimiez, Nice; (3) Usld, Hopital de Cimiez, Nice; (4) Ucog, Hopital de Cimiez, Nice; (5) Emg, Hopital de Cimiez, Nice; (6) Court sejour geriatrique sud, Hôpital Cimiez, Nice; (7) Ssr-cheret Rdc, Hopital de Cimiez, Nice; (8) Court séjour gériatrique nord, Hôpital Cimiez, Nice; (9) Ssr-post avc massa4sud, Hopital de Cimiez, Nice

**Introduction:** Si la carence en vitamine B12 chez le sujet âgé a été étudiée et sa prise en charge codifiée, il existe peu d'étude sur l'interprétation d'une hypervitaminose B12. Les données de la littérature suggèrent néanmoins son implication dans la découverte d'un cancer mais il existe peu de données chez le sujet âgé. Le but de cette étude est d'analyser la prévalence et les caractéristiques des cancers dans une population de sujets âgés de plus de 70 ans présentant une hypervitaminose B12. **Méthodes:** Une étude observationnelle de cohorte a été réalisée du 1er novembre 2015 au 1er mai 2016, incluant les patients de plus de 70 ans présentant une hypervitaminose B12 supérieure à 700pg/ml au sein d'un centre gériatrique de référence. Pour chaque patient inclus, des données socio-démographiques ont été collectés. La présence et les caractéristiques d'une néoplasie connue ou découverte durant l'hospitalisation ont été recherchées, ainsi que la réalisation d'un bilan radiologique complémentaire. **Résultats:** 131 patients étaient inclus, avec une moyenne d'âge de 86 ans (+/- 5,7 ans), et une prédominance de femmes (63%). Le taux moyen de la vitamine B12 était de 1267pg/ml. Parmi les 131 patients, 25% (n=33) présentaient un cancer évolutif prouvé histologiquement, 16% (n=21) des images très suspectes de néoplasies, 5% (n= 6) des hémopathies malignes, avec des images de localisations secondaires retrouvées chez 17% (n=22). Parmi les cancers solides, on retrouvait, en premier lieu, les cancers digestifs (33,3%) et les cancers pulmonaires (16,7%). Il n'existait pas de différence significative de taux de vitamine B12 entre les patients présentant une néoplasie par rapport au reste de la population étudiée (1269 vs 1264 pg/ml, p=0,965). Parmi les 71 patients pour lesquels aucun processus tumoral n'a été rapporté, 36 n'ont bénéficié d'aucun examen d'imagerie complémentaire. 25,2% des patients sont décédés durant l'hospitalisation dont 42,9% de patients atteints de cancers connus ou découverts durant l'hospitalisation. **Conclusion:** Une pathologie cancéreuse est retrouvée chez près de la moitié des patients présentant une

hypervitaminose B12, renforçant l'idée d'un lien possible entre vitamine B12 et cancer. De plus, avec un quart des patients décédés durant l'hospitalisation, il apparaît également comme un facteur pronostic possible de mortalité. Devant ces premiers résultats, d'autres études seront nécessaires pour déterminer l'intérêt d'un bilan clinique et paraclinique minimum devant une hypervitaminose B12.

#### P1-12-22

##### **L'anémie est-elle associée aux données de l'évaluation gériatrique standardisée chez les patients atteints de cancer solide ?**

E. Baud (1) ; E. Liuu (2) ; H. Ngo Trong (1) ; A. Jamet (2) ; S. Valero (2) ; M. Paccalin (2)

(1) Gériatrie, CH Rochefort, Rochefort; (2) Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers

**Introduction:** L'anémie est fréquente chez le sujet âgé particulièrement en situation cancéreuse, expliquée par de nombreux mécanismes (inflammatoire, déperditionnel, carenciel, par envahissement médullaire). L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence de l'anémie et des facteurs de fragilité gériatrique (perte d'autonomie, risque de chute, dénutrition, troubles cognitifs, dysthymie) dans une population de sujets âgés cancéreux. **Méthodes:** Etude observationnelle monocentrique rétrospective, issue de la cohorte ANCRAGE de patients atteints de cancer, âgés  $\geq 70$  ans, évalués en consultation onco-gériatrique au CHU de Poitiers entre le 01/09/2007 et le 31/12/2015. Etaient exclus les patients atteints d'hémopathie maligne, et ceux pour qui des données gériatriques et biologiques étaient incomplètes. Le seuil de l'anémie était défini selon les critères OMS (organisation mondiale de la santé). Les paramètres de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) analysés étaient le risque de chute à l'aide du Timed Get Up and Go test, la perte d'autonomie (ADL), les troubles cognitifs (MMSE), le risque de dénutrition (MNA) et le risque de dépression (GDS-15). **Résultats:** 427 patients ont été inclus dans l'étude (âge médian, 81 ans ; femmes, 46% ; statut métastatique, 30,9%). La prévalence de l'anémie était de 40,5% ; la fragilité gériatrique était identifiée dans 14,3% avec une perte d'autonomie, 27,1% un risque de chute, 69,3% un risque de dénutrition, 21,1% une altération cognitive et 22,5% un risque de dépression. Une association significative était retrouvée entre l'anémie et le risque nutritionnel ( $p < 0,0001$ ), le risque de chute ( $p = 0,0009$ ), la perte d'autonomie ( $p = 0,02$ ). **Conclusion:** La prévalence élevée de l'anémie est élevée chez le sujet âgé atteint de cancer solide évalué en consultation onco-gériatrique. A notre connaissance, il s'agit de la première étude établissant une association significative entre l'anémie et les risques de dénutrition, de chute et la perte d'autonomie dans une population âgée cancéreuse. Toutefois, aucun lien de causalité ne peut être avancé du fait de la conception de l'étude. Nos résultats ouvrent la perspective d'études multicentriques prospectives interventionnelles, afin d'évaluer l'éventuelle réversibilité des résultats de l'EGS après correction de l'anémie.

**P1-12-23****Prévalence partielle à 5 ans des pathologies cancéreuses dans les EHPAD de la ville de Pau, et recherche de facteurs associés à une prise en charge carcinologique optimale**

F. Lenormand (1) ; M. Sarasibar (1) ; M. Sauvanier (2) ; J. Boulé (3) (1) *SSR Gériatrique, Centre Jean Vignalou, Pau*; (2) *Equipe mobile de gériatrie, Centre Jean Vignalou, Pau*; (3) *Court séjour gériatrique, Centre Jean Vignalou, Pau*

**Introduction:** On connaît la prévalence partielle à 5 ans, reflétant surtout les patients en rémission, pour l'ensemble des cancers dans la population âgée. Mais les études françaises de prévalence qui concernent spécifiquement la population âgée dépendante institutionnalisée sont peu nombreuses. L'objectif principal était d'établir la prévalence partielle à 5 ans dans les EHPAD de l'agglomération paloise des pathologies cancéreuses (tumeurs solides et hémopathies malignes), les objectifs secondaires étaient de trouver des facteurs associés à la prise en charge optimale du cancer.

**Méthodes:** Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée dans les 14 EHPAD de la ville de Pau fin mars 2015. Pour chaque résident, nous avons relevé le sexe, l'âge, le GIR et le cas échéant le diagnostic de pathologie tumorale dans les 5 dernières années. Parmi les cas de cancer recensés chez des patients toujours en vie, nous avons relevé un ensemble de paramètres socio-démographiques, gériatriques et oncologiques. Une analyse bivariée a été réalisée, puis une régression logistique. **Résultats:** 821 dossiers de résidents ont été étudiés, parmi lesquels 70 cas de cancer dans les 5 dernières années. On retrouve une prévalence partielle à 5 ans de 8.5% tous cancers confondus et pour les 2 sexes. Celle-ci est de 8.8% chez l'homme et 8.5% chez la femme. Les cancers les plus fréquemment rencontrés chez l'homme sont les cancers de prostate (27%), puis les carcinomes cutanés (13%). Chez la femme, on retrouve les cancers colorectaux (25%), puis les cancers du sein (16%) suivis par les carcinomes cutanés (15%). Tous sexes confondus, les types tumoraux les plus prévalents étaient dans l'ordre les cancers digestifs (21,9%) puis les cancers dermatologiques (15,8%) et enfin les hémopathies malignes (14,6%). 17.4% des patients ont bénéficié d'un avis oncogériatrique. La recherche de facteurs prédictifs indépendants d'une prise en charge optimale du cancer n'a montré une association significative qu'entre l'âge au moment du diagnostic et la réalisation d'examen complémentaires avec OR = 0,018 (95% CI [0,001-0,341]). Aucun élément de l'évaluation gériatrique standardisée n'était associé à l'accès à un avis spécialisé, à la réalisation d'une biopsie, à la présentation en RCP ou à une prise en charge curative. **Conclusion:** Seul l'âge plus bas au diagnostic apparaît comme un facteur indépendant de réalisation d'examen complémentaires adaptés, permettant notamment une stadification, essentielle pour la décision thérapeutique. De plus grandes études à l'échelle locale ou régionale sont nécessaires pour déterminer des paramètres intéressants en épidémiologie (incidence et mortalité) chez les sujets âgés institutionnalisés, et également mettre en évidence des facteurs associés à une prise en charge optimale pour ces patients souvent dépendants.

**P1-13-24****Facteurs prédictifs de réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises en médecine. Focus sur la cause médicamenteuse**

S. Roux (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Vaugirard-Gabriel Pallez, Paris*

**Introduction:** La réduction des réhospitalisations précoces des personnes âgées (PA) constitue un enjeu majeur de santé publique de par leur fréquence et de leur impact à la fois médical et socio-économique. La iatrogénie médicamenteuse, deux fois plus fréquente après 65 ans, est souvent impliquée dans les réhospitalisations évitables. Nous avons étudié les facteurs prédictifs de réhospitalisation précoce des PA et analysé tout particulièrement les liens avec la iatrogénie médicamenteuse. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective cas-témoin ayant inclus sur une période de 2 ans (2013-2014) des PA d'au moins 75 ans hospitalisées dans des unités de médecine aigue des Hôpitaux Universitaires Paris Ouest. Les cas étaient constitués des patients réhospitalisés dans les 30 jours suivant leur sortie. Les témoins étaient constitués des patients non réhospitalisés dans les 30 jours. Étaient exclus les patients sortis contre avis médical lors du séjour initial et les réhospitalisations programmées. L'effet des données sociodémographiques et biomédicales sur la réhospitalisation à 30 jours a été analysé. Les événements indésirables médicamenteux (EIM) et leur évitabilité ont été décrits. **Résultats:** Le taux de réhospitalisation non programmée à 30 jours était de 15,6%. Au total, 150 hospitalisations ont été étudiées (2 cas pour 1 témoin). Les facteurs prédictifs étaient une admission aux urgences dans les 6 mois (OR=6,49; IC95% [2,38-17,77]), une durée d'hospitalisation de plus de 7 jours (OR=5,74; IC95% [1,85-17,75]), une polymédication à la sortie (OR=3,32; IC95% [1,35-8,15]), une admission pour insuffisance cardiaque (OR=7,56; IC95% [2,02-28,37]), un cancer évolutif (OR=9,93; IC95% [2,35-41,88]), et des chutes à répétition (OR=4,78; IC95% [14,16-19,73]). Les EIM étaient à l'origine de 14% des réhospitalisations, dont près de la moitié semblait évitable. Les psychotropes et les anti-thrombotiques étaient les médicaments le plus fréquemment impliqués. **Conclusion:** Une admission aux urgences dans les 6 mois, une durée de séjour de plus de 7 jours, une polymédication en sortie d'hospitalisation, une admission pour insuffisance cardiaque aigue, et l'existence de chutes à répétition ou d'un cancer évolutif apparaissent comme des facteurs prédictifs de réhospitalisation précoce. La iatrogénie médicamenteuse en constitue une cause évitable. La réduction des réhospitalisations précoces doit passer par le repérage des patients à risque, l'optimisation du suivi après la sortie d'hospitalisation et la prévention de la iatrogénie médicamenteuse.

**P1-13-25****Hospitalisations de moins de 24 heures au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Douai des résidents des Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) du secteur. A partir de 219 patients admis sur 6 mois**

P. Lefebvre (1) ; S. Massart (1) ; I. Ganiou (2) ; L. Delannoy (3) ; J. Tristram (3) ; A. Berteloot (4) ; F. Puisieux (5)

(1) *pôle gériatrie, C.H. de Douai, Douai*; (2) *Service d'urgence, C.H. de Douai, Douai*; (3) *Pôle de gériatrie, C.H. de Douai, Douai*; (4) *Chef du pôle gériatrie, C.H. de Douai, Douai*; (5) *Geriatric, C.H. Régional Universitaire de Lille (CHRU de Lille), Lille*

**Introduction:** Le canton de Douai compte 24 EHPAD correspondant à 1800 résidents. L'hôpital de recours est le centre hospitalier de Douai, doté d'une filière gériatrique hospitalière. L'étude PLEIAD, a montré que 15% des hospitalisations des résidents se faisaient vers les services des urgences. Peu d'études se sont intéressées exclusivement aux hospitalisations de moins de 24 heures de ces résidents au sein des services d'urgence. Elles représentent pourtant 32 à 56% des transferts des EHPAD. L'objectif est d'analyser les caractéristiques des hospitalisations de moins de 24 heures de patients adressés au service d'accueil des urgences provenant des EHPAD. L'étude s'intéresse également aux caractéristiques des ré-hospitalisations de ces résidents après leur premier passage aux urgences. **Méthodes:** Etude descriptive, longitudinale et prospective, non randomisée qui s'est déroulée au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Douai, du 1er mai au 1er novembre 2015. Tous les patients de plus de 75 ans provenant des EHPAD pris en charge pour leur première hospitalisation de moins de 24 heures aux urgences ont été inclus. Ont été renseignés le mode d'arrivée, les caractéristiques épidémiologiques des patients, le motif d'hospitalisation, la qualification de la personne à l'origine du transfert, la prise en charge aux urgences, le diagnostic final et l'heure de sortie avec la durée d'hospitalisation. Une analyse des ré-hospitalisations dans les 3 mois suivants a été réalisée. A partir du dossier médical de la résidence médicalisée, nous avons collecté les données concernant la ré-hospitalisation avec le délai de ré-hospitalisation, le motif, puis nous avons comparé le diagnostic de sortie pour savoir si celui de ré-hospitalisation était identique à celui de la première hospitalisation au sein des urgences. **Résultats:** 219 patients différents ont été inclus, âgés en moyenne de 87.9+/-5 ans, 78% étaient des femmes. Le GIR moyen était de 2+/-1, et le MMS moyen à 17+/-5/30. Le score de Charlson moyen était de 6+/-1. La prescription initiale comportait en moyenne 7+/-3 traitements. L'heure moyenne d'arrivée était 13h50, le samedi était le jour le plus fréquent d'admission (12.5%). Pour 71% des résidents l'admission se faisait dans les 24 heures suivant l'apparition du symptôme. Le résident arrivait aux urgences avec un courrier médical dans 20% des cas.

Le motif principal d'arrivée était une chute (46%), suivi des motifs neurologiques (17%) et digestifs (12%). Parmi les complications des chutes, il y avait 20% de traumatisme crânien. La durée d'hospitalisation pouvait être longue, avec une durée moyenne de 5 heures, et une maximale de 13 heures. Le retour à l'EHPAD se faisait dans 33% des cas la nuit. Environ 50% des résidents étaient ré-hospitalisés dans les 90 jours suivants, avec un délai de ré-hospitalisation en moyenne de 29+/- 27 jours. Le diagnostic de sortie de ré-hospitalisation était identique à celui de l'hospitalisation de moins de 24 heures aux urgences dans 55% des cas. Le nombre moyen de ré-hospitalisation par résident était de 1,6+/-1.

**Conclusion:** Deux actions d'améliorations semblent pertinentes. Réaliser une évaluation des complications du motif de recours plutôt que le motif lui-même, en éduquant les soignants. Donner la possibilité d'une programmation post urgence pour permettre une action ciblée sur la prévention individuelle des résidents. Cela pourrait être mis en place à l'aide d'une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière permettant une expertise gériatrique des résidents.

**P1-13-26****Identification des facteurs d'évitabilité liés aux patients, d'une hospitalisation traditionnelle avant une entrée en hospitalisation à domicile pour les personnes âgées de plus de 75 ans dans le bassin nîmois**

S. Saf (1)

(1) *Gériatrie, CHRU de Nîmes, Nîmes*

**Introduction:** L'hospitalisation à domicile (HAD) est une alternative à l'hospitalisation classique. Elle est moins à risque de iatrogénie, moins coûteuse et souvent plébiscitée par les patients. Dans 70% des cas, l'hospitalisation à domicile fait suite à une hospitalisation classique. Nous nous sommes demandés s'il existait des différences de caractéristiques médicales, sociales et géographiques entre les patients pris en charge par l'HAD depuis leur domicile et ceux admis depuis un service hospitalier. **Méthodes:** Nous avons réalisé une étude monocentrique rétrospective, analytique et descriptive. Nous avons inclus les patients admis en HAD suite à une admission en court séjour gériatrique et les patients adressés par leur médecin traitant, entre le 01/01/2013 et le 31/12/2014. Nous avons analysés 28 facteurs. **Résultats:** Après analyse uni et multivariée, nous avons mis en évidence 6 facteurs significativement liés à un passage par une hospitalisation classique avant l'entrée en HAD : l'absence de prise en charge de la douleur (OR à 12,4 ; IC95% [2,46 ; 63,0]); l'absence de prise en charge psychologique et/ou sociale (OR à 8,2 ; IC95% [1,7 ; 38,7]) ; l'absence d'identification « soins palliatifs » (OR à 157,2 ; IC95% [19,7 ; >999,9]) ; la présence d'une décompensation aiguë (OR 33,3 ; IC95% [7,7 ; 143,6]) ; un score élevé d'activité de la vie quotidienne (AVQ) (à raison d'un OR à 1,2 par point d'AVQ ; (IC95% [1,05 ; 1,4]) ; l'absence d'une prise en charge kinésithérapique à domicile avant le début de la prise en charge (OR à 5,9 ; IC95% [1,5 ; 23,3]). **Conclusion:** La diffusion de ces résultats auprès des différents acteurs amenés à prendre en charge les patients gériatriques pourrait permettre de réduire ces facteurs de risque en amont d'une décompensation et permettre ainsi d'éviter une hospitalisation avant l'entrée en HAD chez cette population fragile.

**P1-13-27****Liaison ville-hôpital : étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser les comptes rendus d'hospitalisation d'un patient sortant d'un service gériatrie**

D. Vithilingum (1) ; M. Tardivel (2) ; A. De Thezy (3) ; L. Lechowski (4) ; B. Denis (1) ; L. Teillet (4)

(1) *Médecine gériatrique - pr teillet, HUPIFO, Paris*; (2) *Médecine gériatrique - pr teillet, Hôpital Sainte-Périne - HUPIFO - APHP, Paris*; (3) *Ssr, Hôpital Sainte-Périne-Rossini-Chardon Lagache, Paris*; (4) *Gériatrie, Hôpital Sainte-Périne-Rossini-Chardon Lagache, Paris*

**Introduction:** La communication entre médecins généralistes (MG) et médecins hospitaliers est essentielle pour la continuité des soins et la qualité de la prise en charge du patient après la sortie

d'hospitalisation. Elle se résume le plus souvent au compte rendu d'hospitalisation (CRH). Cependant, plusieurs études ont montré que les CRH étaient souvent incomplets ou sources d'erreurs. L'objectif principal de cette étude est de répertorier les critères qui paraissent aux médecins généralistes les plus pertinents à mentionner dans le CRH ou les plus utiles pour la constitution de ce dernier dans le cas d'un patient ayant séjourné en soins de suite gériatriques (SSR). **Méthodes:** Un questionnaire portant sur les informations attendues et les modalités de transmission d'un CRH a été envoyé à 100 MG. Chaque MG avait au moins un patient hospitalisé en SSR gériatrique durant les 6 mois précédant notre étude. Nous avons ensuite répertorié les 10 critères du questionnaire les plus plébiscités par les MG. Dans un second temps, nous avons recherché la présence de ces 10 critères dans le dernier CRH, antérieur à l'étude, adressé à chacun des 100 MG participants. **Résultats:** Le taux de réponse est de 54%. Les dix critères les plus plébiscités par MG sont: le résumé précis du parcours hospitalier du patient aboutissant en SSR (85%), les résultats de tous les examens complémentaires réalisés pathologiques et normaux (83%), la longueur du CRH (68,5%), le mode de transmission par voie postale (68,5%), les signes positifs et négatifs de l'examen clinique (61%), la précision du motif d'hospitalisation, les consultations et examens à venir (les dates importantes), les résultats biologiques à la sortie, les comptes rendus de radiologie/endoscopie et la liste des traitements arrêtés ou introduits. Parmi les CRH analysés dans la seconde partie de l'étude, 5 de ces 10 critères sont retrouvés dans plus de 80 % des courriers: le résumé du parcours hospitalier, la longueur du CRH, l'envoi du CRH par voie postale, le mode d'admission et l'examen clinique. **Conclusion:** Cette évaluation nous permet de mieux cibler les attentes des MG, afin de permettre une meilleure communication et coordination entre l'hôpital et les médecins généralistes autour des sujets âgés sortant d'hospitalisation. La moitié des critères jugés essentiels par les MG ne figurent pas dans les CRH. L'établissement d'un CRH type, prochaine étape de cette réflexion, pourrait constituer un moyen de faire évoluer cette situation.

#### P1-20-01

##### Mise en place d'interventions pharmaceutiques dans un service d'Urgences d'un CHU pour les patients âgés: Etude pilote descriptive

A. Clementz (1) ; V. Ratsimbazafy (1) ; F. Julia (2) ; A. Marie-Daragon (1) ; H. Karam (2) ; T. Dantoine (3) ; A. Tchalla (3)  
 (1) Pharmacie à usage intérieur, CHU de Limoges, Limoges;  
 (2) Service des urgences adultes, C.H.U de Limoges, Limoges;  
 (3) Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges, Limoges

**Introduction:** Les services d'Urgences accueillent de nombreux patients de 75 ans et plus pour 24/48h, en attente d'une hospitalisation. La majorité de ces patients âgés, polypathologiques, a un traitement chronique, qu'il est indispensable de continuer ou de ré-évaluer, avec ajout d'éventuels nouveaux médicaments. Dans ce contexte de fragilité et de polymédication, cumulé avec le contexte de tels services (activité intense, grande diversité de pathologies, roulement permanent des équipes soignantes...), une validation pharmaceutique des ordonnances a été mise en place et évaluée dans le service d'Urgences d'un CHU. L'objectif était d'augmenter la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients âgés.

**Méthodes:** Du 02/11/2015 au 31/03/2016, le matin après le staff, l'interne en pharmacie validait les prescriptions médicamenteuses (sous la responsabilité du pharmacien) : posologies, modalités

d'administration, interactions et contre-indications. Il a été tenu compte de l'état clinique du patient, de ses comorbidités et du bilan biologique (fonctions rénale et hépatique, ionogramme sanguin, hémogramme et hémostase). Si nécessaire, une intervention pharmaceutique (IP : toute proposition de modification de la thérapeutique médicamenteuse initiée par le pharmacien) était proposée puis classée selon les recommandations de la Société Française de Pharmacie Clinique. Ce dispositif était complété par une préparation nominative des traitements par l'étudiant hospitalier en pharmacie. **Résultats:** 250 prescriptions ont été analysées, dont 42 ont fait l'objet d'IP (16,8%). Age moyen des patients : 85,8 ans [75 ; 102] dont 50% de femmes et 50% d'hommes. Nombre moyen de médicaments par ordonnance : 8. • Les interventions concernaient : des contre-indications (40,5%), des surdosages (23,8%), des administrations non appropriées (11,9%), des absences de thérapeutiques prophylactiques ou correctrices associées (9,5%), des interactions médicamenteuses (7,1%), des effets indésirables (4,8%), des non suivi de traitement (2,4%). • Les médicaments les plus souvent impliqués : cardiovasculaires (40,5%), neurologiques (16,7%), anticoagulants (oraux : AVK et anticoagulants oraux directs) (11,9%), du métabolisme et système digestif (11,9%), anti-infectieux (4,8%). • 33 IP ont été acceptées (78,6%) avec, comme modifications : arrêt du médicament (33,3%), adaptation de posologie (21,2%), suivi thérapeutique (21,2%), changement de molécule (15,2%), ajout d'un médicament (6,1%) et optimisation des modalités d'administration (3,0%). Conclusion: Les services d'Urgences sont particulièrement à risque d'erreurs médicamenteuses en raison de leur organisation particulière. Apparaît ici un pourcentage important de contre-indications, en raison notamment de la non-prise en compte d'une mauvaise fonction rénale chez nombre de sujets âgés. Les validations et les IP contribuent à lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse. Pourtant, la présence d'un pharmacien clinicien aux Urgences est faible en France alors que la systématisation de ces activités pharmaceutiques éviterait une surmorbidity dans ces services et dans les suites de la prise en charge, ainsi qu'un allongement de séjour ou une réadmission à l'hôpital pour ces patients.

#### P1-20-02

##### Essais d'utilisation d'un dispositif médical innovant permettant la préparation et l'administration des comprimés écrasés

M. Waththuhewa (1) ; J. Doucet (1) ; N. Kadri (1) ; T. Breul (2) ; C. Dagnicourt (2)  
 (1) Médecine Interne - Gériatrie - Thérapeutique, C.H.U Rouen, Rouen; (2) Inscb, CNRS, Montpellier

**Introduction:** Les troubles de la déglutition et certains troubles du comportement gênent fréquemment l'administration des traitements médicamenteux chez les personnes âgées. Le recours à l'écrasement est alors souvent pratiqué par le personnel soignant faute de présentation galénique adaptée. Le service de Médecine Interne – Gériatrie – Thérapeutique du CHU de Rouen a eu l'opportunité de tester un dispositif médical innovant à base de gel, dénommé Blistigel®, mis au point au sein de l'institut nord-sud de coopération biopharmaceutique (INSCB), un centre de recherche galénique basé à Montpellier. Ce dispositif permet la préparation et l'administration des comprimés écrasés aux patients présentant des troubles de la déglutition en toute sécurité tout en limitant les risques inhérents à cette pratique. **Méthodes:** L'objectif était de faire évaluer par le personnel soignant un prototype du dispositif Blistigel® afin d'en identifier les avantages et les mesures correctives à apporter

en vue de son optimisation. Le dispositif Blistigel® est un sachet transparent à 2 compartiments séparés par une soudure pelable. Le 1er compartiment est hermétiquement fermé et contient un gel inerte. Le 2ème compartiment est vide, il est accessible grâce à une ouverture par laquelle le ou les comprimé(s) entier(s) doivent être introduits. Ce compartiment se ferme hermétiquement à l'aide d'une languette adhésive. L'écrasement des comprimés se fait ensuite à l'aide d'un pilon ou d'une presse. Le mélange de la poudre obtenue avec le gel inerte se fait par une pression manuelle exercée sur le 1er compartiment qui décroisonne la soudure pelable. L'ouverture du sachet permet l'extraction de la préparation obtenue pour administration au patient. On note que le sachet possède un espace dédié au collage d'une étiquette d'identification du patient afin de garantir la traçabilité. De décembre 2015 à janvier 2016, dix IDE volontaires ont effectué quatre manipulations et quatre évaluations chacun. Chaque manipulation consistait à écraser un comprimé de norfloxacine 400mg et d'aténolol 50mg, mélanger la poudre obtenue au gel du dispositif puis extraire le mélange. Les IDE ont ensuite répondu à un questionnaire portant sur les propriétés fonctionnelles du dispositif (introduction des comprimés, fermeture du sachet, type de broyeur approprié...), ses dimensions, sa résistance, le mélange obtenu et une partie commentaires et suggestions. Aucune administration n'a été réalisée. **Résultats:** Les points forts du dispositif étaient les suivants: système de fermeture, facilité d'utilisation, étanchéité, traçabilité, facilité de pose de l'étiquette d'identification du patient, résistance à l'écrasement, confinement de l'écrasement, temps total de préparation et d'administration réduit. Les points à améliorer étaient : mode d'introduction des comprimés non aisé, dimensions du dispositif trop petites et peu adaptées à l'administration de plusieurs comprimés broyés, hétérogénéité du mélange gel/poudre obtenu et extraction du mélange gel/poudre incomplète. Pour chaque problématique identifiée, les manipulateurs ont formulé des suggestions d'amélioration qui ont donné lieu à des actions correctives mises en œuvre par l'INSCB, et qui seront intégrées lors de la production industrielle du dispositif. Parmi ces actions correctives, des tests ultérieurs seront réalisés avec un prototype possédant un gel de tension interfaciale plus faible par ajout de tensioactifs de façon à faciliter la dispersion du mélange gel/poudre. Le compartiment gel sera allongé de façon à augmenter la quantité de gel du dispositif. Enfin, la nature des parois internes du dispositif sera modifiée afin de faciliter le mode d'introduction des comprimés. **Conclusion:** Le dispositif Blistigel® constitue une solution intéressante à une problématique importante et fréquente à laquelle les solutions proposées jusqu'à présent sont encore rares et/ou peu efficaces. Le prototype testé présente des avantages indiscutables. La démarche de tester un prototype en situation réelle a reçu un retour positif d'une équipe soignante et médicale sensibilisée à la problématique des médicaments écrasés. Son optimisation pourra mener à une amélioration des pratiques bénéficiant aux professionnels de santé et aux patients.

### P1-20-03

#### Impact des troubles neurocognitifs sur la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées admises dans un centre hospitalier : résultats de l'enquête «PharmaCog»

C. Granat (1) ; A. Lacour (2) ; B. Moreigne (3) ; M. Famin (1) ; T. Dantoine (4) ; A. Tchalla (4)

(1) Pharmacie, C.H. de Guéret, Guéret; (2) Equipe mobile de gériatrie, C.H. de Guéret, Guéret; (3) Médecine gériatrique, C.H. de Guéret, Guéret; (4) Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges, Limoges

**Introduction:** La polymédication de la personne âgée est fréquente mais nécessite d'être réfléchi en raison du risque iatrogène qu'elle engendre. Le risque de survenu d'un événement indésirable médicamenteux dépend également de la fragilité des sujets (défaillance d'organe, observance, statut cognitif, etc). Une étude descriptive a été réalisée sur les prescriptions médicamenteuses des sujets de 65 ans ou plus présents au sein d'un centre hospitalier. L'objectif principal est d'évaluer les prescriptions selon le statut cognitif des patients. **Méthodes:** Une extraction des traitements a été effectuée, un jour donné en mars 2015, à partir des dossiers patients informatisés bénéficiant d'une analyse pharmaceutique. Différentes classes thérapeutiques ont été ciblées : les psychotropes, les médicaments cardiovasculaires, les spécialités anticholinergiques, les médicaments potentiellement inappropriés (MPI), les antalgiques, etc. **Résultats:** Au total, 334 sujets ont été inclus dont 39% en médecine, 9% en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 13% en Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et 39% en Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). La population est caractérisée par un âge moyen de  $86 \pm 7,7$  ans avec 90% de sujets de 75 ans ou plus, 67% de femmes et 45% de sujets présentant des troubles neurocognitifs (TNC). Entre les secteurs, des différences sont mises en évidence, comme le nombre de principe actif avec une moyenne de 9,26 en USLD à 7,7 en EHPAD ( $p=0,0167$ ). Parmi les sujets ayant des TNC : le nombre de principes actifs est moindre, moyenne à 7,3 médicaments ( $p<0,0001$ ), les psychotropes dont les neuroleptiques sont prédominants avec une moyenne de 0,25 ( $p=0,0151$ ). Les benzodiazépines à demi-vie courte sont majoritaires à 76% et leur prescription est indépendante du statut cognitif. Les scores anticholinergiques des prescriptions chez les sujets possédant des TNC sont statistiquement plus faibles avec l'échelle de risque cognitifs aux anticholinergiques, Anticholinergic Cognitive Burden ( $p=0,0329$ ) et l'échelle des médicaments anticholinergiques, Anticholinergic Drug Scale ( $p=0,0027$ ). De plus, 37% des sujets ont un ou plusieurs MPI avec une incidence plus importante chez les sujets sans TNC ( $p=0,0313$ ). **Conclusion:** La prise en charge médicamenteuse de cette population spécifique est ainsi une priorité pour l'établissement. Au vu des résultats, il apparaît que le statut cognitif des patients influence significativement la prescription médicamenteuse. Parmi les actions d'améliorations proposées, on retrouve : l'harmonisation de la validation pharmaceutique (sélection de critères prioritaires), la mise en place de revues de prescriptions pluridisciplinaires en EHPAD, la conciliation médicamenteuse en médecine, l'analyse ciblée et répétée de certaines spécialités (exemple : indication des inhibiteurs de la pompe à protons, benzodiazépines instaurées...).

**P1-20-04****Evaluation de la prescription des Anticoagulants Oraux Directs (AOD) chez les sujets âgés**

C. Brun (1) ; E. Casalino (2) ; A. Teixeira (3) ; C. Choquet (2)

(1) *Hôpital Fernand Widal, Paris*; (2) *Service d'accueil des urgences de l'hôpital bichat, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*; (3) *Gériatrie, Hôpital Lariboisière, Paris*

**Introduction:** La commercialisation récente d'Anticoagulants Oraux Directs (AOD) a modifié les pratiques en matière de traitement anticoagulant. L'absence relative de recul en matière de pharmacovigilance et le risque potentiel de complications, essentiellement hémorragiques, imposent au médecin d'assurer une prescription appropriée et notamment chez les sujets âgés qui sont des sujets fragiles, polymédicamentés, et de plus en plus exposés à ces nouveaux traitements. Il apparaît donc nécessaire d'évaluer la pertinence de la prescription des AOD dans la population générale et plus particulièrement dans la population âgée de plus de 75 ans.

**Méthodes:** Il s'agit d'une étude observationnelle, monocentrique, descriptive, avec recueil prospectif des données. Tout patient traité par AOD, consultant au Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital Bichat (Paris) a été inclus et ce quel que soit le motif de recours aux soins. La période d'inclusion s'est établie entre le 1er février 2014 et le 30 mars 2015. Les variables démographiques, l'indication du traitement par AOD, l'existence d'une interaction médicamenteuse ainsi que le débit de filtration glomérulaire ont été étudiées et ont permis de définir le score de prescription inappropriée. Le critère de jugement principal a été la mise en évidence de prescriptions inappropriées. **Résultats:** 187 patients ont été inclus dans notre étude avec un âge médian de 78 ans. 37,8% de la population présentaient une prescription inappropriée dont les deux tiers avaient 75 ans ou plus. Parmi eux, 25,1% avaient une posologie non adaptée (à l'âge, à la fonction rénale ou au poids), 12,3% avaient au moins une interaction médicamenteuse et 3,2% présentaient une indication hors AMM. **Conclusion:** Notre étude met en évidence, à travers notre score de prescription inappropriée, qu'à ce jour la prescription des AOD est imparfaite pour de nombreux patients et notamment chez les plus de 75 ans. Il est donc primordial de s'assurer qu'ils soient utilisés selon les recommandations afin de diminuer le risque d'événements indésirables graves.

**P1-20-05****Revue systématique des critères de jugements utilisés dans les essais cliniques sur la révision de la médication : un consensus sur les critères à utiliser est nécessaire**

JB. Beuscart (1) ; L. Pont (2) ; S. Thevelin (3) ; B. Boland (4) ; O. Dalleur (3) ; J. Westbrook (2) ; A. Spinewine (3)

(1) *Médecine aigue gériatrique, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*; (2) *Centre for health systems and safety research, Université Macquarie, Sydney, Australie*; (3) *Louvain drug research institute, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique*; (4) *Gériatrie, B2.1053, Cliniques univ. St-Luc, Louvain, Belgique*

**Introduction:** La révision de la médication est souvent proposée pour faire face au défi de la polymédication et de ses effets indésirables chez les patients âgés. Cependant, il n'y a pas de consensus sur la meilleure façon d'évaluer son efficacité. Cette étude fait partie du projet européen OPERAM et a pour objectif d'évaluer les critères de jugement utilisés dans les essais cliniques sur la révision de la médication chez les patients âgés. **Méthodes:** Les essais cliniques

randomisés (ECR), les études prospectives, et les protocoles d'ECR ont été identifiés par : (1) une mise à jour d'une revue systématique récente; (2) la recherche des études en cours dans les registres d'ECR; (3) la bibliothèque Cochrane. Le type, la définition et la fréquence des critères de jugement rapportés dans ces études ont été extraits indépendamment par deux chercheurs. **Résultats:** 47 études publiées et 32 protocoles d'ECR ont été identifiés. Un total de 327 critères de jugement distincts ont été identifiés dans les 47 études publiées. La plupart des critères utilisés étaient liés à la prescription médicamenteuse (n = 114, 35% ; exemple : prescriptions inappropriées) et l'utilisation des soins de santé (n = 74, 23% ; exemple : hospitalisation); très peu étaient des résultats rapportés par les patients (n = 24, 7% ; exemple : qualité de vie). Un cinquième (21%) des études ont évalué l'impact de l'examen des médicaments sur les événements indésirables (exemple: hospitalisations liées aux médicaments). Un total de 248 critères de jugement distincts ont été identifiés dans les 32 protocoles d'ECR. Par rapport aux études publiées, les protocoles d'ECR prévoient de mesurer plus fréquemment des résultats rapportés par les patients (n = 36 critères, 15%) et les effets indésirables liés aux médicaments (n=13 protocoles, 41%). **Conclusion:** Les critères utilisés dans les essais cliniques sur la révision de la médication chez les personnes âgées sont hétérogènes et insuffisamment définis. Un consensus sur les critères à mesurer (core outcome set en anglais) à utiliser dans ces études est nécessaire.

**P1-20-06****Médecin gériatre et pharmacien clinicien : 2 approches dans la révision d'une ordonnance**

A. Cheyroux (1) ; A. Adehossi (2) ; J. Bernard (3) ; C. Zinetti (3) ; B. Schmit (2) ; X. Cnockaert (3)

(1) *Pharmacie, C.H. François Quesnay, Mantes-la-Jolie*; (2) *Pharmacie, C.H. de Beauvais, Beauvais*; (3) *Médecine gériatrique, CH, Beauvais*

**Introduction:** Désormais impulsées par les autorités de santé en France, les différentes activités de pharmacie clinique vont vraisemblablement redistribuer les cartes du métier de pharmacien dans les années à venir. La société française de pharmacie clinique (SFPC) définit ainsi trois niveaux d'analyse pharmaceutique (AP) selon l'implication du pharmacien auprès du patient. Le niveau d'AP le plus élevé, également appelé «suivi pharmaceutique», consiste à réaliser une approche pharmaceutique globale du patient (entretien pharmaceutique, évaluation de l'observance, ...). Cependant, bien que la SFPC recommande ce niveau d'AP pour tous les patients, il doit être limité à un juste nombre de malades afin d'optimiser la présence du pharmacien clinicien dans les services de soins. En parallèle, le travail du médecin gériatre a également énormément évolué au cours des dernières années. En effet, devenue une spécialité médicale à part entière, la gériatrie implique désormais une large évaluation médico-psycho-sociale des patients et de l'entourage, pouvant parfois faire passer la révision d'une ordonnance au second plan. L'ouverture récente d'un hôpital de jour gériatrique (HDJG) dans notre établissement a permis d'évaluer la complémentarité du médecin gériatre et du pharmacien clinicien dans l'analyse critique des ordonnances mais aussi de mesurer l'acceptation des interventions issues de cette analyse par les médecins traitants (MT). **Méthodes:** Un pharmacien clinicien a intégré l'équipe pluridisciplinaire de l'HDJG. Selon sa disponibilité, il a pu rencontrer les patients au cours d'un entretien pharmaceutique permettant d'évaluer l'observance thérapeutique

(questionnaire de Girerd et test du pilulier), d'identifier des problèmes liés à la pharmacothérapie (iatrogénie médicamenteuse, troubles de la déglutition, galénique des médicaments) et d'évaluer la fragilité (grille SEGA). Le médecin gériatre était le dernier intervenant à rencontrer le patient et son entourage. Cette entretien a été l'occasion de réaliser un examen clinique complet et de refaire le point sur les difficultés du patient préalablement relevées par les autres intervenants (kiné, diététicienne, assistante sociale, ...). A l'issue de la journée d'hospitalisation, un temps dédié a permis au médecin gériatre et au pharmacien d'échanger leurs points de vue sur les adaptations de traitements à prévoir. Ces interventions ont ensuite été transmises aux MT par courrier. Un suivi de ces propositions a été réalisé à posteriori en appelant les pharmacies d'officine des patients. Nous avons utilisé la grille de cotation SFPC afin de caractériser ces interventions (ajout, arrêt, substitution ...). **Résultats:** 40 patients âgés ont été rencontrés au cours d'un entretien pharmaceutique (m=81,8ans). 117 interventions (m=2,93 par patient) ont été transmises aux MT par le duo médecin gériatre - pharmacien clinicien. Par comparaison, le nombre d'interventions proposées a été inférieur lorsque le pharmacien n'a pu réaliser l'AP de l'ordonnance des patients (n=52 patients, m=1,83 par patients,  $p < 0,003$ ). La cotation des interventions a révélé que pharmacien et gériatre se concentrent sur des problèmes médicamenteux différents. Ainsi, le médecin gériatre propose davantage d'interventions en rapport avec une introduction de traitement alors que le pharmacien semble plus impliqué dans l'arrêt ou la substitution d'un médicament ou encore pour l'adaptation d'une posologie. Le suivi des 117 interventions a été possible pour 68 d'entre elles. Respectivement 72,2% des interventions faites par le médecin gériatre et 44% par le pharmacien clinicien ont été acceptées par les MT. **Conclusion:** Pharmacien clinicien et médecin gériatre présentent chacun une approche différente du patient et semblent se concentrer sur des problèmes médicamenteux différents lorsqu'il s'agit de réviser une ordonnance. Cependant, ces deux approches sont plus que complémentaires et permettent de stimuler et enrichir la discussion autour d'un patient, rendant alors les propositions d'adaptation de traitement plus pertinentes. Le taux d'acceptation de ces interventions par les MT est encourageant et doit pousser le pharmacien clinicien à étendre ses frontières pour renforcer son partenariat avec le médecin gériatre au service des patients âgés.

#### P1-20-07

##### **Enjeu de l'observance thérapeutique du patient âgé : les aides mises en place en hôpital de jour gériatrique sont-elles corrélées à la complexité de la prescription ?**

S. Revy (1) ; E. Jean-Bart (1) ; C. Roubaud (1) ; MH. Coste (1) ; P. Krolak-Salmon (1) ; C. Mouchoux (1)

(1) *Centre de recherche clinique «vieillesse, cerveau, fragilité», Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne*

**Introduction:** L'observance thérapeutique du patient âgé est un enjeu pour limiter l'iatrogénie. Optimiser la prise en charge médicamenteuse, l'administration des traitements au domicile et les aides pour la prise médicamenteuse sont des axes d'amélioration. La prise en charge en hôpital de jour (HDJ) gériatrique, au travers d'une évaluation multidisciplinaire, intégrant une optimisation pharmaceutique (OP), permet d'agir à la fois sur la qualité, la complexité de la prescription, et l'ajustement des aides à domicile. L'objectif était d'évaluer, si l'impact de l'optimisation thérapeutique en HDJ sur la complexité de la prescription est associé à un ajustement du niveau des aides à domicile mises

en place. **Méthodes:** Une analyse rétrospective des données des patients ayant bénéficié d'une OP au cours de la prise en charge à l'HDJ gériatrique proposée dans le cadre des bilans cognitifs, chute, maladie de Parkinson ou cardiovasculaire, a été réalisée sur 8 mois. Ont été recueillies, les données anthropométriques, biologiques, les comorbidités, les prescriptions, le niveau d'aides à domicile (nombre de passage infirmier (IDE)/jour, auxiliaire de vie (ADV)/semaine), les interventions pharmaceutiques (IP) réalisées (codification selon la grille de la SFPC) et le devenir du patient à 6 mois (hospitalisation, décès). La complexité de la prescription a été évaluée par le Medication Regimen Complexity Index (MRCI); plus le MRCI est élevé, plus la complexité de la prescription est importante, un score de 20 a été retenu pour définir une prescription comme complexe (1). Les MRCI, niveaux d'aides à domicile, le nombre de médicaments ont été comparés avant et après l'HDJ à l'aide d'un test de Student pour données appariées avec un seuil de significativité de 0,05. **Résultats:** Cinquante-sept patients d'âge moyen 82 +/- 4,8 ans ont été pris en charge en HDJ. Ils avaient un MMSE moyen de 18 +/- 6,1, un index de Charlson moyen de 6,3 +/- 1,5, 47,4% vivaient seuls à domicile et 49,1% avaient une aide à domicile. A 6 mois, aucun patient n'était décédé, un patient a été hospitalisé. En moyenne, les patients bénéficiaient de 0,6 passage IDE/jour, avant l'HDJ et de 1,7/jour après ( $p=0,004$ ). Pour les ADV, le nombre moyen de passage étaient de 0,8/semaine avant l'HDJ et de 1,5 après ( $p=0,023$ ). Le MRCI moyen était de 23,1 avant l'HDJ et de 21,9 après ( $p=0,001$ ). En moyenne, les patients avaient 6,1 médicaments avant l'HDJ et 5,7 médicaments après ( $p=0,001$ ). Les fréquences de passage d'IDE et d'ADV n'étaient pas différentes pour les patients ayant un MRCI  $\leq 20$  comparativement à ceux dont le MRCI  $> 20$  ( $p=0,9$  ;  $p=0,23$ ). Pour 47,5% des patients, le MRCI était inchangé, 12,4% augmenté et 40,4% diminué. Toutes les prescriptions ayant une variation du MRCI avaient une IP proposée. En moyenne 1,1 IP par patient a été proposée. L'IP a permis d'agir sur la forme galénique ( $p=0,001$ ), la fréquence de prise ( $p=0,0005$ ) et les recommandations pour l'administration ( $p=0,02$ ). Pour 26,7% des IP, un médicament prescrit sans indication justifiée était identifié, pour 21,7% une non-conformité aux consensus ou recommandations et pour 8,3%, une absence de thérapeutique pour une indication médicale valide. Pour 40,0 % des IP, un arrêt de traitement a été proposé et 20,0 % un échange de thérapeutique. **Conclusion:** La mise en place d'aides à domicile pour la prise médicamenteuse était augmentée par le passage en HDJ. L'OP a permis de diminuer la complexité de l'ordonnance. Cependant, les aides mises en place ne tiennent pas compte de la complexité de la prescription des patients alors qu'elles intègrent le niveau de dépendance et les troubles cognitifs éventuels. La prise médicamenteuse peut causer des difficultés et concourir aussi à l'épuisement de l'aidant naturel. Un indicateur permettant d'apprécier la complexité de l'ordonnance devrait permettre d'ajuster les aides à domicile pour optimiser la prise médicamenteuse et améliorer l'observance des patients âgés.

1. Wimmer BC, Johnell K, Fastbom J, Wiese MD, Bell JS. Factors associated with medication regimen complexity in older people: a cross-sectional population-based study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2015 Sep;71(9):1099-108.

**P1-20-08****Amélioration des prescriptions médicamenteuses grâce à une prise en soin orthogériatrique : évaluation à l'aide des critères STOPP START 2**

J. Tristram (1) ; S. Massart (1) ; P. Lefebvre (1) ; M. Berger (2) ; D. Dervaux (1) ; F. Durig, (1) ; M. Hebben (1)

(1) Pôle de gériatrie, C.H. de Douai, Douai; (2) Chirurgie orthopédique et traumatologique, C.H. de Douai, Douai

**Introduction:** Depuis maintenant quelques années, une collaboration entre chirurgiens orthopédiques et gériatres se développe autour de la prise en charge de la personne âgée hospitalisée pour fracture ; c'est le concept d'orthogériatrie. De multiples travaux ont été réalisés sur le sujet et montrent de nombreux bénéfices. Cependant, aucun n'évalue aujourd'hui l'amélioration des prescriptions médicamenteuses que peut apporter une prise en soin orthogériatrique. Il est pourtant reconnu que la polymédication et les prescriptions médicamenteuses sous-optimales peuvent avoir des conséquences néfastes chez le sujet âgé. Chez des patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés pour fracture au CH Douai, l'objectif principal est d'évaluer l'impact sur les prescriptions de sortie d'une prise en soin orthogériatrique en comparaison à une hospitalisation classique dans le même service d'orthopédie l'année précédente. Le taux de réhospitalisation à 1, 3 et 6 mois est également comparé entre les 2 prises en charge. **Méthodes:** L'étude est rétrospective, monocentrique sur le CH Douai, de type avant/après. 93 patients « orthogériatriques » et 93 patients « orthopédiques » ont été appariés selon l'âge, le sexe et le type fracturaire. Les ordonnances d'entrée et de sortie ont été analysées en se basant notamment sur les récents critères STOPP START 2 (Screening Tool of Older Person's Prescription / Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Les nombres de psychotropes, de Prescriptions Médicamenteuses Inappropriées (PMI = overuse, misuse = STOPP) et d'Omissions de Prescriptions (OP = underuse = START) ont été évalués. **Résultats:** Les groupes « orthogériatrique » et « orthopédique » comptent chacun 93 patients : 81 femmes (87%) et 12 hommes avec un âge moyen de 85,5 ans, et 57 fractures de l'extrémité supérieure du fémur (61%). Entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation, une prise en soin orthogériatrique entraîne une baisse significative du nombre de psychotropes ( $p < 0,0001$ ), de PMI ( $p < 0,0001$ ) et d'OP ( $p < 0,0001$ ). En comparaison, dans cette étude, une prise en charge orthopédique classique ne modifie pas significativement le nombre de psychotropes ( $p = 0,9542$ ). Elle entraîne une hausse significative des PMI ( $p < 0,0001$ ) et des OP ( $p < 0,0001$ ) selon STOPP-START 2. L'évolution du nombre de psychotropes, de PMI et d'OP est significativement différente entre les 2 groupes ( $p < 0,0001$ ). Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes sur la réhospitalisation à 1, 3 et 6 mois, en considérant l'existence d'un biais de sélection de la population orthogériatrique. **Conclusion:** Comparée à une prise en charge orthopédique classique, une prise en soin orthogériatrique entraîne une réduction significative des psychotropes et des 3 types de prescriptions sous-optimales : overuse, misuse, underuse. Ces résultats sont très encourageants au vu des effets bénéfiques de l'optimisation médicamenteuse chez le sujet âgé dans la littérature.

**P1-20-09****Analyse pharmaceutique des ordonnances dans un service de gériatrie aiguë : quel impact ?**

M. Thorel (1) ; A. Terrier-Lenglet (2) ; A. Devendeville (1) ; N. Pelloquin (2) ; G. Deschasse (1)

(1) Gériatrie, CHU Amiens-Picardie Site Nord, Amiens; (2) Pharmacie, CHU Amiens, Salouël

**Introduction:** L'Un interne en pharmacie clinique est présent à temps plein dans le service de médecine gériatrique aiguë. L'une de ses activités quotidiennes est l'analyse pharmaceutique des thérapeutiques pour chaque patient. Il lui arrive de formuler des interventions pharmaceutiques (IP) auprès du prescripteur afin d'optimiser les traitements médicamenteux. L'échelle CLEO est un outil qui vise à évaluer l'impact de ces IP sur 3 aspects : clinique, économique (pour lesquels l'outil a été validé) et organisationnel (non encore validé). Le but de cette étude est d'évaluer l'impact des IP formulées afin de valoriser la présence pharmaceutique dans l'unité de soins. **Méthodes:** Les IP formulées entre le 01/11/2015 et le 01/05/2016 ont été analysées selon les critères de l'échelle CLEO. L'impact économique (augmentation/pas de changement/réduction du coût) a été évalué par l'interne en pharmacie, l'impact clinique (nuisible/nul/mineur/moyen/majeur/vital) en concertation avec un médecin gériatre et l'impact organisationnel (défavorable/nul/favorable) avec un cadre de santé infirmier. Un traitement des données a été effectué sur tableur Excel. **Résultats:** 364 IP ont été analysées : 25% des IP ont un impact clinique majeur (elles empêchent un dommage permanent ou un dommage temporaire majeur entraînant ou allongeant un séjour hospitalier), 42% un impact clinique moyen (elles empêchent un dommage modéré requérant une surveillance accrue ou un traitement, mais n'entraînant pas ou n'allongeant pas le séjour hospitalier) et 32% un impact mineur (elles améliorent la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse et/ou la qualité de vie ou peut empêcher un dommage mineur pour le patient). Seuls 9% des IP entraînent une augmentation du coût de la prise en charge, contre 44% le réduisant. 55% ont un impact organisationnel favorable pour le personnel soignant (ex : économie de temps, amélioration de sécurité, de connaissance, de satisfaction au travail, facilitation des tâches professionnelles...) contre 16% défavorable. **Conclusion:** L'impact global des IP semble très satisfaisant : l'impact clinique est démontré dans chaque cas, très peu d'IP augmentent le coût ou sont défavorables dans l'organisation de la prise en charge. La cotation reste cependant subjective et demande à être standardisée en prenant avis auprès de plusieurs professionnels spécialistes (médecins pour l'impact clinique, infirmiers pour l'impact organisationnel et pharmaciens pour l'impact économique). Cette analyse expérimentale interprofessionnelle a permis de valoriser l'impact des IP formulées par l'interne en pharmacie et souligne l'importance de la collaboration pharmaceutico-médicale dans la prise en charge du patient.

**P1-20-10****Comparaison du pronostic des polytraumatismes et des fractures du col du fémur en UPOG**

C. Baronnet (1) ; A. Recoquillay (2) ; B. Salle (2)

(1) Pharmacie, CH Eure Seine, Évreux; (2) Gériatrie, CH Eure Seine, Évreux

**Introduction:** Dans le cadre du développement de la pharmacie clinique ainsi que de la conciliation médicamenteuse en France, le

CH Eure-Seine a décidé de mettre en place cette activité, dans les services de gériatrie, où les patients sont souvent polymédiqués. L'objectif a été de réaliser une conciliation d'entrée dans les 48 heures après l'admission du patient, et à sa sortie. L'interne de pharmacie, ainsi que celle d'évaluation gériatrique ont ensuite effectué une gradation de l'impact en terme d'amélioration de la prise en charge du patient. **Méthodes:** Un document de validation et de conciliation a été créé, le Pharma'val. Il reprend l'identification du patient, son motif d'hospitalisation et les principaux critères biologiques, dont la clairance de la créatinine. Le traitement habituel du patient, récupéré à partir d'une ordonnance de médecin traitant et de comptes rendus d'hospitalisation, la prescription hospitalière à l'admission, et l'ordonnance de sortie y sont consignés. Un système de gradation a ensuite été mis en place, s'inspirant de l'article « Should nurses or clinical pharmacists perform medication reconciliation » dans L'European Journal of Clinical Pharmacology. Les critères sont : Divergence à noter, mais n'entraînant pas d'amélioration de la prise en charge du patient ; Amélioration de la prise en charge ; Evitement d'une potentielle défaillance organique ou effet indésirable grave ; et enfin évitement potentiel de la mort du patient. Toutes les données ont été regroupées dans un tableau Excel reprenant le nombre de lignes prescrites, le nombre de modifications intentionnelles et non intentionnelles et le médicament concerné. **Résultats:** 241 patients ont été admis sur les six mois ; engendrant 1734 lignes de prescription. Sur les ordonnances d'admission, 67 DNI (Divergence Non Intentionnelle) ont été recensées, et 37 sur les ordonnances de sortie. Sur les 104 DNI, 38% étaient à noter, mais n'entraînaient pas de modification de la prise en charge. 46% entraînaient une amélioration de la prise en charge du patient. 16% ont potentiellement évité une défaillance d'organe ou un effet indésirable grave. **Conclusion:** La conciliation a permis d'améliorer la prise en charge de 48 patients, et d'éviter des effets indésirables qui auraient pu être graves pour 17 patients. Cette étude a permis de sensibiliser le personnel médical à l'intérêt de la conciliation médicamenteuse, la pérennisation de cette activité, et potentiellement d'étendre la conciliation à d'autres services de soins.

#### P1-20-11

##### Adaptation galénique des médicaments per os en Gériatrie

E. Pautas (1) ; L. Bui (2) ; S. Krypciak (2) ; A. Obraztsova (2) ; S. Makdessi (1) ; H. Le Petitcorps (1) ; A. Monti (1) ; E. Paillaud (3) (1) *Gériatrie Aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (2) *Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri Mondor, Créteil*; (3) *Gériatrie médecine interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil*

**Introduction:** Chez les patients âgés polypathologiques, certains facteurs peuvent gêner l'administration d'un médicament per os. Les troubles de déglutition représentent bien entendu le facteur principal et peuvent nécessiter une manipulation de la forme galénique des médicaments (ouverture de gélule, écrasement ou coupe de comprimé,...) ; dans ce cas, un trouble moteur peut également expliquer une dépendance du patient pour la gestion des ses traitements. Tous les médicaments per os ne sont pas modifiables dans leur forme, car cela peut entraîner des modifications pharmacologiques voire des risques de iatrogénie. **Méthodes:** L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la fréquence des difficultés des prises médicamenteuses chez des patients âgés. L'objectif secondaire était d'identifier des éléments de contexte médical ou social pouvant aider au repérage des

patients à risque de mauvaise observance pour cette raison. Etude observationnelle incluant des patients âgés de 75 ans et plus, habituellement ambulatoires et capables de répondre à un questionnaire sur les difficultés de prises médicamenteuses au domicile. Inclusion pendant une hospitalisation dans un service universitaire gériatrique, avec compléments d'informations recueillis via le dossier médical et les transmissions infirmières. Des difficultés de prises médicamenteuses étaient définies comme: besoin d'une aide humaine pour prendre le traitement, patient déclarant spontanément avoir des difficultés. L'association entre la difficulté de prises et les covariables médico-sociales recueillies a été analysée par régression logistique. **Résultats:** 104 patients (85 F, 39 H), d'âge moyen 84,3±5,4 ans, ADL moyen 4,9±1,6 (91,5% vivant au domicile, 8,5% en EHPAD) ont été inclus. Le nombre de médicaments sur l'ordonnance habituelle était de 6,6±3 (extrêmes 1-15). 54 patients (52%) avaient des difficultés pour les prises : 44 avaient une infirmière dédiée au domicile, 3 avaient une auxiliaire de vie dédiée, et 7 étaient autonomes mais avec difficultés déclarées. Pour 11 de ces 54 patients, on notait une manipulation de forme galénique : écrasement de comprimés pour 10 d'entre eux et coupe de comprimés pour l'autre. Dans 6 cas sur 11, cette manipulation était contre-indiquée (forme LP, comprimé gastro-résistant). Un lien significatif était noté entre les difficultés pour les prises médicamenteuses et un score ADL bas, la présence d'une pathologie rhumatismale invalidante, la présence de gélules ou de solution sur l'ordonnance habituelle, le sexe féminin. **Conclusion:** Dans cette cohorte de patients âgés, habituellement autonomes, la recherche systématique de difficultés pour les prises médicamenteuses permet de détecter sa présence pour la moitié des patients ; parmi eux environ 20% ont recours à une manipulation de forme galénique des médicaments dont les conséquences potentielles sont méconnues par les soignants. Le dépistage de ces patients pourrait donc être souvent utile pour adapter la prescription médicamenteuse aux capacités du patient pour les prises.

#### P1-20-12

##### Evaluation des critères de mauvaise observance de la ventilation par PPC chez les sujets âgés avec un syndrome d'apnée obstructif du sommeil

M. Aussedat (1) ; J. Despres (1) ; V.H. Nguyen (2)

*Hôpital Charles Foix, GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*

**Introduction:** Le syndrome d'apnée obstructif du sommeil (SAOS) a une prévalence de 25% chez le sujet âgé. Le traitement reconnu comme efficace en première intention pour le SAOS sévère est l'appareillage par PPC. Cependant, l'inobservance de ce traitement est relativement élevée, pouvant atteindre 20 à 30% la première année, alors que l'efficacité du traitement (régression des symptômes et amélioration des comorbidités associées notamment cardiovasculaires) est directement liée à la qualité de l'observance. Nous avons réalisé une étude afin de déterminer les critères de mauvaise observance du traitement par PPC. **Méthodes:** Etude observationnelle, rétrospective, multicentrique (hôpital Charles Foix CHU Pitié Salpêtrière, hôpital Saint Joseph CHU Sud Reunion). La cohorte comprend 326 patients âgés (>65 ans), avec un diagnostic de SAOS nécessitant un appareillage par PPC, évalués à l'instauration de l'appareillage et réévalués à 3 mois. **Résultats:** Sur les 326 patients inclus, 14,4% ont refusé l'appareillage. Sur les 279 appareillées, il y a un perdu de vu. Sur les 278 patients suivis, 24,5% étaient inobservants (observance < à 3h

par nuit). Les critères significatifs ( $p < 0.05$ ) associés à une mauvaise observance sont : la polymédication (>3 médicaments), les troubles cognitifs, le syndrome dépressif, la ventilation par masque nasobuccal, une pression auto-pilotée, une absence d'amélioration de qualité de vie et une amélioration de l'échelle d'Epworth < 2 points. **Conclusion:** Notre étude permet donc de mettre en évidence des facteurs de risque de mauvaise observance. Parmi ces 7 critères, 4 sont modifiables. Il convient donc de dépister et corriger ces facteurs de risque avant de débiter un traitement par PPC afin d'optimiser l'observance de ce dernier par un programme d'éducation thérapeutique personnalisé.

#### P1-20-13

##### Évaluation économique de la relecture d'ordonnance selon les Critères START and STOP

S. De Nadai (1) ; A. Otto (1) ; A. Sanchez (1) ; D. Daif-Tissot (1)  
(1) gériatrie aigue, C.H. de Luxembourg, Luxembourg, Luxembourg

**Introduction:** Le service de Gériatrie Aigue du Centre Hospitalier de Luxembourg bénéficie de l'intervention d'un pharmacien clinicien qui réalise une relecture de l'ordonnance d'admission des personnes hospitalisées et des ordonnances de sortie. La relecture se fait sur la base des critères Start and Stop. Cette pratique a permis d'améliorer la qualité de la prise en charge thérapeutique des personnes âgées hospitalisées dans le service. Nous voulions au travers de cette étude, évaluer s'il y avait un impact financier sur le coût du traitement journalier des patients avant et après relecture de l'ordonnance. **Méthodes:** Une analyse prospective a été mise en place sur 6 mois avec le calcul du coût journalier des traitements au long cours sur l'ordonnance d'admission et de sortie des personnes hospitalisées dans le service de Gériatrie Aigue du centre Hospitalier de Luxembourg. Les traitements aigus comme les antibiotiques ont été exclus, ainsi que les malades décédés dans le service ou transférés vers une autre unité de soins aigue pendant le séjour. **Résultats:** Etude du 1er décembre 2015 au 31 mai 2016; 145 patients; Exclusion de l'étude 13 dossiers pour décès et 4 pour transfert; Dossiers traités 128. Nombre de principes actifs moyen par dossier : à l'admission 8,36 ; à la sortie 7,95. Différence faiblement significative au test STUDENT avec  $p = 0.042$ . Coût Journalier par dossier : à l'admission 5,21€ ; à la sortie 4,82€. Différence faiblement significative au test STUDENT avec  $p = 0.0476$ . **Conclusion:** L'étude montre un impact économique faiblement positif de la relecture d'ordonnance sur le coût des traitements, mais le gain annuel produit par les relectures de traitement rapporté à notre activité permet de couvrir le temps pharmacien dédié à cette activité. D'autres facteurs économiques doivent être étudiés en particulier la balance du coût des ressources humaines engagées dans le processus de relecture par rapport au service rendu patient : baisse de la iatrogénie, des interactions médicamenteuses qui génèrent des surcoûts. Dans une période de restriction des budgets de soins, il est important de valider la plus value d'une pratique clinique gériatrique de qualité avec un impact financier contrôlé. Ces éléments sont indispensables à un développement de la relecture d'ordonnance en milieu hospitalier.

#### P1-20-14

##### Évaluation de l'impact de l'aromathérapie auprès des résidents de l'EHPAD «Thiers» du Centre Hospitalier d'Antibes

O. Leroy (1) ; A. Le-Nechet (2) ; S. Viale (3)

(1) court séjour gériatrique, centre hospitalier d'Antibes, Antibes; (2) Chef de pôle, C.H. Antibes - Juan-les-Pins, Antibes; (3) Ehpad thiers, C.H. Antibes - Juan-les-Pins, Antibes

**Introduction:** L'aromathérapie est l'utilisation médicale des extraits aromatiques de plantes, des essences et des huiles essentielles à des fins thérapeutique pour soigner, atténuer ou prévenir les maladies. En expansion en France, elle s'affirme comme une thérapie complémentaire dans le conseil officinal et permet ainsi l'harmonisation de la santé physique et mentale. Qu'en est-il pour une population particulière que sont les séniors fragilisés ? Dans le cadre de la prise en soins des troubles psycho-comportementaux des résidents, l'EHPAD Thiers du Centre Hospitalier d'Antibes s'est engagé, depuis 2009, à privilégier et développer les alternatives non médicamenteuses, parmi lesquelles l'aromathérapie. Son utilisation dans la structure a-t-elle apportée des bienfaits chez certains résidents ? C'est ce que nous allons essayer de démontrer dans cette étude par l'évaluation de l'impact de l'aromathérapie sur les troubles du comportement et le retentissement sur la prescription des psychotropes, ainsi que sur le travail des soignants. **Méthodes:** Cette étude s'est portée sur les seize résidents présentant des troubles psycho comportementaux importants, pris en charge dans les petites salles à manger d'étage aux moments des repas, et dans la soirée au cours d'une veillée thérapeutique. Deux outils d'évaluation ont été utilisés : la cotation de six items du NPI (agitation-agressivité, anxiété, apathie, comportement moteur aberrant, sommeil, appétit), et l'analyse du taux d'ordonnance des psychotropes, particulièrement la classe des neuroleptiques. Les NPI ont été remplis une semaine avant la mise en route de l'aromathérapie et un mois après en équipe pluridisciplinaire (cadre/IDE/ AS/ médecin coordonnateur). Les besoins nécessaires à la mise en œuvre ont été : Les besoins matériels : • Des diffuseurs à chaleur douce, des huiles essentielles répertoriées en deux synergies : Synergie 1 : lavande fine, marjolaine à coquilles, orange douce, pour « ambiance calme », Synergie 2 : lavande fine, petit grain bigaradier, camomille romaine, pour « favoriser le sommeil ». • Des flacons doseurs étiquetés au nom de la synergie, des classeurs des protocoles d'aromathérapie et un lieu de stockage fermé. Les besoins humains : des référents formés sur l'aromathérapie (cadre de santé, médecin coordonnateur, IDE, AS jour et nuit), Les besoins financiers : le coût « matériel » a été en partie assumé par l'association ALPAGA (association portée par les professionnels de la gériatrie) : achat des diffuseurs, financement de formation. La consommation mensuelle des huiles essentielles (environ 120€ mensuels étant assumée par l'EHPAD). Deux populations étaient ciblées : • Les résidents nécessitant une prise en charge thérapeutique au temps du repas. • Les résidents présentant des troubles du comportement nocturnes et des troubles du sommeil. Deux objectifs étaient visés, correspondant aux deux synergies utilisées : 1. Apaiser l'ambiance et majorer la prise de plaisir au temps du repas. Pour le dîner, en complément de la musique, pour préparer le coucher et limiter l'angoisse de fin de journée. 2. Diminuer les troubles du comportement au cours de la soirée (veillée thérapeutique) et faciliter par la suite un endormissement plus facile et un sommeil de meilleure qualité, en complément des activités individualisées (sur le mode des animations flash) ou collectives (séance TV). Ces deux objectifs s'inscrivent dans les recommandations de l'HAS sur la limitation

de la consommation des psychotropes (programme AMI Alzheimer: alerte et maîtrise de l'iatrogénie des neuroleptiques), et ont également pour objectif de favoriser un travail dans une ambiance plus sereine pour les soignants. **Résultats:** L'analyse des NPI a mis en évidence les résultats suivants : • Pour les résidents : 10 résidents sur 16 améliorent nettement le score global des items NPI (diminution du score global de 185, soit une baisse de 58 %). Le score cumulé des NPI pour les 16 résidents diminue significativement durant cette période, témoignant d'une amélioration notable des groupes des personnes prises en charge (405 avant mise en route de l'aromathérapie versus 226 après, soit une baisse de 44 %). Lorsque l'on regarde plus en détail sur les différents items : On peut distinguer 3 items où l'aromathérapie semble avoir une répercussion très positive : L'apathie, les troubles du comportement moteur aberrant et les troubles de l'appétit. Il y a une tendance à l'amélioration mais moins nette pour les items agitation-agressivité et anxiété. Il n'y a pas d'impact décelé sur le sommeil. Concernant l'évolution des prescriptions médicamenteuses : elle est globalement très stable, aucun traitement n'a dû être majoré pendant cette période, un traitement a pu être stoppé et un autre diminué. Aucun impact sur la prescription médicamenteuse des neuroleptiques n'a pu être mis en évidence sur cette période. • Pour les soignants : Le retentissement des troubles sur l'équipe soignante est également bien amélioré : score cumulé de 165 avant mise en route versus 111 après mise en route, soit une baisse de 33 %). **Conclusion:** L'aromathérapie est considérée aujourd'hui comme un soin à part entière pour la prise en soins des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et apparentées, notamment dans la prévention et la gestion des troubles du comportement afin d'améliorer le confort de vie de l'ensemble des résidents et de faciliter les conditions de travail des soignants. Les résultats de notre étude, sur une petite population de résidents, vont dans ce sens et confortent le choix de cette alternative aux médicaments. Afin de majorer l'impact sur la prescription médicamenteuse et de lutter contre l'iatrogénie, ces améliorations comportementales doivent être transmises aux médecins traitants par les IDE et réévalués régulièrement en vue d'une diminution progressive des traitements psychotropes. Le développement des TNM (Thérapies Non Médicamenteuses) à l'EHPAD Thiers sur les dernières années a permis de diminuer très significativement le taux de prescription des neuroleptiques dans la population des résidents souffrant de MA ou apparentée : de 17,3% en 2013 à 7,69% en 2015 (proche des 5% recommandés par l'HAS). En complément de cette utilisation, l'EHPAD a également utilisé l'aromathérapie dans le salon d'accueil avant les repas en salle à manger collective pour offrir aux résidents une ambiance

sereine et agréable sur le plan olfactif (synergie 3 : avec l'arôme de citron pouvant contribuer, aussi, à ouvrir l'appétit avant les repas), et s'est développée plus récemment dans l'accompagnement des personnes en fin de vie. D'autres pistes pourraient être explorées, et notamment dans la prévention des épidémies virales hivernales.

**P1-20-15**

**Parcours de soins d'une personne âgée : place de la conciliation médicamenteuse**

F. François (1) ; A. Michel (1) ; P. Chassagne (1) ; A. Gildas (1) ; X. Gbaguidi (1) ; C. Mechin (2) ; P. Chassagne (3)

(1) Médecine interne gériatrique, ERFPS, Rouen; (2) Pharmacie, C.H. Général de Dieppe, Dieppe; (3) Gériatrie, CHUV, Rue du Bugnon, Lausanne, Suisse, Lausanne, Suisse

**Introduction:** La conciliation médicamenteuse est un processus interactif, multi-professionnel qui doit être intégré à la continuité et sécurité des soins lors d'un parcours de soins comprenant une admission hospitalière pour réduire la iatrogénie. **Méthodes:** Nous avons prospectivement analysé, dans une cohorte de 215 malades âgés hospitalisés en court séjour gériatrique, le nombre et la nature des divergences intentionnelles (DI) et non intentionnelles (DNI) lors de 2 conciliations médicamenteuses (à l'admission dans le service puis lors du renouvellement de l'ordonnance 30 jours après la sortie). Un outil de conciliation médicamenteuse (OCM) a été créé où figuraient le traitement d'entrée, les modifications réalisées pendant l'hospitalisation et le traitement de sortie. Toutes ces informations étaient en temps réel transmises au médecin traitant et au pharmacien référent du malade. **Résultats:** Ces 215 malades recevaient à l'admission 1 631 médicaments (médiane : 7 /j). La comparaison de ces prescriptions a montré une réduction significative du nombre de médicaments prescrits par patient à la sortie d'hospitalisation (p < 0,01). Cette différence persistait à un mois de la sortie (p < 0,01). Sur la base d'un nombre médian de 7 médicaments différents, on notait en moyenne 4,6 DI (modification volontaire et validée) au cours de l'hospitalisation et 2 DI nouvelles dans le mois suivant le séjour. 41 divergences non intentionnelles (DNI) soit 8,8 % de la totalité des divergences à un mois étaient relevées. **Conclusion:** Cette étude suggère que la Conciliation médicamenteuse intégrant une transmission au médecin traitant de chaque modification apportée au traitement de fond d'un malade âgé hospitalisé permet de diminuer le nombre de divergences, en particulier non intentionnelles sources de iatrogénie potentielle. L'intérêt de la conciliation médicamenteuse est aussi qualitatif si toutefois la transmission rapide d'une synthèse actualisée et justifiée des adaptations thérapeutiques à tous les acteurs de santé, au premier rang desquels figure le médecin traitant, est effective.

	Agitation/agressivité		L'apathie		Les troubles du comportement moteur aberrant		Les troubles de l'appétit		Sommeil		Anxiété		TOTAL	
	avant	après	avant	après	avant	après	avant	après	avant	après	avant	après	avant	après
Res. 1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	16	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**P1-20-16****Complications des biothérapies anti-tumorales en gériatrie : cas d'une myosite nécrosante induite par le pembrolizumab chez une patiente de 86 ans**

A. Gaillet (1) ; D. Psimaras (2) ; N. Weiss (3) ; T. Maisonobe (4) ; J. Boddaert (5) ; M. Verny (6) ; H. Vallet (6)

(1) *Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (2) *Neuro-oncologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (3) *Réanimation neurologique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (4) *Neurophysiologie clinique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (5) *Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*; (6) *Gériatrie aigue, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*

**Introduction:** L'utilisation des biothérapies anti-tumorales est de plus en plus fréquente chez le sujet âgé, mais il existe à ce jour peu de données sur la tolérance de ces traitements dans la population gériatrique. Parmi ces biothérapies, le pembrolizumab est un anticorps monoclonal ciblant le « programmed cell death 1 » (PD1) utilisé dans le traitement du mélanome métastatique, dont les principaux effets secondaires sont des réactions auto-immunes.

**Méthodes:** Cas clinique. **Résultats:** Nous rapportons le cas d'une patiente de 86 ans, atteinte d'un mélanome de l'index stade IIa associé à des métastases pulmonaires, qui a développé 4 jours après la deuxième injection de pembrolizumab une asthénie, un ptosis et une ophtalmoplégie. En quelques jours le tableau s'est complété avec apparition d'un déficit moteur proximal des 2 membres inférieurs et d'une dysphonie. Biologiquement on retrouvait une rhabdomyolyse importante (CPK 8.5 N). Les anticorps associés aux myosites paranéoplasiques et à la myasthénie étaient négatifs. L'électromyogramme retrouvait un tracé myogène sans décrement aux stimulations répétitives. La biopsie musculaire retrouvait une nécrose musculaire multifocale associée à un infiltrat endomysial de lymphocytes T CD8+. L'ensemble du tableau était compatible avec une myosite auto-immune induite par le pembrolizumab. Le pembrolizumab a été arrêté et un traitement par corticoïdes a été instauré, permettant une récupération motrice de plus 50% à J3. A J4, la corticothérapie a dû être arrêtée en raison de l'apparition d'un délire paranoïaque, et des échanges plasmatiques ont été débutés. A 1 mois, la patiente était totalement asymptomatique. A 3 mois, elle n'avait pas présenté de rechute oncologique ni neurologique.

**Conclusion:** La tolérance des biothérapies anti-tumorales chez la personne âgées est encore méconnue mais pourrait être influencée par le vieillissement du système immunitaire. La myosite nécrosante est une complication rare des anti-PD1, dont les conséquences peuvent mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel notamment chez les patients âgés. Il est d'autant plus important d'en faire le diagnostic qu'elles sont accessibles à un traitement efficace.

**P1-20-17****La conciliation médicamenteuse faite par l'EMG du CH de DENAIN pour les Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)**

R. Hanot (1)

(1) *Équipe mobile gériatrique, C.H. De Denain, Denain*

**Introduction:** Tout démarre avec le projet PAERPA, projet national expérimental porté par l'ARS, qui a pour objectif de prévenir et limiter la perte d'autonomie des personnes âgées (PA) de plus de 75 ans, en faisant en sorte qu'elles reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, le tout au meilleur coût : «des acteurs coordonnés pour

une autonomie préservée». Cela implique de diminuer le recours à l'hôpital en agissant sur les 4 facteurs majeurs d'hospitalisation de la PA : dépression, chute, dénutrition, iatrogénie. C'est sur ce dernier facteur que le CH de Denain a un rôle spécifique. En effet en janvier 2015, une Équipe Mobile Gériatrique (EMG) voit le jour, composée une IDE, d'un gériatre et d'un pharmacien, son objectif principal, faire de la conciliation médicamenteuse : Dès l'entrée c'est prévenir, intercepter, corriger les erreurs médicamenteuses, pendant l'hospitalisation c'est rendre le sujet âgé acteur de son traitement et à la sortie d'hospitalisation c'est assurer la continuité du traitement et améliorer la coordination avec les acteurs de ville.

**Méthodes:** Population cible : (critères PAERPA) : - PA de 75 ans et plus, hospitalisée au CH de Denain, résidant sur le Valenciennois-Quercitain; - avec le projet de retour à domicile; - en risque de perte d'autonomie; - ayant 3 pathologies chroniques; - et/ou un traitement diurétique; - et/ou un traitement anticoagulant (AVK, AOD). **Démarche :** 1. Accord de la PA et EGS : une fois repérée par l'EMG, via le dossier patient informatisé, l'IDE et le gériatre rencontre la PA, pour obtenir son consentement (signature) et faire une évaluation gériatrique standardisée (EGS) avec repérage de la fragilité, la douleur, le risque chute, la dépression ...avec si besoin mise en place d'aides au domicile. 2. Conciliation d'entrée : recherche du traitement habituel (appel pharmacie d'officine, entretien avec la PA...) et enquête d'observance (entretien PA et pharmacien hospitalier). Puis entretien pharmacien, gériatre et médecin du service pour l'optimisation thérapeutique. 3. Conciliation de sortie: le pharmacien fait une information thérapeutique à la PA et lui remet le document de sortie d'hospitalisation, le courrier de l'EGS, le courrier de conciliation, une ordonnance sécurité d'une semaine et un plan de prise. Dans les 7 jours suivant la sortie, le médecin traitant élabore le Plan Personnalisé de Santé (PPS) en collaboration avec l'IDE libéral et le pharmacien d'officine. Les actions mises en place dans le PPS seront évaluées par les acteurs de ville, 1 mois après la sortie d'hospitalisation. **Résultats:** Sur l'année 2015 l'EMG c'est 310 interventions (urgences, médecine et gériatrie), 296 PA ayant tous les critères PAERPA, 281 consentements signés et 127 PPS impulsés lors du retour à domicile. c'est aussi une collaboration avec 52 médecins traitants et 41 pharmaciens d'officine différents. 220 EGS faites par l'EMG aux urgences et en médecine; 239 conciliations d'entrée qui ont mis en évidence 272 erreurs de reprise de traitement (1.14 erreur par PA) et permis de corriger 80% d'entre elles; 204 optimisations thérapeutiques proposées (2 sur 3 ont été suivies). 143 conciliations de sorties avec informations thérapeutiques au lit du patient dont 46 informations spécifiques AVK. **Conclusion:** Une première année riche avec certaines difficultés à surmonter (nouveau projet et nouvelle équipe à faire connaître, tout à créer : outils, organisation, communication, travail en transversalité : s'adapter aux équipes de soins et des médecins des services pour trouver les moments propices pour réaliser la conciliation médicamenteuse) mais au final des résultats positifs, une bonne collaboration avec les professionnels de santé hospitaliers et libéraux. Et le projet de généraliser la conciliation médicamenteuse à toutes PA de 75 ans et plus hospitalisées au CH de Denain.

**P1-22-18****Survenue d'escarre en Unité de Soins de Longue Durée selon le score de Braden évalué à l'admission**

K. Hammam (1) ; M. Béchac (2) ; F. Jégo (2) ; M. Piron (2) ; D. Somme (2) ; P. Jarno (1)

(1) *Service d'épidémiologie et santé publique, C.H.U de Rennes, Rennes*; (2) *Gériatrie, C.H.U de Rennes, Rennes*

**Introduction:** Cette étude s'inscrit dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles sur le thème de la prévention et de la prise en charge des escarres chez les résidents admis en Unité de Soins de Longue Durée (USLD). L'objectif principal était de comparer la survenue d'escarre selon le risque d'escarre des résidents évalué par l'échelle de Braden à leur admission en USLD. Les objectifs secondaires étaient de décrire le profil des résidents admis en USLD et de calculer l'incidence de survenue d'escarre au cours de leur séjour. **Méthodes:** Une analyse rétrospective a été conduite en février 2015 à partir d'une cohorte constituée de tous les résidents admis entre juillet 2013 et juin 2014 dans l'USLD d'un CHU français. Les données ont été recueillies à partir des dossiers patients informatisés. La survenue d'escarre a été recherchée dans les observations médicales, les transmissions ciblées paramédicales et les fiches spécifiques aux soins de pansement. Une analyse descriptive globale des résidents admis a été réalisée. La densité d'incidence des escarres a été calculée. Les résidents ont ensuite été séparés en deux groupes, selon leur score à l'échelle de Braden évalué dans les 30 jours suivant leur admission : un groupe avec risque d'escarre absent à faible (score de Braden  $\geq$  15) et un groupe avec risque d'escarre moyen à très élevé (score de Braden  $<$  15). Une analyse de survie a été réalisée par la méthode de Kaplan-Meier, et la survenue d'escarre dans chacun des groupes a été comparée par le test du log-rank. Les résidents présentant une escarre à l'admission en USLD n'ont pas été pris en compte pour le calcul de la densité d'incidence et l'analyse de survie. **Résultats:** Quatre-vingt-neuf résidents ont été inclus dans l'étude, avec un âge médian de 86 ans et 62% de femmes. Vingt-trois résidents (26%) présentaient une escarre à leur admission en USLD. Parmi les 66 résidents indemnes d'escarre à l'admission, 32 (48,5%) en ont développé au moins une au cours de leur séjour. La densité d'incidence était de 9,5 escarres pour 100 personnes-mois. La durée médiane de séjour sans escarre était de 7,8 mois (IC95% [2,8 ; 12,8]) dans le groupe avec risque d'escarre absent à faible à l'admission, et de 5,5 mois (IC95% [1,7 ; 9,3]) dans le groupe avec risque moyen à très élevé, sans différence significative ( $p=0,57$ ). **Conclusion:** Dans cette étude, on observe une incidence des escarres importante puisque près de la moitié des résidents indemnes d'escarre à l'admission en USLD en ont développé au moins une au cours de leur séjour. Les résidents évalués à faible risque d'escarre semblent avoir une durée médiane de séjour sans escarre un peu plus longue que les résidents à risque plus élevé (7,8 mois versus 5,5 mois), sans différence statistiquement significative.

On peut faire l'hypothèse que les mesures de prévention ont ciblé d'avantage les résidents évalués à haut risque, d'où l'absence de survenue plus fréquente. De récentes études ont par ailleurs critiqué la performance de l'échelle de Braden comme outil prédictif de la survenue d'escarre dans les services de soins de longue durée, recommandant d'utiliser plutôt les sous-scores de l'échelle pour dépister les déficits et besoins spécifiques des résidents.

## **P2 - DÉMENCES; EPIDÉMIOLOGIE - SANTÉ PUBLIQUE; PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES; RÉÉDUCATION/RÉADAPTATION DU SUJET ÂGÉ; TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX**

**P2-03-02****Pourquoi la maladie d'Alzheimer est-elle sous-diagnostiquée ?**

N. Lermithé (1) ; H. Bailly (2) ; S. Rossignol (1) ; P. Jouanny (2)

(1) *Médecine gériatrique, CH, Sens*; (2) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon*

**Introduction:** Selon la Haute Autorité de Santé le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer est recommandé car il pourrait permettre d'assurer une meilleure qualité de vie au patient et à son entourage. Cependant les différentes études de cohortes nous montrent qu'il existe un sous diagnostic. **Méthodes:** Le but de ce travail vise à connaître le ressenti des médecins généralistes face à la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, notamment quant à l'intérêt d'un repérage précoce. Etude descriptive, réalisée grâce à une enquête par questionnaires adressé aux 101 médecins généralistes libéraux du territoire sanitaire Nord-Yonne de la région Bourgogne. **Résultats:** 45 médecins généralistes ont répondu. Les médecins généralistes libéraux de ce territoire rural ont un exercice isolé et ont à faire face à une baisse de la démographie médicale qui va de pair avec un vieillissement de la population. Ils appartiennent à une génération où la maladie d'Alzheimer était peu enseignée à la faculté et seul un sur deux suit une formation médicale continue. La majorité des médecins généralistes partagent le sentiment de sous diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Pourtant, quelle que soit leur formation, ils expriment une défiance envers l'efficacité du traitement médicamenteux et les thérapeutiques non médicamenteuses restent relativement peu connues. Le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer en ambulatoire expose à des problématiques organisationnelles et techniques : un temps de consultation trop court et les tests cognitifs disponibles, notamment le MMS, ne permettent pas une évaluation optimale en cabinet. Ils travaillent donc en collaboration avec les gériatres des deux consultations mémoires de ce territoire. Pour la prise en charge globale de leurs patients déments, ils utilisent les ressources du territoire pour leur assurer une qualité de vie au domicile. Ceci témoigne du professionnalisme des MG quant à leur rôle de coordonnateur du réseau de soin. **Conclusion:** Paradoxalement, ils répondent que la maladie est sous-diagnostiquée et mettent en avant la non-efficacité des traitements spécifiques comme facteur explicatif. Ils avancent également le manque de temps disponible. Au-delà, les médecins généralistes semblent connaître les thérapeutiques non médicamenteuses, et surtout souhaitent un partenariat avec la filière gériatrique : secteur ambulatoire (consultation et hôpital de jour gériatrique) pour le diagnostic et le suivi, et gériatrie aiguë pour les situations de crise. Ce travail permet de mesurer le poids des controverses sur l'exercice de la médecine et sur les choix des praticiens. Un exercice collégial dans un réseau apparaît comme la piste de réponse.

**P2-03-03****Impact du PASA sur les troubles du comportement de la personne âgée dément institutionnalisée et place du médecin généraliste**

C. Gayet (1)

(1) C.H. Compiègne-Noyon, Compiègne

**Introduction:** Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) est un dispositif créé dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012. Au sein d'un EHPAD, il est destiné à prendre en charge des malades déments, souffrant de troubles du comportement modérés. Peu de médecins traitants connaissent cette technique de soins non médicamenteuse car elle est appliquée à des personnes âgées démentes institutionnalisées. Une plus grande sensibilisation est nécessaire à l'égard des médecins traitants quant à la connaissance et à l'utilité de cette technique de soins, ainsi qu'à la nécessité de réévaluer régulièrement leur prise en charge, notamment pour la prescription de psychotropes, essentiellement prescrits dans l'indication des troubles du comportement. Nous avons souhaité évaluer l'efficacité de cette prise en charge au sein d'un PASA en place depuis décembre 2011, dans l'EHPAD Résidence la Valouise à Orrouy dans l'Oise. L'objectif principal était d'évaluer l'impact du PASA sur les troubles du comportement chez les résidents déments après un an puis au bout de deux ans d'utilisation, ainsi que le retentissement de ces troubles sur les équipes soignantes. L'objectif secondaire était de décrire l'évolution de la consommation de psychotropes et des traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, chez les résidents déments inclus dans le PASA. Enfin, l'opinion des médecins traitants concernés par le PASA et l'impact de celui-ci sur l'évolution de leur prescription de psychotropes et des traitements spécifiques de la démence a été recueillie. **Méthodes:** L'étude fut descriptive observationnelle prospective et uni-centrique, menée de janvier 2012 à janvier 2014. Le mode d'intervention utilisé fut l'échelle NPI-ES. Trois périodes d'évaluations furent réalisées : à l'entrée dans le PASA (M0), à douze mois (M12) et à vingt-quatre mois (M24). **Résultats:** Dix-sept patients ont été évalués à M0 puis à M12 et 13 patients à M24. Les symptômes les plus fréquents étaient : la dépression, l'anxiété et l'apathie. Les symptômes les plus rares étaient : les hallucinations et l'euphorie. Neuf patients recevaient un traitement spécifique de la maladie dont 7 patients qui recevaient des inhibiteurs de l'Acétylcholinestérase et 3 qui recevaient de la mémantine seule. Sur l'évolution des troubles du comportement, il a été constaté au bout de deux ans : - Une amélioration de la dépression, de l'anxiété, de la désinhibition, de l'irritabilité de l'humeur et des troubles du sommeil, au sein du PASA et hors du PASA ; - Une amélioration de l'agitation, des hallucinations, des idées délirantes, du comportement moteur aberrant et des troubles de l'appétit uniquement au sein du PASA mais pas hors PASA ; - Une détérioration de l'apathie et de l'euphorie, les deux troubles les moins réceptifs au PASA et ayant le plus de retentissement sur les conditions de travail des soignants. Sur l'évolution de la consommation des psychotropes, il a été constaté sur les 13 patients présents à M24 : une diminution de la consommation d'antidépresseurs pour 4 résidents et une diminution de la consommation de benzodiazépines pour 3 résidents. Sur l'évolution de la consommation des traitements spécifiques de la démence, il a été constaté chez ces mêmes patients un arrêt de la consommation d'inhibiteurs de l'acétylcholinestérase pour 7 résidents et un arrêt de la consommation de mémantine pour les 3 résidents qui en recevaient. Sur le ressenti des médecins traitants interrogés sur le bénéfice du PASA, il a été rapporté une impression

de meilleure efficacité du PASA pour les résidents atteints de démence légère à modérée que ceux atteints de démence sévère; il a été reconnu un manque d'échange avec l'équipe soignante sur l'évolution des troubles du comportement des résidents et un manque de connaissance et d'intérêt des médecins sur le PASA. **Conclusion:** L'intérêt du PASA est de proposer une prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement modérés, chez les personnes âgées démentes institutionnalisées. Toutes ces constatations sont encourageantes dans la mesure où elles suggèrent qu'une approche globale et multidisciplinaire de la démence est susceptible d'améliorer certains troubles du comportement même chez des patients déments au stade sévère.

**P2-03-04****Les atteintes neurologiques au cours de la neuroborréliose : intérêt des biomarqueurs du LCR dans le diagnostic positif et différentiel**

G. Lejeune (1) ; V. Nononhou (1) ; R. Mahmoudi (2)

(1) Service de gériatrie aigue et médecine interne, hôpital maison blanche, CHU de Reims, Reims; (2) Ea3797, université de reims champagne-ardenne, Faculté de Médecine de Reims, Reims

**Introduction:** La neuroborréliose est une maladie pouvant entraîner des symptômes similaires à la maladie d'Alzheimer mais contrairement à celle-ci, elle peut être curable. L'objectif principal de ce travail était de définir le profil des biomarqueurs de neurodégénérescence dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) dans les atteintes neurologiques de la maladie de Lyme puis de le comparer à celui de la maladie d'Alzheimer (MA). **Méthodes:** Etude monocentrique observationnelle et rétrospective réalisée dans les unités de médecine gériatrique du CHU de Reims entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2015. La démence a été diagnostiquée en accord avec le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision. La neuroborréliose a été diagnostiquée selon les critères européens devant une sérologie ELISA positive dans le serum confirmé par le western blot (WB) ainsi que par un index de synthèse intra-thécale d'anticorps anti-borrelia positif. Le dosage des biomarqueurs de neurodégénérescence a été réalisé dans le LCR de tous les patients **Résultats:** Quatre patients ont été diagnostiqués comme ayant une neuroborréliose. Des lésions vasculaires ont été retrouvées chez 3 patients et une atrophie corticale chez la totalité des patients. Une hyperproteïnorachie était retrouvée dans 3 cas, la glycorachie, la chlorurachie ainsi que la cellularité du LCR étaient normaux. L'index de synthèse intrathécale d'anticorps anti-borrelia était positif dans 3 cas sur 4. Chez deux patients, les profils des biomarqueurs étaient normaux, un des patients présentait un profil de démence type Alzheimer et le dernier patient avait une protéine Aβ42 diminuée et des protéines phospho-Tau et total-Tau normales. Les diagnostics retenus en tenant compte des données cliniques, neuropsychologiques et biologiques étaient de trois neuroborrélioses et une neuroborréliose associée à une maladie d'Alzheimer pour le patient avec un profil de biomarqueur du LCR typique de la MA. **Conclusion:** L'analyse des biomarqueurs de neurodégénérescence dans le LCR lors d'une neuroborréliose est normale contrairement à la MA ce qui permet d'exclure les diagnostics différentiels puis d'introduire les traitements adéquats.

**P2-03-05****Déterminants de la prescription d'antibiotiques chez la personne âgée démente**

C. Devis (1) ; G. Chapelet (2) ; JP. Canévet (3) ; E. Batard (4) ; G. Berrut (5) ; L. De Decker (5)

(1) *médecine polyvalente gériatrique, Hôpital Bellier, Nantes;*  
 (2) *Médecine Aigue Gériatrique, C.H.U de Nantes, Nantes;*  
 (3) *Département de médecine générale, Université de Nantes Faculté Médecine, Nantes;* (4) *Service des urgences, C.H.U de Nantes, Nantes;* (5) *Pole de gérontologie clinique, C.H.U de Nantes, Nantes*

**Introduction:** L'incidence de la démence va augmenter compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie. La population âgée démente, plus sujette aux infections bactériennes, consomme régulièrement des antibiotiques. **Méthodes:** Quatre-vingts médecins généralistes de Loire Atlantique ont été interrogés sur leurs pratiques de prescription antibiotiques chez la personne âgée démente et ses déterminants, par le biais d'un questionnaire. **Résultats:** Cinquante-neuf médecins (73,8%) estimaient que le diagnostic plus difficile était un obstacle au bon usage des antibiotiques dans cette population. La plainte de l'entourage et les symptômes atypiques les amenaient à suspecter une infection. L'examen physique était préférentiellement complété d'une NFS, CRP et examen d'urines. La crainte d'effets secondaires limitait peu la prescription d'antibiotiques, particulièrement des médecins hommes et des plus âgés. Un guide de prescription adapté à cette population était l'outil le plus demandé pour les aider dans leur pratique. Des enquêtes telles que la nôtre peuvent apporter des pistes de réflexion pour améliorer l'usage des antibiotiques et limiter l'émergence des résistances bactériennes. **Conclusion:** Une approche biomédicale, en tenant compte de l'environnement, des fonctions et de la qualité de vie de la personne, l'importance de l'humain, de l'écologie, la pharmacologie et les contraintes économiques, doit mener à une décision adaptée dans la pratique gériatrique. La prescription d'antibiotiques chez un patient âgé présentant des troubles cognitifs est un défi aussi bien clinique qu'éthique.

**P2-03-06****Troubles visuo-perceptifs en population gériatrique chez des patients avec troubles cognitifs débutants : reevaluation à 1 an**

L. Dourthe (1) ; C. Sagot (2) ; B. Dieudonné (2) ; S. Greffard (2) ; V. Hélène (1) ; L. Zerah (3) ; J. Cohen Bittan (4) ; J. Boddaert (5) ; Z. Barrou (2) ; JL. Golmard (6) ; M. Firbank (7)

(1) *Gériatrie aigue, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris;* (2) *Centre de gériatrie, cmrr et dhu fast, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris;* (3) *Service de gériatrie, hôpital de la Pitié Salpêtrière, APHP, 47-83 boulevard de l'hôpital, Paris France, Unité Péri-Opératoire Gériatrique (UPOG);* (4) *gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris;* (5) *Upog, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris;* (6) *Statistiques, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris;* (7) *Campus for ageing and vitality, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, Royaume Uni*

**Introduction:** Les troubles visuo-perceptifs (TVP), peu étudiés en population gériatrique, sont fréquents dans la Démence à Corps de Lewy (DCL). Le test NEVIP (Newcastle visuoperception battery) est un test informatique (Wood et al. 2013) simple, rapide, validé en imagerie et normé, visant à explorer différents aspects de la visuo-perception. L'objectif était de suivre l'évolution à 1 an du test NEVIP dans une population MCI et démences légères et

évaluer la prédictivité d'évolution MCI vers DCL en cas de test NEVIP pathologique. Notre hypothèse était qu'en cas de TVP précoces, il existait une augmentation de la probabilité d'avoir un diagnostic de DCL au cours du suivi. **Méthodes:** Etude prospective préliminaire dans l'unité d'hospitalisation de jour du service de médecine gériatrique du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. Patients inclus de novembre 2014 à février 2015. Les critères d'inclusion comprenaient un âge  $\geq 70$  ans, un MMS  $> 18/30$ , une plainte mnésique motivant la première consultation, une imagerie cérébrale  $< 1$  an. Les patients présentant des lésions tumorales ou vasculaires postérieures à l'imagerie cérébrale, ou des troubles visuels majeurs, ou plus d'une erreur lors de la passation de la tâche contrôle de NEVIP étaient exclus. Le bilan proposé dans le cadre du soin courant comportait à TO : consultation mémoire, recueil de données générales (CIRS), bilan neuropsychologique, test NEVIP, imagerie cérébrale; à 1 an : consultation de suivi, NEVIP. **Résultats:** 30 patients ont été inclus (âge moyen 81,9 +/- 5,3 ans, score CIRS moyen 11,3 +/- 4). 16 patients ont été revus à 1 an. A T0, 57 % des patients avaient un score global NEVIP déficitaire, à T1 ils étaient 44%. L'effectif de cette étude est trop faible pour répondre à notre hypothèse et il existe un grand nombre de perdus de vue (47%). A 1 an, le test NEVIP est pathologique chez 100% des patients atteints de DCL (3/16). Parmi les 6 MCI à T0, 6 évoluent vers une MA (dont 2 avec DAT scan anormal) et 1 vers une DCL. Dans 1 cas, 1 NEVIP normal devenant pathologique est observé chez un patient au diagnostic initial de MA. Le diagnostic évolue vers une DCL possible (fluctuations, TEMP et ponction lombaire : Abeta et Tau normales). Le DATscan n'a pas été réalisé. 3 patients normalisent leur test dont 2 patients atteints de MA et 1 de démence vasculaire: leur z score était le plus proche de la norme parmi les NEVIP pathologiques. On peut s'interroger sur un effet de familiarité chez ces patients. 2 MA sans aucun caractère clinique de DCL ont un DAT scan anormal et un NEVIP normal et stable. Les lésions de MA peuvent modifier l'expression des corps de Lewy comme montré auparavant pour les hallucinations et les troubles mnésiques. 2 MA sans aucun caractère clinique de DCL ont un DAT scan positif et un NEVIP normal et stable. **Conclusion:** Cette étude préliminaire ouvre des perspectives pour l'analyse des TVP chez le sujet âgé, présents chez plus de la moitié des patients. Pouvoir identifier de façon simple et précoce cette atteinte, pourrait permettre une aide au diagnostic y compris pour des présentations atypiques, une prise en compte du handicap associé au quotidien, et ainsi, limiter la iatrogénie.

**P2-03-07****Consultation Mémoire Gériatrique au CHU de Pointe-à-Pitre/ Abymes : Quelles particularités locales pour les démences des patients âgés de plus de 70 ans en Guadeloupe ?**

L. Rinaldo (1) ; T. Basileu Zozio (2) ; S. Belson (3) ; B. Tressieres (4) ; A. Lannuzel (5)

(1) *Unité mobile de gériatrie, CHU, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe;*  
 (2) *Unité mobile de gériatrie, CHU Pointe-a-Pitre/Abymes, Guadeloupe;* (3) *Neurologie, CHU Pointe-a-Pitre/Abymes, Guadeloupe;* (4) *Centre d'investigation cliniques antilles guyane, CHU Pointe-a-Pitre/Abymes, Guadeloupe;* (5) *Neurologie, CHU Pointe-à-Pitre/Abymes, Guadeloupe*

**Introduction:** La consultation mémoire gériatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Pointe A Pitre/Abymes (CHUPAP) a pour missions le diagnostic et le suivi des troubles neurocognitifs majeurs en Guadeloupe. Concernant les sujets âgés, la particularité

de son exercice réside en l'absence de filière gériatrique définie sur le territoire. Il existe à ce jour peu de données disponibles sur les caractéristiques de ces pathologies chez les sujets âgés en Guadeloupe. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques nosographiques des patients suivis d'après l'analyse des données d'activité de la consultation mémoire afin de proposer des pistes d'amélioration de l'accès à une prise en charge adaptée. **Méthodes:** Une étude rétrospective, longitudinale, mono centrique a été réalisée sur la base de données de l'activité de la consultation mémoire gériatrique du CHUPAP de 2006 à 2010. Étaient éligibles à l'étude les primo-consultants de 70 ans et plus, adressés en consultation mémoire gériatrique pour plainte mnésique et dont les données avaient été informatisées. Des données sociodémographiques, cliniques et biologiques ont été recueillies dans une base de données informatisée (logiciel EXCELL) renseignant 14 rubriques. Une analyse statistique a ensuite été faite. **Résultats:** Sur la période étudiée, 549 dossiers ont été informatisés de façon complète. Les patients concernés étaient âgés en moyenne de 78 ans +/- 8, et étaient majoritairement des femmes (73%). Issus pour la plupart de la région de la Grande Terre et de la région Pontoise (34.8 % ; 25%) ils sont essentiellement adressés par leur médecin traitant (58%). 2/3 des patients ont un bas niveau socio éducatif (NSC 2) et le MMS moyen est à 19. Lorsque les patients arrivent en consultation mémoire gériatriques, les troubles existent dans le quart des cas depuis plus d'1 année (26%), et sont majoritairement mnésiques au début de la maladie (63%). 2/3 des patients sont hypertendus et 1/3 sont diabétiques, avec dans 76% des troubles anxiodépressifs associés à la plainte mnésique. L'accès à l'imagerie cérébrale concerne les 2/3 de l'échantillon (67%), et celui à un bilan neuropsychologique complet à 1/4 des patients. Au total, 72% des patients adressés à la consultation mémoire gériatrique ont un diagnostic final de démence ; avec une majorité de formes mixtes et/ou vasculaire (29.70%), les maladies d'Alzheimer pure étant en seconde position (27%). **Conclusion:** Première étude en Guadeloupe visant à décrire localement les caractéristiques des troubles neurocognitifs majeurs, notre travail met en exergue la nécessité d'améliorer l'offre de soins en termes d'accès à une consultation mémoire gériatrique, afin de minorer le risque de retard diagnostique à l'origine de parcours de soins complexes. La particularité de la forte prévalence des maladies cardiovasculaires et diabétiques influence le profil diagnostique et implique de majorer les actions de prévention en terme de politique de santé publique auprès des personnes âgées en Guadeloupe.

#### P2-03-08

##### **Angiopathie amyloïde cérébrale inflammatoire: un diagnostic à ne pas manquer**

T. Lamy (1) ; Z. Barrou (1) ; S. Greffard (1) ; L. Zerach (2) ; B. Dieudonné (1) ; M. Verny (3)

(1) *Centre de gériatrie, cmrr et dhu fast, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris;* (2) *Service de gériatrie, hôpital de la Pitié Salpêtrière, APHP, 47-83 boulevard de l'hôpital, Paris France, Unité Péri-Opératoire Gériatrique (UPOG);* (3) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*

**Introduction:** Devant des troubles cognitifs d'évolution rapide, il est important de ne pas méconnaître une angiopathie amyloïde cérébrale inflammatoire pour laquelle une thérapeutique peut être envisagée. **Méthodes:** Case-report. **Résultats:** Mme P, âgée de 86 ans, sans antécédent particulier, se plaint depuis 4 ans de troubles de l'écriture. Une évaluation clinique réalisée il y a deux ans trouvait des éléments dysexécutifs, un manque du nom sur

les visages célèbres et une possible atteinte sémantique. Le bilan préconisé n'a pas été réalisé. Elle consulte pour une aggravation rapidement progressive avec apparition de troubles praxiques/dysexécutifs (impossibilité d'écrire, de se servir de son téléphone portable, de son ordinateur), sans hallucination ni céphalée. L'examen neurologique ne trouve pas d'anomalie significative. Le bilan neuro psychologique retrouve des troubles attentionnels, une atteinte mnésique, dysexécutive et des fonctions instrumentales. L'IRM cérébrale montre de multiples microbleeds corticaux et juxta corticaux en pariétal gauche en séquence T2\*, associés à un œdème fronto-pariétal gauche en hypersignal FLAIR avec effacement des sillons corticaux, sans syndrome de masse ni prise de contraste anormale. L'EEG révèle un foyer lésionnel lent hémisphérique gauche sans activité épileptique. La biologie usuelle est normale, sans syndrome inflammatoire. Le bilan auto immun, virologique et bactériologique est négatif. La recherche de synthèse intrathécale d'immunoglobulines négative. Dans ce contexte de déclin cognitif subaigu associé à des images typiques en IRM de microbleeds et d'œdème vasogénique réactionnel, le diagnostic de poussée inflammatoire d'angiopathie amyloïde cérébrale est évoqué. Un traitement par corticothérapie systémique à forte dose est débuté, permettant une évolution favorable des symptômes cliniques et des lésions radiologiques lors de la réévaluation à 1 mois. **Conclusion:** Face à une aggravation cognitive rapide avec œdème en IRM cérébrale, la présence de microbleeds corticaux et sous corticaux et d'hémosidérose en séquence T2\* est à rechercher pour affirmer le diagnostic d'angiopathie amyloïde cérébrale inflammatoire avec quasi-certitude. L'hypothèse physiopathologique privilégiée concernant cette pathologie exceptionnelle est une réponse auto-immune aux dépôts vasculaires de  $\beta$ -amyloïde. L'évolution est variable, avec possibilité de rémissions spontanées, ou au contraire d'aggravation rapide avec survenue de crises comitiales, hypertension intra crânienne et décès. Le traitement immunosuppresseur permet d'obtenir des rémissions.

#### P2-03-09

##### **Dépistage des troubles du langage dans le vieillissement : présentation d'un nouvel outil adapté à la pratique gériatrique**

TM. Tran (1) ; J. Macoir (2) ; A. Renard (3) ; M. Fossard (4) ; L. Lefebvre (5) ; M. Wilson (2) ; L. Monetta (2)

(1) *Université de Lille 2, Département d'orthophonie, Lille;* (2) *Département de réadaptation, Université Laval, Ville de Québec, Canada;* (3) *Centre leenaards de la mémoire, CHUV, Lausanne, Suisse;* (4) *Institut des sciences du langage et de la communication, Université de Neuchâtel, Neuchâtel, Suisse;* (5) *Service de psychologie cognitive et neuropsychologie, Université de Mons, Mons, Belgique*

**Introduction:** Si le langage est considéré comme une des fonctions cognitives résistant le mieux au vieillissement, il est reconnu que son atteinte fait partie de la symptomatologie des démences et qu'elle constitue une modalité d'entrée dans certaines pathologies neurodégénératives comme l'Aphasie Primaire Progressive ou la Démence sémantique. A ce jour, il n'existe pas d'outil spécifique permettant de dépister les troubles du langage dans le vieillissement pathologique. **Méthodes:** Une équipe multicentrique internationale de chercheurs et cliniciens francophones (Québec, Suisse, Belgique et France) a élaboré un outil de dépistage comportant 10 épreuves courtes et explorant les sous-domaines langagiers spécifiquement touchés dans les pathologies démentielles neurodégénératives : le DTLA (Detection Test for Language impairment in Adults and

Aging). Cet outil a été normalisé auprès de 591 sujets sans antécédent psychiatrique, neurologique, ni trouble visuel ou auditif et répartis en 2 tranches d'âge (50-64 ans et 65 ans et +) et 2 niveaux d'études ( $\pm 12$  ans), inclus après consentement écrit et vérification de scores normaux selon l'âge et le NSC au MMSE et MOCA. **Résultats:** Les résultats de la normalisation et de la validation montrent que le DTLA est un test rapide (environ 5 minutes), bien réussi par les sujets témoins qui répond aux exigences de sensibilité et de simplicité d'administration d'un test de dépistage. **Conclusion** Le DTLA est un outil de dépistage qui peut être intégré à l'évaluation gériatrique afin d'identifier les patients nécessitant une évaluation langagière plus approfondie et de proposer, le cas échéant, un suivi précoce des troubles du langage et de la communication dans le vieillissement.

### P2-03-10

#### Profil cognitif en fonction de l'âge

Z. Barrou (1) ; L. Dourthe (2) ; S. Greffard (1) ; B. Dieudonné (1) ; M. Bouriffet (2) ; J. Boddaert (3) ; J. Cohen Bittan (4) ; L. Zerah (5) ; H. Vallet (6) ; M. Verny (6)

(1) Centre de gériatrie, cmrr et dhu fast, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (2) Gériatrie aigue, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (3) Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris; (4) gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (5) Service de gériatrie, hôpital de la Pitié Salpêtrière, APHP, 47-83 boulevard de l'hôpital, Paris France, Unité Péri-Opératoire Gériatrique (UPOG); (6) Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

**Introduction:** Dans la maladie d'Alzheimer (MA), les données de la littérature comparant les formes de début précoce (âge <65 ans) et de début tardif sont variables, avec dans l'ensemble une atteinte plus marquée de l'attention, des fonctions exécutives et visuo-spatiales chez les sujets jeunes. Nous avons testé l'effet de l'âge sur le profil cognitif au sein de la population de MA de notre consultation mémoire gériatrique avec des moyennes d'âge plus élevées. **Méthodes:** Recueil de données sur une base exhaustive de patients consécutifs évalués en consultation mémoire (entre 2007 et mai 2016). Sélection des patients ayant une MA légère (MMS>20). Individualisation de deux groupes : patients jeunes (PJ)  $\leq 75$  ans, patients âgés (PA)  $\geq 85$  ans. Tous les patients ont eu une évaluation clinique, un bilan neuropsychologique complet, une biologie, une imagerie cérébrale (IRM en l'absence de contre-indication). **Résultats:** 22 patients jeunes et 52 patients âgés (âge moyens respectifs  $72,8 \pm 2$  et  $87,6 \pm 2$  ans) ont été inclus. Les caractéristiques démographiques ne diffèrent pas : niveau socio culturel (respectivement  $5,3 \pm 1,9$  et  $5,5 \pm 1,8$ ), nombre de traitements, scores d'autonomie ADL et IADL, score de dépression gériatrique GDS 15 et score de troubles psycho comportementaux NPI. L'efficacité globale est identique dans les deux groupes avec un score MMS respectivement à  $24,1 \pm 2$  et  $24,0 \pm 2$ . Sur le plan neuropsychologique, la principale différence observée est une plus faible performance des patients âgés sur les tests de fluences sémantiques : set test d'Isaac en 15' (PA  $22,6 \pm 5$  ; PJ  $27,1 \pm 6$  ; p 0,003) et en une minute (PA  $40,5 \pm 9$  ; PJ  $48,8 \pm 11$  ; p 0,003), animaux (PA  $11,8 \pm 4$  ; PJ  $13,8 \pm 4$  ; p 0,003). Une atteinte sémantique est aussi notée sur l'évocation des faits sociaux (PA  $1,7 \pm 1,5$  ; PJ  $2,9 \pm 1,4$  ; p 0,002). Il n'y a pas de différence pour les fluences phonétiques et pour les fonctions exécutives. Les autres différences notées sont un ralentissement sur le TMT A chez les PA, plus d'atteinte praxique pour les gestes abstraits et des scores moindres sur la copie de la figure de Rey chez les PA. Il n'est pas noté de différence entre les deux groupes

en mémoire épisodique (en dehors d'un premier rappel libre plus faible chez les PA et d'un plus grand nombre d'intrusions en rappel libre chez les PJ). **Conclusion:** Chez des patients ayant une maladie d'Alzheimer à un stade léger, le bilan neuropsychologique diffère entre les patients d'âge supérieur à 85 ans et ceux de moins de 75 ans. Il existe essentiellement une atteinte sémantique plus marquée chez les patients plus âgés, ce qui a été noté dans une étude antérieure comparant les formes de début précoce (< 65 ans ; moyenne 60,6) et de début tardif (moyenne 77,9).

### P2-05-19

#### Les scores prédictifs d'une infection par le virus du Chikungunya établis dans une population jeune présentent-ils de bonnes performances dans une population âgée de 65 ans et plus?

L. Godaert (1) ; F. Najioullah (2) ; L. Bousquet (1) ; R. Césaire (2) ; J.L. Fanon (1) ; M. Dramé (3)

(1) Pôle de Gériatrie et Gérontologie, CHU Martinique, Le Lamentin; (2) Département de virologie, CHU Martinique, Le Lamentin; (3) Département de recherche et santé publique, CHU, Reims

**Introduction:** L'infection par le virus du Chikungunya est une arbovirose transmise par le moustique de type Aedes se répandant sur un mode endémo-épidémique. Cette infection est considérée comme un problème de santé publique dans les zones tropicales et tempérées. Des cas sporadiques ont été observés dans le sud de l'Europe et sa diffusion aux Etats-Unis où sévit le vecteur est une hypothèse crédible. En période épidémique, la prévalence varie pouvant atteindre 50%. Récemment, une épidémie de grande ampleur a touché les Antilles françaises. La symptomatologie dans sa phase aigüe se caractérise par des polyarthralgies fébriles avec invalidité fonctionnelle sévère. Le diagnostic de certitude repose sur un test biologique de type Reverse Transcription Polymérase Chain Réaction, difficilement réalisable de routine en phase épidémique. Le diagnostic est donc le plus souvent clinique, aidé par des tests biologiques simples et plus récemment par le calcul de scores prédictifs. Notre étude a pour objectif d'évaluer dans une population âgée de 65 ans et plus les performances de deux scores prédictifs établis lors des épidémies survenues à Mayotte et à La Réunion dans une population jeune. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude diagnostique rétrospective réalisée en Martinique (Antilles françaises) au sein du Centre Hospitalier et Universitaire Martinique (CHUM). Elle a concerné tous les patients âgés de 65 ans et plus admis au CHUM y compris dans les services d'urgences, présentant des symptômes évocateurs d'une infection par le virus du Chikungunya entre le 10 janvier et le 31 décembre 2014 et ayant bénéficié d'un test biologique diagnostique de type Reverse Transcription Polymérase Chain Réaction (RT-PCR). Les données cliniques et biologiques ont été récoltées sur base des dossiers. Les scores prédictifs établis à Mayotte (score clinique) et à La Réunion (score clinico-biologique) ont été appliqués à chaque dossier. La sensibilité, spécificité et l'indice de Youden ont été calculés sur la population âgée de 65 ans et plus pour chaque score. **Résultats:** 687 patients ont été inclus, 467 (68%) avec un diagnostic biologique positif d'infection par le Chikungunya et 220 (32%) avec un diagnostic biologique négatif. La fièvre (73.1%) et les arthralgies (51.4%) sont les signes les plus fréquemment retrouvés. Les performances sont médiocres pour les deux scores (cliniques et clinico-biologiques) bien que la spécificité soit bonne voire excellente (81 à 97%). La sensibilité varie de 6% (pour le couple fièvre et céphalée) à 49% (pour le couple de

symptômes fièvre et polyarthralgies); et l'indice de Youden varie de 1% (fièvre et céphalée) à 30% (fièvre et polyarthralgies). **Conclusion:** Nos résultats suggèrent que les scores prédictifs d'une infection par le virus du Chikungunya établi dans une cohorte de sujets jeunes ne sont pas adaptés pour prédire l'infection dans une population de sujets âgés de 65 ans et plus. Un score prédictif tenant compte des spécificités de cette infection chez les sujets âgés est nécessaire.

## P2-05-20

### Déterminants sociodémographiques des profils alimentaires dans un échantillon national des personnes âgées

V. Andreeva (1) ; B. Allès (1) ; G. Feron (2) ; R. Gonzalez (1) ; C. Sulmont-Rossé (2) ; P. Galan (1) ; S. Hercberg (1) ; C. Méjean (1) (1) EREN, CRESS, Université Paris 13, Bobigny; (2) Csga, CNRS, Inra U1324, Université de Bourgogne, Dijon

**Introduction:** Les habitudes alimentaires des personnes âgées en Europe sont connues grâce aux données des cohortes EPIC et SENECA, cependant, ces informations datent d'une ou deux décennies. Ainsi, ces cohortes ne reflètent pas le contexte actuel caractérisé par les transitions alimentaires et le vieillissement de la population. Cette étude permet de fournir des connaissances actualisées sur les profils alimentaires et leurs déterminants sociodémographiques à partir d'un large échantillon de personnes françaises âgées. **Méthodes:** Cette étude transversale s'inscrit dans le cadre du projet intégré AlimaSSenS qui a pour objectif principal de fournir une offre alimentaire adaptée aux personnes âgées (> 65 ans) vivant à domicile. Très multidisciplinaire, AlimaSSenS associe des expertises en odontologie, physiologie, évaluation sensorielle, comportement du consommateur, nutrition, épidémiologie, sociologie et économie. L'analyse épidémiologique utilise les données de 6 686 volontaires (55 % de femmes) âgés de 65 ans et plus, inscrits dans la cohorte française NutriNet-Santé. Il s'agit d'une cohorte prospective d'observation lancée en mai 2009 et portant sur une large population d'adultes recrutés par des vastes campagnes multimédia grand public (télévision, radio, presse écrite, Internet). L'ensemble des volontaires est suivi grâce au site Internet développé à cet usage ([www.etude-nutrinsante.fr](http://www.etude-nutrinsante.fr)). Tous les questionnaires sont conçus pour être remplis directement sur le site Internet, à l'aide d'une interface HTML sécurisée. Pour cette étude, les consommations alimentaires ont été évaluées avec trois enregistrements de 24 h. Pour identifier les profils alimentaires, nous avons utilisé des analyses factorielles. Des modèles de régression linéaire multivariée ont été utilisés pour évaluer les associations entre profils et caractéristiques individuelles. **Résultats:** A partir de 22 groupes d'aliments prédéfinis, trois profils alimentaires ont été identifiés. Le premier profil, appelé «Santé» se compose de fruits, légumes, céréales, noix, et poissons. Il est positivement associé au niveau d'éducation, au fait de vivre seul, d'être un ancien fumeur (chez les femmes) ; il est inversement associé au surpoids et obésité (chez les femmes), au fait d'être fumeur (chez les hommes), d'avoir 75 ans et plus, et d'être hypertendu. Le deuxième profil, appelé «Occidental» se compose de viandes, produits apéritifs, fromages et alcool. Il est positivement associé à l'Indice de masse corporelle (chez les hommes) et au fait d'être un ancien ou un fumeur actuel; il est inversement associé au fait d'avoir 75 ans ou plus (chez les femmes) et au fait de vivre seul. Le troisième profil, appelé «Traditionnel» se compose de pain, pommes de terre, lait, légumes, et beurre. Il est positivement associé à l'âge et inversement associé au fait d'être ancien fumeur ou fumeur actuel, à l'éducation

(chez les hommes), et au fait de résider dans une zone urbaine ou semi-urbaine. **Conclusion:** Ces résultats confirment la diversité des habitudes alimentaires chez les personnes âgées en France, notamment des différences selon le sexe. Le profil «Santé» explique la plus grande partie de la variabilité des consommations. D'autres études utilisant des données internationales sont nécessaires pour tirer de plus fortes conclusions au niveau européen.

## P2-05-21

### Conditions pratiques d'une campagne de vaccination en EHPAD

JC. Hansen (1) ; H. Bercher (1) ; C. Ombredane (1) ; C. Clement. (1) ; CLIN DE L'ETABLISSEMENT  
(1) EHPAD, CH Pacy sur Eure, Pacy-sur-Eure

**Introduction:** Chaque année la grippe est responsable de 1472 hospitalisations et de 16470 excès de décès toutes causes confondues chez les 65 ans et plus. Au niveau de l'EHPAD de Pacy-sur-Eure, on constate en 2014 une augmentation du taux de mortalité sur la période hivernale mais aussi un taux d'absentéisme en hausse impactant le fonctionnement du service et la qualité de prise en soin dans un contexte où le taux de vaccination des soignants est de 55% et celui des résidents de 75%. Ce constat a conduit le médecin coordonnateur, la coordinatrice de la qualité et gestion des risques et l'équipe interne d'hygiène à mettre en place un bilan des freins à la vaccination et une conduite de changement sur nos pratiques. **Méthodes:** L'équipe pluridisciplinaire a utilisé une démarche REX (retour d'expérience) s'appuyant sur les travaux de James Reason[1],[2]. Puis, sur la base des freins identifiés, elle a ensuite construit et mis en œuvre une démarche projet auprès des soignants et des résidents sur deux tableaux : un axe communication et un axe bonnes pratiques recommandées par l'ARS. [1] Bally B et Chevalier P. Retour d'expérience en santé (REX) : Comprendre et mettre en œuvre. Mission sécurité du patient. HAS 2014. [2] Reason J. L'erreur humaine, Paris, Presses des Mines, Collection Économie et gestion, 2013. **Résultats:** Au niveau des freins, deux difficultés se surajoutent aux idées reçues habituelles sur la vaccination : • Pour les résidents : le bon de prise en charge CPAM, faisant office de prescription médicale pour l'acte infirmier, n'est pas toujours adressé à l'EHPAD. Et les familles ne le rapportent pas, ne percevant pas forcément l'intérêt d'un tel document. • Pour le personnel : nous n'étions pas affiliés à une unité de santé au travail hospitalière. Il n'y avait donc pas de réalisation de prescription et ni de mesure de recueil et de suivi vaccinal. Au niveau de la communication, une campagne de sensibilisation humoristique et non anxiogène à destination des résidents a été instaurée avec, en parallèle, la distribution de flyers d'information sur l'intérêt de la vaccination et sur les malentendus liés aux idées reçues à destination des soignants. Au niveau des bonnes pratiques, conception et réalisation de documents d'évaluation et de traçabilité des consentements individuels, d'absence de contre-indication et de suivi post-vaccinal pour les résidents et le personnel dans le cadre d'une protocolisation qui prévoit une prescription individuelle par le médecin traitant ou collective par le médecin coordonnateur. Après deux ans de mise en œuvre, les résultats sont là : • Un taux de vaccination des résidents de 91% avec absence d'hospitalisation ou de décès en lien avec une infection respiratoire communautaire imputable à la grippe au cours de la saison hivernale 2015/2016. • Un taux de vaccination du personnel de 75% en 2016, nettement supérieur aux moyennes nationales, avec notamment le fait que les plannings et l'organisation des soins n'ont pas eu à subir de

modification ou d'imprévus liés à la grippe. **Conclusion:** Cette démarche basée sur la conduite de changement a été saluée par les professionnels qui ont apprécié la sécurisation rassurante et le ton décalé aux antipodes de la culpabilisation habituellement choisie pour communiquer. De plus cette démarche est apparue bénéfique pour l'établissement au niveau de sa gestion car la non mobilisation des ressources budgétaires pour les remplacements de personnel ou le financement des soins spécifiques induits par le virus, représentent une économie d'échelle non négligeable. Cette démarche démontre également l'intérêt de bien communiquer, de mettre en œuvre les moyens nécessaires, et l'importance de la détermination et de l'implication des équipes pour toute modification des pratiques dans un but d'efficacité et de qualité.

#### P2-05-22

##### Enquête nationale auprès des gestionnaires de cas

JP. Aquino (1) ; MA. Castel-Tallet ; H. Villet

(1) *Fondation Médéric Alzheimer, Paris*

**Introduction:** La Fondation Médéric Alzheimer, en partenariat avec la CNSA, a mené la première enquête nationale auprès des gestionnaires de cas, exerçant dans les dispositifs MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie) implantés dans le cadre du 3ème Plan Alzheimer. Ces professionnels, formés spécifiquement, sont chargés d'évaluer la situation des personnes en situation complexe liée à la perte d'autonomie et de mettre en place leur plan d'aide à domicile. **Méthodes:** Un questionnaire auto-administré a été adressé aux 700 gestionnaires de cas exerçant en France. 78 % ont répondu à l'enquête. **Résultats:** Les gestionnaires de cas sont âgés de 37,6 ans en moyenne ; 48 % ont plus de 2 ans d'ancienneté dans la fonction. Leurs origines professionnelles sont multiples, 52 % étant issus d'une formation initiale issue du champ social et 48 % du champ sanitaire. 55 % des gestionnaires de cas travaillent dans un territoire à prédominance rurale et 68 % ont un périmètre d'intervention supérieur à 35 km. 57 % de leur temps est consacré au travail de terrain. Ils doivent faire face à des difficultés avec les personnes suivies, leurs familles et les professionnels et services partenaires : 78 % sont souvent confrontés au déni des personnes suivies, 71 % à leur isolement social et familial, 61 % au refus des aides proposées, et 85 % rencontrent souvent des situations d'épuisement des familles. Ils expriment des besoins de reconnaissance professionnelle et de formation : 72 % souhaitent une meilleure intégration des services, 75 % une reconnaissance de l'identité professionnelle de la gestion de cas, 75 % des outils de travail mieux adaptés et harmonisés, 66 % une formation aux maladies psychiatriques, 62 % une formation au cadre juridique. **Conclusion:** Selon les gestionnaires de cas, ce qui distingue leur travail des formes traditionnelles d'accompagnement à domicile est qu'ils entretiennent avec la personne suivie, une relation privilégiée, qui s'inscrit dans la durée et prend en compte de tous les aspects de la vie de la personne, avec un temps spécifiquement dédié à la coordination intensive. Pour 48 % des gestionnaires de cas, la principale valeur ajoutée de leur mission est l'amélioration globale de la qualité de vie des personnes accompagnées.

#### P2-05-23

##### Séances pluridisciplinaires de révision d'ordonnances : impact sur le coût de traitement journalier des patients dans des services d'EHPAD

S. Joly (1) ; M. Le Maout (1) ; A. Caprioli (2) ; C. Fayard (1) ; C. Legret (1) ; C. Martin (1) ; D. Favre-Monnet (2) ; F. Serratrice (1) (1) *Pharmacie, Centre hospitalier Métropole Savoie - Site d'Aix-les-Bains, Aix-les-Bains;* (2) *Pole gériatrique, Centre hospitalier Métropole Savoie - Site d'Aix-les-Bains, Aix-les-Bains*

**Introduction:** Dans notre hôpital, des séances pluridisciplinaires de révision d'ordonnance (= RCP) sont organisées depuis 2010 dans les services d'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Ces RCP se déroulent en présence du médecin responsable du service, du pharmacien, des soignants de l'unité (cadre de santé, infirmière, aide-soignante). Nous avons montré dans une précédente étude(1), l'impact positif des RCP sur la qualité de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact médico-économique des séances de révision d'ordonnance en EHPAD. **Méthodes:** Seules les ordonnances comportant plus de 8 lignes de traitement systématiques ont été retenues pour les RCP. Les coûts de traitement journaliers (=CTJ) ont été calculés avant et après la séance de révision d'ordonnance pour 33 patients de 5 services d'EHPAD. Le coût des prescriptions conditionnelles a été calculé dans l'hypothèse où toutes les administrations étaient réalisées. Les prix utilisés sont les prix fournisseurs hors taxes. Ces prix sont négociés avec les laboratoires par notre groupement d'achat. **Résultats:** Le CTJ moyen par patient avant la séance est de 2,60€ (+/- 2,20 €) et de 2,23 € (+/- 2,07€) après la séance. La différence moyenne est de 0,37€ (+/-0,61€) par jour. Ces deux moyennes ont été comparées par un test Z sur des séries appariées. Cette différence de coût est significative au risque  $\alpha = 5\%$  avec un degré de signification (p) inférieur à 1%.

Total patients	33
Moyenne différence	0,37 €
Ecart-type	0,61 €
Intervalle de confiance 95%	[0,16 ; 0,58]
Economie / patient / an	134,04 €
Ecart-type	221,22 €
Intervalle de confiance 95%	[58,56 ; 209,52]

**Conclusion:** Les séances de révisions d'ordonnance permettent de diminuer le coût de traitement journalier moyen des personnes âgées hébergées en EHPAD dans notre établissement. Elles diminuent également le risque de iatrogénie en réduisant les lignes de prescriptions (démarche STOP). Elle participe ainsi à la maîtrise de nos dépenses de santé, et à la diminution des risques liés aux médicaments. Néanmoins, la révision du traitement du patient est initiée uniquement à partir de son ordonnance. Or, l'optimisation de celle-ci doit aussi prendre en compte les pathologies non traitées de la personne âgée. Il conviendrait donc de compléter nos RCP par une approche clinique d'évaluation gériatrique globale. Celle-ci pourrait dépister des co-morbidités ou des fragilités gériatriques éventuellement non prises en charge, et permettrait alors d'initier des traitements en rapport (démarche START). Le patient serait ainsi davantage au centre de la démarche, et cette approche médico-économique globale permettrait d'avoir une idée plus juste des coûts en fonction des besoins de la personne. Il est ainsi prévu d'étendre les RCP à tous les services gériatriques de l'hôpital en

y associant une évaluation gériatrique préalable du patient. (1) S. Joly, S. Tounes, C. Calas, C. Legret, C. Fayard, F. Serratrice Impact des séances pluridisciplinaires de révision d'ordonnances sur l'évolution des pratiques de prescription médicamenteuse chez la personne âgée, 35èmes Journées annuelles de la société française de gériatrie et gérontologie, Paris, 21-23 Octobre 2015

#### P2-05-24

##### Compétences numériques, recherche d'informations en matière de santé et automédication chez les seniors : résultats de l'étude RICSА

M. Herr (1) ; E. Vigouroux-Zugasti (2) ; S. Fainzang (3) ; J. Ankri (1) ; O. Le Deuff (2)

(1) INSERM UMR 1168, Vieillesse et Maladies chroniques, Université Versailles St Quentin, Paris; (2) Laboratoire médiation, information, communication et arts (mica - ea4426), Université Bordeaux Montaigne, Bordeaux; (3) Ehess, INSERM U988, Paris

**Introduction:** La consultation d'informations à teneur médicale en ligne est devenue courante, notamment chez les seniors qui représentent une population particulièrement concernée par les problèmes de santé. Le risque informationnel, c'est-à-dire le risque de recevoir une information erronée ou de mauvaise qualité, est particulièrement préoccupant chez les seniors, dont la culture numérique et informationnelle est parfois insuffisante. Dans ce contexte, cette étude visait à mieux comprendre les pratiques et les habitudes des seniors en matière de recherche d'informations sur le web, notamment lorsqu'il s'agit de recherches sur leur état de santé susceptibles de conduire à des pratiques d'automédication.

**Méthodes:** L'étude « Risque Informationnel Chez les Seniors et Automédication » (RICSА) comporte un volet quantitatif et un volet qualitatif. Une enquête en ligne a été réalisée au printemps 2015 auprès de 391 seniors (≥60 ans) contactés par le biais de leur assureur ou de leur maison de santé. Le questionnaire portait sur les compétences numériques et les pratiques en matière de recherche d'informations sur la santé et d'automédication. Suite au questionnaire en ligne, 31 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de seniors vivant en Aquitaine et recrutés sur la base du volontariat (13 hommes et 18 femmes). **Résultats:** Parmi les 391 répondants au questionnaire en ligne, l'âge moyen était de 67 +/- 5 ans, avec 51% d'hommes et 82% de retraités. Cette population déclarait à 68% se sentir très à l'aise ou parfaitement à l'aise avec les objets technologiques (tablette, smartphone, ordinateur...). Les compétences numériques étaient associées à un haut niveau d'éducation et à une bonne santé relative. Concernant les pratiques relatives à la santé, 39% des répondants déclaraient consulter Internet à chaque fois qu'ils avaient une question liée à la santé et 46% réalisaient des achats liés à la santé sur Internet, principalement pour des compléments ou des médecines alternatives. Les recherches en santé sur Internet étaient motivées par la facilité d'accès à l'information, le souci de la prévention ou l'inquiétude. Les sites de vulgarisation étaient les plus consultés. La pratique de l'automédication (hors conseils du pharmacien) était rapportée chez 60% des sujets. Le volet qualitatif de cette étude confirme l'importance du niveau d'éducation pour des recherches de qualité (méthodologie de la recherche, analyse de l'information, etc.), alors même que les sujets pratiquant le plus de recherches étaient les personnes les moins éduquées et ayant le moins de loisirs. Il montre également que, si la confiance dans la relation médecin-patient demeure chez la majorité des usagers, les recherches sur les questions de santé résultent d'un besoin d'informations

complémentaires et d'un besoin de réassurance vis-à-vis de l'avis médical. **Conclusion:** Cette étude montre que les seniors utilisant Internet se sentent pour la plupart à l'aise avec les technologies numériques et que les recherches d'informations sur les questions de santé sont un phénomène courant, dont les motivations varient selon les sujets. Le risque informationnel demeure, en raison du manque de qualité et d'analyse des informations consultées.

#### P2-05-25

##### Expertise Collective Inserm - Déficiences Intellectuelles et Vieillesse - Exemple de la Trisomie 21

AS. Rebillat (1)

(1) Institut Jérôme Lejeune, Paris

**Introduction:** L'espérance de vie des personnes atteintes d'une déficience intellectuelle (DI) a considérablement augmenté au cours des dernières décennies. Or, la fréquence des problèmes de santé, avec leur retentissement psychologique et social, augmente aussi avec l'âge. **Méthodes:** Ce travail s'appuie essentiellement sur les données issues de la littérature scientifique disponible lors du dernier trimestre 2014 à partir de l'interrogation de différentes bases de données (Medline, Web of science, Psycinfo, Scopus et Pascal). Le Pôle Expertise collective de l'Inserm, rattaché à l'Institut thématique multi-organismes Santé publique, a assuré la coordination de cette expertise. **Résultats:** Il y a autant de personnes fragiles dans la population de patients DI après 50 ans que dans la population générale après 75 ans. L'isolement, la perte d'autonomie, le déclin de la santé tant physique que mentale rendent ces patients plus vulnérables. Chez les patients âgés porteurs de trisomie 21 (T21) la prévalence des troubles visuels est plus élevée. Il s'agit de cataracte, de strabisme, de troubles de la réfraction, de kératocône. Les déficiences auditives sont aussi plus fréquentes, touchant jusqu'à 70 % d'entre eux après 40 ans. Peu sont identifiées et traitées. Ce sont majoritairement des surdités de perception ou mixtes. Les sujets âgés T21 ont un risque très élevé de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (jusqu'à 90%), favorisé par l'hypotonie des voies aériennes supérieures, la glossoptose, l'obésité, et l'âge, avec un retentissement certain sur les fonctions cognitives. Ils peuvent rencontrer une forme d'épilepsie myoclonique progressive, favorisée par certains gènes présents sur le chromosome 21, comme celui de la cystatine B. Ils souffrent également davantage d'ostéoporose, d'arthrose et de goutte. Les pathologies de la thyroïde sont fréquemment rencontrées. Jusqu'à 40 % auraient une fonction thyroïdienne anormale, principalement des hypothyroïdies d'origine auto-immune. A contrario, certaines conditions semblent moins fréquentes: les cancers solides, l'hypertension artérielle (la pression artérielle est plus basse que dans la population générale), les pathologies cérébro-vasculaires. Passés 40 ans, toutes les personnes porteuses de T21 présentent des lésions neuropathologiques de type Alzheimer, c'est-à-dire plaques amyloïdes et dégénérescences neurofibrillaires. La T21 implique la surexpression du gène de l'APP situé sur le chromosome 21 et donc la surproduction de peptide amyloïde. La population de sujets T21 représente le groupe le plus large de patients développant une démence avant l'âge de 50 ans. Chez les patients atteints d'une DI autre que la T21 l'incidence des démences est également 5 fois supérieure à celle de la population générale. Le diagnostic de démence chez ces patients est difficile du fait de l'altération cognitive préexistante. Il existe une corrélation négative entre le niveau d'autonomie pour les activités de vie quotidienne et l'existence d'une démence. Des modifications du comportement

et de la personnalité sont souvent observées. Une évaluation neuropsychologique adaptée combinant questionnaires à destination des aidants et tests de performance à destination des patients semble la plus adaptée. Le MMSE n'est pas adapté à la DI dont le niveau est très variable d'un individu à l'autre. **Conclusion:** Les patients atteints de DI présentée avec l'avancée en âge des comorbidités spécifiques à l'histoire naturelle de la pathologie responsable de leur handicap. La prise en charge de ces patients fait appel à des équipes multidisciplinaires. Les médecins gériatres ont ici un rôle important à jouer car ils sont formés au dépistage, à la surveillance et au traitement des pathologies responsables de sur-handicaps et de mortalité prématurée.

#### P2-05-26

##### **Prévenir le déclin des fonctions cognitives en optimisant la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires grâce à une plateforme Internet interactive : l'essai contrôlé randomisé Préserv'Age**

J. Guillemont (1) ; N. Coley (2) ; S. Andrieu (2)

(1) Université de Toulouse 3, UMR 1027 Inserm, Toulouse;

(2) Service d'épidémiologie, CHU Toulouse, Université de Toulouse 3, UMR 1027 Inserm, Toulouse

**Introduction:** Les maladies cardiovasculaires et la démence, deux enjeux majeurs de santé publique en Europe, partagent plusieurs facteurs de risque tels que l'hypertension, l'hypercholestérolémie, le tabagisme, l'obésité, le diabète et la sédentarité. Par ailleurs, l'augmentation de l'utilisation d'Internet chez les sujets âgés en Europe et la montée en puissance de l'e-santé ouvrent des perspectives prometteuses pour la mise à disposition à large échelle de programmes de prévention visant à développer la prise en charge par les sujets de leur propre santé. L'objectif de l'étude européenne HATICE (Healthy Ageing Through Internet Counselling In the Elderly), dont Préserv'Age est la déclinaison française, est de déterminer si une intervention multidomaine visant à optimiser l'autogestion des facteurs de risque cardiovasculaire chez les sujets âgés, délivrée via une plateforme internet interactive avec l'accompagnement d'un conseiller, est susceptible d'améliorer le profil de risque cardiovasculaire et de réduire le risque de maladie cardiovasculaire ainsi que le déclin cognitif. **Méthodes:** HATICE est un essai européen, multicentrique, prospectif, randomisé, prospectif et ouvert avec évaluation des critères en insu. 2600 personnes âgées de 65 ans et plus, présentant un risque élevé de maladie cardiovasculaire, seront recrutées aux Pays-Bas, en Finlande et en France pour une intervention et un suivi sur 18 mois. L'intervention consiste en une plateforme internet interactive visant à stimuler l'autogestion des facteurs de risque cardiovasculaire, avec l'accompagnement à distance d'un coach formé à l'entretien motivationnel. La plateforme et les conseils fournis par le coach reposent sur les recommandations européennes et nationales en matière de gestion du risque cardiovasculaire. Le groupe contrôle accède à une plateforme internet statique comportant des informations générales sur la santé cardiovasculaire. Le critère de jugement principal est un score composite basé sur le z-score moyen de la différence entre les valeurs mesurées à l'inclusion et à 18 mois de pression artérielle systolique, cholestérolémie LDL et indice de masse corporelle. Parmi les critères secondaires figurent les effets sur les composants individuels du critère principal, sur les facteurs de risque liés au mode de vie, les scores de risque de Framingham et CAIDE, l'incidence des maladies cardiovasculaires et des démences, la mortalité, le fonctionnement cognitif, la forme

physique, l'humeur et les incapacités. **Résultats:** Le recrutement pour l'essai HATICE/Préserv'Age a débuté en mars 2015 et se terminera fin juillet 2016. Plus de 2300 sujets ont été inclus au total dont 271 en France entre le 11 juin 2015 et le 10 juin 2016. **Conclusion:** Nous présenterons la méthodologie de l'essai en nous concentrant sur l'intervention et sur les stratégies de recrutement mises en œuvre en France.

#### P2-05-27

##### **Impact de l'équipe mobile de gériatrie sur la durée moyenne de séjour dans les services de spécialités non gériatriques des hôpitaux Timone et Conception**

A. Cassagnol (1) ; P. Caunes (2) ; P. Villani (3)

(1) Unité mobile de gériatrie, Assistance Publique-hopitaux Marseille, Marseille; (2) unité mobile de gériatrie centre, Assistance Publique-hopitaux Marseille, Marseille; (3) Gériatrie, APHM, Marseille

**Introduction:** L'impact médico économique des équipes mobiles de gériatriques est habituellement évalué par le taux de réhospitalisation. Cependant la durée moyenne de séjour ou DMS nous a paru un critère plus pertinent dans notre configuration. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective et monocentrique réalisée en collaboration avec le service de santé publique. Dans un premier temps nos patients ont été appariés sur l'âge, le sexe, le groupe homogène de malades, à un groupe témoin. Dans un second temps les patients évalués par L'EMG étaient répartis en sous groupes en fonction du délai d'intervention précoce ou tardif par rapport à la date d'admission. Enfin nous avons tenté d'évaluer la valorisation financière dans l'hypothèse de la réduction d'un jour de DMS. **Résultats:** 263 patients ont pu être appariés. Les patients du groupe témoin présentent moins de codage de syndromes gériatriques dans le PMSI, ce qui peut être considéré comme un biais. Nous obtenons une réduction de la DMS de 1 jour par rapport au groupe témoin lorsque les patients sont expertisés par l'EMG dans les 5 premiers jours après la date d'admission. Et la DMS est plus courte de 3,4 jours par rapport au groupe de patients vus après 7 jours d'hospitalisation. **Conclusion:** Cette étude confirme le bénéfice tant pour le patient que sur le plan médico-économique d'une intervention précoce de L'EMG dans les services non gériatriques. Nous proposons le concept de DMS-EMG dont le point de départ est le jour de la première visite du patient par l'EMG. Il n'est pas certain que le bénéfice de l'EMG soit moindre pour les patients complexes vus tardivement par rapport à leur entrée dans l'hôpital.

#### P2-16-01

##### **Evaluation de l'efficacité de l'électroconvulsivothérapie (ECT) chez les personnes âgées de plus de 65 ans traitées au CHI Poissy - Saint Germain en Laye, site de Saint Germain en Laye**

O. Le Thi (1) ; F. De La Forest Divonne (1) ; B. Paillot (1) ; A. Wassouf (2) ; X. Galimard (1)

(1) Gériatrie, C.H. Intercommunal Poissy St Germain, Saint-Germain-en-Laye; (2) Psychiatrie, C.H. Intercommunal Poissy St Germain, Saint-Germain-en-Laye

**Introduction:** La dépression sévère est cause d'incapacité sévère en gériatrie. L'ECT est le traitement de dernière intention et les données françaises sur le sujet sont rares. L'objectif de ce travail est d'analyser l'efficacité de l'ECT après 65 ans. **Méthodes:** Etude observationnelle descriptive rétrospective des dossiers de patients

traités par ECT sur St Germain entre Janvier 2012 et Décembre 2014. **Résultats:** 8 dossiers ont pu être analysés sur 11 patients traités. L'âge moyen est de 74 ans avec une surreprésentation féminine (5/8). 100% des patients présentaient des symptômes dépressifs non améliorés par des antidépresseurs à long cours. 100% ont été améliorés significativement après 6 à 18 séances avec 100% de rémission des symptômes psychiatriques, 7/8 retours à domicile, 0 accident, normalisation quasi-totale des ADL et amélioration des statuts nutritionnels. 100% des sujets ont continué à prendre un traitement antidépresseur ; 50% ont fait une rechute nécessitant des ECT d'entretien. **Discussion :** l'ECT a été utilisée rarement et en dernière intention pour des patients dépressifs âgés dans notre établissement, mais avec une grande efficacité. Son usage semble plus fréquent chez les anglosaxons, en particulier dans notre population, avec des résultats très positifs. Ce travail présente des limites (faible échantillon, possible biais de sélection), mais l'efficacité spectaculaire de ces 8 observations interroge : les patients âgés en échec de traitement ont-ils systématiquement accès à ce traitement ? un recours plus précoce à l'ECT peut-il, sans danger, limiter des pertes d'autonomie longues à récupérer ? Des études épidémiologiques de grande ampleur seraient souhaitables pour mieux cerner le rapport bénéfice-risque de l'ECT chez la personne âgée. **Conclusion:** L'âge ne semble pas devoir être un frein à l'utilisation de l'ECT dans ses indications actuelles en France. Des séances itératives d'entretien semblent nécessaires fréquemment. Le gériatre a un rôle clé pour déclencher la discussion avec nos collègues psychiatres.

#### P2-18-11

##### **Evaluation de l'utilisation et de la satisfaction du sujet âgé au domicile, au sortir d'une hospitalisation en SSR, concernant l'aide technique à la marche et le suivi et la prise en charge par les professionnels de santé quant à cette aide**

C. Goursot (1) ; V. Curtis (1) ; C. Schonheit (1) ; A. Meziere (1)  
(1) *Ssr orthogériatrique, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*

**Introduction:** Les aides techniques à la marche chez le sujet âgé, comme solution de compensation des troubles de la marche et de l'équilibre, participent au maintien de l'autonomie avec un impact positif sur les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie des utilisateurs. Leur utilisation est recommandée dans le processus de rééducation/réadaptation à la marche. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'utilisation des aides techniques à la marche, par le sujet âgé au domicile, après sortie de SSR et notamment la satisfaction du patient concernant l'aide technique (canne, déambulateur, cadre de marche), et le suivi assuré par le médecin traitant et le kinésithérapeute de ville. **Méthodes:** Etude prospective auprès de 86 patients sortant de SSR avec une aide technique (AT). Enquête de satisfaction par entretien téléphonique à 3 mois de la sortie du SSR de l'Hôpital Charles Foix à Ivry sur Seine (94). Critères d'inclusion : 75 ans et plus, sortant de SSR avec une aide technique à la marche, rentrant à domicile, avec score MMSE >20, et numéro de téléphone du domicile disponible. Période d'étude : 6 mois. Etude descriptive à partir des données médico-psycho-sociales recueillies pendant l'hospitalisation. Analyse statistique des données (p<0.05). **Résultats:** UTILISATION / SATISFACTION DE L'AT : 79% des patients interrogés utilisent une AT à 3 mois : une canne (45%), un déambulateur 2 roues (15%). Les patients utilisent leur AT surtout à l'intérieur (73%), et quotidiennement (89%). 85,5% des patients interrogés estiment que leur AT est adaptée au domicile. 90% des patients sont satisfaits/ très satisfaits de leur AT principale. SUIVI

MEDECIN TRAITANT CONCERNANT L'AT: 94% des patients revoient leur MT dans les 3 mois qui suivent leur hospitalisation. La relation patient-MT est en majorité jugée très bonne (36% très bonne, 29% bonne). 42% des patients ont été encouragés par le MT à utiliser l'AT. 60% pensent que le MT s'intéresse à leur marche. SUIVI KINE CONCERNANT L'AT : 73% des patients ont des séances de KINE après leur sortie. 55% des patients disent que les kinés ne les conseillent pas spontanément sur l'AT. 63% des patients disent avoir été encouragés à utiliser l'AT pendant les séances de kiné. CHANGEMENT D'AT : 32/86 patients (37%) ont changé d'AT à 3 mois de leur sortie d'hospitalisation. Parmi les 32, 14 patients passent d'1 déambulateur 2 roues à 1 canne. Le changement se fait principalement à l'initiative du patient. En analyse univariée, les causes de changement d'AT sont le fait d'avoir : un déambulateur à la sortie d'hospitalisation, une durée d'hospitalisation longue, un kinésithérapeute en ville, pas de conseil du MT. En analyse multi variée, la seule variable qui reste significative dans le changement d'AT est le type d'AT (déambulateur). ATTENTES DES PATIENTS. Le MT n'est quasiment jamais sollicité concernant l'AT, car les patients ne le jugent pas nécessaire. 80% des patients ne souhaitent pas être conseillés sur l'AT par leur MT bien que 75% des patients estiment avoir assez le temps d'aborder le sujet lors de la consultation, mais aussi que 60% des patients jugent pourtant leur MT compétent en la matière, ou encore que le conseil du MT semble avoir un impact sur changement d'AT à 3 mois. Le kiné n'est pas sollicité pour le réglage de l'AT car les patients ne jugent pas nécessaire de lui demander conseil alors que pourtant 95% des patients jugent le kiné compétent pour les renseigner sur l'AT, et que le fait d'avoir des séances de kiné semble significatif sur l'évolution à 3 mois. Les patients pensent que le Kiné est plus compétent que le MT pour conseiller sur l'AT. **Conclusion:** Les patients âgés à domicile après hospitalisation sont plutôt satisfaits de leur AT à la marche. A 3 mois, un tiers a changé d'AT notamment chez ceux avec déambulateur à la sortie d'hôpital. MT et kinés sont peu sollicités par le patient concernant leur AT alors qu'il les juge compétents.

#### P2-21-12

##### **Intérêt d'une unité spécialisée dans la prise en charge des troubles du comportement aigus chez le sujet âgé dément**

K. Mouheb (1) ; B. Marzocchi (2) ; S. Maman (1)

(1) *Psychogériatrie, HGMS, Plaisir*; (2) *Ehpad, HGMS, Plaisir*

**Introduction:** La maladie d'Alzheimer touche aujourd'hui en France plus de 9 millions de personnes âgées souffrant de maladie d'Alzheimer et apparentées ou d'autres types de démence évoluent progressivement vers les formes avancées avec des symptômes psycho-comportementaux et psychologiques de plus en plus présents et graves entraînant une augmentation de risque de maltraitance, d'hospitalisation et d'institutionnalisation. Une prise en soins est difficile; elle demande une spécialisation des médecins et des soignants. **Méthodes:** Etude rétrospective portant sur 45 patients déments, hospitalisés sur 3 mois dans le service de psychogériatrie de l'hôpital gérontologique et médico social de Plaisir Grignon. Nous avons évalué la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SPCD), en fonction de la sévérité et du type de démence: • En examinant l'évolution des échelles NPI et CMAI à l'entrée et à la sortie. • En observant les thérapeutiques d'entrée et leur modification pendant l'hospitalisation. **Résultats:** • Sex Ratio: 27 femmes/ 18 hommes; • Moyenne d'âge: 81.7 ans; • Provenance pour

la plupart de l'EHPAD et des urgences; • La démence Alzheimer est retrouvée dans 44.5% des cas; • Un syndrome anxiodépressif est associé dans 61% des cas ainsi qu'un terrain polyopathologique fréquent; • Le MMS est inférieur à 10 dans 53.3% des cas; • Les troubles du comportement les plus fréquents sont l'agitation et l'agressivité; • Les anxiolytiques sont les psychotropes les plus utilisés puis les antidépresseurs; • Les traitements psychotropes utilisés sont conformes aux recommandations de l'HAS. A la sortie les 2 échelles sont en concordance et montrent une diminution de leur score global. Une diminution de 37% sur la gravité des troubles pour le NPI ainsi qu'une diminution de 48% sur le retentissement. Cela signifie une baisse des troubles du comportement, permettant un retour à domicile dans 50% des cas. **Conclusion:** La prise en soin des SPCD chez le sujet âgé dément nécessite: • Un environnement architectural adapté; • Un personnel soignant volontaire, formé, qualifié, soutenu et multidisciplinaire. La formation est l'une des bases de la prise en charge. Elle doit être continue; • Des traitements psychotropes quand les mesures non médicamenteuses ont échoué. • L'implication, l'information et l'accompagnement des aidants principaux. Aujourd'hui les unités de court séjour psychogériatrique réunissent toutes ces composantes.

### P2-21-13

#### La formation des équipes - facteur bien traitant dans les troubles du comportement

S. Meyer (1)

(1) *Gériatrie, MCOOR, Limoges*

**Introduction:** La mise en situation d'échec des équipes de soins devant les troubles du comportement des personnes démentes, est souvent sujet à risque de maltraitance par méconnaissance du vécu et de la sensibilité des personnes âgées présentant des pathologies démentielles. **Méthodes:** Sur trois établissements (EHPAD), les trois bénéficiant d'une unité sécurisée et l'un des trois d'un PASA ont régulièrement reçu des formations spécifiques et pratiques sur la conduite à tenir dans les troubles du comportement des résidents déments. Le contenu de ces formations était induit par les réunions d'équipe sur les secteurs et sur les PASA et par l'étude de cas proposés par le personnel soignant. Les séances de formation n'excédaient pas 30 minutes questions comprises et se déroulaient ainsi : - cours exposé sur un sujet précis, par exemple : • conduite à tenir en cas de difficultés lors de couchers, • cas concrets, • élaboration consensuelle d'une technique de prise en soins adaptée et personnalisée, • tour de table et conclusion. **Résultats:** Grâce à des sensibilisations des équipes à la communication avec la personne âgée démente et grâce à des études de cas, par le médecin coordonnateur, et malgré un "turn over" conséquent, la qualité du climat social, le retour des aidants quant à l'épanouissement dans les insitutions des résidents et la diminution du nombre des hospitalisations en géronto-psychiatrie. **Conclusion:** Rien n'est acquis qui ne se remette en cause pour les équipes confrontées au quotidien à l'accompagnement des personnes âgées démentes présentant des troubles du comportement. Une connaissance réactualisée régulièrement, est un facteur de "non mise en situation d'échec" tant pour le dément que pour le soignant. Le rôle du médecin coordonnateur est primordial dans cette démarche diagnostic, hollistique et réévaluée.

### P2-21-14

#### Spécificités de la médiation animale comme thérapie non médicamenteuse à l'EHPAD de Pacy-sur-Eure

JC. Hansen (1) ; C. Scoazec. (1) ; P. Ballereau (1) ; C. Clement (1)  
(1) *EHPAD, CH Pacy sur Eure, Pacy-sur-Eure*

**Introduction:** L'EHPAD de Pacy-sur-Eure, la médiation animale est née en février 2015, de la rencontre entre la psychologue clinicienne de l'établissement et l'une des infirmières de nuit diplômée d'éthologie option homme-animal. Notre projet initial était d'intervenir auprès de nos résidents les plus dépendants, les plus en retraits, en stimulant les sens, tout en rompant l'isolement; en favorisant grâce à une synergie triangulaire (intervenant-résident-animal) la relation, la communication verbale et non verbale. Les équipes soignantes, devant l'efficacité des situations initiales ont adhéré au projet, nous poussant rapidement à élargir notre champ d'actions à d'autres problématiques rencontrées et à d'autres horaires (nuit et week-end). **Méthodes:** Bien qu'elle comporte un aspect un peu récréatif, notre démarche se veut surtout thérapeutique en suivant les influences de Florence Nightingale (1854-1856), fondatrice des soins infirmiers modernes à Boris Levinson (1950 : "l'animal peut jouer un rôle de catalyseur social et particulièrement pour les personnes en situation de fragilité"). L'originalité de la médiation animale telle que proposée à l'EHPAD de Pacy-sur-Eure, repose sur le fait de pouvoir offrir des propositions ciblées, personnalisées, de durée, contenu et rythmicité modulables ; en fonction de besoins divers identifiés et d'objectifs définis en concertation avec l'ensemble de l'équipe dont le médecin traitant. Nos critères d'inclusion sont larges : avoir eu une histoire passée positive avec un animal et présenter une problématique spécifique pouvant être résolue à l'aide d'un intermédiaire, d'un médiateur. Nous travaillons avec un chien, Lenny, un berger des Shetland et des lapins nains. Au cours de staffs pluri-disciplinaires, nous posons la situation de départ : histoire du résident avec les animaux, sa pathologie, son degré d'autonomie, la nature de la difficulté rencontrée, la problématique...et nous élaborons en équipe les objectifs opérationnels que nous intégrons au projet d'accompagnement personnalisé du résident. Une grille d'observation est complétée après chaque séance de médiation et des transmissions écrites sont à la disposition des soignants décrivant succinctement le déroulement de celle-ci. Les soignants en retour complètent la fiche suivant les effets constatés à court, moyen et long terme. Nos objectifs personnalisés sont réévalués tous les 3 mois au cours du staff pluridisciplinaire. **Résultats:** Parce que l'influence de l'atelier thérapeutique en médiation animale est quadruple (cognitif, psychologique, physique et social), nous sommes aujourd'hui amenés à travailler sur des problématiques clairement identifiées, avec des projets définis et personnalisés. Nos domaines d'action sont : sensoriels/affectifs, cognitifs/relationnels (socialisation, communication) mais concernent aussi certaines situations de fins de vie, certains troubles du comportement, certains troubles anxio-dépressifs et certains syndromes de glissement. Les retours des familles, des soignants, des résidents démontrent à eux-seuls le caractère effectif de cette approche thérapeutique non médicamenteuse. Concrètement, ce sont 37 résidents qui ont bénéficié de 3 à 12 séances de médiation au cours de l'année 2015. Lorsque nous jugeons en équipe que notre objectif est atteint, nous espaçons les séances mais sans jamais les interrompre brutalement, l'animal poursuivant ses visites la nuit. **Conclusion:** Devant la réussite de ce projet, nous envisageons une collaboration future avec les kinésithérapeutes dans le but de motiver les résidents à

poursuivre leurs séances de rééducation, mais aussi d'organiser des rencontres intergénérationnelles autour des animaux ainsi qu'un projet d'intervention au sein de notre accueil de jour Alzheimer.

#### P2-21-15

##### Facteurs précipitants de la confusion chez le sujet âgé venant du domicile

E. Magny (1) ; M. Pociumban (1) ; H. Le Petitcorps (2) ; E. Pautas (2) ; J. Belmin (1) ; S. Bastuji-Garin (3) ; C. Lafuente (1)

(1) *Cardio-gériatrie, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (2) *Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (3) *Cepia, Hôpital Henri Mondor, Créteil*

**Introduction:** La confusion est fréquente chez les personnes âgées et a un pronostic péjoratif: elle conduit à des troubles cognitifs majeurs, prolonge l'hospitalisation, et est associée à la perte d'autonomie et une mortalité plus élevée. Les facteurs prédisposants et précipitants ont été bien étudiés chez les patients âgés hospitalisés. Cependant, il existe peu d'études sur les facteurs déclenchants chez les patients qui présentent une confusion depuis leur lieu de vie et qui ont été hospitalisés pour cette raison. Connaître ces facteurs déclenchants pourrait être utile pour élaborer des protocoles afin de rechercher précocement et systématiquement les facteurs les plus courants dans le but d'améliorer la prise en charge et le pronostic de ces patients. **Méthodes:** De novembre 2014 à février 2016, nous avons inclus les patients hospitalisés à Charles Foix en unité de gériatrie aiguë pour confusion (selon les critères de la Confusion Assessment Method) et nous avons relevé de manière prospective les facteurs prédisposants et les facteurs précipitants de confusion à l'arrivée et à la sortie des patients. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Le critère de jugement principal était la fréquence de chacun des facteurs précipitants de confusion à l'admission et à la sortie des patients. Les critères secondaires étaient la concordance entre ces critères à l'admission et à la sortie. **Résultats:** Au total 172 patients ont été inclus. Une grande partie de notre population avait une maladie neurologique: 87 patients (51%) avaient une démence et 45 (26%) un trouble cognitif; 52 patients (30%) avaient un trouble psychiatrique, le plus fréquent étant la dépression ( $n = 39$  (23%)). Le facteur déclenchant le plus fréquent était l'infection avec 63 patients (37%) à l'admission et 86 patients (50%) en fin d'hospitalisation ( $p < 0,001$ ), ensuite venait les troubles hydroélectriques/déshydratation avec respectivement 68 patients (40%) et 79 patients (46%) ( $p = 0,001$ ) puis la iatrogénie médicamenteuse avec respectivement 41 patients (24%) et 57 patients (33%) ( $p < 0,001$ ). Le nombre de facteurs déclencheurs retrouvés était en moyenne de  $1,4 \pm 0,9$  à l'entrée et  $1,9$  lors de l'évaluation finale ( $p < 0,001$ ). **Conclusion:** Les facteurs déclenchants de confusion au domicile ont une distribution différente que chez les patients hospitalisés: les infections et les troubles hydro-électrolytiques sont plus fréquents, la iatrogénie moins fréquente. Il y avait une différence significative entre la première évaluation et l'évaluation finale sur les 3 facteurs déclenchants les plus fréquemment retrouvés. Il est nécessaire d'améliorer le screening précoce et systématique des facteurs déclenchants les plus fréquents de confusion dès son diagnostic, ce qui permettrait peut-être d'améliorer l'évolution de ces patients.

#### P2-21-16

##### Difficultés rencontrées par les Médecins Généralistes lors de décompensations comportementales aiguës de leurs patients déments

M. Campana (1)

(1) *Court Séjour Alzheimer/Unité Cognitivo-Comportementale, Centre Gerontologique Départemental, Marseille*

**Introduction:** La Maladie d'Alzheimer et les Maladies Apparentées constituent un problème de santé publique majeur. Leur évolution est marquée par la fréquence élevée des Symptômes Comportementaux et Psychologiques liés à la Démence, qui marquent un tournant évolutif pour le patient et l'entourage. Nous avons étudié la prise en charge de troubles du comportement perturbateurs (agitation-agressivité) en médecine de ville ainsi que les répercussions sur les aidants informels. **Méthodes:** Notre étude a été réalisée auprès de l'ensemble des médecins généralistes exerçant dans les 4 arrondissements de proximité de l'Unité Cognitivo-comportementale (UCC). **Résultats:** Sur 260 praticiens sollicités, 95 ont répondu; 57 ont déjà été confrontés à ces situations de décompensation comportementale. Leur thérapeutique était principalement médicamenteuse avec une prescription majoritaire de neuroleptiques atypiques et de benzodiazépines (demi-vie courte), en accord avec les recommandations et la littérature. La moitié des participants se disaient en difficulté et la quasi-totalité déclaraient être intéressés par un document d'information et une équipe mobile spécialisée. Si les praticiens reconnaissaient l'effet négatif de ces décompensations sur les aidants naturels, ils leur consacraient peu de consultations dédiées. **Conclusion:** Cette étude souligne les difficultés persistantes des médecins généralistes à prendre en charge le patient dément et son aidant lors de décompensations comportementales, malgré les différentes recommandations et mesures mises en place ces dernières années.

#### P2-21-17

##### Facteurs de risque du fardeau de l'aidant de patients atteints d'une Maladie d'Alzheimer ou Maladies Apparentées

S. Hédont-Hartmann (1) ; PE. Hayé (2) ; D. Armaingaud (3)

(1) *Responsable thérapies et approches non médicamenteuses, KORIAN, PARIS*; (2) *Directeur médical pôle séniors, KORIAN, PARIS*; (3) *Directeur éthique médical et qualité groupe, KORIAN, PARIS*

**Introduction:** Les bonnes pratiques professionnelles invitent à sortir d'une prise en charge centrée sur le médicament, notamment pour les patients souffrant de maladies neurodégénératives. La gestion des troubles psycho-comportementaux en EHPAD sans recours aux psychotropes est possible à travers diverses thérapies non médicamenteuses. Cependant, la mise en œuvre de ces thérapies reste parcellaire et rencontre plusieurs obstacles: - Nécessité de convaincre patient et aidant sur leur bien-fondé. - Qualification et disponibilité nécessaires des professionnels; - Absence de formalisme quant à la stratégie thérapeutique; **Méthodes:** Le Groupe Korian a souhaité structurer une stratégie non-médicamenteuse de prise en soins des troubles psycho-comportementaux pour la déployer sur ses établissements. Après un état des lieux des compétences, connaissances, pratiques et outils à disposition et une revue bibliographique (groupe de travail pluridisciplinaire), nous avons défini: • Une arborescence thérapeutique consolidée; • Une méthode de déploiement; • Un cadre des bonnes pratiques (avec homogénéisation). **Résultats:**

Formalisation d'un cadre thérapeutique : • Stratégie thérapeutique individuelle : il s'agit d'une prescription (parcours personnalisé) qui découle des évaluations cliniques standardisées. La grille des capacités préservées permet d'établir un bilan clinique positif (vision positive du Schéma de Bouchon). • Mise en œuvre opérationnelle par cohortes homogènes de patients. Ce choix de travailler par cohortes répondait à des contraintes pratiques mais aussi à une volonté de favoriser le lien social et le plaisir. 3 volets thérapeutiques ont été posés, chacun comportant deux options de soins. Un 4e volet thymique a été écarté (balance bénéfico-risque défavorable). Le déploiement est effectué sur une période de 6 mois, au sein de 12 EHPAD dont l'équipe d'encadrement s'est portée volontaire. Un accompagnement personnalisé est apporté sur chaque site et pour la mise en œuvre de la plupart des outils thérapeutiques. **Conclusion:** Les premières observations indiquent une bonne appropriation par les professionnels et des résultats cliniques en ligne avec les attentes : Volet cognitif : Lorsque la réserve cognitive est encore évaluable (MMS>10) : • Appropriation immédiate de la Grille de Capacités Préservées, socle des Projets Personnalisés; • Culture de la clinique positive et Montessori en place; • Tendance positive de l'ancrage sur 6 mois. Volet fonctionnel: TINETTI et TUG; • La moitié des patients bénéficient d'une amélioration de leurs capacités fonctionnelles; • Une majorité des patients maintiennent ces mêmes capacités; • Le nombre de chutes diminue de manière significative chez les patients mobiles; • Appropriation ludique des outils; • Investissement des intervenants externes : kinés et éducateurs sportifs; Volet confort de vie et gestion des troubles du comportement : NPI-ES; • Réponse à une attente forte des professionnels; • Mise en œuvre de la méthodologie simple et sûre; • Temps de démarrage de 4 à 6 semaines

#### P2-21-18

##### Le parcours de la prise en charge des troubles du comportement en EHPAD?

S. Damnée Meziane (1) ; C. Bayle (2) ; AS. Rigaud (3)  
(1) *Pr Rigaut, Hôpital Broca, Paris*; (2) *Gérontologie 2, Hôpital Broca, Paris*; (3) *Gériatrie, Hôpital Broca, université Paris Descartes, Paris*

**Introduction:** Une des particularités des Equipes Mobiles Gériatriques de Paris est de proposer depuis 2008 des actions d'évaluation clinique, de régulation et de formation dans le domaine de la psychiatrie et la psychogériatrie dans les institutions type EHPAD. Ces équipes ont vu le jour du fait de l'apparition des difficultés de prise en charge en EHPAD de certains résidents atteints de pathologies démentielles, présentant, entre autres, des troubles du comportement difficilement gérables en institution et qui se voyaient transférés aux urgences de façon souvent inadaptée. **Méthodes:** Quel parcours pour la prise en charge des troubles du comportement en EHPAD et quel rôle peut jouer les EMGE dans ce type de fonctionnement pour réduire les transferts ? EMGE et prise en charge des troubles du comportement en EHPAD. L'EMGE Paris Sud-Est est constitué d'un gériatre et d'une psychologue. Le travail de cette dernière est centré sur la prise en charge des troubles du comportement qui sont le premier motif d'appel des équipes mobiles. Face à cette demande croissante, l'EMGE Paris Sud-Est a mis en place un mode d'intervention notamment pour les situations très complexe sur 3 axes : Axe 1 : évaluation gériatrique complète avec une recherche particulière sur les facteurs historique, personnalité et environnementaux. Ce travail s'inscrit dans une grande collaboration avec l'ensemble de l'équipe

(médecin, soignant et psychologue de l'EHPAD). Axe 2 : un travail avec l'équipe grâce à un groupe de parole dans un premier temps et une formation ensuite. Les groupes de parole ont pour objectif de repérer les difficultés de l'équipe ainsi que leur potentiel pour faire face aux problématiques rencontrées. La formation vise à rappeler et partager les bonnes pratiques en les appliquant directement sur la situation à problème. Ce partage avec le psychologue de l'EMGE permet d'offrir aux soignants un lieu d'expression de leur vécu au travail et de réflexion sur leurs pratiques et savoir-être. Ces échanges leur permettant ainsi de renégocier leurs stratégies subjectives et les stratégies institutionnelles. Axe 3 : auprès des familles, et depuis 1 an, un nouveau programme spécifique « l'EHPAD AIDANT » adapté à ce stade de leurs parcours est proposé. Ce dernier a été conçu et élaboré avec des familles et des professionnels. **Résultats:** La mission de l'EMGE et notamment de son psychologue pour la prise en charge des troubles de comportement se déploie ainsi sur trois axes complémentaires et interdépendants. Et cela représente un vrai facteur d'amélioration des pratiques gériatriques globales et de lutte contre l'isolement des EHPAD. **Conclusion:** Cette démarche semble avoir une efficacité qui se traduit par la réduction des passages au urgences et des demandes d'hospitalisation dans les unités spécifiques, par ailleurs la combinaison des deux premiers axes est reprise à l'hôpital avec la création d'une équipe mobile des troubles du comportement en interne.

### P3 - EVALUATION DES PRATIQUES; FRAGILITÉ; PATHOLOGIES ET RISQUES INFECTIEUX

#### P3-07-01

##### Écrasement / ouverture des formes orales sèches : Evaluation des pratiques professionnelles

F. Kharchi (1) ; C. De Kerlivio (2) ; P. Krill (1) ; H. Lehmann (3) ; M. El Aatmani (1)

(1) *Pharmacie, centre hospitalier départemental de bischwiller, Bischwiller*; (2) *Pharmacie, C.H. Départemental de Bischwiller, Bischwiller*; (3) *Service qualité, centre hospitalier départemental de bischwiller, Bischwiller*

**Introduction:** Contexte: L'écrasement est une pratique fréquente, 28 % des médicaments sont écrasés alors qu'ils ne devraient pas l'être. L'iatrogénie induite par l'écrasement des comprimés et le risque de toxicité pour le personnel peuvent être évités si les règles de bonnes pratiques sont respectées. Objectifs : Evaluer la fréquence de l'écrasement des formes orales sèches et connaître les besoins des différents services en matériel et/ou en informations de bonnes pratiques. **Méthodes:** Enquête de pratiques sous forme de deux questionnaires, le premier est une évaluation des pratiques professionnelles en ce qui concerne l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules par approche en comparaison à un référentiel le deuxième est une grille pour recenser les comprimés écrasés/gélules ouvertes. Pour l'ensemble des services (courts séjours(CS), soins de suite et réadaptation(SSR), long séjour et EHPAD). Le recueil des données a été fait de juin à septembre 2015. **Résultats:** 78 questionnaires ont été complétés. 52% (n=41) par des aides soignants et 45% (n=35) par des IDE. L'écrasement est une pratique très fréquente pour 53% des professionnels interrogés, 60% d'entre eux déclare ne pas disposer d'une liste de médicaments à ne pas écraser, 56% déclare vérifier si un comprimé est écrasable ou une gélule est ouvrable. 26% déclare contacter le pharmacien en cas de doute. 60% d'entre eux utilise le mortier-pilon. Moins de

20% déclare chercher une alternative et 80% des professionnels souhaite avoir une alternative à l'écrasement/ouverture des formes orales sèches. 82 % déclare ne pas séparer les comprimés lors de la préparation (écrasement). 56 % affirme tracer le motif de l'écrasement dans le dossier patient. **Conclusion:** Cette étude est une première étape dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles pour l'administration des médicaments. Elle met en évidence, au regard des recommandations officielles, de nombreuses pratiques défaillantes. Et a permis de mettre en place des actions d'améliorations : - Mise à jour de la procédure et de la liste renseignant la possibilité ou non d'écrasement pour chaque forme orale sèche présente au livret de l'établissement avec l'alternative possible. - Sensibiliser l'infirmier(ère)s et aides soignants aux risques liés à ces pratiques par une formation interne. - Demande d'évolution pour ces renseignements dans notre logiciel d'administration

### P3-07-10

#### Étude des caractéristiques des patients âgés de 70 ans et plus ré-hospitalisés dans les 30 jours de façon non programmée au CHU de La Réunion lors du dernier trimestre 2014

E. Morello (1) ; F. Revel (1) ; H. Laksir (1) ; E. Chirpaz (2) ; M. Rainfray (3) ; MF. De Oliveira (1)

(1) Court Séjour Gériatrique, CHU Felix Guyon, Saint Denis, Réunion; (2) Unité de soutien méthodologique, CHU Felix Guyon, Saint Denis, Réunion; (3) Gériatrie, CHU - Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux

**Introduction:** Les ré-hospitalisations des sujets âgés sont des événements défavorables fréquents et coûteux. Leur prévention est un enjeu de santé publique. Elle passe par un repérage des sujets à risque de ré-hospitalisation précoce, en identifiant des facteurs de risque connus dans la littérature, selon les recommandations de la HAS. La population âgée réunionnaise a été peu étudiée, les statistiques locales tendent à montrer des particularités médico-sociales. Le repérage des patients réunionnais à risque de ré-hospitalisation précoce recommandé par la HAS requiert ainsi une connaissance du profil de cette population. Nous avons ainsi étudié les caractéristiques de ces patients au CHU de La Réunion. **Méthodes:** Nous avons mené une étude observationnelle descriptive rétrospective multi-centrique au dernier trimestre 2014 qui incluait les patients de 70 ans et plus, ré-hospitalisés dans les 30 jours de façon non programmée en médecine-chirurgie-gynécologie sur les deux sites du CHU de La Réunion. Des données socio-démographiques, médicales, fonctionnelles, d'organisation des hospitalisations, le nombre de traitements quotidiens et le score Triage Risk Screening Tool ont été recueillis. **Résultats:** 204 patients ont été inclus. Le taux de ré-hospitalisation était évalué à 8.5% sur cette période. Les patients avaient en moyenne 81 ans, étaient des femmes (53%), peu comorbides (3 à 5) à profil cardiovasculaire majoritaire (90.1%), poly-médiqués (6.9 médicaments en moyenne) et modérément à sévèrement dépendants (70%). Le profil social montrait une prédominance de la domiciliation personnelle avec entourage humain familial et professionnel. Les motifs de recours étaient principalement les infections (35%) et les décompensations cardiaques (18.6%). La durée Moyenne de Séjour était de 9.5 jours. Plus de 50% avaient des antécédents de passage à l'hôpital dans les 6 mois. Un compte-rendu d'hospitalisation était donné dans 91% des cas. Le score TRST classait 89% de la population comme à risque de ré-hospitalisation précoce. **Conclusion:** Le taux de ré-hospitalisations précoces non programmées des patients de 70 ans

et plus, au CHU de La Réunion lors du dernier trimestre 2014, est un des plus faibles observés. Le profil médico-fonctionnel et la poly-médication qui en découle étaient attendus. Le profil social est cohérent avec les statistiques locales. L'organisation des séjours étudiée fait état d'améliorations à initier. Le TRST, identifiant 89% de l'échantillon comme à haut-risque, pourrait être un outil de repérage au sein de la population âgée réunionnaise, une validation par une étude prospective locale est à envisager.

### P3-07-11

#### Dépistage de la dysphagie oro-pharyngée chez les patients souffrant de syndromes démentiels

A. Michel (1) ; M. Bordage (1) ; C. Mathon (1) ; V. Motte (1) ; E. Verin (2) ; P. Chassagne (1)

(1) Médecine interne gériatrique, C.H.U Rouen, Rouen; (2) Les herbiers, Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation, Bois-Guillaume

**Introduction:** La dysphagie oro-pharyngée est fréquente chez les malades atteints de maladie démentielle et à l'origine de conséquences sévères (pneumopathies, dénutrition, décès). Le « 3 Oz water swallow test » (3 Oz) associé à la vitesse de déglutition est le test de dépistage souvent utilisé en première intention en gériatrie avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 26 %. Toutefois le « Volume-Viscosity Swallow Test » (V-VST) est aujourd'hui le meilleur test de dépistage et de prise en charge couplée (adaptation des textures liquides) des troubles de déglutition. Cependant, sa réalisation en routine dans cette population spécifique n'a pas encore été évaluée. L'objectif de cette étude était de comparer la faisabilité et la tolérance du V-VST à celles du 3 Oz avec vitesse de déglutition dans une population âgée communautaire souffrant de syndromes démentiels. **Méthodes:** Etude monocentrique, prospective, menée en consultation. Critères d'inclusion : âge  $\geq 70$  ans, maladie d'Alzheimer (NINCDS-ADRDA) ou syndrome apparenté, toux efficace, déglutition volontaire possible, capacités attentionnelles persistantes. Tests de dépistage couplés : « 3 Oz » et mesure de la vitesse de déglutition et V-VST. La faisabilité était définie par le temps moyen de réalisation, le taux de réussite (absence de refus ou d'arrêt prématuré du test) et la tolérance était jugée sur les effets indésirables éventuels (inhalations sévères, désaturation en oxygène  $\geq 4$  %). **Résultats:** 117 patients inclus, âge médian 85 ans dont 77 femmes (65,8 %). Soixante six pourcent (n = 77) souffraient d'une maladie d'Alzheimer et 34 % (n = 40) d'un syndrome démentiel mixte. Le MMSE moyen était de  $17 \pm 4,8$ . La comparaison des mesures évaluant la faisabilité entre les deux tests n'a pas montré de différence significative. Le temps moyen de réalisation du 3 Oz était de 20,6 secondes  $\pm 21,9$  versus 8 minutes pour le V-VST. Le taux de réussite était similaire pour les deux tests, environ 96 %, sans effet indésirable observé traduisant ainsi la très bonne tolérance du V-VST. **Conclusion:** Le V-VST est un test adapté à la population des malades atteints de syndrome démentiel avec un taux de réussite proche de 100 %. Il nécessite un temps d'apprentissage et surtout un temps de réalisation d'environ 10 minutes. Le V-VST est donc le test de référence de dépistage de la dysphagie oro-pharyngée chez les sujets âgés et n'est pas limité dans sa réalisation par l'existence d'une maladie démentielle. Il doit être recommandé de première intention chez les patients à risque analysant simultanément la sécurité de la déglutition et l'efficacité de l'adaptation des textures liquidiennes permettant donc simultanément l'approche thérapeutique du symptôme.

**P3-07-12****Dépistage et prise en charge des troubles de la déglutition du patient âgé en Hospitalisation à Domicile en région Nord Pas-de-Calais**

V. Brieden (1) ; M. Arnoldi (2) ; F. Puisieux (3)

*(1) Département d'orthophonie, Université Lille 2 - Faculté de Médecine Henri Warembourg, Loos; (2) Orl et chirurgie oro faciale, C.H. Régional Universitaire de Lille (CHRU de Lille), Lille; (3) Geriatrie, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*

**Introduction:** Les troubles de la déglutition sont fréquents chez la personne âgée et touchent, selon les études, entre 8 et 15% des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile. Les conséquences multiples des troubles de la déglutition affaiblissent les personnes âgées et les rendent encore plus vulnérables. Les soignants intervenant au domicile des personnes âgées, infirmiers et aides-soignants, impliqués au quotidien dans les soins et dans l'alimentation, occupent une place de premier plan dans le repérage, la prévention et l'information des patients sur les troubles de la déglutition. Dans le contexte du vieillissement, les symptômes sont souvent peu visibles ou mal interprétés. Il est ainsi fréquent que les troubles de la déglutition restent non-diagnostiqués durant plusieurs années et deviennent évidents à l'occasion de complications pulmonaires, de fausses routes graves pouvant entraîner le décès, d'une dénutrition, d'une pneumopathie... Ce travail a pour objectif de toucher les soignants de l'Hospitalisation à domicile (HAD) et de réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques des soignants concernant le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition des patients âgés, les sensibiliser sur l'impact des troubles de la déglutition chez la personne âgée, et le rôle essentiel qu'ils ont à jouer en matière de repérage des signes, de déclenchement de l'évaluation et de la prise en charge thérapeutique, de suivi des adaptations préconisées, les informer de l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire et du rôle de chacun des intervenants. **Méthodes:** 9 structures d'hospitalisation à domicile de la région nord Pas-de-Calais ont participé. L'état des lieux des connaissances et des pratiques a été réalisé par le biais d'un questionnaire court auto-administré. Des sessions de formation ont été ensuite organisées auprès des répondants. Le support d'information a été créé à partir des éléments dégagés de l'état des lieux. **Résultats:** Pratiques des soignants face à une plainte sur la déglutition. 75,8% des répondants ont déclaré suivre des patients présentant des troubles de la déglutition au moment de l'enquête et 86,1% dans les 6 derniers mois. 72,7% proposent des adaptations alimentaires sans qu'une évaluation fine du trouble dysphagique n'ait été réalisée, par mesure de précautions (alimentation mixée, eau gélifiée). 18,1% proposent l'utilisation d'un verre à bec ou d'une paille. L'alerte du médecin traitant n'est pas systématique (70,9% des répondants), 62,8% des professionnels estiment qu'il est impliqué dans la prise en charge. Connaissances des soignants sur la dysphagie. Ils montrent une bonne connaissance des risques encourus par le patient, mais des manques en matière de connaissance de certains signes d'alerte (modification de la voix, refus de manger en public, état fébrile sans cause identifiée), et une méconnaissance de certaines conditions à risques (effets de certains médicaments, trauma crânien, édentation, mauvais état bucco-dentaire, suites de gestes chirurgicaux). **Conclusion:** Les professionnels de l'HAD sont confrontés quotidiennement au problème des troubles de déglutition. Ils méconnaissent certains signes d'alerte et leurs prises en charge ne sont pas toujours adaptées

ni personnalisées. Le médecin n'est pas systématiquement alerté, et l'évaluation des troubles insuffisante. Ces résultats confirment le sous diagnostic de la dysphagie chez le patient âgé à domicile et le besoin en formation des professionnels de soins.

## Profil des participants

	Nombre de questionnaires d'état des lieux recueillis	Participants aux sessions d'informations
Infirmier(e)s	93	60
Aides-soignant(e)s	56	36
Autres	18	21
TOTAL	167	117

**P3-07-2****Analyse des erreurs médicamenteuses détectées lors du double contrôle des semainiers dans un établissement gériatrique EHPAD et USLD**

G. Attaf (1) ; I. Martin (2)

*(1) Ingénieur qualité, Hôpital Saint Nicolas, Angers; (2) Pharmacie, Hôpital SAint Nicolas, Angers*

**Introduction:** La sécurisation du circuit du médicament pour la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse est une forte préoccupation. La préparation des semainiers demeure un point sensible, nécessitant une vigilance accrue de la part des professionnels, plus particulièrement en EHPAD et USLD où les interruptions de tâches sont nombreuses, dues notamment au profil de la population accueillie. L'analyse d'événements indésirables dans notre établissement a mis en exergue de nombreuses déclarations en lien avec la préparation des piluliers. L'objectif est d'améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients/résidents en évaluant le taux de semainiers comportant une ou plusieurs erreurs, et la typologie de celles-ci afin de définir des actions d'améliorations pertinentes. **Méthodes:** Le double contrôle a été effectué tout au long de l'année 2015, selon un planning défini par résidence et par service de notre établissement, précisant la répartition des tâches entre les IDE et les préparateurs en pharmacie. Une fiche de traçabilité spécifique au double contrôle des semainiers recensant les différents types d'erreurs possibles a été élaborée par le COMEDIMS en lien avec le COPIL Q-GDR. Cette fiche comprenait l'identification du service, la date, le nom et la fonction du professionnel (préparateur en pharmacie ou IDE), les consignes de remplissage, l'étiquette du patient/résident, et la nature de l'erreur médicamenteuse : erreur de médicament, erreur d'horaire, médicament en trop, médicament oublié, erreur de dosage, erreur de résident. Toutes les erreurs ont été tracées sur la fiche : si un semainier comprenait plusieurs erreurs, elles étaient toutes comptabilisées individuellement. Les résultats correspondent au nombre total d'erreurs relevées, et non pas au nombre d'erreurs par semainier. **Résultats:** Au total, 90% des semainiers ont fait l'objet d'un double contrôle au sein de l'établissement, ce qui représente environ 14000 semainiers sur l'année (43 semaines). Au total, 472 erreurs ont été relevées sur un total de 14104 piluliers contrôlés. La répartition par type d'erreurs était la suivante : • médicament oublié : 41%; • erreur de dosage: 28%; • médicament en trop : 14%; • erreur sur l'horaire : 9%; • erreur de médicament : 6%; • erreur de résident : 2%. **Conclusion:** Les résultats de cette étude ont été communiqués à l'ensemble des professionnels concernés. Une fiche de retour d'expérience a été diffusée, rappelant les bonnes pratiques et la nécessité d'être vigilant à chaque étape de la prise en charge médicamenteuse. Au

niveau institutionnel, il a été décidé de pérenniser cette traçabilité du double contrôle, et le suivi des résultats par le COPIL Q-GDR. Cette étude va se poursuivre par une analyse systémique sur une semaine donnée, afin de mieux comprendre les causes liées à la survenue de ces erreurs, et plus particulièrement aux deux types d'erreurs les plus récurrentes. Ce travail d'analyse permettra de définir un plan d'actions d'améliorations.

### P3-07-3

#### Suivi des recommandations à 2 mois des patients évalués par une Unité Mobile de Gériatrie

D. Parra (1) ; N. Dumontier (1) ; A. Dartiguepeyrou (1) ; C. Vanhaecke Collard (1)

(1) *Gériatrie, Centre Hospitalier Alpes Léman, Route de Findrol, Contamine-sur-Arve, France, Contamine-sur-Arve*

**Introduction:** L'afflux croissant des patients âgés (PA) dans le monde hospitalier a motivé la création des Unités Mobiles de Gériatrie (UMG) qui ont pour vocation d'apporter une expertise gériatrique à l'ensemble des PA, même lorsqu'ils ne sont pas hospitalisés en service de gériatrie. Les interventions de l'UMG donnent lieu à des recommandations et nous avons étudié le taux de suivi de ces recommandations afin d'analyser nos pratiques et de déterminer les moyens d'optimiser la prise en charge proposée par ces unités. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective menée au sein d'un centre hospitalier de 418 lits comprenant 213 lits de médecine, dont un court séjour gériatrique de 13 lits et une UMG composée d'un médecin et d'une infirmière. Cette étude s'est déroulée du 01/04/2015 au 01/05/2015 et ciblait les PA de 75 ans et plus évalués par l'UMG à l'Unité d'Orientation des urgences et dans les services de médecine. Les données recueillies étaient les éléments socio-démographiques, les caractéristiques gériatriques, les données concernant le séjour hospitalier, le(s) diagnostic(s) et les propositions de l'UMG. Les patients étaient recontactés à 2 mois, pour évaluer leur devenir et déterminer si les actions préconisées par l'UMG avaient abouti. **Résultats:** Au total, 48 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 86,3 ans. Près de 96 % des sujets vivaient à domicile. Le score ADL moyen à l'admission était de 3,06 témoignant d'une dépendance accrue. Ils présentaient en moyenne 2,6 comorbidités et prenaient pour 81 % d'entre eux plus de 5 médicaments par jour. Les syndromes gériatriques étaient fréquents : troubles de la marche (91,7 %), troubles cognitifs (68,8 %), dénutrition (45,8 %). L'ensemble des comptes rendus de l'UMG avaient été transmis au service demandeur mais seulement 10,4% avaient transmis au médecin traitant. Chaque évaluation donnait lieu en moyenne à 4,81 recommandations dont le taux de suivi moyen était de 80,5%. Les recommandations concernant les soins de base (nutrition, kinésithérapie, prévention d'escarre) étaient plus souvent faites et mieux suivies en service de médecine qu'à l'Unité d'Orientation des Urgences ( $p = 0,005$ ). Les recommandations médicales (bilan complémentaire, adaptation de traitement) étaient bien suivies (respectivement 86 et 90 %) alors que les recommandations concernant l'organisation de la sortie de l'hôpital étaient peu suivies : programmation d'un bilan cognitif (65 %), infirmière à domicile (75,8 %), kinésithérapeute (77,8 %), aide humaine (60 %), aide technique (50 %), télé-alarme (50 %), portage des repas (33,3 %), aménagement du domicile (50 %). Les recommandations juridiques étaient également peu suivies (50 %). Les conseils sur l'orientation du patient étaient bien suivis surtout lorsqu'il s'agissait d'un retour sur le lieu de vie antérieur (100 %) mais également quand un transfert en SSR, une institutionnalisation

ou un transfert de service étaient préconisés (respectivement 82,5 %, 85 % et 88,8 %). **Conclusion:** Les UMG prennent une place croissante dans les services de médecine non gériatrique en raison de l'afflux important de PA polyopathologiques qui requièrent une expertise gériatriques. Les recommandations concernant la prise en charge médicale hospitalière sont bien suivies et montrent l'importance que les médecins y apportent. Par contre le taux de suivi est moindre concernant les actions médico-sociales à mettre en œuvre pour le retour à domicile. Afin d'optimiser la prise en charge, il semble important de créer un lien avec le médecin traitant, notamment par des contacts directs téléphoniques ou la transmission du compte rendu d'évaluation. Dans ce cadre, les infirmières de transition pourraient probablement améliorer le lien entre la ville et l'hôpital chez ces patients fragiles.

### P3-07-4

#### Evaluation de la qualité de la prescription médicamenteuse chez 30702 sujets âgés institutionnalisés à partir des données enregistrées lors de la préparation des piluliers

M. Herr (1) ; H. Grondin (1) ; S. Sanchez (2) ; A. Vial (3) ; P. Denormandie (4) ; J. Ankri (1)

(1) *INSERM UMR 1168, Vieillesse et Maladies chroniques, Université Versailles St Quentin, Paris;* (2) *Pôle IMEP, Centre Hospitalier de Troyes, Avenue Anatole France, Troyes, France,* (3) *Medissimo, Medissimo, Poissy;* (4) *Directeur, Institut du Bien Vieillir, Paris*

**Introduction:** La population âgée institutionnalisée reçoit en moyenne plus de médicaments que la population générale âgée. La qualité de la prescription médicamenteuse dans cette population nombreuse et fragile est un enjeu important pour les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et la mise en place d'indicateurs de qualité spécifiques peut aider au pilotage de la qualité de la prescription médicamenteuse. Dans ce contexte, cette étude visait à décrire la prévalence de plusieurs indicateurs de qualité de la prescription (polymédication et prescriptions potentiellement inappropriées [PPI]) dans un large échantillon de résidents d'EHPAD, à partir des données enregistrées lors de la préparation des piluliers. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude transversale portant sur les prescriptions de la dernière semaine de mars 2014 pour 30702 résidents dans 451 EHPAD. La prévalence de la polymédication (prescription de 10 médicaments et plus) et des PPI (liste Laroche) ont été calculées à partir des informations saisies lors de la préparation des piluliers en pharmacie (âge, sexe, codes ATC et CIP des médicaments, posologie, date et moment de prise). Ces données ont été transmises de façon anonyme par la société commercialisant le pilulier. **Résultats:** La population d'étude était composée de 22655 femmes (73,8%) et 8047 hommes (26,2%), d'âge moyen 87,4 +/- 6,3 ans. Les médicaments suivants étaient prescrits chez plus d'un sujet sur 10 : paracétamol, aspirine, macrogol, furosémide, ésoméprazole, lévothyroxine, chlorure de potassium, zopiclone, escitalopram, bisoprolol, oxazépan, alprazolam, associations contenant du calcium. Le nombre moyen de médicaments prescrits était de 6,9 +/- 3,3 et la polymédication concernait 21,1% des résidents ( $n=6468$ ). Au total, 47,4% des résidents ( $n=14547$ ) étaient concernés par au moins une PPI. Les plus fréquentes concernaient les benzodiazépines (dose trop élevée, prescription de plusieurs benzodiazépines, benzodiazépines à demi-vie longue) et la prescription de médicaments responsables d'effets secondaires anticholinergiques (hydroxizine, cyamémazine, alimémazine). **Conclusion:** Cette étude montre la faisabilité du

calcul d'indicateurs de la qualité de la prescription médicamenteuse à partir du système d'information utilisé dans le cadre de la préparation des piluliers en EHPAD. Il s'agit d'une première évaluation dont les résultats pourront être utilisés dans le cadre d'un suivi qualité ou d'études d'évaluation de la politique du médicament en EHPAD.

### P3-07-5

#### Dosage des D-dimères au SAU, seuil ajusté à l'âge chez le patient de plus de 75 ans

AL. Paquet (1) ; A. Balia (1) ; Y. Freund (1) ; P. Hausfater (1)

(1) Urgences, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

**Introduction:** L'embolie pulmonaire représente la troisième cause de mortalité cardiovasculaire, son incidence augmente après 75ans. Sa présentation clinique chez le patient âgé peut être frustrée. Devant les limites de la stratégie diagnostique classique chez le patient âgé, l'intérêt d'un seuil adapté à l'âge (10xâge) a été récemment validé. Notre étude a pour but d'évaluer l'utilisation de ces nouvelles recommandations au sein de notre service d'urgence. **Méthodes:** Nous avons réalisé une étude rétrospective, sur l'année 2015, au SAU de la Pitié Salpêtrière. **Résultats:** 130 patients ont été inclus. Notre population était majoritairement féminine (62%) et les motifs de consultations principaux étaient soit une dyspnée soit une douleur thoracique. 82% (107) des patients avaient des D-dimères positifs selon le seuil des 500µg/l et 57% (74) de l'ensemble de notre population avaient des D-dimères positifs selon la formule âgex10. Seuls 3% (4) de l'ensemble de notre population ont eu un angio-TDM thoracique malgré des D-dimères ≥ 500µg/l mais un seuil ajusté à l'âge négatif. Aucun de ces scanners ne révélait d'embolie pulmonaire. **Conclusion:** Les recommandations pour l'utilisation du seuil adapté à l'âge chez les patients de plus de 75 ans dans les suspicions faibles ou intermédiaires d'embolie pulmonaire sont bien respectées dans nos services d'urgences.

### P3-07-6

#### Evaluation comparative de la qualité de la prescription chez la personne âgée en gériatrie: bilan comparatif 2012, 2014, 2015, avant et après informatisation

K. Muller (1) ; C. Vigier (1) ; A. Bouvet (1) ; A. Babe (1) ; L.H. Heng (1) ; S. Dumas (1) ; F. Capriz (2) ; O. Guerin (3)

(1) Pharmacie, CHU de Nice - Hôpital Pasteur, Nice; (2) Ssr c2, CHU de Nice - Hôpital Cimiez, Nice; (3) Ucog, CHU de Nice - Hôpital Cimiez, Nice

**Introduction:** Chez les personnes âgées, les modifications physiologiques, la polyopathie et la polymédication augmentent le risque iatrogénique. L'amélioration des pratiques de prescription permet de diminuer cette morbi-mortalité et la consommation de soins inappropriée. L'objectif de ce travail est d'évaluer la qualité des prescriptions chez la personne âgée dans les services de gériatrie d'un CHU avant et après informatisation de la prescription. **Méthodes:** En 2012, avant informatisation, et en 2014 et 2015, après informatisation de la prescription avec le logiciel Orbis, une analyse observationnelle portant sur les prescriptions des patients âgés de plus de 75 ans du pôle gériatrie a été menée avec un double objectif: 1- analyser les posologies au regard des valeurs de la fonction rénale. Le débit de filtration glomérulaire était estimé selon la formule MDRD. Le poids des patients n'étant pas renseigné de manière systématique, la formule de Cockcroft et Gault n'a pas été sélectionnée. 2- définir qualitativement et quantitativement

les médicaments considérés comme potentiellement inappropriés (MPI) selon 3 catégories : a- rapport bénéfice/risque défavorable; b- efficacité discutable ; c- rapport bénéfice/risque défavorable et efficacité discutable. Le référentiel utilisé est la liste de médicaments publiée par M.L. Laroche. **Résultats:** Au total, 775 prescriptions de patients âgés de 75 ans et plus ont été analysées représentant 7040 lignes de prescription (LDP): 212 prescriptions (1858 LDP) en 2012, 283 (2667 LDP) en 2014 et 280 (2515 LDP) en 2015. La population étudiée composée à 68.1% par des femmes avait un âge moyen de 85.5 ans. Le nombre moyen de spécialités prescrites était de 9 par patient. 1- 4.2% des prescriptions contenait un médicament contre-indiqué au regard de la fonction rénale en 2012, 1% en 2014 et 0.71% en 2015. 2- 48.2% des patients ont reçu au moins un MPI en 2012, 30.4% en 2014 et 23.93% en 2015. Les MPI ayant un rapport bénéfice/risque défavorable et une efficacité discutable étaient les plus représentés. Les médicaments concernés étaient majoritairement des benzodiazépines et apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire prescrites à une dose supérieure à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune (zolpidem, zopiclone...): 38.7% en 2012, 26.5% en 2014 et 19.64% en 2015. 9% des patients ont reçu un MPI ayant un rapport bénéfice/risque défavorable en 2012, 3.9% en 2014 et 4.29% en 2015. **Conclusion:** Globalement, on observe une diminution progressive du nombre de non-conformités sur les prescriptions de 2012 à 2015 résultant probablement de facteurs combinés : i) l'informatisation de la prescription du pôle gériatrie fin 2012-début 2013 a permis d'améliorer la qualité de la prescription chez la personne âgée avec notamment des échanges pharmaciens/médecins favorisés par l'outil informatique, un accès facilité aux différents critères requis pour une analyse pharmaceutique approfondie (poids, fonction rénale...). ii) en parallèle des actions de sensibilisation ont été menées: diffusion de la liste de Laroche aux prescripteurs, interventions pharmaceutiques ciblées sur les MPI, analyse des pratiques professionnelles menées dans certains services. Notre objectif est désormais de poursuivre cette analyse non seulement dans les services de gériatrie mais également de l'étendre à d'autres secteurs de médecine. En effet ce travail répond aux exigences d'évaluation et d'amélioration de la qualité de la prescription chez la personne âgée dans le cadre de la certification, du contrat de bon usage et des recommandations des sociétés savantes. Références bibliographiques : M.-L. Laroche, F. Bouthier, L. Merle, J.-P. Charmes. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. Rev Med Interne. 2009. 30 (7) : 592-601.

### P3-07-7

#### Le Test du Pliage d'un Losange (TPL) : aspects psychométriques et chronopsychologiques

N. Bouati (1) ; A. Sagne (2) ; G. Gavazzi (1)

(1) Clinique universitaire de médecine gériatrique, C.H.U Grenoble Alpes, La Tronche; (2) Département de psychologie de la santé, parcours « psychologie clinique du vieillissement », Université Lyon 2, Lyon

**Introduction:** Cette étude met en évidence la maladresse des institutions gériatriques dans la mise en place des « activités » pour des personnes âgées, sans tenir compte des évolutions circadiennes de leurs processus cognitifs (chronopsychologie). Cela se voit tout particulièrement dans le cadre des chutes de la personne âgée, car le travail de rééducation est basé sur l'indication donnée (consigne), de son intégration et assimilation par le sujet (compréhension), puis

de l'action qui en découle (exécution). Cependant, l'information enregistrée (retenue) et celle exécutée (automatiquement) peuvent présenter, au cours de la journée, un décalage de phase, voire même une opposition de phase. Dans cette perspective, le Test du Pliage d'un Losange (TPL) a été conçu pour mieux saisir la fluctuation et la conjonction de ces deux processus, et pour quantifier le rapport entre les processus automatiques et les processus contrôlés.

**Méthodes:** Matériel et passation : il s'agit d'un losange dessiné sur une feuille de format A4, dont il occupe toute la surface de la largeur. Les côtés crayonnés en noir sont distinctement accentués pour servir de repère. Consigne : "Pliez cette feuille, vers l'intérieur, le long des quatre traits noirs, obliques". Puis : "Mais, avant de commencer, pouvez-vous me répéter ce que je viens de vous dire pour m'assurer que vous avez bien compris ce que je vous demande de faire". Il est attendu du sujet, après avoir reformulé la consigne, de réaliser un pliage « correct » de la feuille, formant ainsi un losange. Population : 60 personnes âgées réparties en 2 groupes : 30 sujets souffrent de troubles cognitifs avérés (Groupe clinique) et 30 sujets présentent un vieillissement normal au niveau cognitif (Groupe contrôle). Déroulement : le TPL a été testé à différents moments de la journée (8h, 11h, 15h et 18h), à raison d'un horaire par semaine, répartis sur 4 semaines successives. Ce pliage demande deux capacités : une capacité de reformulation (activité mnésique et verbale) et une capacité motrice d'exécution d'une tâche. A ces deux capacités de réponses, nous avons défini deux échelles de cotation correspondantes : - Echelle 1, qui évalue les informations reformulées de la consigne (IR); - Echelle 2, qui évalue les informations exécutées par le sujet (IE). Ces deux échelles sont cotées de 1 à 10 points. Chaque score est attribué à un type « hiérarchique » de réponse observée à la reformulation de la consigne ou à son exécution. Cette attribution des points sur l'échelle a été faite selon deux critères : - Le degré d'élaboration de la reformulation de la consigne qui varie entre une réussite totale (10 points) et un échec total (1 point). - La volonté d'établir une correspondance entre les deux échelles : à un type de reformulation correspond un type d'exécution, avec le même degré d'élaboration, comme indiqué ci-dessus. Ce qui nous a permis de calculer un quotient opératoire (Qo), qui a pour objectif de saisir la relation entre les informations reformulées et ce qui est réellement exécuté, selon la formule suivante : Quotient opératoire (Qo) = Information reformulée/information exécutée = IR/IE. De ce fait, la valeur du Qo va pouvoir nous renseigner sur le type de processus utilisé par le sujet (automatique ou contrôlé) pour réaliser l'épreuve, dans la mesure où : - Si  $Qo = 1$  (IR = IE) : la reformulation correspond à ce qui est exécuté; - Si  $Qo > 1$  (IR > IE) : la reformulation de la consigne est plus élaborée que l'exécution de pliage; - Si  $Qo < 1$  (IR < IE) : le sujet exécute des éléments non reformulés.

**Résultats:** Le TPL avait pour objectif de quantifier le rapport entre les processus automatiques et les processus contrôlés. Les analyses statistiques dénotent des différences significatives au cours de l'évolution circadienne de ces deux processus, ainsi qu'entre le groupe clinique et le groupe contrôle. **Conclusion:** Simple, rapide et facile à utiliser, le TPL peut aussi aider le professionnel à choisir l'activité qui sera adaptée au sujet âgé, selon qu'elle requiert plus de processus automatiques ou contrôlés. Dès-lors, le TPL qui est, à l'origine, un test psychométrique au service des professionnels du milieu gériatrique, devient un outil électif (en terme d'activités) et préventif (contre les échecs et les accidents) au service des personnes âgées.

### P3-07-8

#### Prise en charge de l'ostéoporose du sujet âgé en post opératoire d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur : évaluation d'une filière de soins dédiée

L. Dourthe (1) ; J. Cohen-Bittan (1) ; A. Meziere (2) ; M. Verny (3); J. Boddaert (4)

(1) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (2) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*; (3) *Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*; (4) *Upog, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*

**Introduction:** La fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) concerne plus de 70 000 patients en France, ce chiffre devant augmenter de 20% d'ici 2020 en raison du vieillissement de la population et de la fréquence de l'ostéoporose. Depuis 2009, une filière centrée autour d'une Unité Péri Opératoire Gériatrique (UPOG) s'est créée à la Pitié Salpêtrière, dont l'un des objectifs est l'amélioration de la prise en charge des patients admis pour une FESF. Cette filière comprend le service d'accueil des urgences, la salle de surveillance des soins post-interventionnels, le service de chirurgie orthopédique, l'UPOG et le service de soins de suite et réadaptation orthopédique (SSR) de l'hôpital Charles Foix. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge de l'ostéoporose dans une filière dédiée. **Méthodes:** Nous avons mené une étude rétrospective chez les patients opérés d'une FESF entre juillet 2009 et juin 2013 et ayant bénéficié d'une prise en charge complète dans la filière jusqu'à 6 mois après l'intervention. Les traitements de l'ostéoporose, recueillis grâce aux comptes rendus d'hospitalisation, aux courriers de consultation et aux dossiers des patients, ont été analysés à la sortie de l'UPOG, à la sortie de SSR, puis en consultation par le gériatre à 6 mois. **Résultats:** Sur la période de l'étude, 368 patients ont été admis en UPOG avec une FESF. Les patients ayant eu des fractures associées ( $n = 23$ ), les patients hors filière ( $n = 97$ ), les patients refracturés ( $n = 7$ ) ont été exclus. Finalement, 241 patients ont été inclus. Concernant les traitements de l'ostéoporose, 105 (46%) des 229 patients à la sortie de l'UPOG étaient sous calcium, 139 (61%) sous vitamine D et 27 (12%) sous traitement anti ostéoporotique. A la sortie du SSR, 107 des 172 patients (62%) étaient sous calcium, 119 (69%) sous vitamine D et 47 (27%) sous traitement anti ostéoporotique. Enfin, 67 (59%) des 114 patients revus à 6 mois étaient sous calcium, 73 (64%) sous vitamine D et 45 (39%) sous traitement anti ostéoporotique. **Conclusion:** Même dans une filière dédiée à la pathologie traumatologique du patient âgé, la prise en charge de l'ostéoporose est sous-optimale chez les sujets âgés hospitalisés pour une FESF.

### P3-07-9

#### Etude pilote des patients hospitalisés en UGA pour une prise en charge périopératoire

E. Fercot (1) ; S. Moulia (2) ; A. Sefssafi (1) ; T. Cudennec (1) ; M. Pépin (1) ; L. Aubert (1) ; L. Teillet (1)

(1) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*; (2) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*

**Introduction:** L'incidence des patients âgés nécessitant une prise en charge chirurgicale augmente avec le vieillissement de la population. De nombreux patients relèvent de l'expertise des gériatres du fait qu'ils présentent de nombreuses pathologies

chroniques invalidantes avec l'intrication fréquente de pathologies neuro-dégénératives et somatiques à l'origine d'une dépendance physique et ou psychique. Plusieurs études ont montré le bénéfice sur la mobilité et sur la mortalité d'une prise en charge gériatrique des patients relevant d'une chirurgie pour une fracture de hanche. Dans ce contexte, notre étude avait pour objectif de caractériser les patients en gériatrie relevant d'une prise en charge chirurgicale non seulement orthopédique mais aussi vasculaire ou digestive. Notre autre objectif était de les comparer aux patients hospitalisés en gériatrie sans prise en charge chirurgicale et aux patients opérés hospitalisés en chirurgie. **Méthodes:** Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique à l'hôpital d'Ambroise Paré (APHP) sur une période de 6 mois de novembre 2015 à avril 2016 où nous avons repris les caractéristiques des patients hospitalisés en gériatrie ayant bénéficié d'une prise en charge péri-opératoire orthopédique, vasculaire ou digestive en UGA. Les données ont pu être récupérées par la base nationale du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). **Résultats:** Les patients inclus dans notre étude étaient âgés de 77 à 96 ans avec un âge moyen à 87 ans. La prise en charge périopératoire relevait d'une chirurgie digestive ou orthopédique pour la majorité des cas, 3 patients avaient bénéficié d'une prise en charge chirurgicale vasculaire et 3 patients ont été pris en charge en gériatrie pour une pancréatite. Tous les patients pris en charge étaient dénutris avec une valeur d'albumine entre 16.5g/L et 28g/L. La grande majorité des patients étaient ensuite transférés en service de SSR (Soins de suite et de réadaptation). La DMS était de 16 jours, pour 11 jours en UGA classique. **Conclusion:** Notre étude montre l'intérêt de la prise en charge gériatrique périopératoire pour les patients très fragiles, tant au niveau individuel qu'institutionnelle (diminution de la DMS). Ces résultats seront confirmés, ou pas, par une étude prospective, pour élargir les réflexions autour de la prise en charge périopératoire des patients âgés en UGA à d'autres champs que ceux de la chirurgie orthopédique.

### P3-08-13

#### **Intérêt de l'évaluation gériatrique dans la décision de réaliser un TAVR (Transcatheter Aortic Valve Replacement)**

G. Coutu (1) ; F. Martins-Conde (2) ; G. Ducher (3) ; Y. Lepley (1) ; S. Dadet (1)

(1) *Gérontopôle, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand;*  
(2) *Gériatrie umg, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand;*  
(3) *Court Séjour Gériatrique, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand*

**Introduction:** Le TAVR (Trans-catheter Aortic Valve Replacement) est une méthode de remplacement valvulaire aortique récente, constituant une alternative pour les patients présentant un risque trop important pour la chirurgie conventionnelle (qui est la technique de référence). L'évaluation gériatrique est recommandée pour les patients devant en bénéficier, dans le but de repérer ceux trop fragiles pour l'intervention ; il n'existe pas de consensus sur les éléments qu'elle doit comporter dans cette indication. **Méthodes** Notre étude rétrospective porte sur 201 patients pour lesquels une indication de TAVR a été posée lors de l'année 2013, vus en consultation par l'unité mobile de gériatrie du CHU de Clermont-Ferrand. L'objectif principal est de mettre en évidence des facteurs discriminants, appartenant à l'évaluation gériatrique standardisée (partie orientation du MMS, test de l'horloge, test des 5 mots ; score ADL ; évaluation nutritionnelle avec masse/IMC, albuminémie, pré-albuminémie ; fonction rénale), faisant accepter ou refuser les patients pour l'intervention. Les objectifs secondaires sont d'une part

l'étude du devenir des patients acceptés ; d'autre part la comparaison des données de l'évaluation initiale entre patients vivants et décédés à un an de l'intervention. **Résultats:** Il ressort de notre étude que l'évaluation cognitive (partie « orientation » du MMS, test de l'horloge et test des 5 mots) ainsi que la dépendance (évaluée par le score ADL) constituent des facteurs discriminants pour l'évaluation des patients pouvant bénéficier du TAVR. L'état nutritionnel est également meilleur dans le groupe des patients acceptés. La fonction rénale n'est pas significativement différente dans les deux groupes. Parmi les patients acceptés pour l'intervention, environ 30% ont bénéficié après réévaluation multidisciplinaire d'une chirurgie par bioprothèse, ce qui montre un biais lié à l'âge lors de la décision thérapeutique initiale. La comparaison entre patients vivants et décédés à 1 an ne met pas en évidence de facteur prédictif de décès, avec la limite induite par la faible effectivité des groupes de patients comparés. **Conclusion:** L'évaluation gériatrique avant réalisation d'un TAVR est importante dans la mesure où elle permet d'identifier des patients pour lesquels le bénéfice de l'intervention ne serait pas supérieur au risque. Elle est utile par ailleurs pour identifier des patients fragiles. Il n'a pas été mis en évidence de facteur prédictif de mortalité à un an par notre étude.

### P3-08-14

#### **Dépistage de la fragilité chez le sujet âgé à domicile : validité prédictive de l'outil SEGA modifié**

N. Oubaya (1) ; M. Dramé (1) ; J.L. Novella (2) ; E. Quignard (3) ; C. Cunin (4) ; D. Jolly (1) ; R. Mahmoudi (2)

(1) *Pôle recherche et santé publique, CHU de Reims, Hôpital Robert Debré, Reims;* (2) *Service de médecine interne et gériatrie aiguë, CHU de Reims, Hôpital Maison Blanche, Reims;* (3) *Unité de soins palliatifs, Centre Hospitalier de Troyes, Troyes;* (4) *Mission relais – actions collectives gérontologiques, Caisse d'Assurance retraite et de Santé au travail du Nord-Est, Nancy*

**Introduction:** Peu d'outils sont disponibles pour l'évaluation des personnes âgées vivant à domicile. L'objectif de cette étude était d'étudier la validité prédictive de la grille de fragilité SEGAm (SEGA modifié) sur la perte d'indépendance chez une cohorte de sujets âgés de 65 ans ou plus vivant au domicile. **Méthodes:** Nous avons mené une étude longitudinale prospective multicentrique dans deux régions françaises (Champagne-Ardenne et Lorraine), incluant des sujets de 65 ans ou plus, vivant à domicile, lisant couramment le français et appartenant aux groupes 5 ou 6 sur la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources) qui en comporte 6. Les caractéristiques sociodémographiques, l'évaluation gériatrique standardisée et la grille de fragilité SEGAm ont été recueillies à l'état initial. Nous avons suivi à 6 mois et 12 mois les sujets initialement inclus dans notre étude et recueilli le statut vital et le niveau d'indépendance. Une régression logistique a permis d'étudier la validité prédictive de l'outil SEGAm. **Résultats:** Parmi les 116 sujets ayant eu un suivi à 12 mois pour la perte d'indépendance, 84 (72,4 %) étaient peu fragiles à l'état initial, 23 (19,8%) fragiles, et 9 (7,8%) très fragiles ; 63 (54,3 %) ont eu une perte d'au moins une AVQ (Activité de la Vie Quotidienne) ou une AIVQ (Activité Instrumentale de la Vie Quotidienne) à 12 mois. L'analyse multivariée a retrouvé que la fragilité à l'état initial était un facteur prédictif de perte d'indépendance à 12 mois (OR=4,52 ; IC95%=1,40-14,68 ; p=0,01). Nous avons validé précédemment la grille de fragilité SEGAm sur le plan de l'acceptabilité, la fiabilité, la validité de structure et la validité discriminante. **Conclusion:** La grille SEGAm apparaît donc comme un outil adapté à une stratégie

communautaire de première ligne pour dépister la fragilité à domicile et ainsi permettre la mise en place précoce d'interventions ciblées.

### P3-08-15

#### **Evaluation des pratiques professionnelles concernant l'hypodermoclyse dans les EHPAD de la Vienne**

C. Onifade-Fagbemi (1) ; MG. Dupeyron (1) ; F. Trophy (1)

(1) *Gériatrie, Maison de Santé Protestante Bordeaux Bagatelle, Talence*

**Introduction:** Le vieillissement s'accompagne d'une évolution physiologique qui change l'organisation temporelle et la qualité du sommeil. Il s'agit d'un fractionnement du sommeil et d'une modification de l'architecture du sommeil. L'insomnie est présente chez plus de 50% des personnes âgées et elle est sous diagnostiquée et sous traitée. Il existe plusieurs pathologies pouvant entraîner une insomnie chez les personnes âgées. **Méthodes:** Objectifs : L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la prévalence de l'insomnie dans un service de gériatrie aigue. Les objectifs secondaires sont d'étudier les pathologies associées, d'évaluer la prévalence des traitements hypnotiques chez les patients hospitalisés pendant deux périodes de l'année du 4 au 17 mai 2015 puis du 11 au 24 janvier 2016 puis faire la comparaison des ordonnances d'entrée et de sortie de ces mêmes patients. Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle réalisée dans un service de court séjour gériatrique de 30 lits. Tous les patients hospitalisés dans le service de gériatrie à deux périodes du 4 au 17 mai 2015 et du 11 au 24 janvier 2016 ont été inclus dans cette étude. Les patients exclus sont les patients décédés, les patients hébergés, ceux en soins palliatifs ou restés moins de 24h dans le service. Les plaintes de sommeil ont été recueillies par le patient, par l'entourage du patient à l'entrée et en cours d'hospitalisation par le personnel soignant. 55 patients ont été inclus dans l'étude et les dossiers de ces patients ont été analysés selon les méthodes statistiques habituelles (les tests de  $\chi^2$  d'indépendance, les tests de Fisher exact, de Student et de Mann-Whitney/Wilcoxon). **Résultats :** Parmi les 55 patients inclus dans l'étude seulement 11 patients présentaient des insomnies avec une prévalence de 36%. La moyenne d'âge est de 86,3 ans avec 72,7% de femmes et 27,3% d'hommes. 2 de ces patients ont eu un diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil sévère avec un IAH (indice d'apnée hypopnée) sup à 30. Il n'a pas de différence significative dans les deux groupes : patients présentant une insomnie et ceux qui n'en présentent pas concernant la présence de démence (45% contre 52%) et la dépression (27% contre 31%). L'utilisation des benzodiazépines (45% contre 25%) et des thymorégulateurs (18% contre 5%) apparaît plus importante dans la population présentant une insomnie. On note plusieurs données manquantes montrant le peu d'importance attribué aux troubles du sommeil de la personne âgée. Les prescriptions de psychotropes ont plutôt une tendance à la baisse à la sortie d'hospitalisation comparée au début d'hospitalisation. **Conclusion :** Le diagnostic et la prise en charge de l'insomnie semblent minimaliste actuellement malgré l'amélioration possible de la qualité de vie et la prévention de plusieurs pathologies associées. Mots clés : insomnie, gériatrie, psychotropes.

### P3-08-16

#### **Analyse descriptive de la grille SEGA : avantages et inconvénients dans l'évaluation de la fragilité d'une population gériatrique en milieu hospitalier et à domicile**

A. Bidault Diallo (1) ; P. Galbrun (1) ; A. Lejoyeux (1) ; S. Paumier (1) ; A.L. Turmel (1) ; S. Clermidy (1)

(1) *Gériatrie, Centre Médico Chirurgical du Mans - Pôle Santé Sud, Le Mans*

**Introduction:** Dans un objectif de diminution des hospitalisations potentiellement évitables, les acteurs départementaux sarthois du secteur médico-social et sanitaire ont souhaité développer un processus d'évaluation de la fragilité. Après une revue de littérature et mise en commun des outils utilisés, la grille SEGAm a été retenue puis étudiée sur le plan qualitatif et sur son applicabilité en milieu hospitalier et à domicile. **Méthodes:** Cette étude a été menée du 1er avril au 9 juin 2015 auprès de 72 personnes (55 femmes, 17 hommes) d'une moyenne d'âge de 83.6 ans. La grille SEGA a été proposée à 39 personnes à domicile (par ESA et soins à domicile CCAS-ADMR) et 33 personnes hospitalisées (par l'EMG Clinique du Pré et du CH du Mans). Une description globale de la grille (volet/critères) a été réalisée. Les résultats seront présentés sous forme de moyenne ou pourcentage en fonction du type de variable. Le Test Rho de Spearman a été utilisé pour étudier la corrélation entre critères de la grille. **Résultats:** La durée moyenne de passation était de 19.5 minutes. Dans le volet A, les personnes à domicile étaient plus fragiles que celles hospitalisées. Le volet B ne semblait plus pertinent puisque toutes les personnes étaient définies peu fragiles. Des difficultés émergeaient lorsque la personne présentait des troubles cognitifs. La grille a permis la réalisation de nombreuses interventions ciblées : augmentation d'aides à domicile, des relais infirmière diplômée d'état/CLIC/MAIA, la réalisation de dossiers APA/EHPAD, des suivis nutritionnels/psychologique, des consultations mémoire/douleur/ophtalmologie/urologie, bilans de chute, la mise en place d'accueil de jour et protection juridique, d'aménagements de domicile, un retour à domicile anticipé, sept hospitalisations, un passage en UCC, deux en SSR et deux institutionnalisations. Pour trente personnes, aucune action n'a été proposée. Afin d'optimiser le temps de passation et en vue de simplifier la grille, il a été décidé de corréliser certains critères. Sont corrélés les items maladie/médicaments (Rho 0,012), fonctions cognitives/médicaments (Rho 0,034), fonctions cognitives/Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ) (Rho 0,001), perception santé/humeur (Rho 0,001), perception santé/fonctions cognitives (Rho 0,018), hospitalisation/nutrition (Rho 0,034), mobilité/hospitalisation (Rho 0,002), mobilité/âge (Rho 0,001), chutes/repas (Rho 0,013), vision/audition (Rho 0,005). **Conclusion:** La grille SEGA possédait de nombreux atouts permettant une évaluation multidomaine de la fragilité par les acteurs du secteur sanitaire mais aussi par ceux du domaine médico-social et social. Cependant, le temps de passation restait long. Il conviendrait donc de réfléchir à une formation initiale des équipes proposant la grille, et à la pertinence de chaque critère. La grille SEGAm permettait aussi de proposer facilement des actions ciblées et personnalisées aux personnes fragiles évaluées, concrétisant ainsi l'action des acteurs du domicile, comme du milieu sanitaire.

**P3-15-17****Risque infectieux et transmissions croisées en SSR ? quelles recommandations?**

B. Barrois (1) ; O. Remy-Neris (2) ; PA. Joseph (3)

(1) *Département Qualité Gestion des Risques, CH de Gonesse-PERSE, Gonesse*; (2) *Mpr, CHRU de Brest Hôpital Morvan, Brest*; (3) *Mpr, CHU, Bordeaux*

La SOFMER s'est associée à la SFGG et à la SF2H pour élaborer des recommandations pour la pratique clinique pour maîtriser les risques infectieux et de transmissions croisées en SSR. **Méthodes:** La méthode du consensus d'expert publiée par l'HAS et la SOFMER est adaptée. 6 questions ont été posées à 6 binômes d'experts issus de sociétés savantes différentes. \*Q1 : pour des malades en SSR, peut-on définir des caractéristiques cliniques et microbiologiques susceptibles d'augmenter le risque de transmission croisée? \*Q2 : pour des malades porteurs d'une BMR ou pour des malades porteurs ou contacts d'une BHRé, quelles sont les modalités d'utilisation, de gestion et d'organisation du plateau technique identifiées pour réduire les risques de transmission croisée? \*Q3 : et quelles sont les modalités de transfert hors de la chambre pour réduire les risques de transmission croisée ? - transfert vers le plateau technique ? - vers les lieux communs (restaurant, salons)? - vers le domicile ou substitut de domicile (y compris permission) ? \*Q4 : et quelles sont les modalités d'organisation spécifiques des professionnels du SSR pour réduire le risque de transmission croisée? – coordination interprofessionnelle, planification de soins, choix et usage des matériels et des techniques... \*Q5 : pour réduire les risques de transmission croisée, quels sont les éléments de repérage, de dépistage clinique et biologique et de suivi des BMR ou des BHRé? \*Q6 : et comment la transmission de l'information doit-elle être améliorée en amont, pendant et en aval du séjour? **Résultats:** Q1: Dans les SSR la population est à risque de BMR- BHRé (âge, durée de séjour, polyopathie, dépendance...). Les espèces bactériennes à potentiel de transmission y sont prévalentes (EBLSE, ERG, C difficile...). Les multiples intervenants et les différents soins (rééducation, soins de plaies et des voies aériennes, sondages urinaires), rendent la transmission croisée possible. Q2 : Il est recommandé d'équiper le plateau technique, de mettre à disposition des patients en précautions complémentaires (PC), des solutions hydro-alcooliques individuelles. L'intervention de personnels dédiés et formés est recommandée en cas de patients porteur et/ou contact de BHR. Q3: La Recommandation autorise les transferts au sein du SSR avec application rigoureuse des précautions standards (PS) et PC, suffisantes pour limiter la transmission croisée. La rééducation-réadaptation reste la priorité. Le risque de diffusion doit être évalué et les précautions adaptées à ce risque (aérosolisation des germes). Q4 : Il est recommandé d'appliquer les PS pour tous et d'appliquer les PC pour tout patient identifié BMR ou BHRé ou porteur d'une pathologie infectieuse contagieuse (*Clostridium Difficile*...). Il n'est pas recommandé d'interdire l'accès au plateau technique de rééducation et aux lieux communs, sauf la balnéothérapie en cas d'isolement géographique et en cas d'incontinence urinaire ou fécale. Il n'est pas recommandé de placer en fin de programme un patient en PC mais il est recommandé d'assurer un bio nettoyage adéquat. En cas de BHRé, il est recommandé d'identifier une zone dédiée et du petit matériel. En cas de contact direct il est recommandé d'utiliser du matériel à usage unique ou à patient unique. Q5: Il est recommandé de Sensibiliser le personnel et de réaliser des Prélèvements en cas de suspicion pour identifier impérativement les BHRé. Il est recommandé d'adapter le repérage

en fonction des populations (blessé médullaire et SARM, AVC et pneumopathie). Il est recommandé de porter attention à la qualité rigoureuse des prélèvements. Q6 : Il est recommandé de développer le renseignement obligatoire du statut infectieux à la demande d'admission en SSR et dans le dossier d'entrée. Il est recommandé d'identifier les patients « à risques d'être porteurs » à l'entrée et d'informer le patient pendant son séjour afin de l'impliquer. Il est recommandé d'informer tous les professionnels et de tracer le statut infectieux dans les documents de sortie et d'automatiser l'information. **Conclusion:** Ces recommandations pour réduire le risque de transmission croisée pour les patients porteurs de BMR ou BHRé en SSR proposent des actions réalisables et partagées par tous les professionnels afin d'éviter le refus de certains établissements et la perte de chance.

**P3-15-18****Impact limité des prélèvements microbiologiques sur la prise en charge hospitalière des pneumonies aiguës du sujet âgé**

A. Putot (1) ; J. Tetu (2) ; S. Perrin (3) ; H. Bailly (1) ; L. Piroth (4) ; JF. Besancenot (5) ; P. Chavanet (4) ; H. Guepet (1) ; P. Manckoundia (1)

(1) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillet, Dijon*; (2) *Laboratoire de microbiologie, CHU Dijon, Dijon*; (3) *Médecine gériatrique, CHU Dijon, Dijon*; (4) *Service de maladies infectieuses, CHU Dijon, Dijon*; (5) *Service de médecine interne, CHU Dijon, Dijon*

**Introduction:** La pneumonie aiguë est la principale cause infectieuse d'hospitalisation et de décès du sujet âgé. Des prélèvements microbiologiques (PM) systématiques sont actuellement recommandés. Nous étudions les taux de positivité et de détection de pathogènes non couverts et l'impact thérapeutique des PM dans les pneumonies aiguës communautaires (PAC), acquises en institution (PAI) et à l'hôpital (PAH). **Méthodes:** Les patients âgés de 75 ans et plus, hospitalisés pour pneumonie aiguë entre le 1er janvier et le 30 juin 2013 dans cinq services de médecine et un de réanimation de notre hôpital universitaire, ont été rétrospectivement inclus. **Résultats:** Parmi les 217 patients inclus, il y avait 138 PAC, 56 PAI et 23 PAH. Des PM étaient réalisés pour 89,9% des PAC, 91,1% des PAI et 95,6% des PAH. Un diagnostic microbiologique était fait pour 29% des PAC, 11,8% des PAI et 27,3% des PAH ayant fait l'objet de PM (p=0,05). Des pathogènes non couverts par le traitement probabiliste étaient mis en évidence dans 8% des PAC, 2% des PAI et 13,6% des PAH (p=0,1). Les PM les plus réalisés étaient les hémocultures (90,8%) suivis des antigénuries légionelle (60,4%) et pneumocoque (58,1%). Leurs taux de positivité respectifs étaient de 7,9%, 3,1% et 8,7%, sans différence significative entre les différents lieux d'acquisition. Le spectre antibiotique était modifié ou majoré dans 47,8% des cas avec PM positif contre 35,9% des cas avec PM négatifs (p=0,1). Le spectre antibiotique était réduit dans 46,7% des cas avec PM positif contre 10,8% des cas avec PM négatifs (p<0,001). **Conclusion:** Ces résultats montrent une faible rentabilité diagnostique et un impact thérapeutique limité des PM dans la prise en charge hospitalière des pneumonies du sujet âgé et plaident pour leur rationalisation. Dans cette étude, l'acquisition en institution était associée à un moindre taux de positivité des PM et n'était pas associée à la mise en évidence de résistance au traitement probabiliste.

**P3-15-19****Consultation odontologique destinée aux patients candidats à un traitement anti-résorbeur osseux: résultats d'une étude bi-centrique**

V. Lombard (1) ; C. Gilbert (2) ; A. Veille-Finet (2) ; M. Folliguet (2) ; S. Séguier (2) ; L. Radoï (2)

(1) *Service d'odontologie, Hôpital Corentin Celton, Issy-les-Moulineaux;* (2) *Service d'odontologie, Hôpital Louis Mourier - APHP, Colombes*

**Introduction:** Les traitements anti-résorbeurs osseux (ARO) sont largement prescrits en médecine, notamment dans le traitement de l'ostéoporose, des métastases osseuses des tumeurs solides et du myélome multiple. L'ostéonécrose des maxillaires (ONM) est un effet indésirable de certains anti-résorbeurs osseux (bisphosphonates et dénosumab). Plusieurs études ont montré un lien entre l'ONM et le mauvais état bucco-dentaire ou la réalisation de soins invasifs pendant le traitement. **Méthodes:** Notre étude a été menée dans deux services d'odontologie de l'AP-HP (Louis Mourier et Corentin Celton), et a porté sur les patients candidats à un traitement par ARO. Les objectifs de cette étude sont i) d'effectuer un bilan bucco-dentaire avant la mise en place d'un traitement par ARO ou après l'instauration du traitement ii) d'informer le patient du risque de survenue d'une ONM, spontanément ou après un acte bucco-dentaire iii) d'informer le patient de l'importance d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse et d'un suivi régulier dans la prévention de cette complication. Il s'agit d'une étude hospitalière bi-centrique, observationnelle, descriptive. Les données ont été recueillies entre 2010 et 2015 à l'aide d'un questionnaire standardisé en deux parties: médicale et bucco-dentaire. **Résultats:** Cent-trente-deux patients ont été inclus. Les patients présentaient des comorbidités connues pour augmenter le risque d'ONM: hypertension artérielle (52%), cancer (35%), diabète sucré (13%). Les principales pathologies justifiant la prescription d'ARO étaient: l'ostéoporose simple et compliqué de fractures pathologiques, les métastases osseuses de tumeurs solides et le myélome multiple. Parmi les patients, 76% étaient traités pour une ostéoporose avec des ARO oraux ou iv et 24% pour des métastases osseuses avec des ARO iv. Sur le plan bucco-dentaire, 30% des patients ne brossaient pas les dents, 63% présentaient un indice de plaque élevé et 27% avaient eu une consultation chez leur chirurgien-dentiste au cours de l'année écoulée. Cinquante-huit pour cent des patients n'avaient pas été informés par le médecin prescripteur du risque d'ONM lié aux ARO. Sur l'ensemble des patients, 26% présentaient une prothèse maxillaire et 27% une prothèse mandibulaire. La majorité des patients (81%) nécessitaient des soins: détartrage (60%), avulsions (48%), soins conservateurs (32%) et actes prothétiques (60%), les soins invasifs étant réalisés avant le début du traitement. **Conclusion:** Les résultats de cette étude révèlent que cette population, constituée majoritairement de personnes âgées, cumulait plusieurs facteurs de risque d'ostéonécrose des maxillaires, notamment, des poly-pathologies, une hygiène bucco-dentaire déficiente, la présence de prothèses amovibles non-adaptées et mal-entretenu dont 60% nécessitaient une réadaptation/réfection avant d'initier le traitement par ARO. La plupart des patients avaient besoin de soins parodontaux et chirurgicaux, qui doivent être réalisés en amont de l'ARO. Tous ces facteurs sont connus pour augmenter le risque d'une ONM. Il est important d'informer les patients du risque encouru et de la nécessité de maintenir une hygiène bucco-dentaire satisfaisante. L'assainissement de la cavité buccale avant l'instauration du traitement ARO et l'enseignement de l'hygiène bucco-dentaire

peuvent contribuer à la prévention de l'ONM.

**P3-15-20****Etude descriptive des patients vivant avec le VIH (PVVIH) de 75ans et plus dans les Pays de la Loire**

C. Bernard (1) ; C. Allavena (1) ; S. Pineau (2) ; C. Michau (3); P. Perre (4) ; P. Fialaire (5) ; R. Vatan (6) ; AL. Ruellan (7) ; F. Delamarre Damier Racineux (8) ; F. Raffi (1) ; H. Hitoto (9)

(1) *Service de maladies infectieuses et tropicales, CHU de Nantes, Nantes;* (2) *Corevih pays de la Loire, CHU de Nantes, Nantes;* (3) *Service de médecine interne, C.H. Saint-Nazaire, Saint-Brevin-les-Pins;* (4) *Service de médecine post urgences, CH La Roche Sur Yon, Nantes;* (5) *Service de maladies infectieuses et tropicales, C.H.U - CHU Angers, Angers;* (6) *Service de médecine interne, Ch Laval, Nantes;* (7) *Service de pharmacovigilance, CHU de Nantes, Nantes;* (8) *geriatrie et ehpad saint laurent sur sevre, EHPAD Montfort, Saint Laurent sur Sèvre* (9) *Service de maladies infectieuses et tropicales, CH Le Mans, Le Mans*

**Introduction:** Les nouveaux traitements antirétroviraux (ARV) ont permis l'amélioration de la qualité de vie et réduit drastiquement la mortalité sous traitement. La population des patients vivants avec le VIH est vieillissante et présente de fréquentes comorbidités, pourtant peu de données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques sont disponibles dans cette population âgée. **Méthodes:** Etude descriptive des PVVIH de 75 ans et plus, réalisée dans 6 centres hospitaliers des Pays de la Loire. Les caractéristiques épidémiologiques, immunovirologiques et thérapeutiques de cette population ont été recueillies via un logiciel de dossier médical informatisé (Nadis®) ; et une évaluation gériatrique simplifiée a été réalisée après consentement du patient au cours d'une consultation de suivi VIH afin d'évaluer leur fragilité. **Résultats:** Parmi les 3965 patients du COREVIH Pays de la Loire, 65 (1,6%) étaient âgés de 75 ans et plus. Les 51 patients inclus dans l'étude entre janvier et mai 2016 avaient un âge médian de 78,7 ans, 74,5% étaient des hommes et 98% vivaient à domicile. La durée médiane de suivi de l'infection VIH était de 18,8 ans, le nadir de CD4 médian était à 181/mm<sup>3</sup>. A la dernière visite tous les patients étaient sous traitement antirétroviral et 98% présentaient une charge virale indétectable (< 50 copies/ml) avec des CD4 médian à 565/mm<sup>3</sup>. Avec l'évaluation gériatrique simplifiée: 21,6% apparaissaient en voie de fragilité, 3,9% comme fragiles. 60,8% avaient des troubles cognitifs, 35,3% présentaient une dépression, 25,5% une dénutrition, 45,9 % présentaient un dosage insuffisant en vitamine D. Le nombre médian de traitement était de 6. **Conclusion:** Les PVVIH de 75 ans et plus sont bien suivis et contrôlés concernant leur infection à VIH mais la prévalence des syndromes gériatriques (dénutrition, dépression, troubles cognitifs, carence en Vit D, polymédication, douleur...) est importante et les rend vulnérables. Une prise en charge coordonnée de l'infection VIH et des syndromes gériatriques est nécessaire afin de mieux accompagner ces patients .

**P3-15-21****Amélioration de l'hygiène des mains en Ehpad : Perceptions des soignants et des équipes d'encadrement**

N. Cohen (1) ; M. Criquelion (2) ; M. Hocine (3) ; P. Denormandie (4) ; F. Puisieux (5)

(1) *Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias, Ballainvilliers;* (2) *Médecine libérale, Médecine Générale, Lille;* (3) *Laboratoire msrss, Conservatoire national des arts et métiers, Paris;* (4) *Institut du bien vieillir korian, Korian, Paris;* (5) *Gérontologie, CHRI Lille, Lille*

**Introduction:** La compliance aux mesures d'hygiène des mains (HM) en Ehpad est faible (~15%) et souvent mal documentée. L'objectif de ce travail a été de mesurer l'évolution de la perception des soignants et des équipes encadrantes des Ehpad sur les freins et leviers à la réalisation d'une HM adaptée en établissement.

**Méthodes:** 14 Ehpad ont été tirés au sort parmi 27 Ehpad volontaires pour participer à un programme participatif d'un an d'amélioration de l'hygiène des mains. Des questionnaires ont été adressés en début et en fin d'intervention aux soignants, aux infirmiers coordinateurs et médecins coordinateurs ainsi qu'aux directeurs des 14 Ehpad participants. Les tests de Khi 2 et Fisher ont initialement été utilisés afin de comparer le pourcentage de réponses à 1 an. Une analyse de correspondances multiples sera utilisée pour décrire les différents profils des personnels. **Résultats:** Les premiers résultats montrent que les principaux leviers dans le groupe des soignants sont le fait de savoir que l'on se protège et que l'on protège les résidents, le fait que l'HM soit considérée comme un acte de bienveillance envers les résidents et qu'il y ait un effet d'entraînement au sein du personnel de l'Ehpad. Les principaux freins sont la crainte d'avoir les mains sèches et irritées, la durée et la fréquence des frictions, la mise à disposition des flacons de Solution hydro alcoolique (SHA). Dans le groupe des directeurs, infirmiers coordinateurs et médecins coordinateurs, les principaux leviers sont l'implication des équipes encadrantes et de direction, la mise à disposition des flacons de SHA, le fait d'avoir déjà été confronté à une épidémie, mais aussi la désignation d'une personne référente hygiène en établissement. Les principaux freins sont la crainte d'avoir les mains sèches et irritées et la sensibilisation des intervenants extérieurs en Ehpad. Les premiers résultats montrent que dans le groupe des soignants, la faible disponibilité des SHA est un frein qui a reculé de façon significative ( $p=0,032$ ). Plus particulièrement pour les infirmières, c'est la crainte d'avoir les mains sèches et irritées suite à l'utilisation du SHA qui a diminué de façon significative ( $p=0,0001$ ). **Conclusion:** Cette étude a permis de mettre en évidence les freins et leviers à une HM adaptée en établissement et de mesurer l'évolution de la perception des personnes interrogées sur l'hygiène des mains un an après la mise en place d'un programme participatif dédié, l'objectif étant de proposer une démarche adaptée en Ehpad aux résidents, personnels et intervenants extérieurs.

**P3-15-22****Efficacité et tolérance du vaccin zona dans la prévention du zona et des névralgies post-zostériennes : évaluation en vie réelle chez le sujet âgé notamment en cas de comorbidité**

G. Gavazzi (1) ; P. Tajfel (2) ; L. Martinez (3)

(1) *Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble;* (2) *Cabinet, 28 bd de Lesseps, Versailles;* (3) *Professeur associé de médecine générale, Cabinet, La Rochelle*

**Introduction:** Avec l'âge et la baisse des capacités immunitaires (immunosénescence), l'incidence du zona augmente rapidement au-delà de 60 ans. Les sujets âgés, population en constante augmentation en France, sont des patients ayant de plus en plus de comorbidités, qui sont de plus en plus fragiles voire dépendants. Les traitements requis pour traiter le zona ou ses principales complications douloureuses : les névralgies post-zostériennes (NPZ), ont de fréquents effets indésirables qui limitent leur utilisation chez ces patients souvent polymédiqués au long cours, avec un risque de déséquilibre de leur pathologie. Un vaccin contre le zona a été développé et s'est montré efficace sur la réduction de l'incidence du zona et des NPZ. L'objectif de ce travail est de réaliser une revue bibliographique sur l'efficacité de ce vaccin en soins courants (dit «vie réelle»), chez les patients de plus de 60 ans et en particulier chez ceux présentant une pathologie chronique. **Méthodes:** Recherche bibliographique sur Pubmed/Medline. 14 études ont évalué le vaccin zona en soins courants. 7 d'entre elles ont été retenues en fonction des critères de jugement (réduction de l'incidence du zona et des NPZ, notamment en cas de co-morbidité). Deux études ont spécifiquement évalué la tolérance en vie réelle.

**Résultats:** Le vaccin contre le zona a fait la preuve d'une efficacité significative à réduire l'incidence du zona (dans 1 cas sur 2) et celle des NPZ (dans 2 cas sur 3). Ces résultats sont superposables à ceux obtenus au cours du développement clinique. Le vaccin présente dans les essais cliniques comme en vie réelle un bon profil de tolérance. La sécurité d'emploi a été confirmée en médecine générale dans une population de 193 000 patients vaccinés, et dans une cohorte de 30 000 sujets vaccinés, dont 4919 diabétiques et 1436 patients avec pathologie coronarienne. Il a été montré en soins courants dans une population de sujets âgés immunocompétents de 60 ans et plus que la réduction de l'incidence du zona est comparable dans la population globale et dans différentes sous-populations de patients présentant un diabète (51%), une pathologie rénale (55%), pulmonaire (61%) ou hépatique (44%). Une autre étude en vie réelle a mis en évidence une réduction de l'incidence du zona de 49% chez le patient en insuffisance rénale chronique, de 46% chez les patients présentant une insuffisance rénale ainsi qu'un diabète. **Conclusion:** L'efficacité et la tolérance du vaccin ont été confirmées en vie réelle et sont comparables à celles de l'étude clinique princeps. L'efficacité du vaccin a également été recherchée chez les patients présentant une comorbidité : d'une part il s'agit d'une situation fréquente au-delà de 60 ans, d'autre part ces patients sont fragilisés en cas de zona ou de NPZ et la prise en charge médicamenteuse sera plus complexe compte-tenu de leurs traitements associés. La capacité du vaccin à réduire l'incidence du zona est maintenue chez les patients présentant une pathologie chronique (diabète, pathologie rénale, pulmonaire ou hépatique). La vaccination contre le zona a été mise disposition en France en juin 2015. Elle est désormais incluse dans le calendrier vaccinal 2016 et concerne les patients de 65 à 74 ans révolus en routine, avec la possibilité de vacciner les 75 à 79 ans révolus jusqu'à la publication du prochain calendrier vaccinal.

**P3-15-23****Spondylodiscite à *Veillonella Parvula* chez un patient parkinsonien**

L. Huynh (1) ; M. Baque (2) ; J. Cohen-Bittan (3) ; L. Zerah (4) ; V. Hélène (5) ; L. Dourthe (5) ; J. Boddaert (6)

(1) *Université Paris Descartes, Paris*; (2) *Gériatrie, Université Pierre et Marie Curie, Paris*; (3) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (4) *Service de gériatrie, hôpital de la Pitié Salpêtrière, APHP, 47-83 boulevard de l'hôpital, Paris France, Unité Péri-Opératoire Gériatrique (UPOG)*; (5) *Gériatrie aigue, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (6) *Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*

**Introduction:** Le genre *Veillonella* a été isolé pour la première fois par Veillon et Zuber en 1898. Ce sont des bactéries Cocci anaérobies Gram négatif, commensales de la flore buccale, vaginale, des voies respiratoires et gastro-intestinales supérieures, dont le rôle pathogène est débattu. Ainsi, seuls quelques cas d'infections ont été rapportés : bactériémies, endocardites, méningites, ostéomyélites et infections ostéo articulaires, abcès pelviens. *Veillonella Parvula* (*V. Parvula*) semble être le pathogène le plus fréquemment isolé. Nous rapportons ici un cas de bactériémie à *V. Parvula* de porte d'entrée dentaire, compliquée d'une spondylodiscite. **Méthodes:** Un homme de 68 ans était hospitalisé pour syndrome confusionnel fébrile depuis 10 jours associé à des troubles de la marche et des douleurs lombaires. Dans ses antécédents on notait une maladie de Parkinson évoluant depuis 10 ans, un syndrome myélotodysplasique, une splénectomie dans le cadre d'une maladie de Gaucher, une embolie pulmonaire et des phlébites à répétition sous anticoagulation au long court. Il vivait institution pour perte d'autonomie. L'interrogatoire retrouvait un remplacement de plusieurs implants dentaires trois semaines auparavant. Après 48 heures d'hospitalisation, une hémoculture revenait positive à *V. Parvula*. Le bilan dentaire retrouvait de multiples foyers infectieux. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien et l'IRM médullaire retrouvait une spondylodiscite L2/L3 compliquée d'une épidualite et d'un abcès du psoas droit. On ne retrouvait pas d'autre foyer infectieux avec ETT répétées et TEP scanner négatifs. Une antibiothérapie par Amoxicilline intra-veineuse 12g/j après confirmation de la sensibilité de la souche était débutée. A J13, apparition d'un déficit moteur du membre inférieur droit, avec suspicion de compression médullaire, motivant une chirurgie de décompression vertébrale et de débridement local en urgence. Les suites opératoires étaient compliquées de plusieurs pneumopathies d'inhalation et d'une paraplégie séquellaire post opératoire. **Résultats:** Les espèces *Veillonella* sont des causes rares d'infections graves. Sept cas de spondylodiscites et un cas d'ostéomyélite ont été rapportés. Dans plus de la moitié des cas, une porte d'entrée était retrouvée (foyer infectieux dentaire, intervention ORL ou digestive) avec une sensibilité aux pénicillines, céphalosporines, à la clindamycine et au métronidazole. Le tableau clinique insidieux, l'évolution subaiguë et le rôle rarement pathogène de *V. Parvula*, peuvent entraîner un retard voir un sous diagnostic. Il apparaît important, face à une hémoculture positive à *V. Parvula*, de répéter les prélèvements et de ne pas considérer d'emblée qu'il s'agit d'une contamination. Dans ce contexte, la recherche d'une porte d'entrée (dentaire, ORL ou notion de geste digestif récent) et de localisations secondaires fréquentes (notamment ostéo articulaires, cardiaques ou méningées) permettent de confirmer l'infection invasive à *V. Parvula*. Les rares cas invasifs rapportés ne permettent pas de proposer une attitude thérapeutique claire quant au type et à la durée du traitement. Le

traitement sera à adapter à la sensibilité du germe et à la localisation de l'infection. Dans l'attente de l'antibiogramme, un traitement probabiliste par pénicillines dont l'efficacité est fréquente peut être envisagé en première intention. **Conclusion:** Notre cas de bactériémie compliquée de spondylodiscite illustre que *V. Parvula* peut être à l'origine d'infections graves, mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel, nécessitant une antibiothérapie adaptée associée à une recherche et au traitement de la porte d'entrée.

**P3-15-24****Prévention du risque infectieux urinaire : des outils à votre disposition**

C. Bernet (1) ; G. Gavazzi (2) ; F. Mallaval (3) ; E. Laprugne-Garcia (1) ; C. Avril (4) ; L. Lyannaz (4) ; A. Lory (5) ; A. Savey (1)

(1) *CCLin Sud-Est, Hospices Civils de Lyon, Lyon*; (2) *Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble*; (3) *Hygiène hospitalière, CH Métropole Savoie, Chambéry*; (4) *Arlin réunion mayotte, CHU Sud Réunion, Saint-Denis*; (5) *Arlin paca, AP HM, Marseille*

**Introduction:** L'infection urinaire reste la plus fréquente des infections associées aux soins, données 2014 de prévalence des infections associées de soins (IAS) en établissements de santé et en EHPAD. Le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015 propose pour l'axe 3 de réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de soins ; en action 6 de mettre en œuvre des actions de sensibilisation et d'évaluation du respect des bonnes pratiques et protocoles relatifs aux actes invasifs en ville, quelle que soit la spécialité. Il faut souligner que la majorité des infections identifient des entérobactéries. Ces germes fécaux représentent un véritable réservoir des BLSE, le lit des carbépenèmes. Il s'agit d'un réel problème de santé publique dont il faut se préoccuper. **Méthodes:** Les recommandations de 2015, de bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des Infections Urinaires Associées aux Soins (IUAS) de l'adulte de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) ont apporté des réponses aux questions suivantes : • Comment définir et diagnostiquer les IUAS? • Qui faut-il traiter par antibiotiques ? • Comment traiter les IUAS? • Comment prévenir les infections sur matériel de drainage urinaire? Le CCLin Sud-Est a souhaité poursuivre cette réflexion relative à la prévention de l'infection urinaire. Afin d'accompagner les professionnels dans leur démarche de prévention une évaluation des besoins d'outils a été conduite. Un questionnaire en ligne a été proposé du 12 au 30 mars 2015 aux équipes opérationnelles d'hygiène des établissements de santé (ES), médicosociaux (EMS) et aux libéraux du sud-est. **Résultats:** 520 répondants dont 70% d'ES, 16% de libéral, 14% d'EMS ont estimé, que moins d'une fois sur deux des actions de préventions ont été coordonnées sur le sujet. Mais que 83% des répondants seraient prêts à proposer ce thème comme axe de travail. Concernant les supports de communication à privilégier les films, les scénarii de simulation et le diaporama ont été les outils plus fréquemment demandés. Les professionnels ciblés seraient pour 95% les paramédicaux et 72% des médicaux. Pour répondre aux besoins des professionnels des établissements de santé, médico sociaux et libéraux, le CCLin Sud-Est a élaboré des outils de formation téléchargeables sur son site : sept vidéos afin de les aider dans le choix et l'utilisation des dispositifs, dans les différents aspects pratiques du sondage, du drainage, et des examens bactériologiques urinaires, un diaporama des recommandations sonorisé avec la participation d'infectiologues et

plusieurs scénarii de simulation. **Conclusion:** Ces outils devront permettre aux professionnels d'ajuster leurs stratégies de prise en charge en établissement de santé, structure médicosociale ou en cabinet de soins libéral. A distance, une évaluation ponctuelle sera programmée, et pour le suivi en temps réel un compteur informera du nombre de consultations des pages.

### P3-15-25

#### **Evaluation du niveau de maîtrise du risque infectieux (vaccinations, gestion des épidémies) dans les EHPAD des Hauts-de-Seine à travers l'analyse du document d'autoévaluation recommandé par la circulaire ministérielle du 15 mars 2012**

JF. Westphal (1)

(1) ARS Ile-de-France, Paris

**Introduction:** Dans le cadre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social, la circulaire ministérielle du 15 mars 2012 a demandé aux EHPAD d'entrer dans une démarche d'analyse de risque par autoévaluation du niveau de maîtrise du risque infectieux en utilisant un guide structuré conçu par le groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière. Ce guide comporte plusieurs chapitres dont les différents items sont à renseigner par le médecin coordonnateur. Le document final d'autoévaluation a pour vocation à être utilisé dans le cadre de l'évaluation interne. **Méthodes:** Tous les EHPAD du département des Hauts-de-Seine devaient envoyer à l'ARS Ile-de-France une copie de leur document d'autoévaluation. L'analyse a porté sur l'ensemble des chapitres composant ce document. Sont rapportés ici les résultats concernant les chapitres 'vaccinations contre les affections respiratoires' (politique de vaccination) et 'gestion des risques épidémiques' (existence de procédures de prise en charge pour 4 pathologies principales : gale, tuberculose, gastroentérite aiguë, infections respiratoires aiguës basses). L'analyse des résultats a été effectuée par l'équipe du service de veille et de sécurité sanitaire de l'ARS, délégation des Hauts-de-Seine. **Résultats:** Au total, 95 EHPAD (comprenant 9 075 lits) sur les 105 EHPAD présents dans le département ont répondu de manière globale pour chaque chapitre du document, et 76 ont fourni des données détaillées pour certains items. Pour l'ensemble du document d'autoévaluation, 75% des EHPAD avaient un score global compris entre 61% et 90% du score maximal possible (SMP). I - Concernant le chapitre vaccinations: 41/95 EHPAD (43%) avaient un score global de 50% à 60% du SMP, et 14/95 EHPAD (15%) un score <50% du SMP. 96% (71/74) des EHPAD qui ont communiqué leurs données détaillées ont assuré une couverture vaccinale antigrippale d'au moins 50% de leurs résidents, mais près de 90% des EHPAD ont déclaré une couverture vaccinale antigrippale du personnel soignant inférieure à 50%. Seulement 61% (45/74) des EHPAD ont mis en place une organisation de la vaccination anti-pneumocoque des résidents. Les deux-tiers des 64 EHPAD ayant fourni leurs données détaillées ont déclaré un taux de vaccination anti-pneumocoque de leurs résidents inférieur à 25%. Une minorité (39%, 29/74) d'EHPAD organise le rappel de la vaccination anti-coqueluche chez le personnel, et les trois-quarts des 47 EHPAD qui ont fourni leurs données à cet égard déclarent un taux de vaccination de leurs personnels inférieur à 25%. II - Concernant la prise en charge de certaines épidémies : 1) Globalement, les établissements ont des résultats favorables concernant les mesures de gestion du risque gale. Toutefois, un protocole écrit de prise en charge de cette infection est absent dans près de 20% des établissements. 2) L'existence d'un protocole écrit de prise en charge de la tuberculose n'est pas retrouvée dans plus

de 40% des établissements. Le dépistage systématique n'est pas effectué par 16% (12/76) des établissements. Le port du masque respiratoire (FFP2) par les personnels soignants exposés à ce risque infectieux n'est pas prévu dans le quart des établissements. 3) Les proportions de réponses positives des établissements aux différents items du risque gastro-entérite aiguë sont globalement élevées (>90%). On note cependant que 20% des établissements n'ont pas prévu de désinfection des locaux à l'eau de Javel en cas de colite à *C. difficile*. 4) Dans les infections respiratoires aiguës basses, 20% des établissements ne disposent pas d'un protocole écrit de prise en charge. **Conclusion:** Dans le cadre de la circulaire ministérielle du 15 mars 2012, les documents d'autoévaluation de la maîtrise du risque infectieux fournis par les EHPAD des Hauts-de-Seine obtiennent des scores globalement satisfaisants pour le chapitre concernant la gestion de certains risques épidémiques (gale\_tuberculose\_gastroentérite aiguë\_infection respiratoire aiguë basse). Toutefois, l'absence de protocole de prise en charge, respectivement, pour les infections respiratoires aiguës ou la tuberculose est constatée dans 20% et 40% des EHPAD. Dans le chapitre des vaccinations contre les affections respiratoires, des progrès importants sont à obtenir pour les vaccinations antigrippale et anti-coqueluche du personnel, et anti-pneumocoque des résidents.

### P3-15-26

#### **Evaluation du niveau de maîtrise du risque infectieux (organisation des moyens de prévention) dans les EHPAD des Hauts-de-Seine à travers l'analyse du document d'autoévaluation prévu par la circulaire ministérielle du 15 mars 2012**

JF. Westphal (1)

(1) ARS Ile-de-France, Paris

**Introduction:** Dans le cadre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social, la circulaire ministérielle du 15 mars 2012 a demandé aux EHPAD d'entrer dans une démarche d'analyse de risque par autoévaluation du niveau de maîtrise du risque infectieux en utilisant un guide structuré conçu par le groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière. Ce guide comporte plusieurs chapitres dont les différents items sont à renseigner par le médecin coordonnateur. Le document final d'autoévaluation a pour vocation à être utilisé dans le cadre de l'évaluation interne. **Méthodes:** Tous les EHPAD du département des Hauts-de-Seine devaient envoyer à l'ARS Ile-de-France une copie de leur document d'autoévaluation. L'analyse a porté sur l'ensemble des chapitres composant ce document. Sont rapportés ici les résultats concernant le chapitre 'Organisation des moyens de prévention' qui comprend les aspects ressources humaines, organisation de la surveillance, et politique antibiotique dans l'établissement. L'examen des documents d'autoévaluation a été effectué par l'équipe de veille et sécurité sanitaire de l'ARS Ile-de-France, délégation des Hauts-de-Seine. **Résultats:** Au total, 95 EHPAD (comprenant 9 075 lits) sur les 105 EHPAD présents dans le département ont répondu de manière globale pour chaque chapitre du document, et 76 ont fourni des données détaillées pour certains items. Pour l'ensemble du document d'autoévaluation, 75% des EHPAD avaient un score global compris entre 61% et 90% du score maximal possible. I. Sur plan organisationnel : Au total, 73/76 EHPAD (96%) disposent d'un médecin coordonnateur, et 44/76 (58%) ont un référent en hygiène. Cependant, seulement 9/76 EHPAD (11.8%) disposent d'une IDE ou d'un médecin formé à l'hygiène. Parallèlement, 62/76 (81%) EHPAD ont passé convention

avec un établissement de santé pour disposer des prestations d'un personnel de soins formé à l'hygiène, et 15/76 EHPAD (19.7%) fonctionnent en réseau avec l'équipe opérationnelle d'hygiène d'un établissement de santé. Sur le plan de la formation des personnels dans le domaine de la prévention des infections associées aux soins en gériatrie, seulement 25/76 EHPAD (33%) et 46/76 EHPAD (60%) assurent ces formations, respectivement, à l'équipe médicale et aux personnels paramédicaux (IDE, AS, kiné). 2. En matière de surveillance, une infime minorité des EHPAD (4%) a réalisé une enquête de prévalence des infections liées aux soins au cours des 3 années qui ont précédé la date de l'autoévaluation. Cependant, il existe une politique de prise en charge des BMR dans 83% des EHPAD (63/76), et un suivi des BMR est organisé dans 63% (48/76) des EHPAD. L'état nutritionnel est un facteur de risque connu de susceptibilité aux infections. La quasi-totalité des EHPAD (75/76) pratique une évaluation du statut nutritionnel des résidents, et l'existence d'un protocole validé de prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation est déclarée dans 92% (70/76) des EHPAD. 3. Concernant la politique antibiotique, seulement 23/76 (30%) des EHPAD disposent d'une politique d'utilisation des antibiotiques définie par le médecin coordonnateur à destination des médecins prescripteurs. Des proportions très faibles d'EHPAD disposent d'un référent antibiotiques (12/76, soit 16%) et de protocoles de prescription antibiotique (13/76, soit 17%). L'organisation de la réévaluation du traitement antibiotique n'est déclarée que par 43% (33/76) des EHPAD. **Conclusion:** Faisant suite à la circulaire ministérielle du 15 mars 2012, l'analyse des documents d'autoévaluation des EHPAD des Hauts-de-Seine dans le domaine de l'organisation et des moyens de la prévention du risque infectieux révèle plusieurs points d'amélioration en matière de ressources humaines affectées à l'hygiène, de formation du personnel médical et paramédical aux risques infectieux, d'enquête de prévalence des infections liées aux soins, et de politique de prescription antibiotique dans les établissements.

### P3-15-27

#### Vieillesse avec l'infection VIH : une situation clinique et thérapeutique complexe

C. Allavena (1) ; C. Bernaud (2) ; F. Delamarre Damier Racineux (3) ; S. Lariven (4) ; MA. Valantin (5) ; C. Ferry (6) ; L. Cuzin (7) ; A. Laqvi (8) ; A. Cabié (9) ; M. Hanf (10) ; F. Raffi (1) ; groupe DatAIDS

(1) Service de maladies infectieuses et tropicales, CHU de Nantes, Nantes; (2) maladies infectieuses et tropicales, CHU de Nantes, Nantes; (3) gériatrie et ehpad saint laurent sur sevre, EHPAD Monfort, Saint Laurent sur Sèvre; (4) Infectiologie, AP-HP Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris.; (5) Infectiologie, AP-HP Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris; (6) Infectiologie, CHU Lyon, Paris; (7) Infectiologie, centre régional pour coordination HIV, Toulouse; (8) Infectiologie, CHU Nice, Nice; (9) Infectiologie, chu, Fort de France; (10) Cic, National Institute of Health and Medical Research CIC1413, Nantes

**Introduction:** Depuis l'arrivée des traitements antirétroviraux (ARV) permettant un contrôle virologique optimal, l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est proche de celle de la population générale. Cependant la fréquence des comorbidités est élevée dans cette population vieillissante. Peu de données sont disponibles dans la population VIH gériatrique. **Méthodes:** Dans la cohorte DataIDS incluant des PVVIH suivis dans 15 centres hospitaliers en France, les patients avec au moins une visite depuis

2004 et de plus de 75 ans à la dernière visite ont été sélectionnés. Une analyse descriptive des données épidémiologiques, de l'histoire clinique et thérapeutique VIH et des comorbidités à la date de censure (01/09/2014) a été réalisée. **Résultats:** les caractéristiques des 430 PVVIH de plus de 75 ans sont les suivantes: âge médian 78 ans, 72% d'hommes, contamination homosexuelle 37%, co-infection avec les hépatites B ou C 9%, 22% avec IMC<18, 34% au stade SIDA. L'âge médian au diagnostic de l'infection VIH était de 62 ans (âge≥75 ans au diagnostic : 8%), la durée médiane d'infection VIH de 17 ans, un nadir des lymphocytes CD4 à 144/mm<sup>3</sup> et les derniers CD4 à 494/mm<sup>3</sup>; 98 % des PVVIH étaient sous ARV dont 89% en succès virologique. Une reconstitution immunitaire optimale (définie par des CD4>500/mm<sup>3</sup> et un ratio CD4/CD8 ≥1) était présent chez 21 % des sujets seulement. Les comorbidités les plus fréquentes étaient : diabète 22%, HTA 42%, dyslipidémie 28%, maladie cardiovasculaire 21%, néoplasie 23%, insuffisance rénale 14% and dépression 15%. Comparé aux PVVIH âgées de 50 à 75 ans, les plus de 75 ans avaient significativement plus de comorbidités (40% vs. 25% avec 2 ou 3 comorbidités et 14% vs. 4% avec ≥4 comorbidités). **Conclusion:** Les comorbidités sont nombreuses dans cette population VIH âgée. Une collaboration entre les médecins VIH et les gériatres doit être envisagée pour gérer les situations complexes émergentes en intégrant une évaluation des syndromes gériatriques, des traitements ARV et de leurs complications long-terme, des comorbidités associées et des co-médications conduisant à de fréquentes interactions médicamenteuses.

## P4 - PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES; TROUBLES VÉSICOSPINCTÉRIENS; URGENCES/SOINS INTENSIFS; AUTRES

### P4-14-23

#### Facteurs prédictifs de stratégie invasive dans l'infarctus du myocarde du sujet âgé

A. Negers (1) ; A. Breining (2) ; L. Mora (2) ; JL. Golmard (3) ; M. Verny (4) ; A. Cohen (5) ; JP. Collet (6) ; J. Boddart (7)

(1) Gériatrie Aiguë, Hôpital Saint-Antoine, Paris; (2) Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine; (3) Statistiques, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (4) Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (5) Cardiologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris; (6) Cardiologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (7) Gériatrie aigüe, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris

**Introduction:** La revascularisation coronaire est l'attitude actuellement préconisée chez tous les patients présentant un infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI). Les sujets âgés se voient cependant moins souvent proposer cette stratégie que les plus jeunes. L'objectif principal de cette étude était donc de déterminer les facteurs conduisant le clinicien à adopter une stratégie invasive chez le patient de plus de 75 ans présentant un NSTEMI. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude prospective, multicentrique, portant sur tous les patients de plus de 75 ans consécutifs hospitalisés pour NSTEMI du 15/02/14 au 15/02/15 en unité de soins intensifs cardiologiques. Tous les patients ont bénéficié d'une double évaluation cardiologique et gériatrique. Les données recueillies portaient sur les caractéristiques détaillées des patients, leur présentation clinique initiale, les traitements entrepris et l'évolution intra-hospitalière. Le suivi a duré 6 mois. La stratégie invasive était définie par la réalisation d'une coronarographie en

USIC, suivie ou non d'une intervention coronarienne percutanée. La stratégie était conservatrice si aucune coronarographie n'était réalisée. **Résultats:** 141 patients ont été hospitalisés pour infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST. 62% des patients ont bénéficié d'une coronarographie en USIC, dont 69% avec angioplastie. Les facteurs prédictifs indépendants de revascularisation coronarienne étaient, par ordre décroissant : un score « CIRS-G nombre de catégories » plus bas (OR= 0.832 [95% CI 0.731- 0.948] ; p=0.0015), un âge plus jeune (OR=0.847 [95% CI 0.783-0.915] ; p<0.0001) et une fréquence cardiaque moins élevée (OR=0.978 [95% CI 0.961-0.995]; p=0.255). La raison la plus fréquemment rapportée par les cliniciens pour préférer une stratégie conservatrice était la « présence de trop nombreuses comorbidités ». A 6 mois, 31 patients (22.0%) étaient décédés. Une prise en charge invasive n'améliorait pas le pronostic (OR=0.799 [95% CI 0.268-2.383; p=0.69]). Seul le score de GRACE était prédictif de la mortalité à 6 mois (OR=1.025 [95% CI 1.010-1.039]; p=0.0006)]. **Conclusion:** Cette étude a souligné la complexité de la prise en charge des sujets âgés présentant un NSTEMI. Alors que le bénéfice de la revascularisation est démontré chez les patients à haut risque de complication cardiovasculaire, notre étude remet en question cette pratique dans une population âgée « réelle », c'est-à-dire incluant tous les sujets âgés, même très comorbides. Des essais cliniques randomisés sont nécessaires afin d'évaluer l'intérêt pronostique de la stratégie invasive dans l'infarctus du myocarde du sujet âgé fragile, et de déterminer le profil des patients qui en bénéficieraient le plus.

#### P4-14-24

##### **Pertinence du G8 pour orienter vers une consultation gériatrique les patients âgés porteurs d'un rétrécissement aortique serré devant bénéficier d'un TAVI**

A. De Thézy (1) ; A. Lafargue (2) ; M. Dijos (3) ; L. Leroux (3) ; RP. Roudaut (3) ; N. Salles (4) ; M. Rainfray (5)

(1) *Hôpital Sainte-Périne-Rossini-Chardon Lagache, Paris;*  
(2) *Gériatrie, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux;*  
(3) *Cardiologie, CHU - Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux;* (4) *Pôle gérontologie clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux;*  
(5) *Gériatrie, CHU - Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*

**Introduction:** La prise en charge du rétrécissement aortique (RA) est en passe de devenir un enjeu de santé publique majeur. Chez les sujets âgés, le TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) est une option fréquemment envisagée. La difficulté pour les équipes pluridisciplinaires de cardiologie interventionnelle est d'orienter le patient vers la prise en charge la plus adaptée à son état de santé. L'échelle G8 est un outil de dépistage de la fragilité des sujets âgés, validé en oncogériatrie, et utilisé par des médecins non gériatres pour identifier parmi les personnes âgées atteintes de cancer celles qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique. L'objectif de cette étude est d'étudier, dans le dépistage de la fragilité des patients âgés porteurs d'un RA serré et/ou symptomatique devant bénéficier d'un TAVI, la sensibilité et la spécificité de l'utilisation de l'échelle G8 par l'équipe de cardiologie par rapport à une évaluation gériatrique standardisée (EGS) réalisée par un gériatre. **Méthodes:** Etude unicentrique prospective incluant tous les patients de plus de 75 ans hospitalisés en cardiologie au CHU de Bordeaux pour un TAVI de février à juillet 2015. Un médecin non gériatre réalisait l'échelle G8. Un gériatre réalisait l'EGS en aveugle. Les comorbidités ont été évaluées par le score (CIRS-G). L'EGS comprenait une évaluation de l'autonomie (ADL, IADL),

de l'état cognitif (MMSE), de la thymie (GDS à 15 items), de l'état nutritionnel (perte de poids, IMC, mini MNA +/- MNA) et un test de marche par le get up and go test (TUG). Elle était considérée anormale si au moins un des critères suivants était rempli : MMSE < 24/30, GDS  $\geq$  7/15, ADL  $\leq$  5/6, IADL  $\leq$  7/8, IMC < 21, perte de 5% du poids du corps en 1 mois ou 10% en 6 mois, MNA < 17/30 ou TUG  $\geq$  20 secondes. L'échelle G8 était considérée anormale si elle était  $\leq$  14/17. Une analyse descriptive des critères qualitatifs et quantitatifs avec un calcul de sensibilité et spécificité du G8 et des valeurs prédictives ont été réalisés. **Résultats:** 49 Patients ont été inclus (dont 55,1% de femmes), l'âge moyen était de 84,8 ans, 79,69% d'entre eux vivaient à leur domicile, 42,86% étaient autonomes pour tous les actes de la vie quotidienne. Près de la moitié des patients (48,96%) présentaient des comorbidités multiples (score CIRS-G > 3 pour au moins trois catégories, en excluant la catégorie concernant la cardiologie). Sur les 49 EGS réalisées : 38 étaient anormales (77,55%) et 41/49 patients avaient un test G8 anormal (83,67%). Le G8 avait une sensibilité de 100% (IC 95% [0,9-1]), une spécificité à 72,7% (IC 95% [0,43-0,9]), une VPP à 92,6%, et une VPN 100% (IC : 95 %). **Conclusion:** Cette étude montre que l'échelle G8 réalisée par un médecin non-gériatre semble un outil efficace pour dépister la fragilité chez les patients âgés avant un TAVI. Cette échelle facile et rapide d'utilisation en pratique clinique, pourrait être utilisée en consultation pour permettre aux cardiologues de dépister les patients âgés fragiles nécessitant l'intervention du gériatre en préopératoire. Une étude randomisée contrôlée multicentrique pourrait permettre de confirmer ces résultats.

#### P4-14-25

##### **Survie après accident vasculaire cérébral ischémique avec arythmie complète par fibrillation auriculaire chez la personne âgée**

Y. Le Fresne (1) ; J. Attier-Zmudka (2) ; F. Gleize (2) ; C. Zinetti (1) ; X. Cnockaert (1) ; P. Jouanny (3)

(1) *Médecine gériatrique, CH, Beauvais;* (2) *Gériatrie, CH, Saint-Quentin;* (3) *Médecine Gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon*

**Introduction:** La lutte contre la perte d'autonomie de la personne âgée représente un défi majeur en gériatrie. Les accidents vasculaires cérébraux sont le deuxième pourvoyeur de handicap en France. Une des étiologies est la fibrillation atriale (FA) en l'absence d'anticoagulation, pourtant systématiquement recommandée après 75 ans. Le but de cette étude est d'évaluer le pronostic à moyen terme des AVC ischémiques (AVCi) sur FA et d'étudier les déterminants de la qualité de cette survie. **Méthodes:** Étude épidémiologique observationnelle d'une cohorte de patients de plus de 75 ans ayant présenté un AVCi en lien avec une FA. Tous les patients de plus de 75 ans admis à l'hôpital de Beauvais entre 2009 et 2012 pour AVC et ayant une FA connue ou non, ont été inclus. Une enquête de suivi a été faite auprès des patients, de leurs médecins généralistes et du Conseil Départemental pour connaître leur survie et la qualité de celle-ci (autonomie et niveau GIR, lieu de vie). **Résultats:** 95 patients ont été inclus dans notre étude. Avant l'AVCi, la FA n'était pas connue chez 24 patients (33,8%). Parmi les 71 patients dont la FA était connue avant l'AVCi, 27 (38,0%) étaient sous anticoagulants (AVK ou AOD), et 44 (61,9%) ne l'étaient pas. Après l'AVCi, 36 patients (41,9%) sont anticoagulés, 37 (43,0%) traités par AAP et 13 (15,1%) sans traitement antithrombotique, soit 50 patients (58,1%) ne bénéficient pas d'un traitement anticoagulant

recommandé. Durant le suivi de  $44,2 \pm 0,9$  mois, 62 patients (72.1%) sont décédés, dont 22 (15.6%) lors de l'hospitalisation initiale. Parmi les 24 survivants, 5 (20.8%) ont une dépendance sévère, 7 (29.2%) une dépendance modérée et 12 patients (14,0%) (n=12) survivent avec une dépendance légère ou absente. Le GIR pré-AVC était de  $4,4 \pm 1,3$ , en post-hospitalisation initiale à  $3,2 \pm 1,6$ , et à la fin du suivi pour les 24 survivants à  $4,1 \pm 1,6$  ( $p < 0,001$ ). Le taux d'institutionnalisation après un AVCi s'élève à 19,7% (n=14). Une FA connue avant l'AVCi, un niveau de dépendance élevé en post-hospitalisation et l'absence d'anticoagulation après l'AVCi influencent significativement et négativement la survie globale ainsi que la survie sans dépendance des patients. **Conclusion:** Chez les patients présentant une FA non valvulaire, la survenue d'un AVCi s'accompagne d'une mortalité et d'une dépendance importante à long terme. L'anticoagulation apparaît comme un facteur protecteur pour ces deux paramètres y compris après un AVCi en lien avec une FA. Il est impératif de traiter la FA du sujet âgé par anticoagulant pour éviter la survenue d'un AVCi et son pronostic catastrophique.

#### P4-14-26

##### Effet bénéfique de la transfusion à la phase aigüe de l'infarctus du myocarde du sujet âgé : étude prospective de 3316 cas

A. Putot (1) ; S. Perrin (1) ; J.C. Beer (2) ; M. Maza (2) ; M. Zeller (3) ; Y. Cottin (2) ; P. Manckoudia (1)

(1) Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon; (2) Cardiologie, CHU Dijon, Dijon; (3) Inserm u866, Université de Bourgogne, Dijon

**Introduction:** L'anémie est fréquente dans la population âgée à la phase aiguë d'un infarctus du myocarde (IDM) et est associée à une augmentation de la mortalité à long terme. Cependant, le bénéfice de la transfusion de concentrés de globules rouges (TCGR) dans ce contexte reste incertain. **Méthodes:** Tous les patients de 65 ans et plus hospitalisés pour un IDM dans notre centre hospitalier universitaire ont été inclus prospectivement. Ils ont été séparés en deux groupes d'âges : les plus jeunes (65 – 79 ans) et les plus âgés (80 ans et plus) et trois sous-groupes de nadir de taux d'hémoglobine (NH) ( $\leq 8$ ,  $8 - 10$ ) et  $> 10$  g/dL). Nous avons étudié l'association entre la TCGR durant l'hospitalisation et la mortalité à un an. **Résultats:** Parmi les 3316 patients inclus, 1906 (57%) avaient entre 65 et 79 ans et 1410 (42%) 80 ans ou plus. 1115 (34%) étaient anémiés à l'admission et 2329 (70%) durant l'hospitalisation. 359 (19%) avaient un taux d'hémoglobine à 10 g/dL ou moins chez les plus jeunes et 443 (31%) chez les plus âgés ( $p < 0,001$ ). On comptait 103 (5%) patients transfusés chez les plus jeunes et 145 (10%) chez les plus âgés. En analyse multivariée, quand le NH était  $\leq 8$ g/dL, la TCGR était associée à une baisse significative de la mortalité à un an chez les plus âgés (HR = 0.4 [0.2-0.9],  $p = 0,02$ ) mais pas chez les plus jeunes. Quand le NH était  $> 10$  g/dL, la TCGR était associée à une augmentation de la mortalité à un an dans les deux groupes d'âge (HR = 7.44 [3.28 - 16.87]  $p < 0,001$ ). Quand le NH était entre 8 to 10g/dL, la transfusion n'avait pas d'effet significatif sur la mortalité à un an dans les deux groupes d'âge (HR = 1.42 [0.97 - 2.07]  $p = 0,07$ ). **Conclusion:** Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude prospective comparant l'impact de la transfusion en fonction de l'âge sur la mortalité à un an à la phase aiguë de l'IDM. Elle retrouve une diminution nette de la mortalité à un an après transfusion chez les patients les plus âgés les plus anémiés et un effet neutre voire délétère pour les patients plus jeunes et moins anémiés. Des études randomisées interventionnelles sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

#### P4-14-27

##### Prophylaxie de la Maladie Thromboembolique Veineuse en milieu gériatrique : étude interventionnelle randomisée en clusters (Étude MATEV)

JP. Rwabihama (1) ; E. Audureau (2) ; M. Laurent (3) ; S. Saddedine (4) ; L. Rakotoarisoa (5) ; M. Jegou (6) ; L. Segaux (2) ; MT. Rabus (7) ; JG. Perilliat (8) ; JP. David (9) ; E. Paillaud (10)

(1) Université paris-est, dhu a-tvb, imrb-ea 7376 cepia (clinical epidemiology & ageing), créteil, AP-HP, GHU Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, Site Dupuytren, Draveil; (2) Service de santé publique, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, site Henri Mondor, Créteil; (3) Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor, Pôle gériatrique du Val de Marne, site Albert Chenevier, Créteil; (4) Service de gériatrie ambulatoire, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique du Val de Marne, site Emile-Roux, Limeil-Brévannes; (5) Service de gérontologie 2, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, site Georges-Clémenceau, Champcueil; (6) Service de gérontologie 4, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique du Val de Marne, site Emile-Roux, Limeil-Brévannes; (7) Service de médecine gériatrique b2, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, site Dupuytren, Draveil; (8) Service de médecine gériatrique a1, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, site Dupuytren, Draveil; (9) Service de gérontologie 3, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique du Val de Marne, site Emile-Roux, Limeil-Brévannes; (10) Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor, sites Henri Mondor et Albert Chenevier, Créteil

**Introduction:** La pratique de la prévention de la maladie thromboembolique veineuse n'est pas conforme aux recommandations dans 30% de cas chez les sujets âgés. Une intervention multifacette de rappel des recommandations pourrait améliorer les pratiques de thromboprophylaxie. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité du rappel des recommandations et de décrire les pratiques et les mésusages liés à cette prise en charge. **Méthodes:** Il s'agissait d'une étude interventionnelle randomisée en grappe (12 services sur 4 centres hospitaliers) conduite par des gériatres des hôpitaux universitaires Henri Mondor en 2 phases (pré-interventionnelle et post-interventionnelle) avec un critère principal composite d'évaluation associant indication, posologie et durée des traitements au premier semestre 2015. L'intervention consistait en un rappel des recommandations aux équipes lors de staffs multidisciplinaires et l'affichage d'un poster rappelant ces recommandations. **Résultats:** 2996 patients ont été inclus (âge médian 85 ans; 65 % de femmes), dont 1485 en pré-intervention (706 [groupe contrôle] / 779 [groupe intervention]) et 1511 en post-intervention (779 / 791). Le taux initial de prescriptions conformes aux recommandations était de 77,1% (75,5% [contrôle]; 78,6% [intervention]). En phase post-interventionnelle, les taux de conformité étaient de 81.1% [contrôle] et 82.0% [intervention], sans effet significatif de l'intervention retrouvé (Odds Ratio (OR) vis-à-vis d'une pratique conforme = 0.9[IC95% 0.6-1.3] ;  $p=0,67$ ). Des résultats contrastés étaient retrouvés pour l'effet de l'intervention selon le secteur de soins avec une tendance non significative à l'augmentation du taux de bonne pratique en Soins de Suite et de Réadaptation (OR=1.8 [0.7 ; 3.4] ;  $p=0,08$ ), mais une diminution non significative en secteur de soins aigus (OR=0.6 [0.2 ; 1.6] ;  $p=0,28$ ) essentiellement liée à une augmentation du taux de prescriptions non indiquées (overuse). Des facteurs liés aux patients

étaient significativement associés au risque de pratique inadaptée de thromboprophylaxie, incluant un âge avancé, la déshydratation, la réduction de la mobilité (Performance status 3), l'insuffisance respiratoire et cardiaque chronique et un antécédent de thrombose veineuse profonde. **Conclusion:** Si cette intervention multifacettée n'a pas permis de réduire le taux global de prescriptions inadaptées de thromboprophylaxie, il a sensibilisé les gériatres de ce groupe hospitalier aux bonnes pratiques de prévention de la maladie thromboembolique veineuse. Un programme de formation orienté sur la sous-utilisation et le mésusage de la thromboprophylaxie et adapté aux secteurs de soins ciblés pourrait améliorer significativement cette prise en charge avec un impact sur la morbi-mortalité des patients âgés hospitalisés.

#### P4-24-18

##### **Efficacité et tolérance d'une première injection de toxine botulique intra-détrusorienne effectuée pour hyperactivité vésicale chez 54 sujets âgés de plus de 65 ans**

L. Weglinski (1) ; R. Haddad (1) ; B. Peyronnet (2) ; X. Gamé (3) ; C. Ciofu (4) ; C. Jeandel (5) ; JM. Vetel (6) ; G. Amarenco (1) ; GRAPPPA (Groupe de Recherche Appliquée à la Pelvi-Périnéologie de la Personne Agée). G. Amarenco, B. Fatton, R. Haddad, C. Hentzen, C. Jeandel, J. Kerdraon, P. Mares, M. Mezzadri, A.C. Petit, B. Peyronnet, G. Robain, J.M. Vetel (1) *Neuro-urologie et explorations périnéales, Hôpital Tenon, Paris*; (2) *Urologie, C.H.U de Rennes, Rennes*; (3) *Urologie, Hopital Rangueil, Toulouse*; (4) *Urologie, Hôpital Tenon, Paris*; (5) *Gérontologie, C.H.U. de Montpellier, Montpellier*; (6) *Geriatric, C.H. - Le Mans, Le Mans*

**Introduction:** L'indication des injections de toxine botulique intra-détrusorienne (ITBD) a été validée dans la prise en charge des hyperactivités vésicales neurologiques et idiopathiques. Chez le sujet âgé, elles constituent une alternative intéressante aux anticholinergiques (Ach) en raison de leurs effets secondaires fréquents, en particulier sur le plan cognitif. Cependant, la dysfonction vésicale du sujet âgé est complexe, souvent plurifactorielle, avec une efficacité moins connue des ITBD. L'objectif de cette étude a donc été d'évaluer de façon prospective l'efficacité et la tolérance des ITBD dans cette population. **Méthodes:** Tous les patients de plus de 65 ans ayant reçu une première ITBD ont été inclus. Avant traitement, ont été recueillis les données démographiques générales, la prise d'Ach, les paramètres cliniques et urodynamiques. Une évaluation était réalisée 3 mois après ITBD. Le nombre d'injections réalisées et l'efficacité après chaque injection ont été collectés. **Résultats:** D'avril 2002 à février 2016, 54 patients (31 femmes, 23 hommes), d'âge moyen 71,3 +/-4,7 ans, ont reçu une première ITBD. Quarante-quatre (81,5%) patients avaient une pathologie neurologique (29 patients avec une lésion médullaire, 14 patients avec une sclérose en plaques, 1 avec une ataxie cérébelleuse). Les doses injectées ont été : 50U Botox (n=2), 100U (n=5), 150U (n=2), 200U (n=24), 300U (n=21). 2 patients ont été perdus de vue, 3 sont en attente d'évaluation. Après une ITBD, les améliorations cliniques subjectives complètes et partielles sont observées respectivement pour 50% et 27% des patients. Après ITBD itératives, elles sont respectivement de 64,5% et 8,3%. Le nombre de patients incontinents diminue de 88,6% à 47,8% ( $p < 10^{-5}$ ), le nombre de patients sous Ach de 79,0% à 23,3% ( $p = 0,008$ ). Après injections itératives, l'efficacité clinique totale apparaît pour les doses de : 100U Botox pour 7,1% des patients, 200U Botox pour 39,3% et 300U Botox pour 53,6% des patients. L'amélioration urodynamique

a été totale pour 36,2% des patients après une ITBD, et pour 65,2% après ITBD itératives. Un effet secondaire de gravité moyenne a été observé (hospitalisation pour hématurie). Sur 16 patients en mictions spontanées avant ITBD, 9 ont débuté les autosondages, dont 4 avaient au préalable des résidus >100ml. En comparant les sujets de moins de 75ans et de plus de 75ans, l'efficacité clinique partielle ou totale est de 75,7% pour les plus jeunes (n=41) contre 81,8% pour les plus âgés (n=11),  $p = 1$ . Parmi les moins de 75ans, 56,1% étaient sous anticholinergiques avant injection, contre 84,6% pour les plus de 75ans, avec un arrêt de leur consommation respectivement pour 86,5% et 54,6% ( $p = 0,04$ ). Le nombre de mises sous autosondages est plus élevé chez les moins de 75ans, mais de façon non significative (16,1% contre 27,2%,  $p = 0,08$ ). **Conclusion:** Les ITBD sont un traitement efficace de l'hyperactivité vésicale chez le sujet âgé, permettant de réduire la consommation d'Ach, et donc leurs effets secondaires, dans une population polymédiquée. Les autosondages peuvent s'avérer nécessaires sans constituer pour autant une contre-indication.

#### P4-24-19

##### **Rétention chronique d'urine : l'évaluation multidisciplinaire uro-gériatrique pourrait-elle aider à la mise en place d'alternatives au sondage vésical à demeure ?**

C. Rambaud (1) ; M. Durand (2) ; S. Gonfrier (3) ; C. Arlaud (4) ; M. Sanchez (5) ; F. Leborgne (6) ; G. Sacco (7) ; FH. Brunschwig (8) ; H. Cane (9) ; E. Clais (10) ; I. Bereder (6) ; F. Capriz (11) ; O. Guérin (5)  
(1) *SSR C3, Hôpital Cimiez, Nice*; (2) *Service d'urologie, d'andrologie et de transplantation, Hôpital Pasteur 2, CHU, Nice*; (3) *Usld, Hopital de Cimiez, Nice*; (4) *Pole Gérontologie, CHU Nice Cimiez, Nice*; (5) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice*; (6) *Emg, Hopital de Cimiez, Nice*; (7) *Ssr-post avc mossasud, Hopital de Cimiez, Nice*; (8) *Ssr-cheret Rdc, Hopital de Cimiez, Nice*; (9) *Court séjour gériatrique nord, Hôpital Cimiez, Nice*; (10) *Court séjour geriatric sud, Hôpital Cimiez, Nice*; (11) *Ssr c2, Hôpital Cimiez, Nice*

**Introduction:** La sonde vésicale à demeure (SVD) est surutilisée chez les personnes âgées (PA), entraînant un risque de complications notamment infectieuses et cutanées. Des alternatives thérapeutiques existent mais sont peu utilisées du fait des difficultés de prise de décision et d'accès à ces techniques pour les PA. Nous avons analysé l'impact d'une évaluation multidisciplinaire protocolisée systématique sur la prise en charge des PA porteuses de SVD après échec de désodage. **Méthodes:** Tous les PA > 70 ans consécutifs d'un centre gériatrique de référence, porteurs de SVD avec échec de désodage, bénéficiaient au moins d'une évaluation collégiale entre mars et juin 2016 en utilisant une grille décisionnelle de maintien de SVD. Pour chaque patient une proposition de conduite à tenir était faite pour tenter le retrait de SVD et l'établissement de solutions alternatives. Les caractéristiques démographiques et cliniques uro-gériatriques des PA étaient analysées, ainsi que les méthodes alternatives de SVD proposées et leur taux de succès respectif, défini par l'absence de rétention urinaire à J7. Pour la comparaison des variables quantitatives et qualitatives, les tests de Mann-Whitney, Chi-2 et test exact de Fisher étaient utilisés avec un risque à alpha à 5%. **Résultats:** Au total, 30 patients, dont 14 femmes étaient inclus, d'âge moyen 86 ans (+/- 7). L'ensemble des caractéristiques de la population est présenté dans le Tableau 1. Une conduite à tenir a pu être prise dans 100% des cas, soit directement (83%), soit après réalisation d'examen complémentaires (17%).

Pour 57% des patients (n=17) une technique alternative a pu être proposée dont 11 désondages (ratio H/F : 0,57), et chez les hommes, 3 implantations de prothèse endo-urétrale d'incontinence (Memokath 045 TW, Bard) et 3 photovaporisations transurétrales de prostate. Les PA bénéficiant de ces traitements alternatifs étaient significativement plus jeunes et plus autonomes (score ADL) (83,4 ans vs 88,9 ; p=0,04 et 2,3 vs 1,1 ; p=0,049). Le taux de succès global des alternatives était de 100%.

**Tableau 1**

Caractéristiques démographiques et cliniques des patients en SVD avec échec de désondage discutés en réunion collégiale dans un seul centre

	SVD n= 13	Alternatives n=17	p value
<b>Caractéristiques patients</b>			
Age (années)	88,9	83,4	0,04
Sex ratio (H/F)	0,86	1,42	0,75
Domicile avec IDE (n)	2	5	0,68
Domicile sans IDE (n)	7	10	0,89
EHPAD (n)	4	2	0,4
<b>Evaluation Gériatrique</b>			
Antécédents neurologiques (n)	10	7	0,3
Autonomie (ADL)	1,1	2,3	0,049
Déficit cognitif (n)	9	11	0,9
Risque d'agitation (n)	3	6	0,71
<b>Evaluation urologique</b>			
Antécédents urologiques (n)	4	7	0,74
HBP (n)	1	4	0,63
<b>Traitements urologiques (n)</b>			
Alpha bloquant	6	12	0,49
Femmes	1	2	1
Hommes	5	10	0,52
Inhibiteur 5 alpha réductase	1	5	0,37
Phytothérapie	1	1	1
<b>Statut mictionnel antérieur (n)</b>			
Continent	8	2	0,07
Incontinent	4	10	0,35

**Conclusion:** L'analyse collégiale systématique des PA en SVD avec échec de désondage permet de leur proposer dans 57% des cas des traitements alternatifs. Des études complémentaires avec un suivi plus long permettraient de comparer les complications entre les patients maintenus en SVD et ceux bénéficiant d'alternatives.

#### P4-25-20

##### **Evaluation du recueil des données sur l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées admises en réanimation-unité de surveillance continue**

L. Livernois (1) ; H. Barbeau (1) ; K. Chauvier (2) ; J. Illinger (2)  
(1) Post urgence gériatrique, Hôpital Nord Ouest - Villefranche sur Saone, Villefranche-sur-Saône; (2) Réanimation, Hôpital Nord Ouest - Villefranche sur Saone, Villefranche-sur-Saône

**Introduction:** Le vieillissement de la population à un impact sur les admissions dans les services de réanimation et les unités de

surveillance continue (USC). De nombreux travaux sont menés en France et à l'étranger afin d'évaluer quels patients bénéficieront au mieux d'une prise en charge intensive. L'âge, même s'il apparaît comme un facteur important dans la prise de décision d'admission, ne devrait pas être un facteur limitant. Dans la littérature, l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle apparaît comme un élément essentiel pour identifier les personnes ayant une meilleure chance de survie. Nous avons donc mené un travail concernant la population âgée hospitalisée en réanimation-USC d'un centre hospitalier régional afin de répondre à plusieurs interrogations : qui sont les patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés dans le service? Les données sur l'autonomie fonctionnelle sont-elles connues de l'équipe médicale et paramédicale? Ces données sont-elles exactes? **Méthodes:** Etude observationnelle descriptive et prospective réalisée du 1er juin au 31 juillet 2015. Inclusion de toutes les personnes âgées de 75 ans ou plus admises en service de réanimation ou USC sur la période définie. Une note d'information est remise au patient et/ou à son aidant naturel. Un consentement oral est demandé. Une déclaration auprès de la CNIL est déposée. Trois questionnaires sont élaborés. Un questionnaire Patient rempli avec le médecin investigateur servant de référence, recueillant les données sur l'autonomie fonctionnelle, soit auprès du patient s'il peut s'exprimer soit auprès de son aidant naturel. Un questionnaire concernant l'autonomie fonctionnelle renseigné par l'IDE en charge du patient et un questionnaire rempli par le médecin réanimateur ayant admis le patient. Le recueil des données est réalisé à l'aide de l'échelle ADL de Katz. **Résultats:** Vingt-sept patients sont inclus sur les 143 hospitalisés sur la période dans le service. Le recueil des données est effectué auprès du patient 13 fois sur 27 (48%). L'âge moyen est de 80,6 ± 4,1 ans. L'IGS2 moyen est de 49 ± 18, médiane à 43. La majorité des patients (24 soit 89%) vivent en maison ou en appartement individuel. L'entourage familial est présent dans ¾ des cas. L'ADL moyen est à 5,5 ± 0,9. Vingt trois patients (85%) ont un ADL ≥ à 5/6. Aucun patient n'a un score < à 3. Trois quart des patients ont été admis pour une pathologie médicale. Le taux de mortalité est de 22% (6 sur 27). Sur les 6 patients décédés dans le service, des limitations thérapeutiques ont été posées dans 5 cas. La durée moyenne de séjour pour les patients vivants est de 6,7 ± 6,4 jours, médiane à 4 jours. Les familles ne sont rencontrées avant l'admission du patient que dans 15% des cas (4 sur 27). De façon subjective, l'autonomie est jugée bonne ou très bonne par les médecins dans 21 cas sur 27 (78%). Les grilles ADL sont bien remplies aussi bien par les médecins que par les IDE avec peu de données manquantes ou inconnues (78% et 76%). En revanche, l'exactitude des données est significativement plus basse chez les IDE par rapport aux médecins avec un taux de réponses exactes respectivement de 53% et 75% (p<0.01). **Conclusion:** Les patients inclus dans cette étude sont très âgés mais autonomes, vivant majoritairement à domicile, entourés socialement, témoignant du phénomène de «triage». Ce travail montre que les réanimateurs ont intégré le concept de ne pas limiter l'accès aux soins sur le seul critère de l'âge. Ils réalisent une évaluation globale et recueillent des informations exactes concernant l'autonomie fonctionnelle avant l'hospitalisation. Cette étude comporte des biais et des limites, et les résultats doivent être interprétés avec circonspection. Néanmoins, elle apporte des éléments de réflexion concernant l'admission en réanimation-USC des patients âgés. Cette réflexion s'intègre dans une démarche d'amélioration des pratiques.

**P4-25-21****Pronostic à long terme des hémorragies digestives hautes chez le sujet âgé**

A. Negers (1) ; N. Carbonell (2) ; M. Rudler (3) ; M. Verny (4) ; C. Thomas (5) ; J. Boddaert (6) ; D. Thabut (3) ; H. Vallet (4)

(1) *Gériatrie Aiguë, Hôpital Saint-Antoine, Paris*; (2) *Gastroentérologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris*; (3) *Gastroentérologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (4) *Gériatrie aigue, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (5) *Gériatrie aigue, APHP, Paris*; (6) *Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*

**Introduction:** L'hémorragie digestive haute (HDH) est une pathologie fréquente en gériatrie, associée à un taux de mortalité intrahospitalier élevé (jusqu'à 11%). Dans la population âgée, le poids des comorbidités augmente considérablement le risque de mortalité intra-hospitalière et le taux de réhospitalisation précoce. Il n'existe à ce jour aucune donnée sur le pronostic vital et fonctionnel à long terme des HDH dans la population gériatrique. Or ces données sont essentielles pour améliorer la prise en charge de ces patients.

**Méthodes:** Etude prospective observationnelle sur 1 an (juin 2015-mai 2016) incluant tous les patients de 75 ans et plus pour lesquels une endoscopie digestive haute a été réalisée en raison d'une HDH. Les comorbidités étaient évaluées en utilisant le Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), l'autonomie par les scores Activities of Daily Living (ADL) et Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Le score utilisé pour évaluer la fragilité était le Rockwood. L'objectif principal était l'évaluation de la mortalité à 6 mois, les objectifs secondaires étaient l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle à 6 mois et la comparaison par rapport à l'autonomie fonctionnelle antérieure à l'HDH. **Résultats:** Sur la période de l'étude, 57 patients (âge moyen 83 ans) ont été inclus, majoritairement de sexe féminin (58%). Le CIRS médian était de 10 [8-15], le score ADL de 5.5 [4-6], le score IADL de 3 [1-4] et le Rockwood de 5 [5-6]. Le mode de révélation le plus fréquent de l'HDH était le méléna (n=41, 72%) et 21% des patients présentaient initialement un état de choc hémorragique. L'étiologie la plus fréquente de l'HDH était l'ulcère gastroduodénal (n=38 ; 67%) suivie par l'oesophagite ulcérée (18%). La majorité des patients (n=32 ; 56%) présentaient au moins une complication en cours d'hospitalisation. La mortalité intra-hospitalière était de 18% (n=10). A 6 mois, 48% des patients étaient décédés. Parmi les patients vivants à 6 mois, 92% vivaient à domicile avec une autonomie fonctionnelle conservée (score ADL 5.5 [4.5-6] (p=0.31), IADL 2 [1-4] (p=0.73), Rockwood 5 [4-6] (p=0.59) vs scores initiaux). **Conclusion:** La mortalité à 6 mois de l'hémorragie digestive haute est élevée chez le patient âgé, mais l'autonomie est préservée chez les survivants.

**P4-25-22****Intérêt pronostic du dosage et supplémentation en vitamine D au cours d'un épisode d'insuffisance respiratoire aigu hospitalisé en UGA**

E. Cabanes (1) ; AR. Shams (1) ; M. Harboun (2) ; A. Mohebi (1)  
(1) *MCO, Hôpital La Porte Verte, Versailles*; (2) *Chef de service médecin aigüé et srr gériatrique, Hôpital La porte verte, Versailles*

**Introduction:** Le problème de santé publique représenté par la carence en vitamine D ou l'intérêt de son dépistage dépend de sa prévalence et de ses conséquences organiques directes ou indirectes. Un lien est suspecté dans nombres d'études entre carence en vitamine D et évolution ou incidence de pathologies cardio-

pulmonaires chroniques ou aiguës. Chez le patient âgé comorbide, ces pathologies sont souvent associées en situation aiguës et cette étude a recherché l'intérêt pronostic de la carence en vitamine D dans les insuffisances respiratoires aiguës toute cause confondue dans cette population. **Méthodes:** Etude observationnelle rétrospective, monocentrique, sur 6 mois. Inclusion tous patients hospitalisés pour insuffisance respiratoire aiguë (198/2268 patients=8,7%). Critère d'exclusion: absence de dosage vit D à l'arrivée (19). Taux d'inclusion 90%. Critère principal de jugement: association significative entre taux e vitamine D à l'admission et taux de décès lors de l'épisode. Critères secondaires: durée d'hospitalisation, taux de recours à la réanimation. Analyse uni puis multivariée avec ajustement des variables significatives en univarié. **Résultats:** - La carence en vitamine D est endémique (75%, profonde 34%) dans cette population. - Pas de lien en multivarié entre taux initial de Vitamine D et évolution de l'épisode d'IRA en terme de mortalité ou durée de séjour mais tous ont été supplémentés en cours d'hospitalisation. Absence d'association entre carence vitaminique D et dénutrition bien que cette dernière soit fréquente (89% dont sévère 5%). La dénutrition protidique est le seul facteur significativement lié à la mortalité lors d'un épisode d'IRA dans cette étude. **Conclusion:** Les données biologiques et bibliographiques rapportant des rôles et zones réceptrices variés de la vitamine D ne permettent pas encore de préciser l'étendu de l'intérêt du dépistage et de la supplémentation systématique en vitamine D en MCO. Des études prospectives et interventionnelles seraient utiles pour le préciser dans nos populations

**P4-26-01****Mise en œuvre d'un programme DPC orienté services des Établissement Médico-Sociaux à Pacy-sur-Eure**

JC. Hansen (1) ; J. Birani (1) ; C. Baudry (1) ; C. Clement (1)  
(1) *EHPAD, CH Pacy-sur-Eure, Pacy-sur-Eure*

**Introduction:** En 2016, notre établissement est devenu ODPC en faisant le choix de développer une offre de formations centrées sur les besoins spécifiques des services d'hébergement, de répit ou de maintien à domicile des établissements médico-sociaux. **Objectifs:** Au delà de leurs aspects pratiques, tirés de l'expérience des services offerts par l'établissement (hébergement permanent, hébergement temporaire conventionnel, hébergement temporaire d'urgence départemental, accueil de jour occupationnel, accueil de jour Alzheimer, offre de répit innovante, portage de repas, service de soin infirmier à domicile), les formations proposées s'appuient toutes sur la combinaison de la nature duale de la dignité[1] et des trois questions Kantiennes reformulées pour l'usager : "Que peut-il connaître ?", "Que peut-il accomplir ?", "Que peut-il espérer?"[2]. [1] Hansen JC. De la nature duale de la Dignité en EHPAD. La Revue de Gériatrie. 2013;38(4):295-304. [2] Hansen JC. Élaboration du Projet Personnalisé : pertinence des 3 questions Kantiennes. JASFGG13-1363. **Méthodes:** Un groupe de travail dédié a été mis en place pour identifier les besoins en DPC et concevoir le format, la méthodologie et le contenu des formations en privilégiant un équilibre entre intervenants internes et externes. **Résultats:** Les formations retenues comme prioritaire et mises à disposition sur le catalogue de l'Agence Nationale du DPC des professionnels de santé sont les suivantes : - Évaluation et prise en charge pluridisciplinaire des douleurs aiguës et chroniques en EHPAD. - Appropriation des protocoles et des bonnes pratiques lors de l'intégration d'un nouvel agent au sein d'une équipe pluridisciplinaire d'un EHPAD. - Dépistage, analyse et construction

pluridisciplinaire d'un accompagnement adapté des troubles de la déglutition et de l'articulé dentaire en EHPAD. - Élaborer un projet pluridisciplinaire d'accompagnement personnalisé sur la base des 3 questions kantiennes en EHPAD. Conception et mise en œuvre d'une commission d'admission en EHPAD. - Méthodologie de construction de protocoles et bonnes pratiques et de leur appropriation par les équipes en EHPAD. Sécurisation du circuit du médicament de la prescription à l'administration effective en EHPAD grâce à une PUI. - Mise en place pratique de staffs éthiques et de fin de vie en EHPAD. - Initiation à l'approche pluridisciplinaire des soins palliatifs en EHPAD. - Repérage et abord pluridisciplinaire des questions éthiques en EHPAD. **Conclusion:** L'établissement conçoit sa qualité d'ODPC comme une opportunité de diffuser les savoirs et savoirs faire acquis en son sein. Les formations proposées sont conçues et réalisées par des professionnels de santé exerçant directement en EHPAD ou participant à la filière de soins gériatrique du territoire. Cette exigence garantit leur caractère pratique et immédiatement transposable par ceux qui y assiste.

#### P4-26-02

##### **Hernie de Spiegel ou éventration lombo iliaque ?**

A. Caplier (1) ; M. Pépin (1) ; D. Moszkowicz (2) ; L. Teillet (1) ; S. Moulias (3)

(1) Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt; (2) Service de chirurgie digestive, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt; (3) Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt

**Introduction:** Mme Li 87 ans, est admise dans notre service de gériatrie aiguë pour un syndrome infectieux compliqué de confusion. Un scanner abdominopelvien injecté est réalisé à la recherche d'un foyer infectieux profond devant l'importance du syndrome inflammatoire. Il ne retrouve pas de collection intra-abdominale ou d'autre anomalie pouvant expliquer le tableau, mais une hernie digestive dans laquelle est incarcérée le colon droit et le caecum. Le radiologue évoque une hernie de Spiegel. Le traitement antibiotique introduit pour une pyélonéphrite à E. coli permet une amélioration du syndrome infectieux et une résolution ad integrum de la confusion. Après relecture du scanner avec les chirurgiens digestifs, il ne s'agit pas d'une hernie de Spiegel, mais d'une hernie lombaire. En effet, la protrusion des anses digestives passe au travers du bassin osseux et une partie des anses digestives se retrouvent dans le moyen fessier. Chez notre patiente, il n'y a pas de gêne fonctionnelle et elle n'est perçue que difficilement à l'examen physique. **Méthodes:** La hernie de Spiegel est une pathologie très rare, entre zéro et deux pour cent des hernies intra-abdominales, aussi appelée hernie ventrale latérale. Elle est unique par sa topographie, le plus souvent intrapariétale : les anses digestives s'incarcèrent entre les 2 plans musculaires abdominaux (oblique et droit) au niveau du bord externe des muscles droits, qui forme la ligne de Spiegel. Elle est principalement acquise. Cette ligne présente une zone de faiblesse. Elle est cliniquement difficile à identifier, les symptômes les plus fréquents étant la perception d'une masse abdominale intermittente, une douleur, une obstruction intestinale. Elle est parfois asymptomatique, le diagnostic est souvent posé au scanner. Le collet de la hernie est de petite taille avec un haut risque de strangulation. **Résultats:** La hernie lombaire est une entité anatomique différente de la hernie de Spiegel. Elle peut être congénitale ou acquise. Vingt-cinq pour cent des hernies lombaires sont traumatiques : elle peut être post-chirurgicale sur

incision du flanc, pour aborder le rein par exemple, ou dans les suites d'une biopsie osseuse de crête iliaque. En interrogeant Mme L après la résolution de sa confusion, on retrouve la notion d'une pseudarthrose sur une ostéosynthèse de hanche droite qui avait nécessité une greffe osseuse. Elle a donc bien subi une biopsie de crête iliaque, permettant d'expliquer cette hernie. **Conclusion:** Après discussion avec les chirurgiens et en accord avec les souhaits de la patiente, il a été décidé qu'en absence de gêne, devant un risque occlusif faible et une prise en charge lourde, réalisée dans des centres experts, d'une abstention thérapeutique. Nous avons donc eu la chance d'approfondir nos connaissances à propos de deux entités digestives assez rares et relevant habituellement d'une prise en charge chirurgicale au décours d'une pyélonéphrite classique de la dame âgée.

#### P4-26-03

##### **Existe-t-il des particularités dans la réalisation des explorations fonctionnelles respiratoires chez les sujets âgés ?**

R. Kammoun (1) ; S. Rekik (1) ; I. Kammoun (1) ; H. Zouari (1) ; B.J. Sana (1) ; K. Masmoudi (1)

(1) Exploration fonctionnelle sfax, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

**Introduction:** Les explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) sont fréquemment indiquées dans notre population et surtout chez les sujets âgés. Ces examens en apparence simples nécessitent une bonne compréhension et coopération des patients. **Méthodes:** Nous avons procédé à une étude prospective comparative qui s'est étalée sur 4 mois colligeant 58 patients (groupe I composé de 30 patients (13 femmes+17 hommes) dont l'âge est supérieur ou égal à 60 ans et un groupe II composé de 28 patients (16 femmes+12 hommes) dont l'âge est inférieur à 60 ans.) La majorité des participants ont été adressés par un pneumologue qui a indiqué une EFR lors de la prise en charge d'une maladie respiratoire chronique. Ainsi les patients ont bénéficié d'une mesure des volumes mobilisables, volumes non mobilisables par méthode pléthysmographique, débits ventilatoires et un test de réversibilité. Pour un suivi rigoureux du déroulement de l'examen, un questionnaire composé de cinq items a été proposé aux participants. Ce questionnaire concerne : les données anthropométriques des sujets, le suivi de leurs pathologies, les préparations, les connaissances, les préjugés avant la réalisation de la manœuvre, les difficultés rencontrées de point de vue des participants et finalement l'évaluation de la coopération par le médecin du point de vue technique en s'appuyant sur les recommandations ATS/ERS. **Résultats:** Les deux groupes ont été appariés selon le sexe. L'âge moyen a été de  $69.13 \pm 6.725$  ans pour G I et  $43.53 \pm 11.054$  ans pour G II. Concernant le niveau de scolarité 30% des patients du G I ont été analphabètes contre 14 % du G II. Seize patients du groupe I dont 8 femmes sont venus accompagnés par un membre de famille contre 8 patients dont 6 femmes du groupe II. ( $p=0.059$ ). Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les deux groupes concernant la préparation à l'épreuve, leurs connaissances sur la réalisation de l'EFR, leurs niveaux de coopération ainsi que le nombre de répétition du test pour chaque manœuvre. En étudiant les sujets ayant réalisés l'EFR pour la première fois (13 de G I (G I a) et 16 de G II (G II a)), nous avons trouvé qu'avant l'exploration 3 patients de G I a ont préjugé que l'examen est facile contre 9 de G II a ( $p < 0.05$ ). Après l'exploration, la courbe débit-volume a été jugée plus difficile que la mesure de la capacité pulmonaire totale pour G I a ( $p < 0.05$ ) alors que pour G II a, les deux manœuvres ont le

même niveau de difficulté. **Conclusion:** Bien que la Majorité des sujets âgés ont préjugés que l'EFR est difficile avant sa réalisation, leurs niveaux de coopération est comparable à ceux moins âgés. Les difficultés rencontrés chez cette tranche d'âge se voient lors de la réalisation de la courbe débit-volume. Ceci peut être expliqué par un déficit de la force expiratoire.

#### P4-26-04

##### **Une étiologie rare et curable d'hématurie macroscopique abondante et totale: la Fistule urétéro-artérielle iliaque secondaire**

C. Golstein (1) ; E. Cotto (2) ; K. Maley (3) ; P. Sebe (4) ; B. Guillonnet (4) ; JM. Ziza (5)

(1) *Gériatrie aiguë, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris, Paris;* (2) *Gériatrie aiguë, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris;* (3) *Gériatrie aiguë, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris;* (4) *Urologie, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris;* (5) *Médecine interne, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris*

**Introduction:** À la différence des fistules urétéro-artérielles (FUA) primaires liées à un anévrisme et à une malformation artérioveineuse entourant l'uretère, les FUA secondaires se manifestent par une hématurie macroscopique abondante et totale. Elles sont favorisées par la présence au long cours d'endoprothèses urétérales. Il s'agit d'une manifestation grave pouvant se compliquer d'une déglobulisation avec mise en jeu du pronostic vital notamment chez des patients âgés fragiles. Cette complication doit être connue du gériatre devant une hématurie abondante chez un patient porteur d'endoprothèse urétérale changée itérativement. Nous rapportons un cas de découverte d'une FUA gauche dans un contexte d'hématurie macroscopique abondante récidivante avec déglobulisations, favorisée par des changements de sonde mono J itératifs chez une patiente avec antécédent de cancer de vessie traité 9 ans auparavant par cystectomie, Bricker. **Méthodes:** Une patiente de 88 ans est adressée pour évaluation onco-gériatrique dans le cadre d'une suspicion de récurrence à 9 ans d'un carcinome urothélial vésical de haut grade traité par cystectomie et Bricker. A 1 an il est mis en évidence une sténose urétéro-iléale bilatérale ayant nécessité la mise en place de sondes mono J avec changements itératifs tous les 6 mois. Elle a depuis 6 mois des hématuries macroscopiques récidivantes avec déglobulisation jusqu'à 4g/dl. L'Uro-IRM est interprétée en faveur d'une récurrence urétérale gauche, rénale gauche et rénale droite, une chimiothérapie est envisagée. Une urétéroscopie ne retrouve qu'une lésion plane calicelle gauche non suspecte. Une fistule artérielle urétéro-iliaque gauche est évoquée devant l'importance de l'hématurie. Il est ainsi réalisé un traitement endovasculaire par artériographie avec mise en place d'un stent couvert iliaque gauche au croisement avec la sonde mono-J. L'imagerie de contrôle à 6 mois montre une disparition des 3 lésions visualisées : ces images étaient probablement un caillotage. Il n'y a pas eu de récurrence d'hématurie à 6 mois du geste endovasculaire. **Résultats:** Les FUA secondaires représentent 75 % des FUA diagnostiquées. Selon une revue de la littérature, 5 facteurs favorisants sont fréquemment retrouvés : antécédent de chirurgie pelvienne ou vasculaire, dérivation urinaire endoluminale, irradiation abdominale et pelvienne. Il s'agit d'une entité rare et dont le diagnostic est difficile. Devant une hématurie abondante et totale, la prise en charge est à la fois diagnostique et thérapeutique. Les examens d'imagerie éliminent les causes

les plus fréquentes d'hématurie. La FUA est le plus généralement diagnostiquée par l'artériographie permettant également de réaliser un geste interventionnel. Un piège fréquent est la caractéristique intermittente de l'hématurie et le fait que l'artériographie conventionnelle peut être normale. Sa performance peut être améliorée par des manœuvres de provocations. **Conclusion:** La FUA est une entité rare et méconnue. Elle est à évoquer devant une hématurie abondante dans un contexte d'endoprothèse urétérale au long cours. Le pronostic en termes de déglobulisation, repose sur son diagnostic et sur la réalisation d'un geste local hémostatique.

#### P4-26-05

##### **Maladie de Crohn de révélation tardive après 75 ans : à propos de 2 cas**

C. Golstein (1) ; E. Cotto (2) ; K. Maley (3) ; T. Sené (4) ; K. Chaouchi (5) ; S. Grimbert (5) ; JM. Ziza (4)

(1) *Gériatrie aiguë, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris, Paris;* (2) *Gériatrie aiguë, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris;* (3) *Gériatrie aiguë, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris;* (4) *Médecine interne, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris;* (5) *Gastro entérologie, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris*

**Introduction:** La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), pouvant survenir à tout âge, avec un pic d'incidence observé chez les adultes jeunes de 20 à 30 ans. La révélation d'une MC après 75 ans est peu décrite dans la littérature. Nous rapportons deux cas de MC de découverte tardive, aux présentations et sévérités différentes. **Méthodes:** Cas n°1 : Un patient de 84 ans est vu en mai 2014 en consultation gériatrique dans un contexte d'altération de l'état général et de fissure anale. Le bilan proctologique initial et la coloscopie sont en faveur d'une fissure bénigne. L'évolution est défavorable avec la découverte d'une fistule intersphinctérienne postérolatérale surinfectée nécessitant un drainage. Les prélèvements mettent en évidence un remaniement inflammatoire avec présence de granulomes épithélioïdes et gigantocellulaires sans nécrose. Une quadrithérapie antituberculeuse est démarrée puis suspendue devant des cultures négatives. Le scanner TAP retrouve un aspect de colite. Une nouvelle coloscopie retrouve une colite gauche ulcérée sévère et une rectite hémorragique. Les biopsies sigmoïdiennes retrouvent une colite sigmoïdienne ulcérée, active avec contexte épithélioïde. Le diagnostic de MC en poussée est retenu, un traitement par 20 mg de prednisone (Cortancyl®) est démarré, en association à un traitement par 3g/jour de Mésalazine (PENTASA®). L'évolution est marquée par une amélioration clinique très nette avec reprise de poids. En juillet 2014, en raison d'une altération de la fonction rénale avec une clairance à 36ml/min selon Cockcroft, la Mésalazine est arrêtée à 10 mg de Cortancyl. En juin 2015, devant des diarrhées importantes et une rectosigmoïdoscopie montrant une colite ulcérée et des biopsies en faveur d'une MC en poussée, un traitement par 5mg/kg d'Infliximab (REMICADE®) est instauré. Une rémission est obtenue à 16 semaines de la première perfusion, et est actuellement maintenue avec un suivi de 8 mois, sous 5mg de Cortancyl. Cas n°2 : Un patient de 87 ans est vu en consultation gériatrique en février 2015 pour des chutes répétées. Il présente comme principal antécédent une MC diagnostiquée à 75 ans, sur les pièces de résection des deux dernières anses iléales dans le cadre d'un syndrome occlusif. Il n'a pas de traitement de fond. Il n'avait pas d'antécédent digestif en dehors de troubles du transit

récurrents non étiquetés. En raison de troubles du transit et d'une anémie à 9.6g/dl par carence martiale, une coloscopie est réalisée et retrouve un aspect de poussée iléo-caecale avec sténose ulcérée peu serrée mais infranchissable au coloscope. Un traitement par 9 mg de Budenoside (Entocort®) est démarré, avec amélioration de la symptomatologie digestive, sans récurrence d'anémie en avril 2016 motivant la décroissance progressive avec actuellement une dose de 3 mg de Budenoside quotidiennement. **Résultats:** Selon une revue de la littérature, l'incidence pour 100.000 habitants de la MC serait de 2.4 [2.1-2.7] chez les plus de 70 ans. Avec l'augmentation de la prévalence de cette pathologie et le vieillissement de la population, les gériatres ne doivent pas méconnaître ce diagnostic. L'analyse des cas décrits dans la littérature retrouve des présentations moins bruyantes (découverte fortuite lors d'une chirurgie), localisées au colon. Les thérapeutiques exposent à des risques d'effets indésirables et sont à discuter au cas par cas. L'âge ne doit cependant pas être une contre-indication à une biothérapie en cas de maladie agressive. **Conclusion:** La MC en gériatrie est un diagnostic rare. Les présentations cliniques comme chez le patient jeune sont multiples mais certaines spécificités existent. Une prise en charge conjointe entre gériatre, gastro-entérologue et interniste est nécessaire pour adapter les thérapeutiques et améliorer la qualité de vie de ces patients fragiles.

#### P4-26-06

##### **Pemphigoïde bulleuse révélée après une longue phase de prurit isolé**

JJ. Lloveras (1) ; I. Dignac (2) ; S. Averous (2) ; E. Anselm (3) ; K. Reynette (1) ; S. Bedecarrats (1) ; MI. Shukr (3) ; S. Salle (3) ; P. Grima (3)

(1) 4 av a dumas, Hôpital Thermal, Bagnères-de-Luchon; (2) 41 rue de la balance, Cabinet de Dermatologie Les Chalets, Toulouse; (3) Hopitaux de luchon, Centre de Reeducation Fonctionnelle, Bagnères-de-Luchon

**Introduction:** La pemphigoïde bulleuse est une affection auto-immune survenant fréquemment chez le sujet âgé ; son diagnostic peut être retardé si la présentation clinique est atypique. Nous rapportons un tel cas en discutant les circonstances étiologiques favorisant. **Méthodes:** Un homme de 86 ans est hospitalisé en Août 2014 dans un contexte d'isolement social avec incurie, à la suite d'un syndrome abdominal aigu dû à une pancréatite avec cholecystite ; du fait de l'altération de l'état général et des troubles cognitifs, le traitement est médical associant antibiotiques et antifongiques (Caspofungine) en raison d'une hémoculture positive à *Candida glabrata*, avec évolution favorable. Des troubles du comportement associés à un syndrome dépressif sont traités par Citalopram et Risperidone. Un prurit est alors noté suivi en février 2015 de lésions eczématiformes, résistants au traitement local. Sur le plan biologique, seule une éosinophilie modérée (480/mm<sup>3</sup>) est notée sans syndrome inflammatoire (VS : 17mm ; CRP 15 mg/l) ni anomalies du bilan hépatique ; les sérologies HbS, VHC, HIV sont négatives ; l'insuffisance rénale est modérée (créatininémie 12 mg/l), le bilan phospho-calcique normal. Malgré la négativité de l'examen direct de la peau à la recherche du sarcopte, un traitement local (Piperonyl butoxyde -Esdépallethrine) puis systémique à deux reprises (Ivermectine 12mg) est administré ; il est sans effet sur le prurit de même que l'interruption du citalopram et de la rispéridone, remplacée par la loxapine. En novembre 2015, alors qu'une bulle est visible sur la main, une biopsie cutanée est réalisée retrouvant une infiltration lymphocytaire péri-capillaire dans le derme,

l'absence de mycose et en immunofluorescence un dépôt linéaire continu d'IgG et de complément le long de la membrane basale; Les Anticorps anti membrane basale sont positifs à un taux de 1/280, les Anticorps anti-espaces intercellulaires sont négatifs. Les Anticorps anti-candida sont faiblement positifs (HA 1/80) sans arcs de précipitation. L'évolution est ensuite favorable sous traitement local (Clobetasol propionate). **Résultats:** La pemphigoïde bulleuse est la plus fréquente des dermatoses bulleuses après 70 ans, mais dans près de 20% des cas, le diagnostic se présente lors d'une phase prébulleuse avec lésions d'eczéma, urticaire, érythème, nodules papules, excoriations, ou prurit isolé. Le délai diagnostique est alors souvent de plusieurs mois, comme dans ce cas, ce qui justifie la réalisation de la biopsie cutanée. Le contexte étiologique peut faire évoquer la maladie, bien que la causalité des associations soit difficile à mettre en évidence : maladies neurologiques (Maladie de Parkinson, sclérose en plaques, troubles cognitifs, maladie bipolaire), médicaments (sulfamides, spironolactone, rispéridone entre autres) ou surtout gale, comme dans ce cas, car les tableaux sont voisins et parfois associés. **Conclusion:** Ainsi, chez le sujet âgé, le diagnostic de pemphigoïde bulleuse devrait être évoqué devant un prurit chronique même en l'absence d'éruption bulleuse, quand les causes générales sont écartées, du fait de l'efficacité du traitement corticoïde local.

#### P4-26-07

##### **Cas clinique : Cicatrisation par greffes cutanées post fasciite nécrosante de jambe chez un patient de 85 ans**

M. Lilamand (1) ; N. Faucher (1) ; M. Gourdon (1) ; M. Sanchez (1) ; S. Gaucher (2) ; A. Raynaud-Simon (1)

(1) Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris; (2) Service de chirurgie plastique, Hôpital Cochin, Paris

**Introduction:** Monsieur S. 85 ans, ancien gendarme, originaire du Sri Lanka, autonome pour les ADL, suivi pour une HTA, un diabète de type 2 et une cardiopathie ischémique s'est rendu en France pour le mariage de son petit-fils. Il a constaté l'apparition d'une plaie douloureuse de jambe gauche sur laquelle il a appliqué des AINS en pommade. L'évolution a été rapidement défavorable avec apparition d'un tableau de choc septique motivant un transfert en SAMU et une hospitalisation en réanimation médicale. Le diagnostic de fasciite nécrosante du membre inférieur gauche a été établi et le patient a été opéré à J1 par l'équipe d'orthopédie : parage chirurgical de la nécrose, excision large des tissus cutanés, sous-cutanés et des fascias musculaires de façon quasi-circonférentielle sur la jambe jusqu'à la face dorsale du pied en conservant les tissus cutanés dorsaux en regard des têtes métatarsiennes. Sur le plan médical une antibiothérapie IV par dalacine + imipénème a été administrée relayée par amoxicilline après identification d'un *Streptococcus pyogenes*, le diabète a été équilibré par insulinothérapie IV. Le patient a été transféré en gériatrie aiguë à J15. **Méthodes:** Compte-tenu de l'étendue des lésions cutanées, une cicatrisation dirigée n'a pas pu être envisagée. Le patient a été adressé à un chirurgien plasticien : il a été décidé la réalisation d'une couverture cutanée. Trois séances d'excision-greffe ont été pratiquées, sous anesthésie locale et sédation, à une semaine d'intervalle. Le site donneur était la cuisse gauche et les greffons cutanés de peau mince expansés en maille 2 ont été positionnés sur la jambe gauche. En parallèle de multiples complications médicales ont été prises en charge en gériatrie aiguë puis en SSR : confusion, dénutrition sévère avec albuminémie d'entrée à 14g/l, épilepsie, infection urinaire nosocomiale, anémie inflammatoire nécessitant

plusieurs transfusions, douleur nécessitant un traitement antalgique palier III, passage en FA rapide réduite, déséquilibre du diabète. **Résultats:** Au bout de 6 mois d'hospitalisation, les greffes cutanées ont permis une cicatrisation quasi-complète de la jambe mise à nu lors de l'intervention chirurgicale en urgence initiale. Le patient a quitté le service pour le domicile de son petit-fils avant d'envisager un retour au Sri Lanka. Des soins locaux cutanés seront poursuivis par une IDE à domicile. Il persiste un flessum (rétraction des ischio-jambiers gauches) pour laquelle une ténotomie sera discutée. Le patient se déplace en fauteuil roulant et a repris une autonomie partielle pour les ADL. L'état nutritionnel du patient s'est amélioré (albuminémie de sortie = 32 g/l). **Conclusion:** La collaboration étroite entre gériatres, anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens orthopédistes et chirurgiens plasticiens a permis la prise en charge d'une fasciite nécrosante, dont l'évolution a été émaillée de multiples complications médicales, avec une évolution favorable. L'âge, les comorbidités et la dénutrition très sévère ne sont donc pas des obstacles insurmontables à une prise en charge médico-chirurgicale lourde mais efficace.

#### P4-26-08

##### **Comment apprendre aux étudiants à communiquer et rechercher des signes fonctionnels chez les sujets âgés selon l'évaluation gériatrique standardisée ?**

I. Hernandez (1) ; M. Piccoli (2) ; JS. Vidal (2) ; S. Chauvelier (2) ; O. Hanon (1) ; AS. Rigaud (3) ; A. Tesniere (4) ; B. Ranque (5) ; E. Duron (1)

(1) Service du professeur hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris; (2) Gériatrie, Hôpital Broca, Paris; (3) Gériatrie, Hôpital Broca, université Paris Descartes, Paris; (4) Réanimation chirurgicale, Hôpital Cochin, université paris Descartes, iLumens Simulation Department, Paris; (5) Médecine interne, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Université paris Descartes, Paris

**Introduction:** L'Evaluation gériatrique standardisée (EGS) a pour but de systématiser la recherche des composantes gériatriques: multi-morbidité et iatrogénie, troubles cognitifs, autonomie, environnement social. Elle nécessite des connaissances mais aussi l'application de techniques de communication incluant le « VERA framework » (V= validation, E=emotion, R= reassurance, A=activity) (Blaclidham A et al, 2011). L'enseignement de l'interrogatoire du sujet âgé selon les recommandations de l'EGS est généralement uniquement théorique chez les étudiants en médecine en France. L'objectif est d'élaborer une formation à l'EGS destinée aux externes comportant un film pédagogique montrant l'interrogatoire médical exemplaire d'un sujet âgé et des jeux de rôles. **Méthodes:** Nous avons déterminé les éléments indispensables à mettre en avant dans le scénario pédagogique: l'application du VERA framework, prise en compte des troubles cognitifs et sensoriels; l'évaluation de l'autonomie, l'évaluation sociale. Nous avons choisi d'interpréter nous-mêmes les personnages (patient, sa fille et médecin). Le film a été réalisé avec l'aide du département de simulation ILLUMENS. Des scénarii de jeux de rôle ont été réalisés. Une grille d'évaluation des étudiants par les enseignants lors des jeux de rôle a été établie. Dix étudiants en DFSAM2 ont été choisis pour tester la formation (en raison d'une empathie maximale et d'une meilleure disponibilité à cette période des études). Afin de tester l'intérêt de la méthode, les jeux de rôle seront réalisés chez les mêmes étudiants avant la diffusion de film puis après et performance sera quantifiée par la grille d'évaluation. De plus,

une grille d'appréciation globale de la séance par les étudiants leur sera distribuée. **Résultats:** Le scénario du film est le suivant : une patiente de 94 ans, retrouvée au sol par son auxiliaire de vie est adressée aux urgences par SOS médecin qui transmet une ordonnance. Le médecin aborde le patient et l'interroge de façon exemplaire, ainsi que sa fille. Lors des jeux de rôle le médecin est joué par un étudiant qui doit essayer de reproduire ce qu'il a vu dans le film : frapper, entrer, fermer la porte, se présenter, parler fort, recueillir à nouveau l'identité du patient, rassurer le patient et lui demander son motif d'admission, par questions courtes, rechercher l'existence de douleur et évaluer l'orientation temporo-spatiale globale. La recherche de signes fonctionnels commence avec alternances de questions ouvertes (empathie, validation) et fermées. A chaque fois, le patient doit être prévenu et consentir aux actes médicaux. Ensuite, par questions fermées une recherche des personnes ressources (enfant, médecin...) doit être conduite. L'étudiant doit évaluer avec cette personne ressource les ADL/IADL, recueillir les principaux antécédents. La grille d'appréciation de la séance (films et jeux de rôle) par les étudiants comprend 4 items .1) Pensez-vous que ce film enrichit votre enseignement théorique ? 2) Connaissiez-vous ces techniques de communication ? 3°) Noter l'intérêt de ce film pédagogique de 1 à 10.4°) pensez-vous que cette méthode est pertinente pour tester vos aptitudes ? La grille d'évaluation des étudiants sur les jeux de rôle (avant/après le film) comprend 6 items :1°) établir une relation avec le patient (Frapper/ fermer la porte ; Se présenter ; Obtenir le nom du patient ; Réassurance ;Tenir compte du déficit des organes des sens) 2°) Identifier le problème (motif de d'admission, laisser parler le patient) 3) Obtenir des informations (alternance de questions fermées et ouvertes ;recherche d'aidants, recherche d'informations sur autonomie et les antécédents, évaluation sociale4°) recherche de signes fonctionnels (Douleur ;Evaluer orientation temporo-spatiale de base° 5°) Expliquer le motif et demander la permission pour chaque question ou élément de l'examen physique 6°) Pouvoir fournir un résumé à la fin du jeu de rôle. Un retour de cette évaluation est donné aux étudiants au décours du jeu de rôle. Après ce test de faisabilité et l'analyse des appréciations des étudiants en DFASM2 puis un ajustement éventuel, la formation sera proposée en octobre au module optionnel Médecine et Société, 70 étudiants en DFGSM3. **Conclusion:** Cette méthode d'apprentissage a pour but l'acquisition de compétences en communication médicale avec le patient âgé pour adapter et renforcer la connaissance théorique dispensée en cours. Si cette méthode est efficace, la formation sera diffusée sur le site de la faculté Paris V et intégrée dans le programme du module vieillissement

#### P4-26-09

##### **Nécrose colique : une complication rare et grave du fécalome.**

F. Ketz (1) ; A. Breining (1) ; A. Monti (1) ; A. Velentza (1) ; H. Le Petitcorps (1) ; E. Pautas (1)

(1) Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine

**Introduction:** Le fécalome est défini comme une large masse de selles compactées, située à n'importe quel niveau de l'intestin et qui ne peut pas être évacuée spontanément. Le fécalome est un problème très fréquemment rencontré en Gériatrie dont les principales causes sont la iatrogénie et l'immobilité. Les ulcères coliques et les perforations stercorales font partie des complications les plus graves du fécalome. Nous rapportons le cas d'une nécrose colique sur fécalome avec présentation d'une imagerie typique.

**Méthodes:** Cas clinique et présentation d'imagerie typique. **Résultats:** Découverte d'un très volumineux fécalome de 7,8 x 5,7 x 14 cm sur un scanner réalisé pour une douleur abdominale chez une patiente de 82 ans avec maladie d'Alzheimer très évoluée. Devant la persistance d'une diarrhée après évacuation du fécalome, réalisation d'une coloscopie qui retrouve des ulcérations profondes recto-sigmoïdiennes avec enduit purulent saignant au contact, s'étalant sur 30 cm. Les biopsies sont en faveur d'une nécrose secondaire au fécalome. Finalement la situation évolue défavorablement et se complique d'une déshydratation et d'une dénutrition majeures. La patiente décèdera quelques semaines plus tard. **Conclusion:** La nécrose colique est une complication rare mais qui peut s'avérer fatale du fécalome. Son pronostic est d'autant plus grave que le retard diagnostique est fréquent.

#### P4-26-10

##### **SAGIPHA : Study About Geriatric Institute and Patients with Hearing Aids**

C. Renard (1)

(1) *Laboratoire d'audiologie Renard, Lille*

**Introduction:** La prise en charge des troubles auditifs chez la personne âgée constitue un véritable enjeu de santé publique. De nombreuses études ont clairement établi les effets d'une surdité non ou mal prise en charge (problème de communication, isolement, dépression, ...), mais aussi les risques de troubles cognitifs associés: la situation des personnes âgées dépendantes et institutionnalisées doit donc être particulièrement considérée. Les membres de la SSIPR (groupe international d'audioprothésistes indépendants) se sont alors donnés pour mission d'analyser la situation d'ensemble des patients résidant au sein d'établissements gériatriques et l'étude SAGIPHA a ainsi été menée en France et en Espagne auprès de 286 patients. **Méthodes:** La population étudiée comporte 286 patients appareillés (164 en France et 122 en Espagne), résidant en établissement gériatrique public ou privé, depuis 8,1 ans en moyenne. Les patients (72% de femmes) sont âgés en moyenne de 88,1 ans. Les observations menées par les audioprothésistes portaient sur la situation du patient au sein de l'établissement, l'existence de troubles d'ordre cognitifs, la surdité, l'appareillage auditif, le port de l'appareillage, l'évaluation de l'autonomie dans la gestion quotidienne de son appareillage (grille BIAP 06/13), le suivi d'appareillage et le bénéfice ressenti. **Résultats:** Situation en établissement : 58% des patients bénéficient d'aide pour des actes simples de la vie quotidienne. Seuls 27% du personnel soignant a bénéficié d'une formation sur l'appareillage. Surdité et appareillage: 93% des patients présentent une surdité bilatérale (première gêne à 69,6 ans en moyenne). 70% des patients ont été appareillés avant leur arrivée en établissement, en moyenne à 76,8 ans. 69% des patients portent leur appareillage plus de 8 heures par jour. L'appareillage n'est pas porté du tout pour 7% des sujets. Autonomie : 85% des patients ont besoin d'aide sur au moins 1 des points d'analyse de la grille d'évaluation BIAP et 20% d'entre eux sont complètement dépendants dans la gestion de leur appareillage auditif. Bénéfice: Les patients et leur entourage s'accordent à 69% pour dire que le bénéfice ressenti est important. 91% des patients affirment se sentir mieux avec appareil au quotidien. Suivi prothétique : 38% des patients ne sont pas vus régulièrement dans le cadre de leur suivi prothétique. Si les contrôles et le suivi d'appareillage sont réguliers: 97% des patients préfèrent vivre avec appareil au quotidien et 78% des patients ressentent un bénéfice important au niveau de la communication. Si les contrôles et le suivi d'appareillage ne

sont pas réguliers : 47% des patients ne ressentent pas un bénéfice important, 20% des patients préfèrent vivre sans appareil, 15% des patients ne portent pas du tout leur appareil. On constate aussi que les patients qui ne portent pas du tout leur appareil n'étaient pas suivis régulièrement dans 80% des cas. Alzheimer et appareillage : 14% des patients présentent des troubles cognitifs diagnostiqués. 98% d'entre eux ont besoin d'aide sur au moins 1 point d'analyse de la grille d'évaluation BIAP et 54% sont totalement dépendants dans la gestion de leur appareillage auditif. On constate que les sujets appareillés avant l'entrée en établissement portent leur appareil plus de 8h dans 72% des cas. De plus, lorsque le suivi de ces patients est régulier (48%), le bénéfice ressenti est important pour 71% d'entre eux et 86% confirment qu'ils préfèrent vivre avec appareil au quotidien. **Conclusion:** Grâce à une analyse multidimensionnelle, l'étude SAGIPHA a permis de mettre en lumière le manque de formation du personnel soignant et la nécessité de prise en charge adéquate pour les personnes dépendantes. Elle confirme également la primordialité du suivi d'appareillage, notamment chez les patients souffrant de troubles cognitifs, chez qui le bénéfice d'appareillage est avéré en cas de prise en charge précoce, régulière et adaptée.

#### P4-26-11

##### **Un objet métallique dans l'estomac**

C. Vaquier (1) ; M. Pépin (2) ; T. Cudennec (2) ; A. Sefssafi (2) ; S. Moulias (1) ; E. Fercot (2) ; L. Aubert (2) ; L. Teillet (2)

(1) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt;* (2) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*

**Introduction:** Mme M, âgée de 79ans, a été adressée aux urgences par son EHPAD pour hématurie récidivante. La patiente était en perte d'autonomie progressive et elle bénéficiait d'une aide pour tous les actes de la vie quotidienne et ne marchait quasiment plus. La patiente avait déjà eu une cystoscopie qui avait retrouvé une lésion suspecte de la paroi vésicale mais aucune thérapeutique agressive n'avait été proposée. Dans le service, elle a bénéficié d'un sondage urinaire avec lavage vésical permettant un arrêt de l'hématurie. Au retrait de la sonde vésicale, la patiente a repris des mictions sans récurrence. **Méthodes:** Dans ce contexte, nous avons réalisé un scanner abdominal à la recherche d'une lésion visible sur les voies urinaires. Celui-ci a retrouvé du sang en quantité importante dans la vessie mais sans lésion tumorale évidente, et au niveau de l'estomac un signal hyperdense de tonalité métallique au niveau du fond d'allure fixé. A votre avis, qu'est ce que cela peut être? Les images de reconstruction du scanner nous ont appris qu'il s'agissait probablement d'une prothèse dentaire. **Résultats:** Comme elle ne présentait aucune symptomatologie digestive et un état général plus qu'altéré, nous n'avons pas été plus loin dans les explorations et notamment la patiente n'a pas eu d'endoscopie gastrique. **Conclusion:** L'ingestion de corps étrangers concerne les âges extrêmes de la vie. 15% des personnes âgées sont concernés et le diagnostic se fait souvent suite à des complications locales. Les prothèses dentaires ingérées non intentionnellement sans complication sont rarement objectivées. En effet dans la littérature, elles ont été mises en évidence qu'après une symptomatologie digestive : perforation oesophagienne, douleur épigastrique, méléna sur ulcération... Et la plupart des cas étaient chez des personnes jeunes, un seul cas a été rapporté chez la personne âgée (72 ans).

**P4-26-12****Comparaison des caractéristiques et du profil évolutif des patients atteints d'une maladie de Horton selon la présence ou non d'une atteinte des gros vaisseaux**

M. Andrianasolo (1) ; A. Daumas (1) ; J. Berbis (2) ; Y. Frances (3) ; JR. Harle (4) ; J. Serratrice (5) ; P. Disdier (5) ; B. Granel (3) ; P. Villani (6)

(1) *Médecine interne et gériatrie, APHM, hôpital de la Timone, Marseille*; (2) *Laboratoire de santé publique évaluation des systèmes de soins et santé perçue, ufr médecine, Aix-Marseille Université, Marseille*; (3) *Service de médecine interne et gériatrie, APHM, hôpital Nord, Marseille*; (4) *Service de médecine interne et gériatrie, APHM, Hôpital de la Conception, Marseille*; (5) *Service de médecine interne, APHM, Hôpital de la Timone, Marseille*; (6) *Gériatrie, APHM, Marseille*

**Introduction:** La maladie de Horton (MH) ou artérite à cellules géantes (ACG) est la plus fréquente des vascularites systémiques chez la personne âgée. Sous-estimée, l'atteinte de l'aorte et de ses branches semble cependant être associée à une morbi-mortalité cardiovasculaire et une mauvaise réponse au traitement. Toutefois, la littérature reste limitée sur le profil évolutif de ces patients. L'objectif était d'étudier le profil évolutif des patients présentant une ACG avec ou sans aortite et d'évaluer ainsi l'intérêt d'un dépistage systématique de l'atteinte des gros vaisseaux. **Méthodes:** Cette étude rétrospective portait sur 103 patients, diagnostiqués entre 2005 et 2014, présentant au moins 3/5 critères d'ACG et ayant eu un angioscanner thoraco-abdomino-pelvien au diagnostic. L'aortite était retenue devant un épaississement pariétal aortique circonférentiel, régulier, homogène et supérieur à 3mm d'épaisseur. Une comparaison des caractéristiques des patients avec ou sans aortite et de leur profil évolutif était réalisée. **Résultats:** Trente-huit patients (36,9%) avaient une aortite. Un âge plus jeune, une asthénie importante, une atteinte oculaire peu fréquente, des manifestations vasculaires périphériques, des dorso-lombalgies inflammatoires et un syndrome inflammatoire plus marqué étaient significativement associés à la présence d'une aortite. L'aortite était prédictive de rechutes plus fréquentes. Il n'était pas mis en évidence de différence concernant la corticodépendance, les récurrences, la morbi-mortalité cardiovasculaire et la mortalité globale. **Conclusion:** Le caractère le plus souvent asymptomatique de l'aortite et son aide potentielle au diagnostic de l'ACG justifient un dépistage. Au vu du profil évolutif des patients avec aortite, le dépistage de cette atteinte permettrait, de discuter de modalités thérapeutiques spécifiques, une prise en charge optimale des facteurs de risque cardiovasculaire et une surveillance rapprochée cardiovasculaire. Des études prospectives sont cependant nécessaires pour évaluer l'impact des modalités de prise en charge spécifiques à mettre en œuvre.

**P4-26-13****TEP Scanner et maladie de Horton, une place importante dans le diagnostic ?**

A. Broussier (1) ; O. Lainé (1) ; S. Saddedine (1) ; S. Lakroun (1) ; F. Menasria (1) ; JP. David (1) ; I. Fromentin (1)

(1) *Gériatrie ambulatoire, Hôpital Emile-Roux, Limeil-Brévannes*

**Introduction:** La maladie de Horton est une artérite inflammatoire segmentaire et plurifocale, intéressant les artères de gros et moyen calibres du sujet de plus de 50 ans. Les critères diagnostiques de référence définis par l'« American College of Rheumatology» (ACR) en 1990, sur des éléments clinico-biologiques et

histologiques ont respectivement une sensibilité et une spécificité de 93,5% et 91,2%. Elle reste aujourd'hui une pathologie sévère en termes de complications vasculaires. La symptomatologie chez le patient âgé peut être atypique avec des symptômes généraux au premier plan. Nous rapportons le cas clinique d'un patient de 76 ans pris en charge initialement pour une altération de l'état général. **Méthodes:** Description d'un cas clinique. **Résultats:** Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 76 ans, autonome pour les activités de la vie quotidienne, adressé pour une altération de l'état général avec amaigrissement de 9 kg en trois mois et syndrome inflammatoire biologique. Dans ses antécédents, on notait une méningo encéphalite dans l'enfance avec dystonie séquellaire de l'hémicorps gauche, un diabète de type II sous régime seul, et un asthme stable sous corticothérapie inhalée. L'examen clinique était sans particularité mis à part une tachycardie isolée à 110/min et des artères temporales un peu indurées. La biologie montrait un syndrome inflammatoire évoluant depuis 3 mois avec élévation isolée de la CRP à 150 mg/L. Le bilan bactériologique et l'échographie cardiaque étaient normaux. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien ne retrouvait pas de lésion suspecte mais un doute sur un épaississement pariétal de l'aorte thoracique. Le TEP Scanner retrouvait un hypermétabolisme des axes vasculaires principaux (sous claviers et aorte thoracique) en faveur d'une maladie de Horton. Le patient avait donc été mis sous corticothérapie permettant une normalisation du syndrome inflammatoire biologique en 72h, une reprise de 2 kg en 3 mois, et une disparition de l'asthénie. **Discussion :** L'incidence de la maladie de Horton est estimée à 46/100 000 chez les patients de plus de 70 ans. L'atteinte artérielle en TEP-FDG au cours de l'Artérite Gigante Cellulaire (AGC) est de 60% en moyenne avec une atteinte de l'aorte thoracique et abdominale, des sous claviers et des carotides respectivement dans 60, 80 et 45% des cas. Dans le diagnostic d'AGC, le TEP scanner a une sensibilité de 83,3 % et une spécificité de 89,6 %. Les AGC avec atteinte des gros vaisseaux ont une moins bonne réponse au traitement et un pronostic plus péjoratif, notamment un risque 5 fois supérieur d'anévrisme de l'aorte thoracique à 5 ans du diagnostic. En l'absence de signes céphaliques classiques, et avec une négativité fréquente de la biopsie de l'artère temporale, le TEP scanner a toute sa place dans le diagnostic. Ainsi, réalisé chez 58 patients de plus de 50 ans présentant un syndrome inflammatoire nu avec bilan de débrouillage négatif, il retrouvait un hyper métabolisme aortique compatible avec le diagnostic d'artérite inflammatoire dans 25 % des cas. **Conclusion:** Le TEP scanner a donc une indication pour le diagnostic précoce de l'AGC avec atteinte des gros vaisseaux, de l'AGC avec atteinte des vaisseaux intra crâniens et BAT négative, et dans l'évaluation de la réponse immédiate au traitement. Son indication pourrait cependant être facilement étendue à des patients présentant un syndrome inflammatoire sans point d'appel avec des symptômes non spécifiques comme c'est le cas dans la population gériatrique.

**P4-26-14****Diagnostic tardif d'un déficit isolé acquis en facteur VIII**

M. Cleret (1) ; O. Wink (1) ; G. Ducher (2) ; E. Sortais (3)

(1) *Court séjour gériatrique, C.H. Jacques Lacarin, Vichy*; (2) *Court Séjour Gériatrique, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand*; (3) *Unité post-urgences, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand*

**Introduction:** Bien que rare, le déficit isolé et acquis en facteur VIII touche principalement les patients de plus de 60 ans. Étant

donné la population concernée, souvent âgée, la présence d'un traitement anti-thrombotique de type AVK ou inhibiteur plaquettaire (aspirine, clopidogrel...) peut faire retarder le diagnostic car les complications hémorragiques sont alors faussement attribuées au traitement anticoagulant. **Méthodes:** Argumenter la réalisation d'un bilan de coagulation devant l'apparition d'hématomes post-traumatiques, y compris en l'absence de traitement anticoagulant. **Résultats:** Une patiente de 81 ans, autonome à domicile, sans troubles cognitifs, a été admise au Court Séjour Gériatrique, au décours de chutes à répétition. Peu suivie sur le plan médical, son seul antécédent notable est une pseudo-polyarthrite rhizomélique sous corticothérapie au long cours. A son admission aux urgences, on constate une ecchymose en regard du menton. Biologiquement, existence d'une anémie franchement microcytaire. Une radiographie de face permet d'objectiver une fracture des branches ilio-ischio-pubiennes droites. Le scanner cérébral sans injection est normal. Lors de son transfert au CSG, surviennent des ecchymoses étendues à la face et aux quatre membres, à l'origine de plusieurs déglobulisations nécessitant un recours à de multiples transfusions. Devant l'existence d'un volumineux hématome du membre inférieur droit, un nouveau bilan radiologique est réalisé permettant d'éliminer un hématome du psoas ou une autre complication fracturaire. Un nouveau TDM cérébral est réalisé devant l'apparition d'une dysarthrie et d'un syndrome confusionnel retrouvant un hématome sous-dural aigu hémisphérique gauche avec effet de masse. Devant ce syndrome hémorragique inhabituel, un bilan de coagulation est réalisé retrouvant un allongement isolé du TCA, dont l'exploration met en évidence un déficit isolé en facteur VIII. Malgré un traitement hémostatique d'urgence par NOVOSEVEN® et une augmentation de la corticothérapie, la patiente est décédée de ses complications hémorragiques. La recherche positive d'antifacteur VIII confirmera post-mortem le diagnostic. **Conclusion:** Ce cas illustre la nécessité de réaliser un bilan de coagulation systématique devant tout syndrome hémorragique. Le déficit isolé et acquis en facteur VIII est un diagnostic à ne pas méconnaître car il s'agit d'une urgence thérapeutique du fait d'un risque hémorragique élevé.

#### P4-26-15

**Un diagnostic tardif de télangiectasie hémorragique héréditaire**  
M. Baque (1) ; H. Vallet (1) ; L. Zerah (2) ; J. Bodaert (3) ; J. Cohen Bittan (4)

(1) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris;* (2) *Service de gériatrie, hôpital de la Pitié Salpêtrière, APHP, 47-83 boulevard de l'hôpital, Paris France, UPOG;* (3) *Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris;* (4) *Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*

**Introduction:** La maladie de Rendu-Osler-Weber ou télangiectasie hémorragique héréditaire est une maladie génétique autosomique dominante touchant 1 personne sur 5000 et caractérisée par une atteinte de la prolifération vasculaire à l'origine de télangiectasies cutanées et viscérales. Une localisation digestive de ces télangiectasies peut être à l'origine d'un saignement occulte voire d'hémorragies digestives extériorisées. Ce type de localisation touche jusqu'à 30% des patients et est plus fréquente après 40 ans. Nous rapportons ici le cas d'une femme de 93 ans hospitalisée pour une fracture de l'extrémité supérieure du fémur avec une anémie préopératoire ferriprive à 4 g/dL dont le bilan a révélé une maladie de rendu-Osler-Weber. **Méthodes:** Une patiente de 93 ans était hospitalisée pour fracture du col fémoral suite à une chute. Son bilan d'entrée retrouvait une anémie microcytaire ferriprive à 4.4 g/dL

(notion d'anémie ferriprive ancienne non explorée). Elle n'avait pas d'antécédents médicaux connus. Dans ses antécédents familiaux, on notait plusieurs cas de maladie de Rendu-Osler-Weber. La patiente présentait des épistaxis récidivantes et des épisodes de méléna depuis au moins 10 ans. Une transfusion était réalisée avant l'intervention chirurgicale. Les suites opératoires étaient simples excepté la survenue d'une hémorragie digestive basse de moyenne abondance avec méléna et rectorragies. L'endoscopie digestive mettait en évidence de multiples télangiectasies digestives hautement majoritairement gastriques. La coloscopie totale ne retrouvait aucune anomalie. Un traitement endoscopique par laser argon avec plusieurs séances était réalisé. La présence d'épistaxis récidivantes, de télangiectasies gastriques ainsi que de l'antécédent familial nous permettait de poser le diagnostic de maladie de Rendu Osler Weber selon les critères de Curaçao. **Résultats:** La maladie de Rendu Osler Weber est une dysplasie vasculaire liée à une anomalie de la voie de signalisation cellulaire du TGF- $\beta$  aboutissant à une angiogenèse de mauvaise qualité. Le diagnostic de la maladie repose sur les critères de Curaçao nécessitant la présence de 3 critères cliniques sur 4 pour confirmer le diagnostic : épistaxis récurrentes, télangiectasies cutanéomuqueuses, contexte familial, malformations artério-veineuses viscérales. La gravité repose surtout sur la présence de malformations viscérales dont pulmonaires, neurologiques ou hépatiques avec nécessité d'un dépistage systématique. Les localisations digestives sont des télangiectasies capillaires de localisation sous muqueuse, proches de l'aspect des télangiectasies cutanées. Très souvent multiples, elles siègent préférentiellement au niveau gastrique (80%), duodénal (60%) voire jéjunal. Les télangiectasies digestives sont responsables de saignements occultes et d'une anémie chronique ferriprive mais peuvent aussi être abondantes et s'extérioriser par un méléna ou plus rarement une hématémèse ou des rectorragies. Elles mettent rarement en jeu le pronostic vital. Le traitement endoscopique des télangiectasies par laser argon nécessite des séances répétées. Des traitements anti-angiogéniques comme le Thalidomide semblent être une alternative thérapeutique notamment lorsque les besoins transfusionnels sont importants. Un suivi annuel ainsi qu'une prise en charge familiale dans un centre de référence est recommandé pour tous les patients dont le diagnostic a été posé. **Conclusion:** La maladie de Rendu Osler Weber est une cause rare d'hémorragie digestive. La présence d'un ou plusieurs critères de Curaçao et des antécédents familiaux doivent faire considérer le diagnostic même à un âge tardif et amener à la réalisation d'un bilan endoscopique, les télangiectasies digestives étant une cause fréquente d'anémie ferriprive.

#### P4-26-16

**A propos de 2 cas de Syndromes de Guillain-Barré**

A. Arégué (1) ; A. Neouze (2) ; A. Canon (1) ; M. Sanchez (1) ; A. Raynaud-Simon (3)

(1) *Gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris;* (2) *Gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Rue Henri Huchard, Paris, France, Paris;* (3) *Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*

**Introduction:** Au cours des 2 dernières années, nous avons diagnostiqué deux Syndromes de Guillain-Barré (SGB) dans le Département de Gériatrie. Cette pathologie est rarement décrite chez les patients âgés, difficile à diagnostiquer et à prendre en charge chez ces patients fragiles. Cela nous a encouragé à effectuer des recherches sur ce syndrome. **Méthodes:** Il s'agit des cas cliniques

de deux patientes hospitalisées respectivement en 2014 et 2016: La première patiente était âgée de 87 ans et présentait les mêmes antécédents d'HTA et d'arthrose diffuse. Elle a été admise via les urgences pour une chute dans un contexte de déficit moteur des deux membres inférieurs d'aggravation progressive depuis une semaine. Hospitalisation pour fièvre 1 mois auparavant dans le service de médecine interne avec diagnostic de toxidermie à l'Allopurinol compliquée d'une surinfection herpétique de lésions buccales. A l'examen clinique : déficit moteur et diminution de la sensibilité et des réflexes ostéo-tendineux au niveau des membres inférieurs et perte de force musculaires dans les 2 bras. Absence de syndrome pyramidal, absence de troubles sphinctériens. La PL retrouvait une hyperprotéinorachie modérée à 0,58g/l et l'absence de leucocytes. L'EMG montrait une atteinte sensitivo-motrice axonale sévère en faveur du SGB. La patiente a été transférée au 5ème jour dans un service de neurologie pour une prise en charge spécialisée où elle a été traitée par Immunoglobulines IV à la dose de 0,3g/kg/j. Malgré cette prise en charge, la patiente a présenté une hypophonie puis une dyspnée témoignant d'une atteinte diaphragmatique qui aurait nécessité une intubation oro trachéale refusée par la patiente qui est décédée quelques jours plus tard. La seconde patiente était âgée de 88ans avec antécédent de scoliose et arthrose du rachis évoluée, troubles de la marche, HTA, admise directement du domicile pour chute avec déficit des membres inférieurs d'apparition récente. Infection respiratoire traitée par amoxicilline 7 jours auparavant. A l'examen clinique, tétraparésie, aréflexie, absence de syndrome pyramidal, absence de troubles sphinctériens ou d'anesthésie en selle. Ponction lombaire (PL) : absence de germe, absence de leucocytes, protéinorachie à 0,8g/L, glycorachie normale. Electromyogramme (EMG) en faveur du SGB. Récusée de la réanimation du fait de l'âge et de l'évolution prolongée des SGB. Traitement par Immunoglobuline IV 0,2g/kg/jour pendant 5 jours. Evolution péjorative dans un premier temps avec passage en ACFA rapide, pneumopathie d'inhalation sévère, confusion, puis amélioration progressive avec amélioration respiratoire, reprise d'un tonus du tronc et mise au fauteuil possible, récupération des membres supérieurs. A 6 mois, au fauteuil toute la journée, mais pas de reprise de la marche, nutrition par gastrostomie, troubles cognitifs persistants. **Résultats:** Le SGB a une incidence de 1/100000. On retrouve un épisode viral respiratoire ou digestif dans 55% des cas. L'évolution se fait classiquement en 3 phases d'extension, plateau et récupération. Le diagnostic repose sur la clinique (déficit moteur ascendant d'évolution rapide, atteinte sensitive, aréflexie), la PL (absence de germe, hyperprotéinorachie supérieure à 1g/L, leucocytes >10/mm<sup>3</sup>). Le traitement spécifique repose sur les échanges plasmatiques ou les immunoglobulines IV. Très peu de données dans la littérature pour le syndrome de Guillain Barré chez les sujets âgés. L'âge supérieur à 60 ans est un des facteurs de mauvais pronostic. Dans une étude sur le devenir des patients âgés après un Guillain Barré, le handicap est plus sévère au nadir, la mortalité était de 2% chez les moins de 60 ans versus 9% après 80 ans, et un antécédent de cancer était 3 fois plus fréquent chez les sujets âgés. **Conclusion:** Le syndrome de Guillain Barré peut survenir après 80 ans, avec des conséquences plus graves du fait des difficultés diagnostiques pouvant entrainer un retard e prise en charge, de la fragilité des patients et de l'immobilisation prolongée qui amène dénutrition et sarcopénie avec une récupération plus lente et moins bonne.

#### P4-26-17

#### Sclérose latérale amyotrophique chez le sujet âgé : à propos de deux cas

J. Estrada (1) ; C. Loiseau Breton (2) ; A. Raynaud-Simon (1) ; L. Girard (1)

(1) Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris; (2) Gériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris

**Introduction:** La sclérose latérale amyotrophique (SLA) est une affection neuro-dégénérative grave mais rare et méconnue chez le sujet âgé. Le diagnostic est souvent difficile en raison de manifestations cliniques initiales hétérogènes, peu spécifiques et qui peuvent être mises sur le compte d'autres affections chez le sujet âgé poly-pathologique. **Méthodes:** Nous rapportons le cas de deux patients pour lesquels le diagnostic a été porté lors de leur hospitalisation en soins de suite et réadaptation à l'âge de 82 et 83 ans. **Résultats:** Le premier cas est celui d'un patient de 83 ans présentant initialement des chutes répétées, une dysarthrie et ralentissement psycho-moteur. Huit mois après le début des troubles, dans les suites d'une chute compliquée de fracture et décompensation cardiaque, le patient est hospitalisé en soins de suite et réadaptation où l'on retrouve un syndrome tétraparétal, des troubles de la déglutition et une démence fronto-temporale possible. L'électromyogramme (EMG) retrouve une atteinte du motoneurone périphérique confirmant le diagnostic de SLA. La recherche de mutation du gène C9 ORF72 réalisée est négative. Un traitement par riluzole est initié mais rapidement interrompu du fait des troubles de la déglutition. Une prise en charge palliative est mise en oeuvre. Le patient décède six semaines après le diagnostic. Le second cas rapporté est celui d'un patient de 82 ans présentant une SLA à début bulbaire avec dysarthrie, dysphonie et dysphagie. Une première série d'explorations comprenant IRM cérébrale et EMG retrouve un hypersignal frontal droit et une polyneuropathie sensitive n'expliquant pas les troubles. Un an plus tard, il est hospitalisé pour hématurie et rectorragies sur pyélonéphrite aiguë et rectite post-radique. Devant la persistance des troubles de l'élocution et de la déglutition associés à une protraction linguale déficitaire et un syndrome tétraparétal, un nouvel EMG est réalisé retrouvant une atteinte neurogène motrice pure sur les myotomes C7-C8 gauches ainsi que L5 dans un contexte de polyneuropathie associée. Le diagnostic de SLA posé, un traitement par riluzole est tenté mais rapidement stoppé en raison des troubles de déglutition. Le patient a bénéficié de rééducation motrice, d'une prise en charge nutritionnelle non invasive suivant sa volonté et a pu rédiger des directives anticipées. **Conclusion:** La sclérose latérale amyotrophique est une pathologie grave et rare mais à laquelle il faut savoir penser, y compris chez le sujet âgé. Les éléments clefs du diagnostic sont la clinique et les signes de dénervation à l'électromyogramme qu'il faut savoir répéter. Devant l'efficacité modeste du seul traitement spécifique, la prise en charge reste à ce jour essentiellement symptomatique mais permet, en particulier lorsqu'elle est multidisciplinaire, une amélioration de la qualité de vie et de la survie. Les prises en charge nutritionnelles et respiratoires sont primordiales et doivent être dans la mesure du possible anticipées avec le patient.

**P5- BIOLOGIE; CHUTES/PATHOLOGIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR; DOULEUR - SOINS PALLIATIFS ET FIN DE VIE; ETHIQUE; GÉRONTECHNOLOGIE; NUTRITION - DIABÈTE - MÉTABOLISME; SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES**

**P5-01-01**

**Anémie hémolytique auto-immune chez le sujet âgé de plus de 75 ans: étude rétrospective de 10 cas**

AA. Zulfiqar (1) ; E. Andres (2)

(1) Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen; (2) Département de médecine interne, Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg

**Introduction:** À ce jour, les données relatives aux anémies hémolytiques auto-immunes (AHAI) chez le sujet âgé sont rares, notamment peu d'études leur sont consacrées tant sur le versant diagnostique que thérapeutique. À notre connaissance, les données relatives à AHAI chez les sujets âgés sont presque inexistantes, en particulier chez les patients de plus de 75 ans. Ainsi, nous vous rapportons notre expérience sur 10 patients âgés de plus de 75 ans avec une AHAI documentée. **Méthodes:** A partir d'une étude rétrospective sur une période de 14 ans (2000-2014), ces patients ont été extraits de la base de données de l'AHAI (n = 28) des 2 départements de médecine interne, des Hôpitaux Universitaires de Reims et Strasbourg (France). Les caractéristiques cliniques et biologiques de ces 10 patients âgés de plus de 75 ans sont ainsi décrites. **Résultats:** L'âge moyen est de 85.6 ans (76-93); le sex-ratio F/H est de 2,7. Les manifestations cliniques relatives à l'anémie hémolytique (douleur thoracique, tachycardie, insuffisance cardiaque, un syndrome confusionnel et une asthénie intense) sont retrouvées dans 70% des patients âgés inclus, avec une nécessité transfusionnelle en raison du caractère symptomatique de l'anémie et des comorbidités cardiaques. Le taux d'hémoglobine moyen est de 8.2 g/dL (5.8-10.7). L'AHAI liée aux auto-anticorps chauds est majoritaire avec un taux à 70% des patients. La présence d'agglutinines froides est retrouvée chez 4 patients âgés de plus de 75 ans. 3 patients ont une AHAI mixte. 15% des patients présentent un syndrome lymphoprolifératif associé ; la cause idiopathique est retrouvée pour 3 patients (30%). Le syndrome d'Evans est diagnostiqué uniquement chez un seul patient. Les mesures symptomatiques comme les mesures d'évitement au froid et la corticothérapie sont les principales voies thérapeutiques utilisées chez nos patients, et l'usage d'immunosuppresseurs classiques chez seulement 2 patients. Chez nos patients, la corticothérapie orale a été administrée à des doses variant entre 1 et 1,5mg/kg/jour. La corticothérapie n'est pas dénuée d'effets indésirables. Ainsi, dans notre série, un diabète secondaire, les pathologies infectieuses, la rétention hydro-sodée et un syndrome confusionnel ont été détectés dans notre série. La transfusion de culots érythrocytaires n'a pas montré de résultats convaincants. Le Rituximab n'a pas été utilisé dans notre série. Un décès a été répertorié pour 2 patients, en lien avec des comorbidités lourdes associées (LLC/ Lymphome). **Conclusion:** 2 messages peuvent être émis : la recherche consciencieuse-la surveillance d'une pathologie lymphoproliférative et chez ces sujets globalement fragiles, la corticothérapie orale reste le traitement d'attaque utilisé préférentiellement, avec nécessité d'une prise en compte des effets

indésirables, potentiellement graves. Le Rituximab pourrait être une thérapie de choix ; des études devraient être menées dans cette catégorie d'âge. Un registre est actuellement mis en route avec le concours des Centres de Références des Cytopenies Auto-immunes des principaux établissements français, avec un listing complet des sujets âgés de plus de 75 ans diagnostiqués et suivis pour une AHAI.

**P5-01-02**

**Impact du vieillissement sur les cellules stromales mésenchymateuses cardiaques (cCSMs)**

H. Martini (1) ; D. Maggiorani (1) ; S. Sayir (1) ; L. Lefevre (1) ; M. Dutaur (1) ; J. Mialet-Perez (2) ; A. Parini (1) ; D. Cussac (1) ; V. Douin-Echinard (1)

(1) Equipe 6, Institut des maladies métaboliques et cardiovasculaires, Toulouse; (2) Equipe 7, Institut des maladies métaboliques et cardiovasculaires, Toulouse

**Introduction:** Le vieillissement est considéré comme un facteur de risque majeur de développement de pathologies chroniques, dont les pathologies cardiovasculaires. Avec l'avancement en âge, la fonction et la morphologie cardiaque s'altèrent et conduisent à un cadre clinique caractéristique, l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (ICFEP). Très souvent, la présence de comorbidités conduit à une perte progressive de la fonction cardiaque et au développement d'une insuffisance cardiaque dilatée avec une diminution de la fraction d'éjection. Au cours des dernières années, plusieurs études ont suggéré que la sénescence cellulaire pourrait rendre compte des modifications histopathologiques cardiaques associées au vieillissement tels que la diminution du nombre des cardiomyocytes, l'hypertrophie compensatoire des cardiomyocytes restants et une fibrose interstitielle. En plus des cardiomyocytes, le cœur contient des cellules stromales mésenchymateuses cardiaques (cCSMs) participant à la régulation de l'homéostasie cardiaque par leur différenciation vasculaire et leur activité paracrine. Les cellules mésenchymateuses ont initialement été caractérisées dans le stroma de la moelle osseuse, mais sont également retrouvées dans la fraction stroma-vasculaire d'autres tissus tels que le rein ou le tissu adipeux. Dans notre étude, nous nous intéressons à l'impact du vieillissement physiologique ou accéléré sur le phénotype et les fonctions des cCSMs. Notre équipe a généré un modèle de souris transgénique, surexprimant la monoamine oxydase A (MAOA) spécifiquement dans les cardiomyocytes conduisant à une production importante d'H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. En effet, au cours du vieillissement il est observé une augmentation de l'expression de la MAOA ainsi qu'une augmentation de la production d'espèces réactives de l'oxygène pouvant participer à l'induction ou l'accélération d'un programme de sénescence. Ce modèle nous permet donc d'étudier l'impact d'un stress oxydant d'origine cardiaque sur l'induction d'un programme de sénescence dans les cellules stromales et de le comparer à celui retrouvé dans le vieillissement physiologique. **Méthodes:** Pour cela, les cCSMs sont libérées par digestion enzymatique de cœur de souris C57Bl/6 jeunes (3 mois), âgés (20 mois) ou de souris transgénique MAOA (3 mois). Ces cellules sont isolées par tri cellulaire en cytométrie de flux grâce à la co-expression des marqueurs Sca-1 et PDGFR $\alpha$  et l'exclusion des marqueurs endothéliaux (CD31) et hématopoïétiques (CD45). **Résultats:** Nous avons pu montrer que durant un vieillissement physiologique, les cCSMs acquièrent un phénotype sécrétoire associé à la sénescence (SASP) caractérisé par l'expression génique de médiateurs de l'inflammation (Ccl2), de facteurs de croissances (Igf1) et de facteurs pro-angiogéniques (Vegfa). De plus, nous

avons démontré par immunofluorescence et expression génique, que le vieillissement pouvait modifier les voies de différenciation des cCSMs par diminution de la différenciation endothéliale et augmentation de la différenciation en cellules musculaires lisses. Ces modifications sont associées à des modulations spécifiques des protéines du cycle cellulaire associées à la sénescence (p15, p16, p18). De plus, nous avons mis en évidence dans le stroma cardiaque des souris MAOA âgées de 3 mois et dans les cCSMs un programme de sénescence et des modifications phénotypiques cellulaires comparables à celles observées chez des souris âgées. Ces résultats suggèrent que le stress oxydant peut être un des facteurs inducteur de sénescence dans nos populations cellulaires. **Conclusion:** En conclusion, nos résultats montrent que le vieillissement induit des changements fonctionnels et phénotypiques des cCSMs pouvant jouer un rôle dans les dysfonctions cardiaques associées à l'âge.

#### P5-01-03

##### **Effet des canaux calciques sensibles au stock intracellulaire de Ca<sup>++</sup> (SOC) sur la dynamique des cellules-souches neurales de souris adulte et leur modulation par la leptine**

C. Ben-Dhaou (1) ; T. Harnois (2) ; B. Constantin (2) ; V. Coronas (2) ; E. Moysse (1)

(1) UMR85 PRC INRA, Université de Tours, Nouzilly; (2) STIM-ERL7368, CNRS - Université de Poitiers, Poitiers

**Introduction:** Les canaux calciques sensibles au stock de Ca<sup>++</sup> intracellulaire (SOC) sont impliqués dans la réception des messagers intercellulaires. Leur dysfonction au cours du vieillissement contribue à la sarcopénie en affaiblissant le couplage excitation-contraction des muscles. Dans le cerveau de souris adulte, ils potentialisent la prolifération des cellules souches neurales de la zone sous-ventriculaire (SVZ, Somasundaram et al 2014). La leptine, hormone anorexigène du tissu adipeux, inhibe la neurogenèse de SVZ de Rat en stimulant l'apoptose (Segura et al 2015) et interagit avec les canaux SOC dans divers tissus. **Méthodes:** La présente étude caractérise l'effet de la leptine et des canaux SOC sur les cellules souches de la SVZ et celles de l'area postrema (AP), centre neurovégétatif cérébral et nouvelle niche neurogénique, en utilisant le modèle in vitro des neurosphères de Souris adulte et des bloqueurs pharmacologiques connus de SOC. **Résultats:** La croissance des neurosphères de SVZ et d'AP est inhibée par la leptine 6nM et/ou par les bloqueurs de SOC, YM58483 (YM, 20mM) et SKF96365 (SKF, 12.5mM). La prolifération neurogène, mesurée par administration in vitro puis dosage Elisa de Bromo-deoxy-uridine (BrdU), est inhibée de façon dose-dépendante par YM et SKF dans les 2 niches neurogéniques. L'apoptose marquée par TUNEL est stimulée fortement par la leptine, modérément par YM et SKF, ce qui suffit indirectement à inhiber la croissance. Par immunocytochimie, cet effet a été localisé dans les neurones essentiellement. Le blocage de SOC par SKF, mais pas par YM, diminue l'induction d'apoptose par la leptine, ce qui démontre l'interférence entre les voies de signalisation respectives. La RT-qPCR sur ARN extraits de neurosphères d'AP et de SVZ a révélé l'expression du récepteur de la leptine (ObR), du détecteur de Ca<sup>++</sup> STIM1, des SOC Orai1/TRPC3, mais pas des TRPC 4/6. **Conclusion:** Notre étude indique l'inhibition directe de la neurogenèse adulte par la leptine via induction d'apoptose, et son blocage partiel par une déficience des canaux SOC qui mime leur évolution au cours du vieillissement, suggérant un nouvel impact délétère du diabète et de l'obésité sur le vieillissement cérébral. Soutien financier : Action Collaborative de Recherche des

Universités de Poitiers et de Tours 2015-16, La Ligue Contre le Cancer du Grand Ouest (Comités 79 et 86)

#### P5-02-21

##### **Qualité de vie des patients atteints d'une artérite à cellules géantes à distance de l'arrêt de la corticothérapie : étude cas-témoin**

S. Jobard (1) ; J. Magnant (1) ; H. Blasco (2) ; C. Eudo (3) ; N. Ferreira-Maldent (1) ; E. Diot (1) ; F. Maillot (1)

(1) médecine interne, CHU Tours, Tours; (2) Laboratoire de biochimie et biologie moléculaire, inserm unité930, CHU Tours, Tours; (3) Médecine Interne, CHRU Hôpitaux de Tours, Tours

**Introduction:** L'objectif de l'étude était d'évaluer la qualité de vie (QDV) des patients atteints d'une artérite à cellules géantes (ACG), après arrêt de la corticothérapie. **Méthodes:** Trente patients atteints d'une ACG suivis au CHU de Tours sevrés en corticoïdes depuis plus de 3 mois ou sous faible dose de corticoïdes au long cours ont été inclus et appariés à 60 témoins. La QDV était mesurée grâce au score SF-36 et grâce à un questionnaire spécifique. **Résultats:** Les patients, d'un âge médian de 82 ans, atteints d'une ACG n'avaient pas d'altération de la QDV par rapport aux témoins selon le SF-36. Cinquante-sept pour cent des patients estimaient leur état général meilleur après arrêt du traitement. Les patients avec des complications liées à l'ACG ou des effets secondaires de la corticothérapie n'avaient pas d'altération significative de leur QDV par rapport aux patients sans complications ou effets indésirables. Seul le score du domaine « vitalité » était plus bas chez les patients qui avaient pris du poids (VT ; p = 0.013). Les difficultés à la marche étaient les plaintes les plus fréquentes. Elles étaient associées à une altération du score physique résumé (p = 0.0340) et des scores des domaines « santé perçue » (GH ; p = 0.005) et « activités physiques » (PF ; p = 0.0298). Les patients atteints d'une ACG qui chutaient, avaient une altération du domaine « vitalité » (p = 0.0058) avec une baisse du score psychique résumé s'ils avaient chuté 3 fois ou plus (p = 0.0460). **Conclusion:** L'ACG est une maladie chronique responsable de complications sévères nécessitant un traitement prolongé par corticoïdes pourvoyeurs d'effets indésirables, qui une fois guérie ne semble pas entraîner d'altération significative de la QDV.

#### P5-02-22

##### **Fracture du col du fémur Garden 1 du sujet âgé : traitement chirurgical ou fonctionnel ?**

M. Poulingue (1) ; E. Mazen (1) ; A. Fraisse (1) ; I. Martin (1) ; A. Camus (1) ; P. Manckoundia (1) ; P. Jouanny (1)

(1) Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon

**Introduction:** La fracture du col du fémur est un problème de santé publique, avec une incidence annuelle de 48 816 cas en France en 2009. La fracture Garden I représente environ 20% des fractures du col du fémur. Le traitement de cette fracture fait débat entre traitement chirurgical et fonctionnel. Le but de cette étude est de comparer le devenir des patients traités fonctionnellement versus chirurgicalement. **Méthodes:** Dans une étude rétrospective, sur le CHU de Dijon, nous avons étudié les patients traités pour une fracture Garden I entre 2008 et 2013. Les critères d'inclusion étaient : une fracture Garden I, un âge supérieur ou égal à 75 ans. Le seul critère d'exclusion était : une fracture pathologique. Nous avons comparé la prise en charge, la survenue de complications et le devenir de ces patients traités chirurgicalement versus

fonctionnellement. **Résultats:** 77 patients ont présenté une fracture Garden I : 58 traités fonctionnellement et 29 chirurgicalement. Le taux de décès était significativement plus important dans le groupe fonctionnel que dans le groupe chirurgical : 41.7 contre 3.4% ( $p=0.0001$ ), ainsi que le taux de complications orthopédiques : 43.8 contre 10.3% ( $p=0.009$ ). Les patients traités fonctionnellement perdaient significativement plus de points au score de Parker : en moyenne  $-2.2\pm 2.3$  contre  $-0.8\pm 1.6$  points ( $p=0.0079$ ). **Conclusion:** Le traitement fonctionnel apparaît comme plus à risque de décès, de complications orthopédiques et de perte d'autonomie. Cette étude incite à revoir les indications du traitement fonctionnel au profit du traitement chirurgical de la fracture Garden I.

#### P5-02-23

##### Capacité au relevé du sol des personnes âgées hospitalisées

G. Ducher (1) ; J. Raffin (2) ; G. Savranin (3) ; G. Coutu (4) ; P. Ledieu (3) ; A. Guerin (3)

(1) *Court Séjour Gériatrique, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand*; (2) *Rééducation, C.H.U Hôpital Bellevue, Saint-Étienne*; (3) *Court séjour gériatrique, C.H. Guy Thomas, Riom*; (4) *Gérontopôle, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand*

**Introduction:** L'incapacité au relevé du sol des personnes âgées est un risque peu étudié. Caractérisée par une morbi-mortalité importante, notamment lors d'une station au sol prolongée qu'elle peut induire suite à une chute, sa prévention efficace existe mais n'est instaurée qu'après la survenue d'un événement grave, faute de moyen de dépistage. **Méthodes:** Cette étude transversale étiologique, monocentrique, menée de Février à Juillet 2015 aux Courts Séjours Gériatriques du CHU de Clermont Ferrand, a recherché les déterminants de l'incapacité au relevé. Partant de l'hypothèse qu'une force musculaire minimale est nécessaire, celle-ci fut évaluée d'une part par emploi du dynamomètre avec recherche d'un seuil prédictif d'aptitude au relevé, et d'autre part par réalisation du test sit-to-stand 30 secondes et d'une vitesse de marche. Des facteurs de risque de station au sol ont également été recherchés. **Résultats:** Soixante-dix patients d'une moyenne d'âge de  $85,8\pm 6$  ans ont été inclus, parmi lesquels 21 étaient inaptes au relevé. La mesure de la force de préhension par dynamomètre s'est révélée être un test significativement et indépendamment prédictif en analyse multivariée ( $p=0.004$ ), avec une valeur seuil de  $0,24\text{kg/kg}$  de poids corporel caractérisée par une sensibilité à 87,8% et une spécificité à 85,7%. Le sit-to-stand est également indépendamment associé à l'aptitude au relevé ( $p=0.011$ ) avec une valeur seuil à 10 relevés de chaises dont la spécificité est de 100% puisque tous les patients ayant atteint un tel score étaient aptes au relevé du sol. La consommation de psychotropes, un indice de masse corporelle supérieur à  $25\text{kg/m}^2$  et une dénutrition sont les autres facteurs de risques identifiés comme les plus fortement prédictifs. **Conclusion:** L'inaptitude au relevé du sol est un risque dépistable et donc évitable en associant des mesures simples de force musculaire tels que le dynamomètre et le sit-to-stand à la recherche de facteurs de risque identifiés.

#### P5-02-24

##### Alertes Iatrogéniques chez les patients admis pour une fracture de l'extrémité supérieure du fémur dans une filière dédiée (UPOG)

T. Lamy (1) ; L. Zerah (1) ; J. Cohen Bittan (1) ; M. Verny (2) ; H. Vallet (2) ; J. Boddaert (1)

(1) *Service de gériatrie, hôpital de la Pitié Salpêtrière, APHP, Unité Péri-Opératoire Gériatrique (UPOG)*; (2) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*

**Introduction:** Les patients âgés sont particulièrement exposés au risque d'accidents iatrogènes du fait de l'association polyopathie/polymédication. Plus de 10% des hospitalisations des patients âgés sont d'origine iatrogène, raison pour laquelle la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en place des outils d'aide à la prescription et a diffusé en 2012 5 alertes iatrogéniques (AI) pour le risque de chute chez la personne âgée. Aucune étude ne s'est intéressée à la fréquence de ces AI chez les patients âgés fracturés. Nous avons fait l'hypothèse que la prévalence des AI était élevée dans une population de patients âgés hospitalisés pour fracture de l'extrémité supérieure (FESF) du fémur. **Méthodes:** Analyse rétrospective de données collectées prospectivement de juillet 2009 à décembre 2015, portant sur 495 patients de plus de 70 ans admis en UPOG pour une FESF. Identification et mesure de la prévalence des AI sur la période 2009-2015, puis comparaison des prévalences sur les périodes 2009-2012 et 2012-2015 (avant et après la publication des alertes). Critère principal : prévalence des AI dans la population analysée. Objectif secondaire : évaluer l'impact des recommandations de la HAS sur la prévalence des AI, en comparant la prévalence des AI avant et après la publication de l'HAS. **Résultats:** Sur la durée de l'étude, on recensait 101 AI pour 495 patients inclus (21%). Ces AI concernaient au moins 2 diurétiques (2%), un neuroleptique chez les patients déments (3%), au moins 4 anti-hypertenseurs (4%), au moins 1 benzodiazépine de demi vie longue (6%), l'association d'au moins 3 psychotropes (6%). Concernant l'impact des recommandations de l'HAS sur les périodes 2009-2012 et 2012-2015, seule la prévalence de l'AI neuroleptiques diminuait chez les patients déments (5% versus 2%;  $p=0,03$ ). **Conclusion:** Contrairement à notre hypothèse, comparé aux données de la littérature, les chiffres de prévalence d'AI ne paraissent pas particulièrement élevés chez les patients admis pour une FESF. La parution des recommandations HAS sur les AI est associée dans notre cohorte à une réduction des neuroleptiques chez les patients déments.

#### P5-02-25

##### Etude FALL-Aging-SLEEP: Insomnie, chutes et sarcopénie chez les patients gériatriques

A. Monti (1) ; M. Girard-Bon (2) ; M. Doulazmi (3) ; R. Pham (2) ; A. Breining (1) ; E. Pautas ( ) ; J. Mariani (2) ; K. Kinugawa (2) ; DHU FAST

(1) *Court séjour gériatrique, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*; (2) *Unité d'explorations fonctionnelles du sujet âgé, Hôpital Charles Foix, GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix- APHP, Ivry-sur-Seine*; (3) *Cnrs umr 8256 biological adaptation and aging, Université Pierre et Marie Curie, Paris*

**Introduction:** Les troubles du sommeil augmentent le risque de chute chez les patients âgés. Le projet FALL-A-SLEEP étudie l'association entre troubles du sommeil et la sarcopénie, ici les chutes et la sarcopénie chez les patients insomniaques ou non

insomniaques. **Méthodes:** Inclusion des patients de 75 ans et plus hospitalisés en court séjour gériatrique puis transférés en service de soins de suite ou réhospitalisés à distance de l'événement aigu, à partir de Mars 2015. Les patients dépendants pour tous les actes de la vie quotidienne, ou présentant des troubles cognitifs sévères, ou une espérance de vie à court terme étaient exclus. Chaque patient a bénéficié d'un questionnaire sur son sommeil (durée, habitudes du sommeil, index de sévérité de l'insomnie (ISI) et consommation de médicaments eg benzodiazépines/hypnotiques), d'une mesure de sa force de préhension (dynamomètre) et d'une évaluation de sa performance physique (« Short physical performance battery», SPPB), et d'une absorptiométrie biphotonique aux rayons X avec mesure de l'index de masse musculaire (IMS). Ces mesures étaient effectuées en situation médicale stabilisée. L'insomnie a été définie par les critères ICSD3. **Résultats:** Sur les 64 patients pour lesquels une analyse complète était disponible (âge moyen 81.9 ans, 47 femmes), 17 n'avaient jamais chuté. Il n'existait pas de différence significative entre insomniaques (n=33, ISI=10.9) et non insomniaques (n=31) pour ce qui concerne l'autonomie/ADL (5.32 vs 5.68, p=0.11), les comorbidités/Charlson score (2.81 vs 2.03, p=0.187) et la fragilité/Rockwood score (4.44 vs 4.67, p=0.422). Les chutes (76.7% vs 65.5%, p-value = 0.344), le score SPPB (6.57/12 vs 5.36/12, p=0.164), la force de préhension (18.43kg vs 18.14, p-value = 0.778), et la sarcopénie (40% vs 37.5%, p-value = 0.655) n'étaient pas significativement différents. Mais les chutes d'origine iatrogénique (40.74% vs 14.28%, p=0.045, OR=4.125, CI (0.974-17.469)) était plus fréquent chez les insomniaques. La Polymédication (≥5 médicaments) était présente chez 66.7% d'insomniaques et 51.6% de non insomniaques. Par contre les insomniaques restaient moins fréquemment au sol >1h après la chute (26.9% vs 57.1%, p=0.036, OR= 0.276, CI (0.081-0.940)). **Conclusion:** Ces résultats préliminaires de l'étude FALL-A-SLEEP montrent que les patients gériatriques insomniaques ne présentant pas plus de chutes et de sarcopénie. Mais les chutes sont plus d'origine iatrogénique en rapport avec la polymédication des insomniaques. Les chuteurs âgés semblent être plus insomniaques et être plus sarcopéniques. L'inclusion dans la cohorte Fall-Aging-Sleep se poursuit avec notamment la réalisation systématique d'une absorptiométrie biphotonique aux rayons X.

#### P5-04-09

##### Mise en place de staffs de fin de vie dans le cadre du Projet d'Accompagnement Personnalisé des résidents d'un EHPAD

JC. Hansen (1) ; E. Bostel (1) ; I. Caillie (1) ; C. Cholet (1) ; P. Pasquier (1) ; H. Bercher (1) ; C. Scoazec. (1) ; C. Clement (1) (1) EHPAD, CH Pacy-sur-Eure, Pacy-sur-Eure

**Introduction:** La fin de vie des personnes âgées est devenue, au fil des années, un enjeu de plus en plus important, en particulier pour les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le projet d'accompagnement personnalisé prend en compte les attentes de la personne (et/ou son représentant légal). Il s'appuie sur des activités et prestations individuelles et/ou collectives. Cette élaboration s'inscrit dans une dynamique qui s'amorce dès l'accueil de la personne résidente dans l'établissement et qui évolue au cours de sa vie en EHPAD y compris dans le cadre d'une prise en soins palliatifs. Le staff de fin de vie a pour objectif de repérer ce moment particulier des soins palliatifs, pour limiter les risques de rupture de prises en charge, en veillant notamment à la bonne adaptation des traitements et à la coordination entre les différents acteurs du soin. **Méthodes:** Dans notre établissement, la

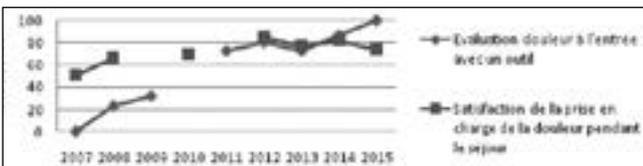
demande de staff de fin de vie émane de l'équipe de soins et/ ou du médecin traitant. Ce staff nécessairement pluri professionnel est organisé par le cadre de santé en présence du médecin coordonnateur. Il a lieu au cours des transmissions réunissant quotidiennement les équipes soignantes du matin et du soir afin d'associer le plus de soignants possible. Le staff débute par l'exposition d'une synthèse de l'histoire de vie et des transmissions récentes relatives au résident concerné. Ensuite, le médecin coordonnateur interroge collectivement l'équipe selon un questionnaire immuable afin de recueillir une estimation consensuelle de l'espérance de vie du résident [1]. Chaque soignant s'exprime sur son ressenti. Si cette espérance de vie consensuelle est inférieure à 15 jours alors il est conclu à une probable situation de fin de vie. Cette démarche abouti à une réflexion globale, à un instant « T », sur la situation palliative du résident en tenant compte de son projet d'accompagnement personnalisé en abordant les notions de fin de vie imminente ou à terme, les capacités restantes du résident : manger, boire, respirer, mnésiques et le confort du résident [2]. L'ordonnance et, au delà, l'ensemble des prescriptions et des soins, fait l'objet d'une réévaluation du rapport bénéfice/inconfort à l'aulne de la situation de fin de vie. En conclusion le médecin coordonnateur interroge l'équipe sur l'éventualité de « quelque chose qu'on aurait du faire et que l'on a pas encore fait » et sur « le sentiment partagé – ou non – d'avoir atteint le terme de l'accompagnement du résident » en terme de maintien de ses compétences/capacités [3]. 1-ANESM, « qualité de vie en EHPAD » volet 4; 2-La loi Claeys-Léonetti (2005- 2016) et sa place dans la réflexion dans le staff de fin de vie. 3-Hansen JC. Accompagnement de fin de vie en EHPAD : 3 principes pour structurer la décision collégiale. LA REVUE FRANCOPHONE DE GERIATRIE ET DE GERONTOLOGIE, vol. 19, n° 185, 2012/05, pages 188-193. **Résultats:** La décision finale quant aux modalités de prise en soins est donc collégiale et est consignée dans le dossier médical par le médecin coordonnateur qui nourrit la réflexion. Le staff de fin de vie dure environ 30 minutes. Le staff de fin de vie n'est pas une finalité en soi. La décision peut être temporaire. Il permet à l'équipe pluri professionnelle d'être collectivement, et de manière consensuelle, au fait des actions à mener dans cette situation singulière de soins. Le staff de fin de vie met en relief les compétences et les savoirs et permet le partage d'expériences. Il permet également, à l'équipe, de prendre conscience de son respect des bonnes pratiques professionnelles et ainsi de prendre sereinement le recul professionnel nécessaire. Dans tous les cas, le patient ou ses représentants et le médecin traitant (s'il na pas pu être présent) seront informés ; les décisions seront clairement inscrites dans le dossier médical. **Conclusion:** La mise en place de staff de fin de vie en EHPAD permet : Pour le résident : une prise en soin homogène et concertée par les équipes pluri professionnelles en s'appuyant sur le projet d'accompagnement personnalisé préexistant. Pour les aidants/familles : une information et un accompagnement (par le psychologue, le médecin traitant, coordonnateur, équipe soignante...); Pour l'équipe soignante : une coordination des activités de soins, l'évaluation (douleurs, dépression...) et la traçabilité des données dans le dossier informatisé, l'émergence d'un besoin de formations complémentaires (DU, DPC ...)

**P5-04-10****Une cible prioritaire, vivre sans souffrance en hébergement**

I. Carriere (1) ; N. Jacquemond (1)

(1) Soins de longue durée, Hôpital Maurice André Saint-Galmier, Saint-Galmier

**Introduction:** • A partir de 2000 : première évaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge de la douleur dans le cadre de la certification des lits de soins de longue durée (131 lits à l'époque). • 21/06/2006 : création du CLUD avec engagement de l'établissement dans une politique continue de lutte contre la douleur. • Mars 2007 : choix d'un indicateur de résultat annuel qui est l'évaluation de la douleur à l'entrée du patient à l'aide d'une échelle validée en gériatrie. Les outils retenus sont alors DOLOPLUS, ECPA et EVA. • Mars 2009 : mise à disposition d'autres outils ALGOPLUS et EVS. • Juin 2012 : signature d'une convention avec une unité mobile de soins palliatifs qui intervient une journée par semaine dans l'établissement (256 lits dont 50 lits en SLD). **Méthodes:** L'équipe du CLUD avec la qualicienne analysent au moyen d'une grille de recueil de données la douleur à l'entrée depuis 2007. Les résultats sont restitués aux équipes et aux résidents (diffusion dans les instances et les journaux internes). Une question sur la prise en charge de la douleur est incluse dans l'enquête annuelle de satisfaction des résidents depuis 2007. Les analyses concernent l'ensemble des 256 résidents des unités SLD (50 lits) et EHPAD (206 lits) et portent sur 30 dossiers. **Résultats:** En 2015, ce sont 100% des résidents qui ont eu une évaluation de la douleur à l'entrée avec un outil de mesure. L'outil plébiscité est l'EVS (66%) associé à ALGOPLUS (3%) et ALGOPLUS seul (31%). La comparaison des indicateurs de résultats depuis 2007 encourage l'équipe du CLUD à poursuivre ses efforts. La satisfaction du patient n'est que de 74% en 2015. Il y a discordance entre le résultat de l'utilisation d'un outil de mesure et la prise en charge de la douleur telle qu'elle est vécue par le patient. **Conclusion:** Plusieurs pistes d'amélioration sont inscrites dans le projet médical et de soins à partir de 2016 : intégration de l'évaluation de la douleur dans une évaluation globale gériatrique, évaluation de la prise en charge non médicamenteuse par une échelle qualitative de satisfaction du patient, développement du soin « plaisir » incluant les soins relationnels, substitution du mot douleur par celui de souffrance, personnalisation du projet de vie pendant le séjour jusqu'à la fin.

**P5-04-11****Les directives anticipées: oui, c'est possible !**

C. Rouquet (1) ; F. Normand (2) ; E. Verdier (2)

(1) Usld, C.H. de la Côte Basque, Saint-Jean-de-Luz; (2) Ehpap, C.H. de la Côte Basque, Bayonne

**Introduction:** La rédaction des directives anticipées devrait être proposée pour chaque patient hospitalisé ou chaque résident en EHPAD. Elle fait partie des droits des patients. Malheureusement, elles sont peu rédigées alors que le recueil des volontés du patient est un élément souvent clef dans la prise en charge de nos patients âgés. Proposer leur rédaction dès l'entrée dans un établissement de santé ou médico-social s'avère souvent délicat et c'est pourquoi

elles sont rarement remplies à cette occasion. Pour nos résidents en EHPAD, nous avons voulu prendre un temps, à distance, pour en parler. **Méthodes:** Un affichage a été fait dans l'EHPAD pour informer d'une réunion sur les droits des patients. L'animatrice a ensuite invité personnellement un petit groupe de résidents de l'EHPAD dont les capacités cognitives étaient suffisantes et/ou qui s'étaient exprimés sur leur fin de vie de façon informelle lors de décès de résidents. Ils ont été réunis en petit groupe en présence du médecin coordonnateur, de la psychologue et de l'animatrice. Durant la séance, une information sur la personne de confiance et sur les directives anticipées a été délivrée par le médecin coordonnateur. Un temps de parole a été ensuite donné aux résidents. A la fin de la séance, des documents ont été remis. **Résultats:** 18 résidents sont venus à cette réunion. La participation a été très bonne avec un réel intérêt pour les sujets abordés. Les résidents ne se souvenaient pas d'avoir été informés à l'entrée de l'établissement ou ailleurs. La dynamique de groupe a permis de faire parler les résidents sur leur fin de vie avec moins d'angoisse qu'aurait pu générer un entretien individuel. Ils ont pu verbaliser et échanger sur leurs souhaits et leurs craintes très librement, sans tabou. Le sujet de l'euthanasie active a été abordé spontanément par les résidents mais les principes de la loi ont été rappelés. La déclaration spontanée des directives anticipées à la sortie de la séance a été rare (2 personnes). Par contre, la moitié ont rempli le document après une nouvelle sollicitation individuelle par le médecin coordonnateur. L'ensemble des participants ont désigné une personne de confiance hormis ceux sous tutelle. Il n'y a pas eu de résurgence anxieuse suite à la séance. **Conclusion:** Nos patients âgés, même en institution, sont en capacité de rédiger des directives anticipées mais il faut pouvoir les aider. Le moment pour leur proposer doit être bien choisi. Aborder cette thématique avec un groupe permet de faciliter le dialogue, limiter l'angoisse que peut générer un tel sujet et favoriser leur rédaction.

**P5-04-12****Impact du passage d'une équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs Gériatriques sur les pratiques de soins en ehpad**

M. El Mouafek (1) ; H. Chekroud (2) ; A. Petit (3) ; S. Leray (4) ; F. Fortin (5) ; S. Salome (6) ; C. Ringotte (6)

(1) Court séjour gériatrique, C.H. d'Arras, Arras; (2) soins de suite et de réadaptation, GHLH, Loos; (3) Ehpap Jean de Luxembourg, GHLH, Loos; (4) Ehpap Jean de Luxembourg, GHLH, Loos; (5) Equipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs gériatrique, GHLH, Loos; (6) Equipe mobile d'accompagnement et de soins palliatif gériatrique, GHLH, Loos

**Introduction:** Malgré les mesures nombreuses garantissant l'accès aux soins palliatifs, la prise en charge palliative en AHPAD, n'est pas assez efficiente. Pour y remédier, certaines régions ont mis en place des EMSPG intervenant dans les Ehpads. Dans ce cadre, nous proposons d'évaluer l'impact de l'EMASPG sur la qualité de prise en charge palliative aux seins des Ehpap bénéficiant de ses interventions. **Méthodes:** Nous avons réalisé une enquête rétrospective observationnelle descriptive basée sur deux années d'activité de l'EMASPG (2014 et 2015). L'étude s'appuie sur les rapports annuels d'activité, les fiches « Contact » et sur un questionnaire destiné aux médecins coordonnateurs des 29 EHPAD partenaires. **Résultats:** 83% des EHPAD conventionnés ont bénéficié de l'intervention de l'EMASPG. La file active a fortement progressé en 2015 (+35 %). La typologie des demandes s'est

modifiée : les problématiques d'accompagnement psychologique et de réflexion éthique ont été plus nombreuses en 2015 par rapport à 2014. La proportion des résidents stabilisés durablement a été plus importante (+12 %). On note une baisse sensible des suivis inférieurs à une semaine et une augmentation des suivis supérieurs à 13 jours. Parmi les résidents stabilisés, il y a eu moins de réouverture de dossier. 100% des médecins coordonnateurs pensent que « l'intervention de l'EMASPG a modifié les pratiques de soins par rapport aux situations palliatives ». La diffusion de la culture palliative s'appuie sur la formation des équipes et la transmission mutuelle des savoirs : de l'EMASPG vers l'EHPAD et de l'EHPAD vers l'EMASPG. **Conclusion:** Ces chiffres semblent témoigner du rôle positif de l'action de l'EMASPG. Cette équipe permet en effet une plus grande anticipation des besoins des résidents et l'acquisition d'une compétence spécifique. Pour autant, comme le souligne le rapport de la DGOS, si cette équipe apporte son savoir-faire technique et son expertise éthique, son efficacité peut être limitée par les moyens mis à disposition des EHPAD.

#### P5-06-26

##### **Analyse de la reconnaissance de la capacité décisionnelle du sujet âgé avec une vulnérabilité cognitive dans le cas du refus de soin**

T. Tannou (1)

(1) *Gériatrie, CHRU de Besançon, Besançon*

**Introduction:** Avec le vieillissement de la population, la médecine fait face à des situations nouvelles et complexes. Ces situations posent, pour ces patients, des questions sur le respect de leur autonomie concernant la prise en charge et son consentement. Cela pose également la question du sens de leur accord dans une situation dont ils ne comprennent pas clairement la complexité. **Méthodes:** Cette étude est une revue de la littérature axée sur les processus de prise de décision chez les patients âgés ayant une vulnérabilité cognitive, notamment au travers des difficultés liées au refus de soin. Notre recherche a été développée sur trois domaines, en utilisant les moteurs de recherche spécifiques pour chaque: Psych'Info pour les sciences humaines, CAIRN pour les sciences sociales et PUBMED pour les sciences biomédicales. **Résultats:** Les résultats montrent une appropriation de cette thématique de la prise de décision sur le domaine des sciences humaines et sociales. Après sélection, nous avons gardé 24 articles. L'analyse de ceux-ci montre tout d'abord que faire un choix nécessite une balance entre des arguments rationnels et irrationnels. Mais, le vieillissement et les troubles cognitifs déplacent l'équilibre vers la composante la plus intuitive. En conséquence, ceci interroge sur la notion de capacité à choisir. Notre étude nous amène donc à l'analyser, de la capacité extrinsèque (reconnaissance juridique de la capacité) à la capacité intrinsèque (capacité à prendre une décision libre et éclairée), notamment à travers les difficultés propres au refus de soin. Cependant, le besoin d'être reconnu en mesure de prendre une décision n'a de sens que dans une situation impliquant autrui. Ainsi, nous discutons des limites que posent la reconnaissance par les autres de cette prise de risque qu'est le refus, dans un équilibre entre liberté et à sécurité. Notre étude montre que la tendance est de favoriser la sécurité des patients, y compris parfois au dépend de leur dignité. **Conclusion:** Notre travail montre la nécessité de poursuivre le travail de recherche autour des processus de prise de décision en situation complexe gériatrique, notamment au travers le refus de soin, pour dégager un espace de réflexion et de liberté de choix, tant pour les patients que pour les praticiens.

#### P5-06-27

##### **Comment décider d'amputer ou pas nos patients âgés ?**

C. Rouquet (1) ; F. Fitte (2) ; M. Noblia (3)

(1) *Usld, C.H. de la Côte Basque, Saint-Jean-de-Luz;* (2) *Usld, C.H. de la Côte Basque, Bayonne;* (3) *Ssr, C.H. de la Côte Basque, Saint-Jean-de-Luz.*

**Introduction:** L'évolution de l'artérite des membres inférieurs de nos patients âgés peut conduire à envisager une amputation qui reste un geste mutilant et souvent difficile à accepter. Elle est proposée devant des douleurs difficilement contrôlables, des plaies avec pertes de substances et/ou infection. La décision d'un tel geste est d'autant plus difficile que nos patients sont polyopathologiques avec une morbidité post chirurgicale importante. De plus, Ils ne peuvent pas toujours exprimés clairement leurs volontés. **Méthodes:** En nous appuyant sur des cas survenus dans le service, nous avons repris les arguments qui avaient conduit à la décision. Nous avons également interrogé différents référents spécialistes de l'hôpital : chirurgien vasculaire, anesthésiste, gériatre, médecin des soins palliatifs groupe éthique afin de déterminer les critères qui leurs semblaient importants. Enfin, une revue de la littérature a été effectuée. **Résultats:** De manière classique, la réalisation du geste technique et le niveau d'amputation sont à déterminer avec le chirurgien. Les comorbidités sont à détailler pour évaluer le risque de décompensation en post opératoire. L'espérance de vie avec ou sans amputation doit être prise en compte. Les données sur le lieu de vie et la disponibilité de l'entourage sont également importantes pour s'assurer de bonnes conditions post opératoires. Si l'appareillage n'est pas envisageable, la perte fonctionnelle qui découlera de l'amputation doit être présentée au patient afin d'évaluer sa capacité d'adaptation au handicap futur. La qualité de vie actuelle et future doit être discutée avec lui afin d'évaluer, ce qui fait sens pour lui et quel projet de vie il peut envisager par la suite. Si l'abstention du geste chirurgical est retenue, les autres thérapeutiques visant à soulager le patient, doivent être évaluées: prise en charge de la douleur par la post de KT périmerveux, traitement de l'infection par antibiothérapie.... Dans tous les cas, du temps doit être laissé à la réflexion. Les souhaits du patient doivent être bien sûr recueillis mais à plusieurs reprises pour s'assurer de la bonne compréhension de la décision envisagée. Si le patient n'est pas en capacité de s'exprimer, les directives anticipées seront prises en compte. En cas de doute, l'entourage et la personne de confiance doivent être consultés pour évaluer ce que le patient aurait accepté et ses capacités d'adaptation. Par sa proximité avec le patient, l'équipe paramédicale peut également aider à la décision en rapportant le ressenti du patient, ses craintes et son degré de compréhension de la situation. Malheureusement, peu d'études ont été réalisées sur le sujet et nous manquons de donner sur les conséquences de la réalisation ou non d'un tel geste en particulier sur l'espérance de vie et sa qualité. **Conclusion:** La décision d'amputation reste une décision difficile à prendre. Elle doit être prise en équipe pluridisciplinaire avec un avis des différents médecins spécialistes. Elle nécessite une analyse globale de l'état de santé du patient, de son environnement. Elle doit s'intégrer dans un projet de vie et nécessite le dialogue des différents intervenants. Ce geste devrait être évoqué avec nos patients artéritiques pour recueillir leurs directives anticipées bien avant le stade sévère de la maladie.

**P5-09-13****Identification des facteurs de risque associés à la chute chez la personne Alzheimer vivant en institution et proposition de solutions domotiques adaptées: Analyse de 608 résidents en EHPAD (Etude EHPADOM)**

P. Vialle (1) ; T. Sombardier (2) ; S. Mandigout (3) ; T. Dantoine (4) ; A. Tchalla (5)

(1) Institut Limousin de Formation aux Métier de la Réadaptation, Limoges; (2) Ilfomer, Institut Limousin de Formation aux Métier de la Réadaptation, Limoges; (3) Havae, Université de Limoges, HAVAE (Handicap, Activité, Vieillesse, Autonomie, Environnement), Limoges Cedex 1; (4) Geriatrie, CHU, Limoges; (5) Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges, Limoges

**Introduction:** Les chutes de par leurs conséquences et leurs coûts sont un réel enjeu de santé publique. Au sein des EHPAD d'importantes mesures sont mises en place afin de réduire ces dernières et leurs impacts tant bien pour la personne qui en est victime que pour la structure. Malgré tous les efforts effectués en termes de prévention primaire, secondaire et tertiaires, nous constatons des limites à la prise en charge conventionnelle des chutes. Nous proposons alors de mettre la domotique au service de cette prévention, et afin de proposer des installations cohérentes nous avons étudié les facteurs associés à la chute. **Méthodes:** Nous avons réalisés une étude rétrospective menée sur la période de 9 mois : du 1 janvier 2015 au 31 septembre 2015, au sein de L'hôpital Intercommunal du haut Limousin. Les données ont été collectées via le dossier des résidents et les déclarations de chutes des sujets âgés et plus spécifiquement des Alzheimer résidents en EHPAD. 608 résidents ont été analysés. **Résultats:** La prévalence globale des chuteurs ( $\geq 1$  chute) est de 52.6% en 9 mois soit 320 résidents ayant au moins chuté une fois pendant la période. Le nombre de chutes sur 9 mois est de 888 soit 99 chutes par mois dans l'EHPAD et 0,31 chutes/résident/mois. Chez les résidents Alzheimer, 72 avaient chuté au moins une fois et 253 chutes avaient été dénombrées sur 9 mois soit 3.5 chutes/ résident Alzheimer/mois. 88% surviennent en chambre et 68 % sont produites la nuit. De nombreuses chutes ont lieu au sein des WC (près de 45%). De plus, les sujets chuteurs sont dans l'incapacité de prévenir dans 86% des cas. Les chutes étant majoritairement en chambre le délai au sol varie entre 30 minutes et 2 heures correspondant au tour de garde de nuit. Les solutions de domotiques de détection de chute et d'aménagements des chambres étaient supérieures à 60% avec une acceptabilité d'environ 95%. **Conclusion:** La prévalence des chutes est 3 fois plus importante chez les patients Alzheimer. La mise en place de capteurs au niveau du lit, du sol et directement sur le sujet assurerons une veille permanente et déclencherons au besoin des scénarios domotiques tels que la mise en place de systèmes lumineux ou encore un appel d'aide. Tout cela pourra permettre un accroissement de la prévention et pourra réduire les chutes ou leurs conséquences.

**P5-09-14****Étude d'acceptabilité d'une stimulation cognitive en version numérique chez des personnes âgées atteinte de maladie d'Alzheimer ou présentant des troubles cognitifs légers**

AL. Riegert-Fricconnet (1) ; B. Beaumatin (1) ; A. Tchalla (1) ; T. Dantoine (2)

(1) Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges, Limoges; (2) Geriatrie, CHU, Limoges

**Introduction:** De nombreuses études relèvent l'importance de la stimulation cognitive auprès des personnes malade Alzheimer (MA)

à la fois sur le déclin cognitif et la qualité de vie. En revanche peu de résultat rend compte de stimulation cognitive par le biais d'outils numériques alors que ceux-ci pourraient éventuellement optimiser les prises en charge. L'objectif principal est de rendre compte de résultat concernant l'acceptabilité et la faisabilité de l'utilisation d'un outil numérique de stimulation cognitive Stibox sur tablette tactile, auprès de personnes Malade Alzheimer (MA) ou atteintes de troubles cognitifs légers (TCL). **Méthodes:** Nous avons réalisé une étude de cas portant sur 17 patients âgées (MA ou TCL) de 70 ans à 91 ans (moyenne d'âge : 80.3 ans  $\pm$  5.3), suivis dans le cadre de la consultation mémoire, ayant des MMSE compris entre 15 et 30 (moyenne de 22.5  $\pm$  4.1). Le CHU de Limoges a développé grâce à un partenariat avec une startup Stimul'active®, un outil numérique de stimulation Stibox. 14 patients (soit 82.4 %) ont acceptés de participer à des séances de stimulation via Stibox. La passation du questionnaire USE (Usefulness, Satisfaction, and Ease of use) a permis d'obtenir des informations sur l'outil concernant 4 domaines son utilité, sa facilité d'utilisation, sa facilité d'apprentissage et le sentiment de satisfaction qu'il procure. Les résultats ont été répartis par niveau d'atteinte cognitive MA et TCL et niveau de connaissance des outils informatiques Initiées ou Non Initiées (NI/ I). **Résultats :** Les résultats descriptifs globaux indiquent un sentiment d'utilité à 87.5%, une facilité d'utilisation à 88.3%, une facilité d'apprentissage 91.1% et un sentiment de satisfaction à 95.9% pour des personnes âgées avec MA et TCL. L'analyse des niveaux d'atteintes cognitives indique des pourcentages plus élevés pour les degrés d'atteinte moins sévère. Enfin celle des niveaux d'initiation aux outils informatiques indique des résultats globalement plus élevés pour le groupe NI. Au niveau qualitatif 42.9 % des patients utilisent Stibox également à domicile, 33.3% possédaient une tablette et 66.6 % ont réalisé l'investissement. **Conclusion:** Les résultats indiquent une très bonne acceptabilité et faisabilité de l'outil Stibox chez des personnes âgées MA ou atteintes de TCL, quelque soit le niveau d'atteinte cognitive et le niveau de connaissance des outils informatiques. Nous devons cependant nuancer l'ensemble des résultats par le faible effectif de notre étude et le très faible effectif du groupe TCL. Cette étude ouvre la perspective d'un projet d'étude pilote de cohorte observationnelle et prospective concernant l'évolution du déclin cognitif de personnes âgées atteintes de MA et bénéficiant de stimulation cognitive numérique.

**Tableau 1**  
Répartition des groupes

	TOTAL	USE	REFUS	I	NI	MA	TCL
NOMBRE	17	14	3	6	8	12	2
AGE	80.3 SD 5.3 (70-91)	79.9 SD 3.9 (74-88)	82.3 SD 11.0 (70-91)	80.7 SD 5.1 (75-88)	79.3 SD 3.0 (74-83)	79.8 SD 4.1 (74-88)	80.5 SD 3.5 (78-83)
MMSE	22.5 SD 4.1 (15-30)	22 SD 4.2 (15-30)	25 SD 2 (23-27)	19.5 SD 2.9 (15-23)	23.9 SD 4.3 (17-30)	20.9 SD 3.4 (15-28)	28.5 SD 2.1 (27-30)

**P5-09-15****Cas Clinique/ Case Report Le syndrome de la dent couronnée : à propos d'un cas Crowned dens syndrom H. Rezigue, M. Neiss, B. Verlhac**

H. Rezigue (1)

(1) SSR geriatrie, AP-HP Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris

**Introduction:** Le syndrome de la dent couronnée représente une étiologie peu connue de cervicalgies aiguës fébriles. Des tableaux

cliniques incomplets sont fréquents, la triade clinique complète à savoir cervicalgies intenses, raideur cervicale et fièvre n'est parfois pas retrouvée chez les personnes âgées. Nous présentons le cas d'une patiente prise en charge en soins de suite pour exploration d'une asthénie dans un contexte d'un syndrome inflammatoire chronique inexpliqué. **Méthodes:** Il s'agit d'une patiente âgée de 94 ans, admise initialement à l'unité de gériatrie aiguë pour une asthénie marquée évoluant depuis une semaine sans amaigrissement. Durant le séjour, elle a présenté un état fébrile avec des températures oscillant entre 38,6 et 39°C, l'examen clinique était sans particularité, il n'y avait pas de point d'appel infectieux clinique franc. La biologie révélait une CRP à 87 mg /L et des globules blancs à 18000 dont 80% de PNN, le bilan hépatique était normal, l'ECBU et les hémocultures étaient négatifs, les antigénuries légionnelle et pneumocoque étaient négatives, absence d'infection mycotique confirmée par des écouvillons négatifs (oral, nasal, aisselles, périnée et rectal). Le scanner TAP ne retrouvait pas de foyer infectieux profond ni de néoplasie, pas d'argument pour une spondylodiscite. Un traitement antibiotique probabiliste par Ceftriaxone et Flagyl a été introduit devant des douleurs abdominales diffuses dans l'hypothèse d'une diverticulose, puis transfert de la patiente dans notre unité de soins de suite. A J10 de l'antibiothérapie, elle a présenté une récurrence de pic fébrile à 39°C avec une élévation de la CRP à 192 mg /L et des leucocytes à 28000. Nous avons décidé d'arrêter les antibiotiques et de faire une fenêtre thérapeutique. L'état général de la patiente était relativement conservé, il n'y avait pas de foyer infectieux évident à l'examen clinique, elle se plaignait de douleurs insidieuses au niveau de l'épaule droite et du rachis cervical, calmées par des antalgiques de palier 1, absence de raideur de la nuque, de céphalée et les pouls temporaux étaient présents. D'autres examens complémentaires ont été réalisés dans ce contexte de fièvre récurrente et de syndrome inflammatoire inexpliqué. L'échographie abdomino-pelvienne non contributive, la FOGD échouée, un deuxième scanner thoraco-abdomino-pelvien ne retrouvait toujours pas de foyer infectieux profond, présence d'une arthrose importante du rachis cervico-dorsal avec destruction des disques, des sinus sans particularité, absence d'endocardite à l'échographie cardiaque, absence de phlébite et de thrombus séquellaire à l'échodoppler veineux des membres inférieurs, la mammographie était normale (ACR2), l'ECBU était positif à E Coli, le PET Scanner ne montrait pas de processus néoplasique ou infectieux, mais il existait un rehaussement hypermétabolique de la trame médullaire d'allure inflammatoire. Les douleurs articulaires s'accroissaient et le syndrome inflammatoire persistait avec une CRP à 133mg/L, et des leucocytes à 19000. Cliniquement la patiente se plaignait essentiellement de douleurs articulaires d'horaire mécanique, d'intensité variable (faible à modérée), de localisation asymétrique, touchant l'épaule droite et le genou droit, associées à de discrètes douleurs cervicales intermittentes. La relecture des scanners a enfin remarqué une calcification ligamentaire en rapport avec une chondrocalcinose de C1-C2. Un traitement par colchicine a entraîné une amélioration de la symptomatologie la régression du syndrome inflammatoire CRP à 18 mg/L au 4ème jour et à 7 mg/L au 7ème jour de traitement. Cette évolution favorable confortant le diagnostic de CCA C1-C2, subaiguë avec poussées aiguës, appelée également le syndrome de la dent couronnée. **Résultats:** L'évolution favorable avec l'amélioration de la symptomatologie douloureuse et la régression du syndrome inflammatoire sous traitement par colchicine, permet d'émettre l'hypothèse sur l'histoire de la maladie d'un épisode infectieux, résolutif sous antibiotique et de l'apparition secondairement d'une

poussée de chondrocalcinose articulaire aiguë. Le scanner cervical centré sur C1-C2 est l'examen de référence, met en évidence une calcification ligamentaire en rapport avec une chondrocalcinose C1-C2. **Conclusion:** Le scanner cervical centré sur C1-C2 est l'examen de référence, il confirme le syndrome par la mise en évidence de calcifications péri-odontoidiennes (caractéristique du ligament transverse de l'atlas). De bon pronostic, l'amélioration clinique est souvent spectaculaire sous traitement par Colchicine est considéré comme un critère diagnostique SDC.

#### P5-09-16

#### Stimulation cognitive informatisée : Quels bénéfices chez les MCI avec des hypersignaux de la substance blanche ? Résultats préliminaires

L. Djabelkhir (1) ; YH. Wu (1) ; H. Lenoir (2) ; JS. Vidal (2) ; J. Zaleski (3) ; B. Charlieux (3) ; G. Legouverneur (4) ; AS. Rigaud (4)

(1) *Gérontologie 2, Hôpital Broca, université Paris Descartes, Paris;* (2) *Gériatrie, Hôpital Broca, Paris;* (3) *Gérontologie 2, Hôpital Broca, Paris;* (4) *Gériatrie, Hôpital Broca, université Paris Descartes, Paris*

**Introduction:** Des études font état de l'impact positif des interventions cognitives menées auprès de patients MCI (Mild Cognitive Impairment/trouble cognitif léger). Cependant, on constate une grande variabilité des résultats qui rend difficile la généralisation des bénéfices, souvent expliquée par l'hétérogénéité dans le MCI. Outre les différents sous-types ou l'évolution différentielle des patients dans le temps, l'origine des troubles cognitifs, lesquels peuvent être consécutifs à un état thymique (ex. dépression) ou à la présence d'hypersignaux de la substance blanche (HSB), semble être une limite importante dans les études. À ce jour le profil de patients MCI « répondeurs » à ce type d'intervention reste mal connu, et pourrait être déterminé par ces différences intra-individuelles. Autrement dit, l'existence d'hypersignaux de la substance blanche chez certains patients MCI pourrait être un facteur déterminant dans l'efficacité des interventions non pharmacologiques. Cette étude exploratoire, actuellement menée auprès de patients MCI, vise à évaluer l'efficacité d'un programme de stimulation cognitive informatisée (SCI) et à déterminer le profil des MCI « répondeurs » selon l'existence ou non d'hypersignaux de la substance blanche. **Méthodes:** Trente et un sujets (âge moyen 75,20±7,32) ont fait l'objet d'une évaluation neuropsychologique et psychosociale. Les patients ont bénéficié de 24 séances de SCI. À l'issue du programme, les analyses porteront sur la comparaison des performances pré et post-intervention des deux échantillons : MCI avec hypersignaux versus MCI sans hypersignaux. **Résultats:** Résultats attendus: Des effets différentiels entre les deux groupes à la phase post-intervention expliqués par la présence d'HSB. Le niveau de performances cognitives serait associé au degré de sévérité des HSB. Les résultats devraient nous permettre de déterminer un profil de MCI répondeurs et non répondeurs. **Conclusion:** Des anomalies de la substance blanche peuvent toucher différents sous-types de MCI et constituer un frein dans la prise en charge. Si nos résultats confortent l'hypothèse selon laquelle l'efficacité de l'intervention sur les troubles cognitifs serait déterminée par la présence ou non d'HSB, ces derniers méritent une attention particulière dans les futurs travaux évaluant l'efficacité de diverses interventions cognitives pour mieux dégager les profils répondeurs des non répondeurs de ces patients, chez qui la plasticité cérébrale est encore possible.

**P5-11-17****Un nystagmus multidirectionnel isolé : une conséquence rare de carence en Vitamine B1**

E. Chidlovskii (1) ; A. Ledoyen-Jankowski (1) ; D. Seynaeve (1) ; P. Couturier (1)

(1) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes, Grenoble*

**Introduction:** Les manifestations cliniques des carences vitaminiques se traduisent souvent par des associations syndromiques caractéristiques. L'orientation diagnostique est plus difficile chez le sujet âgé polypathologique et fragile. Nous rapportons un cas de carence en vitamine B1 (thiamine) ayant comme manifestation clinique un nystagmus multidirectionnel isolé dans le cadre d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke (EGW).

**Méthodes:** Une patiente de 93 ans aux antécédents de tumeur pancréatique de type TIPMP, de hernie hiatale et de syndrome dysimmunitaire de type lupique était hospitalisée pour chutes à répétition dans un contexte de nausées et vomissements. L'examen neurologique à l'admission était marqué par un nystagmus multidirectionnel, sans signes d'ophtalmoplégie. Les réflexes ostéotendineux étaient présents et symétriques aux 4 membres, la marche était normale. On notait une légère désorientation temporo-spatiale avec MMS à 22/28. Notre patiente n'avait pas d'ataxie ou d'autres anomalies focales à l'examen. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien retrouvait une discrète majoration des lésions de type TIPMP sans majoration de l'atrophie pancréatique. La scintigraphie au Fluoro-désoxy-Glucose (FDG) ne mettait pas en évidence de foyer hypermétabolique suspect. L'examen du liquide céphalo-rachidien était normal avec la recherche d'anticorps anti onco-neuronaux négative. Le dosage plasmatique de la thiamine relevait une carence à 43 nmol/l (N : 79-164). L'IRM cérébrale montrait des hypersignaux sur les séquences T2 au niveau du thalamus. On notait une amélioration oculaire progressive avec disparition totale de nystagmus trois mois après la supplémentation en thiamine (500mg deux fois par jour par voie intraveineuse, puis par voie orale). **Résultats:** L'EGW est liée à une carence acquise en thiamine caractérisée par la triade clinique : syndrome confusionnel, troubles oculomoteurs, anomalies de la marche et de l'équilibre. La triade complète est présente dans 16 à 38 % des cas. La carence en vitamine B1 peut se manifester aussi par de nombreux signes aspécifiques (asthénie, perte d'audition, stupeur, signes végétatifs: hypotension, hypothermie, bradycardie) notamment chez le sujet âgé. Le stockage de la thiamine dans notre organisme est limité à 50 mg, et les réserves peuvent être épuisées en 4 à 6 semaines. En plus des carences alimentaires, certaines situations accélèrent les pertes en thiamine (vomissements ou diarrhées incoercibles, utilisation de diurétiques augmentant la clairance de la thiamine et diminuant la production de sa forme active par élimination rénale du magnésium). Le sepsis et les apports en soluté glucosé augmentent la consommation en Vitamine B1. L'utilisation des antibiotiques participe à la diminution des stocks par une toxicité directe sur cette vitamine. Le déficit en thiamine conduit à des lésions cérébrales principalement dans les régions mésodiencephaliques riches en processus énergétiques thiamine-dépendants. En l'absence de traitement ou de retard à la supplémentation, les atteintes deviennent irréversibles avec une évolution dans 80 % des cas vers un syndrome de Korsakoff caractérisé par une altération cognitive irréversible et dans 17 % des cas vers le décès. Cliniquement, les signes neuro-ophtalmologiques associés à une EGW se composent d'un nystagmus multidirectionnel, d'une paralysie des muscles droits

latéraux et d'une neuropathie optique. Dans notre cas, le nystagmus multidirectionnel était le seul signe de l'EGW. La supplémentation précoce en thiamine a conduit à une résolution du nystagmus et a empêché probablement l'évolution vers les troubles de la marche et de l'équilibre. **Conclusion:** Les carences vitaminiques sont des désordres fréquents qui peuvent constituer une cause non négligeable de morbidité et de mortalité. Malgré des progrès importants réalisés dans la compréhension de la physiopathologie, la prophylaxie et la gestion de l'EGW, cette pathologie potentiellement mortelle reste encore largement sous-diagnostiquée. La supplémentation rapide en polyvitamines, y compris la thiamine, doit être envisagée dans les situations cliniques à risque.

**P5-11-18****Facteurs influençant le statut vitaminique B12 : étude rétrospective de 242 cas**

H. Bailly (1) ; P. Jouanny (1)

(1) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon*

**Introduction:** Le diagnostic de carence en vitamine B12 repose avant tout sur le dosage plasmatique de cette vitamine. Cependant de nombreuses circonstances pathologiques peuvent perturber ce dosage et entraîner de grandes variations dans les résultats, rendant l'interprétation d'autant plus difficile. Notre étude vise à comparer les caractéristiques biologiques de patients ayant présenté une stabilité ou une variation de leur taux plasmatique de B12 au cours d'un même séjour hospitalier. **Méthodes:** Les patients hospitalisés dans le service de Médecine Gériatrique Aigüe du CHU de Dijon entre le 1er janvier 2009 et le 14 décembre 2014 et ayant bénéficié d'au moins deux dosages de la vitamine B12 plasmatique au cours de leur séjour ont été inclus. Une hypovitaminémie B12 était retenue en cas de taux plasmatique < 200 pg/mL, une hypervitaminémie en cas de taux plasmatique ≥ 1000 pg/mL. Une hypovitaminémie était classée comme persistante si l'ensemble des dosages était < 200pg/mL, et régressive en cas de dosage maximal > 200 pg/mL. La vitaminémie B12 était qualifiée de normale en cas de persistance de dosages compris entre 200 et 1000pg/mL. Un syndrome inflammatoire était retenu en cas de CRP > 10mg/L. Une cytolysé hépatique était définie par une élévation des ASAT > 37UI/L ou des ALAT > 61UI/L. Une insuffisance rénale aigüe était retenue en cas d'élévation transitoire de l'urée plasmatique > 6,4mmol/L et de la créatininémie > 105µmol/L. **Résultats:** 242 patients dont 144 femmes (59,5%) ont été identifiés au cours de la période étudiée. 39 patients présentaient une hypovitaminémie B12 à l'admission tandis que 16 patients présentaient une hypervitaminémie. Tous les patients présentant une hypervitaminémie à l'admission avaient un deuxième dosage plasmatique normal. 6 patients présentant un dosage plasmatique initial de vitamine B12 normal présentaient une hypervitaminémie sur leur deuxième dosage : au total, 22 patients présentèrent une hypervitaminémie B12 transitoire. Concernant la fonction rénale, 75 patients présentaient une insuffisance rénale aigüe à l'admission, parmi lesquels 11 (14,6%) présentèrent une hypervitaminémie B12 transitoire et 11 (14,6%) une correction de leur hypovitaminémie initiale. Une insuffisance rénale aigüe était retrouvée chez 48 des 176 (27,3%) patients présentant un taux plasmatique de B12 stable, 5/10 (50%) patients avec hypovitaminémie persistante, 11/34 (32,3%) patients avec hypovitaminémie initiale régressive et 11/22 (50%) des patients avec hypervitaminémie transitoire. Concernant le bilan inflammatoire, 129 patients présentaient un syndrome inflammatoire biologique à l'entrée se normalisant au cours de l'hospitalisation, notamment chez 56 % (n=99/176) des patients

avec vitaminémie B12 normale, 50% (n=11/22) des patients avec hypervitaminémie transitoire, 50% (17/34) avec hypovitaminémie régressive. 18 patients présentèrent un syndrome inflammatoire biologique après leur admission : 10 parmi les 176 patients à vitaminémie B12 normale (5,7%), 1 parmi les 22 patients (4,5%) avec hypervitaminémie transitoire, 5 parmi les 34 patients (14,7%). Le bilan hépatique était disponible chez 225 patients : 155 patients n'ont jamais présenté de cytolysse hépatique au cours de leur séjour, 120 des 164 (73,1%) patients à vitaminémie B12 normale, 8 des 20 patients (40%) avec hypervitaminémie transitoire, 7 des 10 patients à hypovitaminémie persistante et 20 des 31 patients (64,5%) avec hypovitaminémie régressive. 70 patients ont présenté une cytolysse hépatique, dont 44 des 164 patients à vitaminémie normale (26,9%), 12 des 20 patients (60%) avec une hypervitaminémie transitoire, 3 des patients avec hypovitaminémie persistante et 11 des 31 patients (35,5%) avec hypovitaminémie régressive. **Conclusion:** Les variations du taux plasmatique de vitamine B12 sont fortement influencées par la survenue d'une insuffisance rénale aiguë, d'un syndrome inflammatoire biologique et d'une cytolysse hépatique. L'interprétation des résultats au cours d'une hospitalisation suite à un épisode aigu doit se faire avec prudence.

#### P5-11-19

##### **Dépistage du diabète non-équilibré chez le patient $\geq 75$ ans dans les suites d'un AVC ischémique ou d'un AIT : étude rétrospective de 8 ans à partir du registre des AVC de Dijon**

H. Bailly (1) ; J. Durier (2) ; P. Jouanny (1) ; M. Giroud (2) ; Y. Béjot (2)

(1) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon;*  
(2) *Registre dijonnais des AVC, ea4184, service de neurologie, CHU Dijon, Dijon*

**Introduction:** Le diabète est un facteur de risque d'AVC ischémique et d'AIT présent chez 15 à 20% des patient. Les recommandations HAS 2014 relatives à la prévention de la récurrence d'un AVC ischémique ou d'un AIT recommandent pour objectif d'équilibre glycémique une HbA1c  $< 8\%$  au décours de l'événement et  $< 7\%$  6 mois après l'événement. Il existe peu de données disponibles sur la fréquence de découverte du diabète dans les suites d'un AVC ischémique ou d'un AIT chez les patients  $\geq 75$  ans. L'objectif de notre étude était de définir la fréquence de découverte d'un diabète nécessitant un contrôle glycémique et de définir les performances diagnostiques de la glycémie veineuse lors de la prise en charge initiale. **Méthodes:** Notre étude s'appuyait sur le Registre Dijonnais des AVC, un registre de population collectant l'ensemble des cas d'AVC survenant au sein de la population de la ville de Dijon intramuros (152.000 habitants), identifiés à partir de sources multiples exhaustives. La fréquence de découverte d'un diabète avec HbA1c  $> 7\%$  a été déterminé chez des patients de plus 75 ans non diabétiques connus ayant présenté un infarctus cérébral ou un AIT entre le 1er janvier 2006 et le 31 décembre 2014. Les patients devaient avoir bénéficié d'un dosage initial de la glycémie veineuse lors de la prise en charge aux urgences ou dans le service d'hospitalisation, d'une à deux glycémies veineuses à jeun et d'un dosage de l'hémoglobine glyquée. Les résultats de la glycémie initiale étaient organisés en 3 classes : (1)  $< 7\text{mmol/L}$  ; (2) entre 7 et 11 mmol/L ; (3)  $> 11\text{mmol/L}$ . Une hyperglycémie à jeun était retenue en cas de résultat en cas de glycémie  $\geq 7\text{mmol/L}$ . Le diagnostic de diabète était retenu en cas d'hyperglycémie veineuse persistante au cours de l'hospitalisation ou du suivi, d'hyperglycémie veineuse nécessitant un traitement au

antidiabétique au long cours, ou d'hyperglycémie veineuse associée à une élévation de l'HbA1c  $> 6,5\%$ . **Résultats:** 638 patient ont été identifiés au cours de la période d'étude. 10 patients présentaient une HbA1c  $\geq 7\%$  (1,6%), dont 5 patients avec une HbA1c  $\geq 8\%$  et 5 patients avec une HbA1c entre 7 et 8%. 471 patients (74%) présentaient une glycémie initiale  $< 7\text{mmol/L}$ , parmi lesquels 2 patientes avec une HbA1c  $\geq 7\%$ . Le diagnostic de diabète n'a pas été retenu chez ces 2 patients dont l'ensemble des glycémies étaient  $< 7\text{mmol/L}$  sans traitement antidiabétique : l'une présentait une érythroblastopénie auto-immune, l'autre patiente de 94 ans ne présentait des glycémies veineuses  $< 7\text{mmol/L}$  pour une HbA1c à 8,6% sans explication évidente à cette discordance. 159 (25%) patients présentaient une glycémie initiale entre 7 et 11 mmol/L: 111 d'entre eux (69%) présentaient une 1ere glycémie à jeun  $< 7\text{mmol/L}$ , dont 2 avec une HbA1c entre 7 et 8%. Les éléments du suivi permirent de conclure à un cas de diabète certain et un cas de diabète possible. Parmi les 48 patients présentant une glycémie initiale entre 7 et 11mmol/L et une première glycémie à jeun  $> 7\text{mmol/L}$ , 2 cas de diabète avec HbA1c  $\geq 7\%$  furent découverts, dont un chez un patient décédé 6 jours après la survenue de l'AVC. 8 patients présentèrent une glycémie initiale  $> 11\text{mmol/L}$ , amenant à la découverte de 3 diabètes avec HbA1c  $\geq 7\%$ . 2 de ces patients décédèrent au cours de l'hospitalisation. Au total, 7 cas (1,1%) de diabète avec HbA1c  $\geq 7\%$  furent découverts, dont 3 décédèrent au cours de l'hospitalisation des suites de leur AVC. Une glycémie  $< 7\text{mmol/L}$  est associée à une Valeur Prédictive Négative de 100% de découverte de diabète avec HbA1c  $\geq 7\%$ . **Conclusion:** La découverte d'un diabète nécessitant un contrôle glycémique selon les recommandations relatives à la prévention de la récurrence est une situation rare chez le patient de plus de 75 ans ayant présenté un AVC ischémique ou un AIT, rencontrée chez 1,1% des patients non diabétiques connus d'après notre étude.

#### P5-11-20

##### **Stress oxydant et complications cardiovasculaires et rénales chez les patients âgés, diabétiques de type 2**

M. Sanchez (1) ; K. Mohammedi (2) ; F. Driss (3) ; R. Roussel (2); A. Raynaud-Simon (4) ; G. Velho (2)

(1) *Gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris;* (2) *Umr 1138, Inserm, Paris;* (3) *Département de biochimie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris;* (4) *Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*

**Introduction:** Les patients âgés diabétiques sont particulièrement exposés à la morbi-mortalité cardiovasculaire et rénale. Le stress oxydant et notamment la formation d'AOPP (Advanced Oxidative Protein Products) par peroxydation des protéines, sont suspectés dans la physiopathologie des complications du diabète. Cette étude recherche une association entre les concentrations plasmatiques en AOPP et la survenue d'un événement cardiovasculaire ou rénal majeur (ECRM) dans une cohorte de diabétiques de type 2 âgés de plus de 70 ans. **Méthodes:** Les concentrations plasmatiques en AOPP ont été mesurées à l'inclusion chez 1000 patients diabétiques de type 2, âgés de 70 ans et plus de la cohorte DIABHYCAR (72% d'hommes, âge  $75,0 \pm 4,6$  ans, durée du diabète  $12,6 \pm 8,3$  ans, 20,3% des patients avec une coronaropathie à l'inclusion, 6,6% un antécédent d'AVC et 15,5% une artérite des membres inférieurs). Pendant un suivi médian de 5 ans, 239 participants (23,9%) ont présenté un ECRM défini par un infarctus du myocarde, un AVC, une évolution vers l'insuffisance rénale terminale ou un décès cardiovasculaire. **Résultats:** A l'inclusion, les concentrations

plasmatiques en AOPP sont plus élevées chez les patients présentant une atteinte cardiovasculaire en comparaison aux autres ( $p = 0,048$ ) et plus particulièrement chez ceux présentant un antécédent d'infarctus du myocarde ( $p = 0,033$ ) ou d'AVC ( $p = 0,015$ ). Pendant le suivi, la survenue d'un ECRM est plus fréquente chez les participants correspondant au tercile le plus élevé en AOPP en comparaison avec ceux du tercile le plus bas. Cette association est confirmée par le modèle de Cox avec un HR à 1,33 IC 95% [1,09 - 1,61],  $p = 0,017$ , après ajustement sur l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, le tabagisme, l'HbA1c, la CRP, le débit de filtration glomérulaire, l'albuminurie, le rapport CT/HDLc, la présence d'un antécédent d'AVC, d'infarctus du myocarde ou d'une artérite des membres inférieurs et le traitement par antiagrégant plaquettaire, hypolipémiant, antihypertenseur ou IEC). **Conclusion:** Les concentrations plasmatiques en AOPP sont associées à la survenue d'un ECRM chez des patients diabétiques de type 2 âgés de plus de 70 ans dans la cohorte DIABHYCAR. Ce résultat conforte l'association entre stress oxydant et complications du diabète. Simples marqueurs du stress oxydant ou acteurs physiopathologiques, l'implication des AOPP dans la pathogénie des complications vasculaires du diabète reste à élucider.

#### P5-19-04

##### Quels sont les besoins prioritaires des aidants naturels de patients atteints de troubles neurocognitifs ? Analyse par méthodologie Delphi

T. Novais (1) ; C. Mouchoux (1) ; P. Krolak-Salmon (1) ; V. Dauphinot (2)

(1) Centre de Recherche Clinique "Vieillesse, Cerveau, Fragilité", Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne; (2) CMRR Lyon, Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne

**Introduction:** Les aidants naturels de patients atteints troubles neurocognitifs ont un rôle essentiel dans le maintien à domicile du patient. Cependant, l'augmentation du fardeau de l'aidant, lié au niveau de dépendance du patient, est un facteur de risque d'institutionnalisation ayant des conséquences majeures sur le patient et son aidant. Afin de réduire ce fardeau, des programmes de soutien ainsi que dispositifs communautaires ont été mis en œuvre, mais restent peu utilisés et avec une efficacité modérée. Le contenu de l'offre proposée aux aidants nécessite alors de répondre aux besoins et attentes spécifiques de ces aidants. L'objectif de notre étude était d'évaluer et de hiérarchiser les besoins de ces aidants en matière d'information, de compétences et d'accompagnement.

**Méthodes:** Enquête Delphi monocentrique réalisée auprès d'un groupe d'experts en 4 étapes, dont 2 tours d'enquête : 1/ Réalisation du questionnaire d'enquête à partir d'une revue de la littérature et de la pratique clinique et validation par un groupe d'analystes multidisciplinaire (gériatres, pharmaciens, neuropsychologues, cadre socio-éducatif et méthodologiste); 2/ Constitution du groupe d'experts : aidants naturels de patients atteints de MAMA vivant au domicile et suivis en consultation mémoire ; 3/ Réalisation du 1er tour d'enquête : cotation de l'importance de chaque besoin proposé dans le questionnaire - analyse intermédiaire permettant la conception du second questionnaire d'enquête à partir des besoins évalués comme « importants et consensuels » par le groupe d'experts ; 4/ Réalisation du 2nd tour d'enquête : sélection des 10 besoins prioritaires par le groupe d'experts- analyse finale des résultats.

**Résultats:** 1/ Questionnaire d'enquête pour le 1er tour constitué de 46 thèmes de besoin (19 besoins en information, 18 besoins en compétence et 9 besoins en accompagnement); 2/ Groupe d'experts

constitué de 68 aidants pour le 1er tour (Age moyen = 69,1±12,0 ; 67,5% de femmes ; 63,0% de conjoints et 29,5% d'enfants) et de 57 aidants au second tour (taux de réponse : 84%); 3/ Au total, 21 besoins (9 besoins en information, 12 besoins en compétence et 0 besoin en accompagnement) ont été évalués comme « importants et consensuels » par les aidants (besoins retenus pour le questionnaire du 2nd tour); 4/ La liste des 10 besoins prioritaires est composée de 4 besoins en information et de 6 besoins en compétence. Les besoins en information concernent: la maladie et son évolution, les pistes de recherche et les traitements médicamenteux. Les besoins en compétence (coping skills) identifiés sont : Faire face aux troubles du comportement, aux situations de crise au domicile, aux difficultés de communication, aux troubles de la mémoire mais également Apporter un soutien émotionnel et affectif approprié et Gérer l'évolution de la relation avec son proche. **Conclusion:** Malgré la difficulté de mise en œuvre et d'adaptation de la méthode d'enquête Delphi au sein d'un groupe de personnes âgées et non professionnels, cette méthode a permis d'identifier les besoins prioritaires des aidants en matière d'information de type biomédicale et de compétences de psychoéducation (stratégies d'adaptation). Ces résultats ont permis de définir un tronc commun d'interventions multidisciplinaires relatif aux besoins communs des aidants. Cependant, une évaluation individualisée devra être menée de façon complémentaire afin d'identifier les besoins spécifiques de ces aidants.

#### P5-19-05

##### Déterminants des choix de gestion des directeurs d'EHPAD

R. Sibille (1) ; MÈ. Joël (1)

(1) LEDa-LEGOS, Université Paris-Dauphine, Paris

**Introduction:** Les directeurs d'EHPAD (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) sont soumis à des contraintes de plus en plus fortes de la part des tutelles pour maîtriser les coûts de fonctionnement de l'établissement et améliorer la qualité de la prise en charge. Cette recherche d'efficience est relativement récente dans ce secteur et les directeurs sont amenés à modifier leurs pratiques de gestion pour y faire face. Dans cet article, nous proposons d'étudier les déterminants des décisions de gestion de ces derniers. Plus précisément, nous faisons l'hypothèse que malgré l'existence de nombreuses contraintes dans le secteur, les directeurs disposent de marges de manœuvre dans la gestion quotidienne de l'EHPAD. Dès lors, leur manière de gérer l'établissement est influencée par des caractéristiques qui leur sont propres, et notamment leur formation. **Méthodes:** Une enquête originale a été conduite auprès de 500 directeurs d'EHPAD portant sur leurs pratiques de gestion et leur parcours. Les données récoltées ont ensuite été appariées à la base administrative EHPA qui comporte de nombreuses informations sur les caractéristiques des EHPAD, de leurs résidents et de leur personnel. 3 modèles de décision sous contraintes ont été implémentés pour expliquer les choix des directeurs sur les thématiques suivantes : organisation du temps infirmier en journées de 7 heures versus 10 heures, existence versus absence de prime d'assiduité dans la rémunération du personnel, intégration versus absence de formation diplômante dans le plan de formation. Les contraintes prises en compte dans ces modèles sont les suivantes : les caractéristiques de l'EHPAD (statut juridique, taille, localisation géographique), des résidents (niveau de dépendance) et du personnel (taux d'encadrement, ancienneté). Les caractéristiques des directeurs étudiées sont principalement la filière de formation initiale, le niveau d'études et le niveau d'expérience

de direction d'établissement médico-sociaux. Des modèles probit ont été utilisés dans le cadre de cette modélisation. **Résultats:** Les trois modèles testés mettent en évidence le rôle important de la formation pour expliquer les choix de gestion. Les directeurs ayant une formation en économie ou en gestion privilégient des pratiques visant à améliorer la productivité du personnel. Ainsi, ils adoptent plus volontiers une organisation en journée de 10 heures, qui permet entre autres de réduire le temps de transmission entre les équipes. De plus, ils intègrent de manière plus systématique une prime d'assiduité visant à limiter les absences et améliorer ainsi la productivité. Les directeurs ayant une formation initiale médicale sont quant à eux davantage focalisés sur la qualité de la prise en charge, ce qui les incite à proposer des formations diplômantes au personnel. Il s'avère également que la décision de proposer des formations diplômantes est plus fréquente lorsque le niveau d'études des directeurs est élevé. Assez classiquement, les deux principales contraintes qui influencent le comportement des directeurs sont le statut et, dans une moindre mesure, la taille de l'EHPAD. **Conclusion:** Cette analyse empirique fournit de nombreux résultats nouveaux concernant la gestion des ressources humaines dans les EHPAD et le comportement des directeurs. Les choix de ces derniers sont finalement très liés à leurs préférences, qui sont mesurée dans cette étude par leur formation. Aujourd'hui, le modèle de l'EHPAD est remis en question et les débats sur l'avenir de cette structure sont vifs. Cette étude montre qu'il est possible d'adapter l'EHPAD aux enjeux futurs, de modifier son fonctionnement en s'appuyant sur les directeurs, sans nécessairement remettre totalement en question son modèle économique

#### P5-19-06

##### Approche psychodynamique et systémique de l'épuisement des aidants familiaux

N. Bouati (1) ; A. Sagne (2) ; M. Hunsicker (3) ; G. Gavazzi (1) ; P. Couturier (1)

(1) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, C.H.U Grenoble Alpes, La Tronche*; (2) *Département de psychologie de la santé, parcours « psychologie clinique du vieillissement », Université Lyon 2, Lyon*; (3) *Département de psychologie clinique, parcours « psychologie clinique et psychopathologie », Université Lyon 2, Lyon*

**Introduction:** De nos jours, le système familial est de plus en plus sollicité dans les prises en charge du conjoint, du parent ou des aïeux. Confrontée au vieillissement, à la maladie et à la dépendance qui lui sont fréquemment liées, la famille ne sait pas toujours comment agir (ou réagir), ni comment appréhender ces situations. Les enfants sont souvent amenés à s'occuper d'un parent (voire parfois des deux), adoptant ainsi une position d'aidant face à cette crise. L'impact du « vieillir plus longtemps » et de la perte d'autonomie, qui lui est couramment associée, peuvent revêtir une dimension générationnelle et atteindre toute la constellation familiale. L'objectif de cette étude (originale) est de cerner les processus mis en jeu lors d'une crise familiale, notamment dans la relation aidant/aidé. Pour ce faire, nous proposons une identification des déterminants psychodynamiques et systémiques afin de mieux comprendre comment les aidants familiaux peuvent arriver jusqu'à l'épuisement, et ainsi tenter d'introduire une perspective préventive de ce phénomène. **Méthodes:** Cette recherche est basée sur le recueil de données, depuis plusieurs années, issu de notre expérience clinique en milieu gériatrique (entretiens familiaux et suivi psychologique). Ainsi, nous avons analysé 1100 observations

cumulées à ce jour. **Résultats:** Notre pratique clinique en service de médecine gériatrique nous a permis d'identifier, à côté des familles qui se caractérisent par des modalités de fonctionnement à valence positive témoignant d'une élaboration possible des conflits psychiques, quatre typologies différentes représentées par : la famille palliative, la famille processive, la famille passive, et la famille exclusive. Il ne s'agit pas d'une configuration nosographique classiquement repérable et figée, mais d'une « représentation » qui permettrait aux différents soignants d'identifier les préoccupations et les modes opératoires des aidants familiaux, afin de mieux les accompagner et les soutenir dans cette « crise familiale masquée ». **Conclusion:** Il apparaît essentiel de prendre en compte l'impact de la crise du « mal vieillir », notamment de la souffrance familiale qu'elle peut engendrer en désorganisant à la fois l'idéal et les liens familiaux. Lorsque la prise en charge du sujet âgé s'avère nécessaire, elle doit s'inscrire également dans un soutien de ses proches, limitant ainsi le « poids » du fardeau, et toutes les conséquences qui lui sont inhérentes : inversion des rôles parentaux, infantilisation, relation fusionnelle, maltraitance active ou passive (par négligence), épuisement de l'aidant familial, attitudes masochistes, voire un suicide. C'est face à cette « charge » auquel l'aidant familial se trouve fréquemment confronté, sans formation particulière, aux prises avec des enjeux de « dettes » familiales et de sentiments de culpabilité, qu'il est important d'œuvrer.

#### P5-19-07

##### L'âgisme chez les étudiants en médecine : état des lieux

A. Corvol (1) ; M. Pierre (2) ; A. Gentric (3) ; S. Adam (2) ; D. Somme (1)

(1) *Gériatrie, C.H.U de Rennes, Rennes*; (2) *Unité de psychologie de la sénescence, Université de Liège, Liège, Belgique*; (3) *Ethique, professionnalisme et santé ea 4686, Université de Bretagne Occidentale - UBO Brest, Brest*

**Introduction:** Des stéréotypes négatifs liés à l'avancée en âge sont fréquemment observés en population générale. Des études ont montré que ces stéréotypes sont plus puissants que ceux liés à l'origine ethnique, au sexe ou à l'orientation sexuelle. Lorsqu'ils sont présents chez les soignants, ces stéréotypes peuvent entraîner des discriminations et limiter l'accès aux soins des personnes âgées (Schroyen et al., 2016). Il a en outre été démontré qu'un comportement d'aide injustifiée pouvait favoriser la perte d'autonomie chez une personne âgée. L'objectif de cette étude est d'évaluer la force des stéréotypes âgistes chez les étudiants en médecine et de rechercher les facteurs qui y sont associés. **Méthodes:** Un questionnaire écrit informatisé a été proposé aux étudiants en médecine des facultés de Rennes, Brest et Liège, de la 2ème à la 6ème année. Il associe trois mesures : l'Adaptation française de Fraboni Scale of Ageism, une tâche de fluence verbale à propos du vieillissement et de la jeunesse, et une mesure de la stigmatisation liée à l'âge par estimation de pourcentages. **Résultats:** Des données ont été obtenues pour 570 étudiants à Rennes et 485 à Liège; le recueil de données se poursuit à Brest. Les premières analyses confirment que l'âgisme est largement répandu chez les étudiants en médecine, avec des résultats globalement similaires à Rennes et Liège. Les étudiants de sexe masculins, ceux qui ont peu de contact avec des personnes âgées, ou qui ont des contacts jugés de mauvaise qualité, sont plus susceptibles d'exprimer des stéréotypes âgistes. Le fait d'avoir fait un stage dans un service de gériatrie ou d'avoir bénéficié d'un enseignement de la gériatrie ne semble pas influencer significativement ces stéréotypes. **Conclusion:** L'enseignement de

la gériatrie aux étudiants en médecine doit prendre en compte la fréquence des stéréotypes âgistes. Nos résultats étant soumis à un biais de désirabilité sociale, des études portant sur les stéréotypes implicites (inconscients) seraient utiles. Une meilleure connaissance de l'âgisme et de ses déterminants chez les étudiants en médecine est nécessaire à l'élaboration d'approches pédagogiques susceptibles de limiter les conséquences de ces stéréotypes sur la qualité des soins aux personnes âgées.

#### P5-19-08

**« EHPAD AIDANT : quelle est ma place ? » : programme de formation et d'information pour les aidants dont le proche vient d'entrer en EHPAD. Une collaboration de l'Equipe Mobile Gériatrique Externe Paris Sud Est et les professionnels des EHPAD Parisienne**

C. Bayle (1) ; S. Damnée Meziane (1) ; H. Kerhervé (2) ; V. Christancho Lacroix (1) ; R. Lasserre (3) ; JM. Nguyen (4) ; AS. Rigaud (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Broca, Université Paris Descartes, Paris;*  
(2) *Ea 4468, living lab lusage, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris-Cité, Paris;*  
(3) *Acppa, EHPAD Péan, Paris;*  
(4) *Association monsieur vincent, EHPAD Antoine Portail, Paris*

**Introduction:** L'entrée en institution est, pour les aidants familiaux, une nouvelle étape dans l'accompagnement de leur proche. Elle entraîne des modifications importantes de leur rôle et est source de stress et de culpabilité. Cependant, la littérature montre que ces aidants pourraient bénéficier d'interventions psychosociales leur apportant une aide psychologique prenant appui sur des informations sur les procédures de soins en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), une

formation sur l'évolution et le pronostic de la maladie de leur proche (stade sévère de la maladie) et un soutien dans l'aide aux décisions relatives à la fin de vie. Actuellement des programmes existent pour les aidants des patients au domicile mais sont peu développés pour les aidants des patients institutionnalisés. **Méthodes:** Plusieurs groupes de travail ont permis l'élaboration de ce programme. D'une part des focus groupes (FG) avec les professionnels : deux FG ont permis de recueillir auprès de psychologues de différentes Ehpad et d'Unités de Soins de Longue Durée (USLD) les thèmes importants à aborder avec les aidants. Un FG avec les intervenants (EHPAD et EMGE) a permis de finaliser le programme en tenant compte des attentes des aidants recueillis au cours des FG des familles. D'autre part les FG avec les aidants d'EHPAD et d'USLD : trois FG ont été nécessaires pour recueillir leurs attentes et leurs besoins afin de bien définir le programme. **Résultats:** Un programme de formation, d'information, de réflexion et de soutien est proposé pour les aidants familiaux, comportant 6 séances en présentiel et le développement de ce programme sur internet est en cours. Il sera animé par des professionnels des Equipes Mobiles Gériatriques Externes (EMGE) Parisiennes et des EHPAD. **Conclusion:** Le développement et la mise en place de ce programme comprend 3 phases : 1ère phase finalisation du programme et du site internet pour les aidants, gestion des aspects réglementaires (CNIL), mise en place du comité de pilotage et recrutement des participants ; 2ème phase mise en œuvre du programme pour des bénéficiaires au nord et au sud de Paris qui bénéficieront d'une évaluation avant et après le programme ; 3ème phase de bilan de l'impact du programme et restitution des résultats aux financeurs, participants et comité de pilotage. Le premier groupe d'aidant vient de finir le programme. Les évaluations avant et après sont en cours d'analyse.

# Communications affichées

## A1.10. INSUFFISANCE RÉNALE/DIALYSE

### A1-10-01

#### Une insuffisance rénale légère à modérée peut-elle entraîner une anémie ?

C. Tchenio (1)

(1) Hôpital Universitaire Paul Brousse, Villejuif

**Introduction:** L'anémie attribuée à l'insuffisance rénale chronique sévère représente 8 à 45% des anémies du sujet âgé. Cependant la relation entre fonction rénale et anémie a été peu étudiée spécifiquement chez le sujet âgé. L'objectif principal de cette étude était de déterminer une valeur diagnostique de la clairance de la créatinine pour l'apparition de l'anémie. L'objectif secondaire était de rechercher s'il existe une corrélation entre le taux d'érythropoïétine (EPO), la fonction rénale et le taux d'hémoglobine. **Méthodes:** Le recrutement des patients s'est effectué dans le service de gériatrie aigüe et de rééducation de l'hôpital Paul Brousse, à Villejuif. La numération formule sanguine, réticulocytes, vitamine B12/B9, ferritine, coefficient de saturation, TSH ont été dosés chez tous les patients à l'admission. Les patients ont été inclus s'ils ne présentaient pas ni carence martiale (ferritine < 100 µg/L ou coefficient de saturation < 20%), ni carence vitaminique, ni dysthroïdie, ni insuffisance rénale aigüe, ni syndrome myélodysplasique connu ou suspecté (plaquettes < 150 G/L ou leucocytes < 4G/L ou volume globulaire moyen > 100 µ3), ni cancer, ni traitement en cours par EPO. Chez les patients inclus, un dosage par EPO a été réalisé. La clairance a été estimée à l'aide des 3 formules Cockcroft, MDRD simplifié et CKD-Epi ; l'anémie était définie selon les critères de l'OMS. **Résultats:** Quatre-vingt-deux patients ont été inclus (49 femmes et 33 hommes), d'une moyenne d'âge de 85 ans. Une anémie est retrouvée chez 43% (n=35) des patients ; celle-ci est modérée avec un médiane de l'hémoglobine à 12,4 g/dl (11,6-13,4) dans l'ensemble de notre échantillon. Quatre-vingt-treize pour cent des patients présentent une IRC selon la formule CKD-Epi : 61% légère, 29,5% modérée et 2,5% sévère. Il n'a pas pu être déterminé de valeur diagnostique de fonction rénale pour l'anémie quelle que soit la formule d'estimation utilisée (AUC CKD Epi = 0,55 p=0,46; AUC MDRD = 0,51 p=0,76 ; AUC Cockcroft = 0,61 p=0,08). Aucune relation n'est retrouvée ni entre le degré d'insuffisance rénale et l'anémie, ni entre le degré d'insuffisance rénale et l'EPO. Il n'a pas été retrouvé non plus de corrélation entre l'EPO et le taux d'hémoglobine (p=0,47). **Conclusion:** Notre étude n'a pas retrouvé de lien entre une IRC légère à modérée et une anémie sans cause carencielle, hormonale ou inflammatoire chez les patients âgés hospitalisés. Il faudrait une étude prospective incluant davantage de patients pour établir si la relation entre insuffisance rénale sévère et anémie est retrouvée.

### A1-10-02

#### Devenir des patients de plus de 75 ans ayant une insuffisance rénale au stade 4

M. Bordage (1) ; C. Mathon (2) ; F. Roca (3) ; P. Chassagne (4)

(1) Médecine interne gériatrique, Centre Hospitalier Universitaire Rouen, Rue de Germont, Rouen, France, Rouen; (2) Médecine interne gériatrique, C.H.U Rouen, Rouen; (3) Service de médecine interne gériatrique, Chu De Rouen, Rouen; (4) Gériatrie, CHUV, Rue du Bugnon, Lausanne, Suisse, Lausanne, Suisse

**Introduction:** En cas d'insuffisance rénale terminale (IRCT), il est nécessaire de mettre en place un traitement de suppléance (transplantation ou épuration extra-rénale (EER)). Cependant, le bénéfice de l'EER est parfois incertain chez les sujets âgés, en termes d'espérance de vie, de décès et de qualité de vie. L'objectif de ce travail était de préciser le devenir dans une cohorte de malades âgés ayant une IRCT en termes de choix thérapeutiques (dialyse ou non et de survie). **Méthodes:** Nous avons réalisé une étude monocentrique rétrospective incluant les patients de plus de 75 ans avec un DFG ≤ 20 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> qui étaient suivis en consultation de néphrologie, et analysé leur devenir à 3 ans (dialyse ou non, décès ou survie, perdus de vue). **Résultats:** Parmi 81 patients (âge médian : 81 ans) le DFG médian était de 17 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. On recensait 44 hommes (54 %), 76 étaient hypertendus (94 %), 39 insuffisants cardiaques (48 %) et 34 diabétiques (42 %). Sur le plan gériatrique, on constatait dans cette cohorte 26 patients avec des troubles cognitifs (32 %), 14 avec un antécédent de chute (17 %) et 8 étaient dénutris (10 %). A 3 ans, 26 patients avaient été dialysés (32 %). Le choix du traitement conservateur (pas de dialyse) avait été clairement explicité chez 21 patients (25,9 %), et ce choix justifié par des troubles cognitifs et/ou de multiples hospitalisations et/ou un état général médiocre. Les patients dialysés étaient plus jeunes et plus souvent diabétiques (tableau 1). Ils avaient un DFG à l'inclusion significativement inférieur et une évolution de leur insuffisance rénale depuis le début de leur suivi plus rapide. Aucun n'avait de troubles cognitifs ou de perte d'autonomie significative. Cependant, l'analyse multivariée n'a pas permis de mettre en évidence de facteur prédictif significatif de mise en dialyse (tableau 2). La moyenne de survie était de 42 mois chez les dialysés contre 27 mois chez les malades non dialysés (p<0,0001).

**Tableau 1**  
Comparaison des patients dialysés et non dialysés

	Dialysés n = 26	Non dialysés n = 55	p
Hommes	18 (69,2 %)	26 (47,3 %)	0,094
Age	79,5 +/- 4,6	82,1 +/- 4,3	0,009
DFG initial	15,1 +/- 3,7	17,3 +/- 2,5	0,011
Variation du DFG	16,4 +/- 9,1	8,5 +/- 9,6	0,001
Diabète	16 (61,5 %)	19 (34,5 %)	0,031
Nombre d'hospitalisations	4,3 +/- 4,6	2,2 +/- 2,1	0,035
Perte d'autonomie	0	12 (21,8 %)	0,007
Institutionnalisation	0	5 (9,1 %)	0,027

Troubles cognitifs	0	17 (30,9 %)	0,001
Évaluation gériatrique pré-dialyse	0	8 (14,5 %)	0,05
Décès	6 (23 %)	39 (71 %)	< 0,0001
Survie moyenne (mois)	42,2	26,9	< 0,0001

**Tableau 2**  
Analyse multivariée comparant les dialysés et les non dialysés

	Odd Ratio	IC 95 %
Age	1,067	0,9 ; 1,3
DFG initial	1,247	0,97 ; 1,59
Variation du DFG	0,944	0,87 ; 1,03
Choix du traitement conservateur	9,507	0,47 ; 193,1

**Conclusion:** Nous n'avons pas identifié de facteur indépendant prédictif de mise en dialyse chez les sujets âgés. La médiane de survie était meilleure pour les patients dialysés. Le traitement conservateur est souvent privilégié en cas de syndromes gériatriques, notamment de fragilité, de dépendance et/ou de troubles cognitifs.

## A1.12. ONCOGÉRIATRIE

### A1-12-03

#### Calculateur du risque chirurgical : un outil pertinent en oncologie chirurgicale

T. Cudennec (1) ; S. Benhiaya (2) ; E. Fercot (1) ; A. Sefssafi (3) ; M. Pépin (1) ; L. Aubert (3) ; S. Moulias (3) ; L. Teillet (1)  
(1) *Médecine Gériatrique, HU-PIFO site Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt*; (2) *Médecine gériatrique, HU-PIFO site Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (3) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*

**Introduction:** Présentation à partir d'un cas clinique d'oncologie digestive chez une patiente âgée de 81 ans du calculateur de risque chirurgical proposé par la Collège Américain de Chirurgie. **Méthodes:** Patiente en bon état général, OMS 1, ayant pour seul antécédent une hypertension artérielle équilibrée sous traitement. Admission aux urgences pour un occlusion intestinale avec arrêt des matières depuis 48h et arrêt des gaz depuis 12h. L'examen clinique retrouve un météorisme abdominal sans défense. Le scanner abdominopelvien retrouve un syndrome occlusion avec jonction entre le colon plat et le colon dilaté. Le chirurgien décide de réaliser une colostomie de proche amont. Quels risques a-t-il prit? **Résultats:** En France, concernant la prise en charge du cancer colo-rectal en contexte non métastatique, l'option chirurgicale est retenue dans 82,5% des cas après l'âge de 75 ans (83% avant cet âge). De plus, le délai diagnostic-chirurgie est plus court chez les patients les plus âgés (8 vs 23 jours) car ils sont pris en charge le plus souvent dans un contexte d'urgence. Un calculateur du risque chirurgical existe, établi à partir de 1,4 millions d'actes réalisés par les chirurgiens américains. Il est accessible en ligne. A partir du renseignement de certaines données (geste chirurgical, âge, BMI, autonomie fonctionnelle, situation d'urgence, score ASA, pathologies chroniques, pathologies aiguës...), il propose au clinicien un pourcentage de risque par rapport à la population générale. Les risques concernent: complication majeure, complication quelle qu'elle soit, pneumopathie, infection urinaire, insuffisance cardiaque, infection du site opératoire, insuffisance rénale aiguë, phlébite, recours aux soins de SSR, décès. De plus, la

gravité de la présentation clinique du patient peut être aggravée par le clinicien. De plus, il propose une estimation en jour de la durée d'hospitalisation prévisible en MCO. **Conclusion:** Ce calculateur est un outil statistique d'aide au chirurgien pour estimer le risque de survenue de complications post-opératoires afin de mieux les prévenir..

### A1-12-04

#### Onco-dermatologie. A propos d'une situation de soin complexe

T. Cudennec (1) ; S. Benhiaya (2) ; A. Sefssafi (3) ; E. Fercot (1) ; M. Pépin (1) ; L. Aubert (3) ; S. Moulias (3) ; L. Teillet (1)  
(1) *Médecine Gériatrique, HU-PIFO site Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt*; (2) *Médecine gériatrique, HU-PIFO site Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (3) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*

**Introduction:** Présentation d'une situation clinique complexe à propos d'une patiente âgée de 89 ans et ayant un carcinome épidermoïde de la face. **Méthodes:** La première consultation en Dermatologie pour une lésion ponctiforme de la joue droite date de janvier 2014. Les biopsies réalisées retrouvent un carcinome épidermoïde jugal droit. Il est réalisé deux exérèses chirurgicales. Le seul antécédent est celui d'infections urinaires multiples. La patiente ne prend aucun traitement. Elle vit seule à son domicile, sans aide et est autonome pour les différentes activités basales de la vie quotidienne. La patiente est perdue de vue et revient en consultation de Dermatologie en mai 2015. Il est constaté une récurrence de son carcinome. Le scanner 4 étages retrouve une majoration de taille de la lésion, un contact avec l'os malaire droit sans envahissement, l'absence d'extension à distance. Un avis onco-gériatrique est demandé. La patiente a alors une autonomie fonctionnelle préservée, un état cognitif, thymique et nutritionnel préservé. L'avis conclue à l'absence de contre indication à un traitement par chimiothérapie (5FU-Carboplatine-Erbitux). La patiente bénéficie de la pose d'un port-a-cath. Elle refuse par la suite tout traitement oncologique spécifique (chimiothérapie ou radiothérapie) sur l'argument d'une absence d'efficacité du traitement chirurgical qui lui avait été ressentie comme curatif. **Résultats:** La patiente est hospitalisée en Dermatologie en décembre 2015 dans un contexte de dysphagie, d'asthénie et devant le caractère malodorant de sa lésion cutanée dont la confection des pansements à domicile devient complexe. L'examen retrouve une lésion prenant l'ensemble de la joue droite délimitant en haut par la paupière inférieure et mesurant 10x15cm, creusante, bourgeonnante, avec des nodules tumoraux satellites. Il existe également un trismus et une absence de douleur chez une patiente vigilante, cohérente et orientée. Son albuminémie est de 28g/l. Le scanner 4 étages constate une franche majoration de la lésion jugale droite, une érosion profonde de l'hémiface inférieure droite, ainsi que des adénomégalies. Il est décidé des soins de confort. La patiente décède une semaine plus tard en hospitalisation. **Conclusion:** L'onco-dermatologie chez le sujet âgé pose fréquemment la question de la faisabilité d'une chirurgie de la face, potentiellement délabrante et inesthétique. Comme dans toute relation médecin-patient, l'information doit être loyale, en avertissant des bénéfices/complications d'un traitement spécifique, mais également l'évolution prévisible en l'absence de prise en charge oncologique.

**A1-12-05****Onco-dermatologie. Quelle est votre attitude thérapeutique ?**

T. Cudennec (1) ; S. Benhiaya (2) ; M. Pépin (1) ; A. Sefssafi (3) ; E. Fercot (1) ; L. Aubert (3) ; S. Moulis (3) ; L. Teillet (1)

(1) *Médecine Gériatrique, HU-PIFO site Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt*; (2) *Médecine gériatrique, HU-PIFO site Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (3) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*

**Introduction:** Présentation de la situation clinique d'une patiente âgée de 81 ans, pour laquelle l'option de prise en charge n'a pas fait l'unanimité. **Méthodes:** La patiente est admise en Médecine Interne pour bilan d'anémie et décision thérapeutique concernant une lésion cutanée de la jambe gauche évoluant depuis 5 ans. La patiente est veuve et vit en USLD depuis 17 ans. Elle a 4 enfants, dont 3 domiciliés à proximité. Elle s'habille seule, mais nécessite de l'aide pour la toilette. Ses comorbidités comprennent une cardiopathie ischémique et hypertensive, une cirrhose avec varices oesophagiennes, une insuffisance rénale chronique, un diabète de type 2 insulino-requérant, un retard mental (MMS 23/30), une thrombopénie connue depuis 2001. Enfin, la patiente a développé un érysipèle de jambe en 2009... dont un ulcère de jambe persiste depuis. **Résultats:** L'ulcère sus-malléolaire de la jambe gauche est circonferentiel. Il s'agit d'un carcinome épidermoïde. Le scanner 3 étages réalisé retrouve une infiltration des tissus sous-cutanés et une atteinte osseuse en regard de la lésion. En RCP, la chimiothérapie est refusée au regard des comorbidités existantes. La radiothérapie est refusée du fait du caractère circonferentiel de la lésion. Il est évoqué la possibilité d'une amputation sous le genou avec appareillage, non sans risque de complications. La conclusion : prendre l'avis des gériatres. Lors de cette hospitalisation, il est retrouvé une anémie microcytaire régénérative avec carence en fer, une hypoalbuminémie à 26g/l, l'existence de douleurs occasionnelles de jambe gauche, une escarre talonnière droite, l'absence de dysthymie. La patiente donne des informations précises sur ses antécédents, son histoire de vie, ses enfants et ses modalités de prise en charge. Elle se verticalise seule et marche sans aide. **Conclusion:** Quelle est votre position concernant l'amputation? Le choix de la patiente : c'est vous qui savez, les internistes plutôt en défaveur mais pas à l'unanimité, les dermatologues plutôt contre, le chirurgien est d'accord pour réaliser le geste, les gériatres de l'USLD plutôt en faveur du geste chirurgical. Quel est votre avis ?

**A1-12-06****L'intraitable Merkel**

M. Mathieu (1) ; P. Le Turmier (1) ; B. Gaborit (1) ; C. Devis (1) ; G. Berrut (2) ; P. Chevalet (1)

(1) *Médecine polyvalente gériatrique, CHU de Nantes, Nantes*; (2) *Pole de gérontologie clinique, C.H.U de Nantes, Nantes*

**Introduction:** Nous décrivons ici l'observation d'une tumeur cutanée à cellules de Merkel, rare, mais caractéristique de la personne âgée. **Méthodes:** Un patient de 81 ans, ancien agriculteur, sans antécédent notable, est hospitalisé pour syndrome confusionnel d'apparition brutale, paralysie faciale gauche, dysgueusie, troubles de la marche. Au terme du processus diagnostique, une neuro-sarcoidose est évoquée devant une méningite lymphocytaire non infectieuse avec un aspect IRM de pachy-méningite associée, parésie faciale périphérique, polyneuropathie axonale sévère sensitivo-motrice, uvéite intermédiaire et postérieure gauche, hyper-métabolisme médiastino-hilaire au TEP-scanner. Une très

bonne réponse clinique sous corticothérapie à 1mg/kg est observée. Néanmoins, aucune confirmation histo-pathologique n'a pu être établie (biopsie de glande salivaire accessoire négative). Trois mois après l'initiation de la corticothérapie, un nodule violacé du flanc droit apparaît (33 x 25 mm), d'évolution très rapide, et dont la biopsie répond carcinome neuroendocrine cutané primitif à cellules de Merkel. Il est programmé une exérèse chirurgicale du primitif cutané avec curage axillaire droit (apparition d'un hyper-métabolisme axillaire sur un nouveau TEP scanner), puis radiothérapie adjuvante. **Résultats:** Le carcinome à cellules de Merkel est une tumeur cutanée rare, à pronostic réservé. Il survient principalement chez le sujet âgé, ayant pour facteur favorisant l'exposition aux UV ou l'immunodépression. On distingue plusieurs sous-types anatomopathologiques et trois stades cliniques, en fonction de l'extension loco-régionale et à distance. Le traitement est essentiellement chirurgical. **Conclusion:** Le carcinome à cellules de Merkel est une tumeur cutanée rare, agressive, atteignant principalement les personnes âgées, nécessitant une prise en charge rapide. Dans notre cas, les antécédents d'exposition solaire puis la corticothérapie à forte dose ont probablement joué un rôle favorisant.

**A1-12-07****Une Hyponatrémie pas si anodine**

M. Monmart (1) ; AA. Zulfiqar (2) ; N. Kadri (2) ; J. Doucet (2)

(1) *Département de médecine interne et gériatrie, CHU Reims, Reims*; (2) *Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen*

**Introduction:** L'hyponatrémie est un trouble hydro-électrolytique pouvant être fréquent chez le sujet âgé, relevant de différentes causes, devant être recherchée, par un screening complet, en fonction de l'examen clinique du sujet âgé. **Méthodes:** Nous vous illustrons cette problématique par ce cas clinique. **Résultats:** Une patiente de 69 ans adressée par son médecin traitant, était hospitalisée au sein d'une unité gériatrique aiguë, pour la prise en charge d'une hyponatrémie sévère à 111 mmol/L (normale : 135-145 mmol/L), ceci associé à un ptosis gauche d'apparition récente. Cette patiente présentait comme antécédent notable un éthyisme et tabagisme chronique non sevrés. A l'interrogatoire, la patiente signalait l'existence d'épisodes d'épistaxis modérés, par intermittence depuis plusieurs mois. L'examen clinique retrouvait ce ptosis gauche, accompagné d'un léger flou visuel, sans paralysie faciale associée et sans dysarthrie. La biologie à son entrée, confirmait cette hyponatrémie profonde à 111 mmol/L, sans insuffisance rénale, sans dyskaliémie, sans syndrome inflammatoire biologique, avec un respect du secteur extra-cellulaire sur le versant clinico-biologique. Un scanner cérébral retrouvait une vaste masse tumorale atteignant le cavum, les fosses nasales, le sinus frontal gauche, un prolongement intra-cérébral au niveau de la selle turcique et de la citerne supra-sellaire, associé à une vaste ostéolyse du sphénoïde et de l'ethmoïde. L'IRM cérébrale retrouvait ce syndrome de masse centrée sur le labyrinthe ethmoïdal postérieure, s'étendant jusque dans le cavum et atteignant la fosse nasale gauche avec atteinte du cornet nasal inférieur ; en arrière, une lyse du jugum sphénoïdal jusqu'à la selle turcique, avec hypophyse refoulée en haut était constatée ; la masse était évaluée dans un plan axial à 62\*41 mm. Des biopsies avaient été réalisées devant cette tumeur ulcéro-bourgeonnante de la fosse nasale gauche. La morphologie anatomopathologique et le profil immunohistochimique suggéraient un carcinome s'intégrant dans le cadre d'un tétatocarcinosarcome

nasosinien. Une relecture dans le cadre du REFCORpatch retrouvait une tumeur maligne de haut grade correspondant soit à un tétarocarcinome nasosinien, soit à un neuroblastome olfactif. L'hésitation était liée à la faible quantité de tissu tumoral analysable du fait de cellules nécrosées. Sur le versant thérapeutique: Les épistaxis étaient maîtrisées par méchage résorbable à type hémostatique de contact pluriquotidien (Surgicel®). L'hyponatrémie sévère entrainait dans le cadre du syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone anti-diurétique (SIADH). L'osmolalité était basse à 248 mOsm/kg. Le secteur extracellulaire était normal, sans œdème et sans prise de poids avec une natriurèse conservée à 19mmol/L. Ce trouble hydro-électrolytique avait initialement été pris en charge par une restriction hydrique. Devant la résistance à cette restriction hydrique s'était posée la question de l'introduction de la déméclocycline (Ledermycine®). Le ptosis de l'œil gauche quant à lui évoquait un contexte de Claude Bernard Horner gauche, et se compliquait d'une ophtalmoplégie gauche. L'évolution de la tumeur était compliquée d'une baisse progressive de l'acuité visuelle de l'œil droit. Un scanner des sinus en objectivait la cause, avec une compression du nerf optique droit, entrainant par la suite une cécité complète de l'œil droit. Un bilan d'extension avait été réalisé avec un scanner thoraco-abdomino-pelvien ne retrouvant pas de localisations à distance, une fibroscopie oeso-gastro-duodénale dans ce contexte éthylique ne retrouvant aucune anomalie au niveau du tractus digestif haut, et une tomographie par émission de positons au FDG trouvant un hypermétabolisme isolé à la lésion tumorale et s'étendant vers les orbites et la base du crâne. L'évaluation oncogériatrique avait été réalisée. Sur le plan nutritionnel on notait un IMC à 15.7 kg.m<sup>-2</sup>, une albumine à 41g/L, une hypervitaminémie B12 en rapport avec la néoplasie ORL. La patiente présentait une tumeur maligne, invasive, avec un pronostic restant péjoratif. Une réunion de concertation pluridisciplinaire avait permis de discuter de l'intérêt d'une protonthérapie. Celle-ci, après discussion multidisciplinaire était récusée. Une prise en charge palliative avait ainsi été préconisée. Malheureusement, la patiente était décédée quelques jours plus tard. **Conclusion:** Ce cas clinique reflète bien de la difficulté de la prise en charge d'une SIADH d'étiologie tumorale, étant souvent de mauvais pronostic chez le sujet âgé.

#### A1-12-08

**Lymphome folliculaire chez le sujet très âgé : à propos d'un cas**  
M. Vassaur (1) ; AA. Zulfiqar (2) ; N. Kadri (2) ; J. Doucet (2)  
(1) Département de médecine interne et gériatrie, CHU Reims, Reims; (2) Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen

**Introduction:** Le lymphome folliculaire est un néoplasme des cellules B du centre germinatif des follicules (centrocytes et centroblastes), dont l'aspect est au moins partiellement folliculaire. Le lymphome folliculaire est le plus fréquent des lymphomes non hodgkiniens indolents, chez le sujet âgé. Les facteurs de risques connus sont les infections chroniques, l'immunodépression, l'exposition aux toxiques ou aux radiations. Avec une médiane de survie entre 12 et 15 ans, son pronostic est cependant variable compte tenu de ses différentes présentations clinico-biologiques. **Méthodes:** Nous illustrons cette problématique par ce cas clinique suivant survenant chez un sujet âgé de 90 ans, de sexe féminin. **Résultats:** Madame P, 90 ans, était hospitalisée en unité aiguë gériatrique pour la prise en charge d'un syndrome vertigineux évoluant depuis plusieurs mois et accompagné d'une altération de l'état général avec anorexie et amaigrissement avec une perte

de poids de 5 kgs en 3 mois. Les antécédents personnels de cette patiente ne comprenaient qu'une hypertension artérielle traitée par un inhibiteur calcique. Du point de vu de l'examen clinique, les constantes hémodynamiques étaient stables. L'auscultation cardiopulmonaire était sans particularité ; la palpation abdominale ne retrouvait pas d'hépatomégalie, ni de splénomégalie. En revanche, la palpation des aires ganglionnaires retrouvait des adénopathies cervicales, axillaires et inguinales, bilatérales, infra-centimétriques et indolores. Sur le versant neurologique, les pupilles étaient réactives, sans nystagmus. L'équilibre en station debout était très précaire, du fait de sensations vertigineuses, avec un test de Romberg non évaluable. Ceci était accompagné de céphalées frontales, sans phosphènes, ni acouphènes. On ne notait pas d'hypoacousie. Par ailleurs, était constatée une amyotrophie des membres supérieurs et inférieurs. Au niveau biologique, la NFS révélait une hyperlymphocytose à 7,5 G/L (normes du laboratoire: 1,5-4 G/L), et une anémie normocytaire arégénérative avec un taux d'hémoglobine à 10,3 g/dL (normes du laboratoire : 12-16 g/dL). On ne notait pas de syndrome inflammatoire biologique, ni d'anomalies du bilan hépatique, rénal et thyroïdien. De même, aucune anomalie phosphocalcique n'était détectée. L'électrophorèse des protéines sériques ne retrouvait ni pic monoclonal, ni une hypogammaglobulinémie. On notait une hypoalbuminémie à 30 g/L (normes du laboratoire : > 35 g/L). Un second bilan biologique était réalisé, confirmant l'hyperlymphocytose, accompagnée d'une analyse du frottis sanguin retrouvant des lymphocytes atypiques à noyaux clivés et irréguliers. L'immunophénotypage sur sang était de type : CD5 - CD23 - CD43 - CD20+ CD38+ CD10+, avec un score de MATUTES à 1 sur 4. L'aspect immunophénotypique était en faveur d'un lymphome folliculaire. L'analyse cytogénétique n'avait pas été réalisée. Le reste du bilan clinico-biologique, comprenant la réalisation d'un scanner thoracique et abdomino-pelvien et le dosage du LDH/acide urique/béta-microglobulinémie, concluait à un lymphome folliculaire de stade IV, d'après la classification d'Ann Arbor, de forte masse tumorale (cytopénie, symptômes B et forme leucémique parmi les critères GELF) et de mauvais pronostic (ensemble des critères du score FLIPI1 réunis : âge>60 ans, hémoglobine<12g/dL, LDH-acide urique-bétamicroglobulinémie augmentés, aires ganglionnaires >4 et stade clinique IV). L'évaluation oncogériatrique réalisée retrouvait un score G8 à 3, avec une patiente intégrée comme étant fragile. Le score de Lee était à 17 (>14 : le pourcentage de décès à 4 ans est de 64%). Après une évaluation multidisciplinaire combinant gériatres et hématologues, une abstention thérapeutique était décidée. La patiente décédait, malheureusement, deux mois plus tard, d'une embolie pulmonaire. **Conclusion:** Pendant très longtemps, le lymphome folliculaire a été considéré comme incurable, sauf dans les stades localisés. Son évolution indolente, chez des patients souvent âgés, et le caractère palliatif des chimiothérapies conventionnelles ont justifié l'abstention thérapeutique avec surveillance chez les patients porteurs d'une faible masse tumorale. Ainsi, avec la biothérapie, le Rituximab permet d'obtenir des réponses prolongées, surtout en association avec la chimiothérapie, et souvent des réponses moléculaires complètes. Ce traitement combiné à la chimiothérapie doit être privilégiée chez les sujets âgés, ayant de mauvais facteurs pronostics, ceci associé à une évaluation gériatrique standardisée

**A1-12-09****Dépistage de la dépression en oncogériatrie : enquête de pratique auprès des professionnels de santé**

G. Boudin (1) ; L. Ghewy (1) ; H. Laviec (2) ; P. Le Bon (2) ; AD. Phâm (3) ; B. Beauplet (1)

(1) *Médecine gériatrique, CHU de Caen, Caen*; (2) *Oncogériatrie, Centre Régional de Lutte contre le Cancer François Baclesse, Caen*; (3) *Biostatistiques, CHU de Caen, Caen*

**Introduction:** La dépression est sous-diagnostiquée chez les personnes âgées atteintes de cancer. Il s'agit cependant d'un syndrome gériatrique qui impacte la prise en charge thérapeutique, l'adéquation au traitement et le pronostic vital du patient[1]. La Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO) et l'International Society of Geriatric Oncology (SIOG) recommandent l'évaluation psychologique systématique à tous les patients atteints de cancer âgés de 75 ans et plus [2,3]. Le but de ce travail est d'évaluer les méthodes de diagnostic de dépression utilisées au cours d'une évaluation oncogériatrique. **Méthodes:** Une enquête transversale multicentrique sous forme de questionnaire informatisé a été réalisée entre septembre et octobre 2015 auprès de différents professionnels de l'oncogériatrie via les Unités de Coordination en Onco-Gériatrie et les Antennes d'Onco-Gériatrie du Nord-Ouest. Les critères étudiés étaient : la fonction, la structure d'exercice et l'expérience professionnelle (évaluée par un score composite calculé à partir de l'ancienneté et la fréquence annuelle des évaluations) ; les difficultés à diagnostiquer la dépression; les échelles de dépistage utilisées (mini-GDS, GDS-15, GDS-30, HADS, Distress Thermometer) et l'opinion à leur sujet. Une différence de pratique de dépistage a été recherchée en fonction de l'expérience professionnelle par les tests de Mann-Whitney et de Kruskal-Wallis. **Résultats:** 30 réponses aux questionnaires ont été obtenues auprès de 20 gériatres, 7 infirmières et 3 oncologues, travaillant principalement en Centre Hospitalier Général (n=14) ou en Centre Hospitalier Universitaire (n=10). Plus de 2/3 des professionnels sont expérimentés. Les professionnels sont quasiment tous confrontés à des difficultés de diagnostic de syndromes dépressifs (n=26). 12 médecins utilisent les critères DSM. Les échelles de dépistage, connues de l'ensemble des professionnels, sont employées lors de chaque consultation dans la moitié des cas. La mini-GDS, utilisée par les 3/4 des professionnels est considérée comme étant la plus rapide (n=26), bien qu'elle soit jugée insuffisante (n=13). La GDS-15, utilisée dans la moitié des cas, a l'avantage d'être plus complète (n=14), mais inadaptée en cas de troubles cognitifs (n=13). Le GDS-30 n'est utilisée que par 2 professionnels à cause d'un temps de réalisation trop long (n=14). L'HADS et le Distress Thermometer sont respectivement connus par 7 et 2 professionnels. Aucune corrélation entre l'expérience et les pratiques de dépistage et de diagnostic de la dépression n'a pu être établie. **Conclusion:** Cette étude a permis de mettre en évidence la difficulté des professionnels à diagnostiquer la dépression. L'absence de psychologue lors des évaluations et de consensus sur le choix d'une échelle entraîne une importante hétérogénéité des pratiques et aboutit à une utilisation prédominante de la mini-GDS exposant au risque de sous-estimation diagnostique. Actuellement, seuls l'HADS et la GDS sont recommandés par la SFPO[4]. Une étude comparative de ces échelles en oncogériatrie est nécessaire et actuellement en cours au sein de notre établissement. [1] Spolettini I, Gianni W, Repetto L et al. Depression and cancer: an unexplored and unresolved emergent issue in elderly patients. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2008; 65:143-55; [2] Société Française de Psycho-Oncologie. Référentiels inter-régionaux en soins oncologiques de

support : dépression en cancérologie. 2011; [3] Wildiers H, Heeren P et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2014; 32: 2595-2603; [4] S. Dauchy, I. Léger, G. des Guetz et al. Quelle prise en charge psychologique pour les patients âgés atteints de cancer ? Les propositions de la Société française de psycho-oncologie. *Psycho-oncologie.* 2012; 61 : 43-9.

**A1-12-10****Coma hypoglycémique à 90 ans: un nouveau cas de syndrome de Doege-Potter**

P. Courtois (1) ; T. Meunier (1) ; J. Le-Guen (1) ; F. Barthes-Le Pimpec (2) ; O. Saint-Jean (1) ; H. Lahjibi-Paulet (1) (1) *Geriatric, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris*; (2) *Chirurgie thoracique, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris*

**Introduction:** Nous rapportons le cas d'une patiente, âgée de 91 ans, admise aux urgences pour un coma révélant une hypoglycémie. **Méthodes:** Cas clinique. **Résultats:** Les dosages de l'insuline, du peptide C et de l'IGF I (Insuline Growth Factor I) sont effondrés. Le scanner met en évidence des lésions kystiques du poumon gauche de 116 mm de grand axe, associées à un épanchement pleural ipsilatéral. Six mois auparavant, une lésion pleurale de 7 cm de grand axe avait été découverte fortuitement lors d'un bilan pour des douleurs abdominales. La patiente avait alors refusé la chirurgie à visée diagnostique et thérapeutique. Devant la présence de cette volumineuse tumeur thoracique extra-parenchymateuse associée à des hypoglycémies réfractaires, nous avons évoqué un syndrome de Doege-Potter. Le dosage qualitatif de l'IGF II mettait en évidence un profil électrophorétique caractéristique d'un précurseur de ce dernier, de haut poids moléculaire. La patiente a bénéficié d'une chirurgie qui confirme le diagnostic de tumeur fibreuse solitaire de la plèvre avec critères de malignité : index mitotique élevé ainsi qu'une importante densité cellulaire. En post opératoire, la radiographie thoracique montre une re-expansion de son poumon gauche. Le syndrome confusionnel a complètement régressé à deux mois et elle a récupéré son autonomie antérieure. Le syndrome de Doege-Potter est un syndrome paranéoplasique rare, décrit pour la première fois en 1930. Il est défini par une hypoglycémie secondaire à la sécrétion d'un précurseur de l'IGF II par une tumeur fibreuse solitaire. Ce précurseur de haut poids moléculaire est appelé « big » IGF II. Il convient d'évoquer ce syndrome en cas d'hypoglycémie associée à la découverte d'une masse pleurale. La résection chirurgicale est le traitement curatif de choix dans la majorité des cas. **Conclusion:** Nous décrivons le premier cas rapporté de syndrome de Doege Potter chez une patiente nonagenaire bénéficiant d'une résection chirurgicale complète permettant la disparition des hypoglycémies sévères en parallèle d'une normalisation du profil de l'IGF II.

**A1-12-11****Cancer gastrique et panniculite mésentérique : Association fortuite ?**

AA. Zulfiqar (1) ; M. Majot (1) ; L. Amalou (2) ; J. Doucet (1) ; N. Kadri (1)

(1) *Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen*; (2) *Médecine Interne Gériatrique, C.H.U Rouen, Rouen*

**Introduction:** La panniculite mésentérique reste une entité rare et peu connue. Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique restent peu élucidés. **Méthodes:** Nous illustrons cette problématique par ce

cas clinique. **Résultats:** Un patient de sexe masculin, âgé de 76 ans, est hospitalisé au sein de notre unité, pour la prise en charge d'une anémie à 6.3g/dl. Ce patient est suivi pour un diabète type 2 sous antidiabétiques oraux et pour une HTA traitée. A l'interrogatoire, le patient nous signale deux épisodes de mélaena il y a quelques jours. Sur le plan clinique, le patient présente une pâleur cutanée, sans dyspnée. Nous ne retrouvons pas de saignement extériorisé actuellement. Aucune plainte douloureuse au niveau abdominal ou autre n'est signalée. Le bilan biologique retrouve une anémie microcytaire arégénérative par carence martiale profonde (H<sub>g</sub> : 6,6 g/dL, VGM : 73 %, Ferritine : 7 µg/L, Réticulocytes : 57,5 G/L), sans anomalies de la fonction rénale, sans anomalies du bilan hépatique et thyroïdien, sans syndrome inflammatoire biologique, ayant nécessité une transfusion de culots globulaires permettant de corriger cette anémie. Au vue du tableau clinico-biologique, nous demandons une exploration digestive à type de fibroscopie oeso-gastro-duodénale complétée par un scanner abdomino-pelvien. Le scanner abdominal retrouve une masse tumorale aux dépens de la paroi antérieure et supérieure de l'antrum gastrique accompagné d'une adénomégalie suspecte de l'espace cardio-phrénique postérieur et un aspect de panniculite mésentérique. La fibroscopie gastrique retrouve ainsi une volumineuse lésion gastrique (jonction antrum-fundus) de 5 cm de diamètre suspecte, ulcérée et hémorragique. Les biopsies gastriques révèlent un adénocarcinome gastrique bien différencié, ulcéré, se développant sur une muqueuse gastrique en métaplasie intestinale. Cette tumeur est HER2 +++. Sur le bilan de l'extension, le scanner thoracique retrouve un nodule en verre dépoli du lobe inférieur gauche, qui devra être recontrôlé dans 3 mois. L'albumine est à 28.4 g/l. Après une évaluation oncogériatrique et après discussion multidisciplinaire, il est décidé d'une chimiothérapie en pré et post opératoire. Pour la panniculite mésentérique, nous avons demandé un bilan immunologique qui s'avère être négatif. La panniculite mésentérique correspond à une inflammation aspécifique de la racine du mésentère. Plus de 50% des patients présentant une panniculite mésentérique sont asymptomatiques mais les signes cliniques sont dominés par des douleurs abdominales ou l'existence d'une masse abdominale dans 50%. Elle est évoquée devant une hyperdensité du mésentère au scanner, mais seul l'examen histologique permet de le confirmer. La panniculite mésentérique peut être secondaire à des pathologies diverses comme le lupus systémique, la polychondrite atrophique, une maladie cœliaque, le DICV, les anémies hémolytiques auto-immunes, mais aussi les pathologies inflammatoires intra-abdominales ou même être idiopathiques. Les complications sont rares à type de compression digestive ou vasculaire. Le traitement est empirique et n'est utile que pour les patients symptomatiques. Il peut être constitué de colchicine, des corticoïdes ou parfois faire appel aux immunosuppresseurs. **Conclusion:** Nous décrivons un cas mêlant la découverte d'un cancer gastrique à type d'adénocarcinome et la présence d'une panniculite mésentérique au scanner abdominal. Seul l'examen histologique permet d'affirmer le diagnostic ; il existe des pathologies pouvant mimer une panniculite mésentérique comme une réaction à un cancer ou des diagnostics différentiels à ne pas méconnaître comme en particulier comme les lymphomes, les lipomes ou les liposarcomes.

## A1-12-12

### Pancytopenie du sujet âgé: Penser au syndrome myélodysplasique

M. Majot (1) ; N. Kadri (1) ; J. Doucet (1) ; AA. Zulfiqar (1)

(1) Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen

**Introduction:** Pathologies du sujet âgé, les Syndromes MyéloDysplasiques (SMD) représentent un groupe de syndromes hétérogènes caractérisés par une ou plusieurs cytopénies diversement associées. Les cellules sont porteuses d'anomalies morphologiques (la dysmyélopoïèse) qui vont permettre de faire le diagnostic. L'évolution se fait soit vers un tableau d'insuffisance médullaire, soit vers l'émergence d'un clone de cellules plus immatures : les blastes, ce qui signe l'évolution des SMD vers un tableau de Leucémie Aiguë Secondaire. **Méthodes:** Nous illustrons cette problématique par ce cas clinique. **Résultats:** Une femme de sexe féminin, âgée de 83 ans, est hospitalisée au sein de notre unité pour la prise en charge d'une anémie à 6,1 g/dL découverte à l'occasion d'un bilan d'une dyspnée chronique. Cette patiente est suivie pour un kyste hépatique opérée en 2015 et un kyste ovarien bénin gauche non opérée. L'interrogatoire retrouve une dyspnée d'installation progressive, sans autres signes cardio-vasculaires. Elle présente une asthénie et une pâleur cutanée et muqueuse. L'examen clinique retrouve une pâleur cutanéomuqueuse, un souffle systolique perçu à tous les foyers auscultatoires cardiaques. Le reste de l'examen est sans particularité, avec des aires ganglionnaires libres, une absence de saignement extériorisé. Nous réalisons donc un bilan biologique qui retrouve une pancytopenie avec une anémie normocytaire arégénérative à 6,1g/dL, une leucopénie à 2,4G/L et une thrombopénie à 32G/L, sans agrégats plaquettaires, confirmé au 2<sup>e</sup> prélèvement biologique (tube citraté). Le bilan ferrique et vitaminique est normal. Devant l'apparition de pétéchies intra buccales, une transfusion d'un culots de concentrés plaquettaires a été nécessaire, ainsi que de la transfusion de plusieurs culots de concentrés globulaires. Les signes biologiques d'une hémolyse étaient négatifs. Le bilan infectieux (ECBU, Radiographie thoracique) est négatif. Absence de syndrome inflammatoire biologique. Un bilan complémentaire avec la réalisation d'un myélogramme a été réalisé retrouvant un syndrome myélodysplasique de type anémie réfractaire avec sidéroblastes en couronne, sans excès de blastes. Le caryotype retrouve un caryotype féminin comportant un clone pathologique hyperdiploïde complexe, cytogénétique très défavorable (58-67, +1, +2, add(4)(q25), del(5)(q12q35), +6, +8, +9, i(9)(p10), +11, dup(12)(q13q24), add(12)(q13), +13, +15, +18, +19, +21, +22, +m3-6(cp9)/46, XX(2)). une échographie abdominale a été réalisée ne retrouvant pas d'hypersplénisme. Le score IPSS est à 1,5 (risque intermédiaire-2). Sur le versant oncogériatrique, il s'agit d'une patiente autonome, sans troubles cognitifs (MMS 29/30), avec un score G8 à 14/17. Il s'agit d'une patiente robuste sans comorbidités significatives ni dépendance dans les activités de base de vie quotidienne avec un ECOG à 0, sans dénutrition et OMS à 1. Un avis auprès d'un confrère hématologue a été nécessaire pour la suite de la prise en charge thérapeutique nécessaire, préconisant l'usage de l'érythropoïétine (EPO). Secondairement, un protocole thérapeutique lui sera proposée. **Conclusion:** Pour le SMD, la stratégie diagnostique est clairement codifiée et stratifiée, ceci en association avec une évaluation oncogériatrique. Sur le plan thérapeutique plusieurs stratégies thérapeutiques sont actuellement suivies de nouvelles substances actives font l'objet de recherches d'une part, et de l'autre

des médicaments déjà sont testés en nouvelles associations ou sous de nouvelles formes d'administration.

### A1-12-13

#### Métastases atypiques d'un carcinome à cellules rénales chez une femme de 88 ans

A. Caplier (1) ; M. Pépin (1) ; M. Cumin (1) ; E. Le Crom (1) ; A. Sefssafi (1) ; E. Fercot (1) ; S. Moulias (1) ; T. Cudennec (1) ; L. Aubert (1) ; L. Teillet (1)

(1) Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt

**Introduction:** Un tiers des cancers est découvert chez les sujets de plus de 75 ans. Le diagnostic histologique du cancer peut poser des difficultés techniques, relevant parfois d'interventions invasives pour réaliser des biopsies avec un risque non négligeable de complications, risque à prendre en compte dans la balance bénéfices- risques chez des patients âgés polypathologiques, aux fonctions cognitives et physiques souvent altérées. Ce diagnostic histologique reste néanmoins primordial pour envisager au mieux la prise en charge thérapeutique et proposer une juste décision au patient. **Méthodes:** Nous rapportons ici le cas d'une patiente de 88 ans suivie dans le service de gériatrie/hopital A Paré, pour laquelle un diagnostic de métastases d'un carcinome rénal à cellules claires a été posé malgré une présentation peu typique grâce à une preuve histologique. **Résultats:** Une femme de 88 ans, atteinte de maladie d'Alzheimer modérément sévère et d'hypertension artérielle, subit en 1990 une néphrectomie gauche pour un carcinome rénal à cellules claires localisé. Elle garde, en dépit de la maladie d'Alzheimer, une autonomie correcte pour les activités basales de la vie quotidienne, mais c'est son mari qui lui dispense les médicaments, lui-même atteint de troubles neurocognitifs, entraînant un problème d'observance. Il existe aussi une conjugopathie ancienne, renforcée par un délire de persécution centré sur son mari. Le couple est extrêmement isolé socialement. Une plainte douloureuse chronique du flanc gauche motive la réalisation d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien qui retrouve une masse de la loge surrénalienne gauche de 45 mm de grand axe. Cette masse s'accompagne de 2 nodules pancréatiques de 15 et 12 mm de diamètre et d'un nodule de la loge thymique de 19 mm. Ces 4 lésions sont hypervascularisées au temps précoce après injection de produit de contraste iodé, ce qui fait initialement évoquer la possibilité d'une tumeur neuro-endocrine. L'évaluation onco-gériatrique met en évidence plusieurs facteurs de fragilité qui font de Mme P. une mauvaise candidate à un traitement anticancéreux conventionnel de type chimiothérapie (en particulier : isolement social, troubles cognitifs relativement sévères, dénutrition modérée) mais dans l'hypothèse d'une tumeur neuroendocrine pour laquelle elle patiente pourrait se voir proposer un traitement anticancéreux relativement bien toléré (analogue de la somatostatine), il est décidé de réaliser une biopsie transcutanée échoguidée de la lésion en loge rénale gauche. L'examen anatomopathologique de cette biopsie confirme finalement qu'il s'agit d'une récurrence de carcinome rénal à cellules claires. Il est décidé en réunion de concertation pluridisciplinaire urologique d'une prise en charge symptomatique exclusive compte tenu des troubles neurocognitifs, d'un isolement social important et d'un cancer métastatique. La réévaluation clinique et scanographique à 5 mois du diagnostic montre une stabilité des lésions qui restent très peu symptomatiques. **Conclusion:** Le cancer à cellule rénale représente 80 % des cancers du rein. Il est aussi le plus métastatique d'entre eux. Il est d'emblée métastatique dans 10 à 40 % des cas

et le devient dans 10 à 30 % des cas. Les atteintes secondaires sont localisées principalement aux poumons, foie, os, cerveau, surrénales. Les localisations atypiques décrites dans la littérature sont cérébrales, pancréatiques, gastroduodénales, coliques, omentales, cutanées, au psoas, linguales et au sinus maxillaire. Les récurrences tardives, 5 ans après chirurgie, sont fréquentes et de meilleur pronostic que les récurrences précoces. Il s'agit donc d'un cas peu typique de récurrence d'un carcinome rénal à cellules claires : par sa localisation pancréatique et en loge thymique, par son caractère très tardif, 25 ans après chirurgie et par son faible retentissement sur l'état général de la patiente. Ce cas rappelle l'importance d'aboutir à un diagnostic de certitude, lorsqu'il est raisonnablement et techniquement réalisable, pour prendre la meilleure décision thérapeutique.

### A1-12-14

#### Un cas d'aplasie métastatique

A. Sefssafi (1) ; S. Moulias (2) ; T. Cudennec (1) ; L. Aubert (1) ; M. Pépin (1) ; E. Fercot (1) ; E. Lecrom-Jourdain (3) ; M. Cumin (3) ; A. Caplier (1) ; L. Teillet (1)

(1) Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt; (2) Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt; (3) Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt

**Introduction:** Monsieur S, 81 ans, autonome, présente un adénocarcinome de prostate sous hormonothérapie (Acétate de Gosereline et Bicalutamide). Il consulte aux urgences pour asthénie majeure avec perte rapide d'autonomie. Trois jours auparavant, un bilan de ville retrouvait un taux hémoglobine à 5.9 g/dL avec un volume globulaire moyen à 78 fL et une ferritinémie à 300  $\mu\text{mol/L}$ . **Méthodes:** Il est stable en dehors d'une tachycardie à 100 battements par minute. Il est pâle et dyspnéique. L'examen clinique ne retrouve pas d'autre anomalie, notamment pas d'hématome, pas de sang frais ou digéré au toucher rectal, pas de saignement ORL. Le bilan effectué aux urgences retrouve une hémoglobine à 3.7 g/dL avec un VGM à 80 fL. Il est transféré en gériatrie aiguë après transfusion de 3 concentrés globulaires. **Résultats:** La tomographie thoraco-abdomino-pelvienne fait état d'une atteinte métastatique osseuse lytique et condensante diffuse intéressant tous les os du squelette avec plusieurs fractures pathologiques, notamment au niveau du bassin. Le PSA effectué en hospitalisation est supérieur à 1000 ng/mL. Un myélogramme a alors été demandé pour confirmer la suspicion d'envahissement médullaire, mais a été impossible du fait de la dureté osseuse. En l'absence d'autre cause imputable, le diagnostic d'anémie par envahissement médullaire osseux métastatique est posé. **Conclusion:** Les causes d'anémie chez les patients porteurs de cancer de prostate sont multiples : diminution de l'érythropoïèse en rapport avec le blocage androgénique, contexte chirurgical avec pertes sanguines, contexte de radiothérapie pelvienne avec irradiation osseuse, chimiothérapie aplasante, envahissement médullaire... Chez notre patient, les causes sont multiples dans ce contexte de maladie évoluée (part inflammatoire, part liée aux différents facteurs cités, principalement l'envahissement médullaire). Les principales néoplasies solides donnant ce type de tableau sont les cancers du sein, du rein, de la prostate, du poumon, de la thyroïde, et les tumeurs à petites cellules ou tumeurs de blastème chez l'enfant. Le myélogramme, qui n'a pas été possible chez ce patient, aurait pu retrouver une moelle soit riche soit pauvre, montrant des placards de cellules néoplasiques. La moelle est souvent difficile à prélever dans ce contexte.

**A1-12-15****Mourir d'une anémie ou de son traitement**

M. Pépin (1) ; S. Moulias (2) ; E. Fercot (1) ; A. Sefssafi (1) ; L. Aubert (1) ; T. Cudennec (1) ; L. Teillet (1)

(1) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*; (2) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*

**Introduction:** Le purpura post-transfusionnel (PPT) est un phénomène rare et souvent mal connu. Il correspond à l'apparition d'une thrombopénie majeure, classiquement inférieure à 20 G/L, de 2 à 15 jours après transfusion d'un produit sanguin labile (PSL). Il s'agit d'une complication grave, puisque les taux de décès sont habituellement évalués entre 5 et 10 %, principalement par hémorragie cérébro-méningée. **Méthodes:** Mme S., 88 ans est arrivée aux urgences de notre hôpital pour un malaise avec perte de connaissance et confusion le 6 janvier. Son chiffre d'hémoglobine a dû être contrôlé devant la discongruence entre la tolérance clinique et sa valeur absolue : 2,4 g/L avec un volume globulaire moyen à 56 fL. Elle ne présentait pas de signes cliniques d'insuffisance cardiaque ou de bas débit en dehors de minimes œdèmes des membres inférieurs. Sur le plan biologique, il existait des signes de souffrance d'organe : insuffisance rénale fonctionnelle modérée, cytolysé hépatique, ses plaquettes étaient à 151.109/L. Nos collègues urgentistes ont commandé 3 culots globulaires que la patiente a reçu d'affilée dans la nuit du 6 au 7 janvier, hémoglobininémie post-transfusionnelle à 7g/L, puis elle a été admise en UGA. **Résultats:** Dans le service, Mme S est devenue de plus en plus confuse et persécutée et une thrombopénie est apparue dès le lendemain de la transfusion (112.109/L), stable pendant quelques jours avant de s'aggraver rapidement à partir du 7ème jour post transfusion jusqu'à atteindre 25.109/L à J 9. Nous avons évoqué le diagnostic de PPT. Il n'a pas été possible de réaliser des prélèvements biologiques complémentaires. Parallèlement, elle a majorée son syndrome confusionnel et est décédée brutalement 9 jours après son admission sans que nous ayons pu faire une imagerie cérébrale en raison de son opposition. **Conclusion:** Le PPT apparaît comme une réponse après une alloimmunisation antiplaquettaire. Ces anticorps apparaissent à la suite d'une grossesse, d'une transfusion ou exceptionnellement d'une transplantation, ce qui explique que les cas de PPT se rencontrent très majoritairement chez les femmes. Le diagnostic de PPT est suspecté lorsque dans les jours suivants une transfusion d'un produit sanguin labile, une thrombopénie sévère apparaît. La thrombopénie est majeure, classiquement inférieure à 20 G/L. Le diagnostic positif repose sur la mise en évidence d'anticorps anti-plaquettes spécifiques, il peut être évoqué en l'absence de prélèvement immunologique si les diagnostics différentiels ont été éliminés (TIH, thrombopénie médicamenteuse, thrombopénie des syndromes infectieux, CIVD).

**A1-12-16****L'oncogériatrie au sein du groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Sud (HUPS)**

S. Mebarki (1) ; C. Lazarovici (1)

(1) *Oncogériatrie, Hôpital Paul-Brousse, Villejuif*

**Introduction:** L'oncogériatrie est une discipline en plein essor qui nécessite un travail de coopération entre les professionnels spécialisés en oncologie et les gériatres. Le questionnaire de préscreening gériatrique G8, outil de dépistage validé dans le cadre de l'essai Oncodage, permet aux spécialistes d'organes

d'identifier les personnes âgées ayant un cancer devant bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée. Le But de notre travail est d'étudier les pratiques et la culture oncogériatrique des médecins et chirurgiens impliqués dans la prise en charge des patients âgés (PA) de plus de 70 ans atteints de cancer à travers la connaissance et l'utilisation de la grille de dépistage G8, ainsi que le recours et l'impact des évaluations oncogériatriques. Il s'agit secondairement d'identifier les freins et les difficultés permettant une prise en charge optimale via les transferts en unité oncogériatrique, et de préciser les besoins de formation spécifique. **Méthodes:** Enquête réalisée auprès des médecins et chirurgiens susceptibles de prendre en charge des PA atteints de cancer au sein des 3 hôpitaux du GHPS (Paul Brousse (PB), Kremlin Bicêtre (KB), Antoine Bécclère (ABC)) à partir d'un questionnaire élaboré sur Google document et envoyé par courriel. Le questionnaire comporte 12 items. Les questions portaient sur la connaissance et l'intérêt de l'échelle G8, des évaluations oncogériatriques ainsi que les freins à leurs utilisations. Une partie concernait leurs connaissances de l'unité d'oncogériatrie de l'hôpital Paul brousse ainsi que leurs habitudes concernant le transfert des patients oncogériatriques dans les structures adaptées. **Résultats:** 50 médecins et 9 chirurgiens sur 1208 professionnels de l'ensemble du GHPS (4.9%) ont répondu au questionnaire (40.7% exerçant à PBR, 37.3% à BCT, 22% à ABC) majoritairement des praticiens hospitaliers (47.5%). Parmi les médecins et chirurgiens prenant en charge des PA atteints de cancers (94.4%), 62.5% déclaraient ne pas connaître la Grille G8. 66.7% des praticiens ayant connaissance de l'outil ne l'utilisent pas en pratique courante. 87.5% des médecins interrogés ont connaissance des évaluations oncogériatriques qui influencent majoritairement leurs prise en charge (ils ne sont que 13.3% à n'être que rarement influencés par ces dernières). 91.8% des médecins questionnés considèrent que les évaluations oncogériatriques les aident dans leurs prise en charge, majoritairement dans la décision thérapeutique initiale. Le non transfert en unité d'oncogériatrie est étayé par le délai et les difficultés d'obtention de lits d'hospitalisation et l'existence d'autres filières oncologiques. Enfin, 57.1% des médecins interrogés souhaitent une formation concernant l'évaluation oncogériatrique et l'utilisation de la grille G8. **Conclusion:** Le dépistage oncogériatrique par le questionnaire G8-oncodage semble être encore une pratique trop peu connue et développée dans le GHPS. Bien que l'intérêt de l'évaluation oncogériatrique soit aujourd'hui une certitude partagée par l'ensemble des médecins et chirurgiens prenant en charge des PA atteints de cancers, des formations/ informations complémentaires devront être organisées concernant l'intérêt et l'utilisation de la grille G8 permettant ainsi une prise en charge optimale de la population oncogériatrique.

**A1-12-17****Syndrome de renutrition inapproprié (SRI) en oncogériatrie: un syndrome à ne pas mésestimer**

AC. Serre (1) ; S. Mebarki (1) ; C. Lazarovici (1)

(1) *Oncogériatrie, Hôpital Paul-Brousse, Villejuif*

**Introduction:** Le syndrome de renutrition inappropriée (SRI) regroupe l'ensemble des complications cliniques et métaboliques survenant au cours d'une renutrition trop rapide, qu'elle soit, orale, entérale ou parentérale, chez des patients présentant une dénutrition protéino-énergique. En oncogériatrie, les patients âgés atteints de cancers y sont plus particulièrement exposés. le SRI se traduit par de nombreuses manifestations biologiques englobant une hypophosphorémie, une hypomagnésémie, une hypokaliémie

ou une hypovitaminose B1 responsable de diverses défaillances d'organes en particulier neurologique, cardiaque et respiratoire. Bien que potentiellement grave, ce syndrome reste aujourd'hui peu connu des gériatres pourtant particulièrement sensibilisés aux conséquences de la dénutrition chez les sujets âgés (SA). **Méthodes:** Nous rapportons une observation concernant la prévention du SRI évalué cliniquement et biologiquement et révélateur d'un déficit métabolique chez un patient âgé de 82 ans hospitalisé en Unité d'oncogériatrie de l'hôpital Paul Brousse (Villejuif, 94) pour prise en charge d'une tumeur prostatique avec indication à une chimiothérapie palliative et présentant une dénutrition sévère pour laquelle la pose d'une gastrostomie per cutanée (GPE) a été décidée. Nous discutons les principaux facteurs de risque de survenue du SRI dans la population oncogériatrique, de la place d'une supplémentation électrolytique et vitaminique précoce et de l'intérêt du dépistage et de la prévention dans sa prise en charge. **Résultats:** Le patient présentait une dénutrition proteino-énergétique sévère d'origine mixte se traduisant par un IMC à 16.8 kg/m<sup>2</sup> et une albumine plasmatique à 18.4 g/L. Les apports alimentaires étaient quasi nuls, confirmés par le recueil des ingestats sur trois jours (moins de 400 cal/j) avec une perte de poids estimée à 13% en moins de 6 mois. Biologiquement, hypophosphoremie à 0.61 mM, hypomagnésémie 0.63 mM et hypokaliémie à 3.2 mM sans déficit en vitamine B1 et B6 associé. Après une recharge électrolytique adéquate, le patient a été alimenté de manière progressive par GPE avec surveillance clinique accrue et bilan ionique quotidien les trois premiers jours selon un protocole précis élaboré dans le service d'oncogériatrie. **Conclusion:** Le SRI est une complication potentiellement fréquente et sous-estimée lors de la mise en place d'une nutrition artificielle chez les SA dénutris atteints de cancer dont les apports alimentaires sont fréquemment insuffisants. La prévention du SRI est basée sur un dépistage systématique des sujets à risque lors de l'instauration de la nutrition artificielle. Des études complémentaires devront être réalisées afin de déterminer la fréquence de ce syndrome dans la population oncogériatriques et de valider le protocole de prévention mis en place dans le service.

#### A1-12-18

##### **Compression médullaire lente sur épiderite myéломateuse, une complication à connaître**

A. Velentza (1) ; A. Monti (1) ; F. Ketz (1) ; A. Breining (1) ; H. Le Petitcorps (1) ; E. Pautas (1)  
(1) *Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*

**Introduction:** Le myérome multiple se manifeste le plus souvent par l'association d'une altération de l'état général et de douleurs osseuses. Les complications peuvent parfois être inaugurales, comme la compression médullaire qui s'observe dans seulement 3% des cas mais constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. **Méthodes:** Nous rapportons le cas d'un patient présentant une rechute d'un myérome multiple, révélée par une compression médullaire lente. Présentation d'un cas clinique avec imagerie typique. **Résultats:** Un patient de 85 ans, en rémission d'un myérome multiple depuis un an, est hospitalisé pour chutes à répétition, d'aggravation progressive depuis 15 jours. L'examen clinique met en évidence un déficit moteur symétrique aux deux membres inférieurs à 2/5 avec réflexes cutanéoplantaires en extension, un niveau sensitif en D6 et une rétention aiguë d'urines. Le scanner du rachis montre des lacunes et fractures vertébrales étagées sans recul du mur postérieur. L'IRM du rachis révèle une

épidurite myéломateuse de D3 à D10. Le dosage des chaînes légères libres sériques confirme la rechute du myérome. Une corticothérapie intra-veineuse est initiée en urgence, associée à une radiothérapie ciblée. Le patient est transféré dans son service d'hématologie référent pour la suite de la prise en charge. **Conclusion:** L'épidurite myéломateuse est une complication rare du myérome mais doit être évoquée rapidement en cas de signes de compression médullaire.

#### A1-12-19

##### **Cas d'un lymphome non Hodgkinien révélé par des mouvements choréo-balliques**

A. Monti (1) ; H. Le Petitcorps (1) ; A. Breining (1) ; L. Mora (2) ; K. Kinugawa (3) ; P. Chaïbi (4) ; E. Pautas (1)  
(1) *Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (2) *Gériatrie à orientation oncogériatrique, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (3) *Unité d'explorations fonctionnelles du sujet âgé, Hôpital Charles Foix, GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (4) *Gériatrie à orientation oncogériatrique, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*

**Introduction:** Deux à 5% des lymphomes B à grandes cellules rechutent avec une localisation neuro-méningée. Les atteintes neuro-méningées concomitantes de la découverte d'un lymphome systémique sont encore plus rares et leurs caractéristiques clinico-biologiques peu décrites. **Méthodes:** Nous rapportons le cas d'un patient présentant un lymphome non hodgkinien révélé par des mouvements anormaux d'apparition récente. Présentation d'un cas clinique original illustré par un enregistrement vidéo. **Résultats:** Un patient de 87 ans consulte pour une altération de l'état général (AEG) concomitante de l'apparition de mouvements anormaux de l'hémicorps gauche. Les mouvements choréo-balliques prédominent au membre supérieur gauche et s'aggravent progressivement depuis 3 mois. L'examen neurologique est normal en dehors d'une discrète hypotonie du membre supérieur gauche. Il n'existait pas de trouble du comportement ou d'antécédent familial de mouvement anormal. L'IRM cérébrale élimine une lésion vasculaire récente. La ponction lombaire est normale en dehors de rares cellules lymphoïdes à l'examen anatomopathologique, la recherche de la protéine 14.3.3 est négative ainsi que la recherche d'anticorps anti-neuronaux. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien réalisé dans le cadre du bilan d'AEG retrouve deux formations tissulaires non compressives. La biopsie confirme le diagnostic de lymphome B à grandes cellules. Le patient est transféré en onco-hématologie où il bénéficie d'une chimiothérapie intraveineuse et intrathécale. Les mouvements anormaux disparaissent après la 3<sup>ème</sup> cure. L'évolution clinique confirme donc l'hypothèse d'une atteinte neuroméningée du lymphome. **Conclusion:** L'atteinte neuroméningée est rare au moment du diagnostic de lymphome non Hodgkinien mais la normalité de la ponction lombaire ne doit pas faire éliminer le diagnostic.

## A1.13. ORGANISATION DES SOINS

### A1-13-20

#### Déploiement d'une réunion de coordination pluridisciplinaire gériatrique au CHU d'Angers et impact sur la filière de soins gériatriques

R. Hureaux-Huynh (1) ; PY. Paré (1) ; J. Barré (1) ; A. Brangier (1) ; E. Bigot (1) ; V. Léger (1) ; ML. Cesbron (1) ; M. Briand (1) ; C. Cosme (1) ; N. Dumond (1) ; MH. Huault (1) ; C. Annweiler(1)  
(1) *Gérontologie clinique, C.H.U - CHU Angers, Angers*

**Introduction:** L'équipe mobile de gériatrie (EMG) du CHU d'Angers a formalisé depuis 2007 une réunion de coordination pluridisciplinaire gériatrique (RCPG) hospitalière en lien avec le réseau et la filière gériatriques, afin d'optimiser l'offre de soins aux patients âgés à l'échelle du territoire. **Méthodes:** La RCPG hebdomadaire rassemble des médecins de l'EMG, du court séjour gériatrique, de soins de suite réadaptation, de l'unité cognitivo-comportementale, de psychiatrie, d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, du réseau gériatrique, du centre local d'information et de coordination, de la maison d'autonomie et d'intégration de personnes Alzheimer et des équipes spécialisées Alzheimer. Les demandes émanent soit de services du CHU soit de l'extérieur, via un formulaire standardisé. Un courrier explicitant la décision de la RCPG est consigné dans le dossier patient et adressé au médecin demandeur et au médecin traitant. **Résultats:** Un nombre croissant de demandes est traité annuellement en RCPG (798 demandes en 2015 contre 106 en 2008). Les demandes sont issues des médecins traitants (58% en 2015), des services du CHU (32% en 2015) ou d'autres partenaires extra-CHU (10% en 2015). Suite à la RCPG, les demandes sont orientées soit vers la filière gériatrique hospitalière du CHU (66% en 2015), soit vers la filière gériatrique extra-CHU (32% en 2015), soit vers une filière non gériatrique (2% en 2015). **Conclusion:** La RCPG a rapidement rassemblé les acteurs de terrain autour d'un fonctionnement commun et a permis de fluidifier le circuit de soins des personnes âgées. Ce type d'initiative paraît approprié au fonctionnement des groupements hospitaliers de territoire.

### A1-13-21

#### Numéro d'appel unique de la filière gériatrique du territoire Paris Nord-Est (9-10-19ème arrondissements) : Enquête de satisfaction concernant l'utilisation, l'intérêt et les limites de l'outil auprès des médecins généralistes et coordonnateurs d'EHPAD

M. Breton (1) ; A. Teixeira (2) ; V. Ducasse (2)  
(1) *Campus Saint-Antoine, Paris*; (2) *Gériatrie, Hôpital Lariboisière, Paris*

**Introduction:** Selon la Circulaire DHOS/02 n2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques (1), la filière de soins gériatriques est un dispositif de soins couvrant l'intégrité du parcours possible de la personne âgée en prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé. Elle a pour objectif d'assurer aux personnes âgées l'accès à des soins appropriés et d'optimiser la gestion des séjours hospitaliers, au plus proche d'une médecine personnalisée. Elle a également un rôle de formation via la diffusion des bonnes pratiques gériatriques tant au niveau de l'hôpital que des partenaires extra hospitaliers. Elle est implantée sur un secteur de santé définissant son territoire d'action, fédérant plusieurs maillons de l'activité gériatrique. Le territoire Nord-Est

de Paris (9ème, 10ème et 19ème arrondissements) compte près de 18500 personnes âgées de plus de 75 ans, dont la moitié souffre de maladie chronique. L'unité de gériatrie aigue (UGA), composante du service de Gériatrie du groupe hospitalier Lariboisière - Fernand Widal, a formalisé une filière d'admission directe via une ligne téléphonique dédiée à la relation entre médecin de ville et gériatre hospitalier depuis janvier 2013. L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la qualité de l'information reçue sur l'existence de ce numéro auprès des médecins généralistes et coordinateurs d'EHPAD des 9ème, 10ème et 19ème arrondissements et recueillir leur opinion concernant l'utilisation, l'intérêt et les limites perçues de cet outil. L'objectif secondaire sera de proposer des axes d'amélioration après analyse de l'écart entre leurs attentes et la fonctionnalité actuelle de cet outil. **Méthodes:** Il s'agit d'une enquête de satisfaction transversale et quantitative réalisée auprès des médecins généralistes et coordinateurs d'EHPAD du territoire des 9ème, 10ème et 19ème arrondissements de Paris - répertoriés par l'ARS et/ou sur Ameli.fr - soit 349 médecins. Le questionnaire composé de 20 items a été élaboré sur plusieurs niveaux : [1] textes fondateurs portant les filières de soins gériatriques (1) ; [2] missions annoncées lors de la création de la filière et de la signature du contrat de territoire portant sur l'«amélioration du parcours de santé des personnes âgées sur le territoire Nord parisien» ; [3] avis d'experts avec une soumission aux médecins gériatres hospitaliers du service de l'UGA ainsi qu'à deux médecins généralistes du territoire concerné. Le questionnaire est élaboré en quatre parties: [1] caractéristiques descriptives du destinataire et épidémiologie (7 items) ; [2] pertinence de l'outil (4 items) ; [3] son utilisation (4 items) ; [4] limites de l'outil (5 items dont une question ouverte). Les destinataires doivent coter 14 des 20 items via une échelle de LIKERT graduée de 1 (totalement en désaccord) à 5 (totalement en accord). Cette échelle permet de quantifier des informations d'ordre qualitatif afin d'aboutir à un score. Un premier courrier contenant le questionnaire a été envoyé par voie postale en mai 2016 et un second, en juin 2016, afin d'augmenter le nombre de réponses obtenues. **Résultats:** Le recueil des questionnaires - anonymes - par voie postale est en cours et la publication des résultats fera l'objet d'un second travail. Les données recueillies concernant les caractéristiques descriptives des médecins répondants ainsi que leur cotation selon l'échelle de LIKERT pour chaque item seront saisies sous format électronique (fichier Excel). Les statistiques descriptives utilisées comporteront : [1] Pour les variables quantitatives (échelle de Likert) : moyenne, écart-type, minimum, maximum, médiane et quartiles ; [2] Pour les variables qualitatives: fréquence, pourcentage par modalité. Les variables qualitatives seront comparées selon le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher si les conditions d'application de ce premier ne sont pas valides. Les variables quantitatives seront comparées par le test t de Student sinon de Wilcoxon. Les tests univariés statistiquement significatifs feront l'objet d'une analyse multivariée. **Conclusion:** L'analyse des résultats de cette enquête de satisfaction concernant le numéro de téléphone unique de la filière gériatrique du territoire Paris Nord-Est auprès des médecins généralistes et coordinateur d'EHPAD pourra déboucher sur des axes de réflexion et d'amélioration de cet outil afin de mieux répondre aux attentes et besoins des professionnels de santé extrahospitaliers.

**A1-13-22****Atelier en hygiène buccodentaire chez les patients âgés hospitalisés**

C. Schonheit (1) ; V. Curtis (1) ; C. Hvostoff (2) ; A. Meziere (1)  
 (1) *Ssr orthogériatrique, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine* ;  
 (2) *Centre dentaire, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*

**Introduction:** Les affections buccodentaires sont les secondes maladies les plus déclarées en France chez les plus de 65 ans, après les troubles de la réfraction. Le mauvais état buccodentaire des sujets âgés peut être responsable de troubles de la déglutition, d'infections, de dénutrition, de détérioration de l'image de soi ou encore de syndrome dépressif. Les besoins en soins dentaires sont donc importants. L'objectif de cette étude est à la fois d'évaluer l'état et le niveau de connaissance sur l'hygiène buccodentaire dans une population gériatrique hospitalisée, et d'évaluer l'intérêt chez le sujet âgé pour un atelier d'hygiène buccodentaire au lit du malade.

**Méthodes:** Il s'agit d'une enquête descriptive observationnelle réalisée en 2016 en SSR orthogériatrique à l'hôpital Charles Foix. Un examen clinique de l'état buccodentaire (nombre de dents, racines, prothèses, questionnaire GOHAI...) au lit du patient et une évaluation des connaissances en hygiène buccodentaire sont réalisés par deux étudiants en soins dentaires. Un atelier d'hygiène buccodentaire dure 30 minutes pour chaque patient et consiste en des conseils dispensés au patient et orientés en fonction des résultats de l'examen et des connaissances des patients. Un hétéro questionnaire de satisfaction concernant l'atelier est réalisé en fin d'intervention par des étudiants en médecine. **Résultats:** 42 patients sont évalués et 2 ont refusé. Les patients en moyenne présentent 15 vraies dents. Cinq (12%) patients sont édentés totaux, parmi lesquels 2 ne portent aucune prothèse. 22 (52%) patients ont une ou des prothèses complètes ou partielles, parmi lesquels seulement 45% en sont satisfaits. 21 (50%) patients présentent de la plaque dentaire et 12 % en ont sur plus des 2/3 de la surface dentaire totale. 19 (45%) patients ont au moins une carie ou racine à extraire. Le GOHAI moyen est de 18. 54% des patients ont au moins une plainte (douleur, esthétique ou fonctionnelle) concernant leur état buccodentaire et 32% des patients trouvent que la consultation chez le dentiste est stressante. 72% n'ont pas vu de dentiste depuis plus de 1 an. 27 (61%) patients ont bénéficié du questionnaire de connaissances et de l'atelier d'hygiène buccodentaire. Parmi eux, 88% des patients savent qu'il faut se brosser les dents au minimum deux fois par jour, 60% avouent le faire vraiment deux fois par jour et 30% une fois par jour et parmi ceux-ci, 37% le font au domicile mais moins ou plus du tout à l'hôpital. 15 patients ont répondu au questionnaire de satisfaction concernant l'atelier. 80 % des patients sont satisfaits ou très satisfaits de l'atelier. 53% des patients déclarent que l'atelier va les aider à la bonne réalisation future de leur hygiène buccale, et 2/3 estiment que l'atelier les a aidés à mieux comprendre « ce qui se passe dans leur bouche ». Mais seulement 20% des patients estiment avoir acquis de nouvelles connaissances. **Conclusion:** L'état buccodentaire des patients âgés hospitalisés est très mauvais avec un mauvais suivi dentaire en ville. L'intérêt chez sujets âgés pour un atelier d'hygiène buccodentaire réalisé pendant l'hospitalisation existe.

**A1-13-23****Les patients âgés hospitalisés à l'hôpital local sont-ils gériatriques ?**

A. Guillaume (1) ; JM. Joly (1) ; I. Simonnet-Lotteau (1) ; S. Dubost (1) ; Y. François (1) ; H. Bailly (2) ; P. Jouanny (2)  
 (1) *cheret 2 SSR, Hôpital Cimiez, Nice*

**Introduction:** A l'heure de la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) la place des ex-hôpitaux locaux reste débattue. Le but de cette étude est d'évaluer l'activité d'un hôpital local et de déterminer si les patients âgés hospitalisés ont un profil gériatrique.

**Méthodes:** La première étude est une analyse rétrospective du PMSI de l'hôpital de Chagny des patients de plus de 75 ans hospitalisés sur l'année 2015, avec calcul de la DSM, du niveau de sévérité et de la prévalence des syndromes gériatriques (SG), avec comparaison avec ceux du service de médecine gériatrique du CHU de Dijon. La deuxième étude est une analyse prospective des patients hospitalisés au dernier trimestre 2015, avec réalisation d'une EGS pour déterminer leur profil gériatrique. **Résultats:** Etude 1 : en 2015, 266 patients de plus de 75 ont été hospitalisés à l'hôpital de Chagny (187 femmes et 79 hommes, âge moyen 82.4±5.3 ans [42-104]). La prévalence des SG était (avec comparaison au CHU): troubles cognitifs 17 (6.39 vs 50.5%), confusion 5 (1.9 vs 24.2%), dénutrition 1 (0.38 vs 79.1%), escarre 2 (0.75 vs 8.4%) et instabilité posturale 5 (1.9 vs 41.3%). 122 patients (42.8 vs 90.5%) présentaient un niveau de sévérité élevé (≥3). Etude 2 : sur le dernier trimestre 2015, 55 patients âgés (33 femmes et 22 hommes, âge moyen 87.6±5.4 ans [75-104]) ont bénéficiés d'une EGS. La prévalence des SG était : de troubles cognitifs 25 (45.5%), dysthymie 35 (63.3%), dénutrition 25 (35.5%) et instabilité posturale 43 (78.2%) ; score de Charlson 4.2±0.4 [0-12] et nombre de médicaments 8.9±3.5 [2-19]. 53 patients (96.4%) présentaient au moins un SG, et 30(54.5 %) 3 SG ou plus. **Conclusion:** La prévalence des SG est très basse dans l'analyse PMSI alors que la prévalence des SG est importante en pratique clinique lorsqu'une EGS est pratiquée, et similaire à celle d'un service de gériatrie de CHU. Au-delà de la valorisation des séjours, il faut s'interroger sur la qualité de l'évaluation et de la prise en charge gériatrique dans les hôpitaux locaux. A l'heure des GHT, il est impératif qu'un encadrement médical par des gériatres ou au minimum des médecins généralistes formés à la gériatrie soit effectif pour concilier proximité et qualité des soins.

**A1-13-24****La place d'une consultation gériatrique rapide au sein de la filière gériatrique**

O. Lainé (1) ; S. Sadedine (1) ; S. Lakroun (1) ; F. Menasria (1) ; A. Broussier (1) ; I. Fromentin (1)  
 (1) *Gériatrie Ambulatoire, Hôpital Emile-Roux, Limeil-Brevannes*

**Introduction:** La consultation gériatrique rapide, labélisée par L'ARS, mise en place au sein d'un hôpital gériatrique est le premier niveau de repérage et de prise en charge des facteurs de fragilité du sujet âgé. Elle aide les médecins traitants et les médecins coordonnateurs d'EHPAD à évaluer rapidement une situation risquant de compromettre le maintien à domicile (chutes, plaintes somatiques, changement brutal de comportement, perte du poids, ...). Cette consultation est constituée d'un binôme associant un gériatre et une infirmière formée à la gériatrie (Diplôme Universitaire Fragilité et Evaluation Gérontologique) avec un accès au plateau technique. **Méthodes:** Analyse rétrospective des dossiers des patients adressés en consultation gériatrique rapide par des médecins de ville et médecins coordonnateurs

d' EHPAD ou autres établissements de santé public ou privé ainsi que les patients qui sont venus consulter spontanément sans être adressés par un professionnel, un an après l'ouverture de cette consultation. **Résultats:** Entre le 1 novembre 2014 et 1 novembre 2015, 193 patients ont été adressés à cette consultation : 84 patients (44 %) ont été adressés par leurs médecins traitants ; 33 (17%) par le médecin coordonnateur de l'EHPAD ; 44 (23%) par un autre spécialiste (souvent un autre gériatre d'un service hospitalier) ; 17 (9%) venus spontanément ; 6 (3%) adressés par un autre hôpital ; 5 (2%) orientés après leur passage aux urgences ; 4(2%) adressés par CLIC. Les principales caractéristiques des patients étaient les suivantes:- Femmes : 125 (65%)- Hommes: 68 (35%)- Age : 65-75 : 22 (11%) 76-85 : 79(40%)>85 ans : 92(48%) Les motifs de consultations étaient les suivants : 83 (43%) (une ou plusieurs fragilités et/ou pathologies) ; 47 (24%)( des troubles du comportement) ; 40 (21%)( des troubles cognitifs) ; 20 ( 10%) ( réévaluation du traitement) ; 1(0,5%)( isolement) ; 2(1%) (Maintien à domicile difficile). Le devenir des personnes âgées après la consultation: A. Retour à domicile : 145(75%) 82(57%) retours à domicile avec le traitement complété et/ou prise en charge d'une situation simple en intervenant sur un seul domaine touché ; 2) 61 (42%) orientation pour une évaluation en Hôpital de jour Diagnostic ; 3) 2(1%) patients adressés en consultation mémoire. B .Hospitalisation: 48 (25 %) 42 (88%) hospitalisés à l'hôpital E. Roux (service soins suite rééducation ou services aigus gériatriques) 2) 3 (6%) aux urgences de l'hôpital Mondor par le biais du SAMU 3) 3(6%) retours dans l'hôpital de leur provenance. **Conclusion:** On constate que la majorité des patients sont des femmes de plus de 85 ans adressées à cette consultation pour la prise en charge d'un syndrome gériatrique (soit la décompensation de polyopathie, soit l'aggravation des troubles de comportement). Dans une moindre mesure sont retrouvés les troubles cognitifs et les problèmes iatrogéniques. A l'issue de la consultation 75% des patients retournent à domicile après qu'on ait soit répondu à un problème posé soit programmé une évaluation gériatrique approfondie. 25% des patients sont orientés vers d'autres filières gériatriques sans passer par les urgences. La consultation gériatrique rapide qui existe depuis 2 ans a montré sa place dans la filière gériatrique. Elle a pour objectifs principaux :- La prise en charge en moins de 24-48 heures des patients adressés par les EHPAD et les médecins traitants en dehors des situations d'urgence.- L'évaluation rapide d'une situation risquant de compromettre le maintien au domicile chez des patients ne nécessitant pas d'hospitalisation.- D'éviter un passage aux urgences par excès avec le risque élevé d'événements iatrogéniques susceptibles d'entraîner une perte d'autonomie de sujet âgé.- Elle apporte une expertise gériatrique dans un délai rapide répondant à la demande des médecins faisant ainsi le lien entre la ville et l'hôpital.

#### A1-13-25

**Etat des lieux des attentes des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) du canton de Douai concernant le déploiement d'une équipe mobile extra-hospitalière à orientation psychogériatrique**

S. Massart (1) ; P. Lefebvre (1) ; L. Delannoy (1) ; J. Tristram (1); MM. Defebvre (2)

(1) Pôle de gériatrie, C.H. de Douai, Douai; (2) Offre de soins, Agence Régionale de Santé Nord - Pas-de-Calais, Lille

**Introduction:** La structuration des filières gérontologiques et l'amélioration du parcours des personnes âgées dans le système

de santé ont amené au renforcement du lien ville-hôpital. Les hospitalisations de moins de 24h représentent 32 à 56% des hospitalisations des patients en EHPAD. Certaines situations pourraient être anticipées par une prise en charge en amont. Cette étude a permis d'évaluer les besoins au sein des EHPAD concernant le déploiement d'une équipe mobile de gériatrie extra hospitalière avec un renforcement en compétence psychiatrique. **Méthodes:** Dans le cadre d'une enquête préalable à l'intervention extra-hospitalière, afin de connaître la typologie des problèmes psychiatriques et les besoins des structures, 24 EHPAD prenant en charge 1823 résidents du canton de Douai ont été interrogés sur leurs attentes. **Résultats:** Une enquête épidémiologique a permis de montrer que le nombre moyen de résidents est de 78, avec un âge de 85 ans en moyenne, dont 80 % de femmes, avec 19 médecins traitants en moyenne. Le GMP moyen est de 727 avec un PATHOS à 231. 81 patients étaient des patients psychiatriques, avec seulement 25 hospitalisations en psychiatrie. La moyenne du nombre de patients résidant en secteurs fermés était de 13. Quinze tentatives d'autolyse au total étaient à déplorer. La majorité des EHPAD était en lien avec les Centres Médico Psychologiques du canton. La majorité des troubles psycho-comportementaux était l'opposition aux soins, l'agressivité, l'agitation, la violence verbale ou physique, la déambulation et les cris. Les syndromes gériatriques les plus courants rencontrés étaient la dénutrition, l'apathie, les chutes, la douleur et la fin de vie. Les difficultés rencontrées par rapport aux hospitalisations concernaient pour plus d'un quart des structures l'absence de courriers, les retours tardifs nocturnes des urgences et les sorties avant le week-end sans délivrance d'ordonnance. Concernant les attentes, 16 EHPAD sur 24 souhaitaient bénéficier de formation, la majorité en gérontopsychiatrie. Vingt EHPAD évoquaient un apport pour appuyer certains dossiers (réflexions sur des limitations de soins, aide vis-à-vis des familles concernant des décisions prises...). Six EHPAD ont fait part de leurs difficultés à orienter certains patients en UHR. La majorité des EHPAD (16 sur 24) souhaitaient une aide concernant la prise en charge de l'agitation. Un quart évoquait la nécessité d'optimisation thérapeutique des ordonnances. Un accès plus direct au plateau technique du Centre Hospitalier de Douai et une aide à l'organisation des consultations a été demandé. **Conclusion:** La demande des EHPAD concerne en premier lieu la psychogériatrie. L'équipe mobile gériatrique extra-hospitalière permet une collaboration du centre hospitalier de Douai avec les EHPAD, en articulation avec le médecin traitant. Cette coopération dans le cadre d'une filière de soins gériatriques permet un parcours de soins fluide et adapté.

#### A1-13-26

**Les joies d'ORBIS© : retour d'expertise d'un service d'expérimentation pilote sur un nouveau logiciel centralisé du dossier médical**

S. Moulias (1) ; A. Sefssafi (1) ; T. Cudennec (1) ; A. De Malherbe (1) ; M. Pépin (1) ; E. Fercot (1) ; L. Aubert (1) ; L. Teillet (1)

(1) Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt

**Introduction:** Suite aux recommandations de dossier unique pour le patient, l'APHP s'est doté d'un nouveau logiciel, en parallèle des hôpitaux universitaires de Nice : Orbis©. Comme toute nouveauté, les débuts sont souvent difficiles et les détours piégés, mais au final il y a des satisfactions et des déconvenues, en particulier dans le soin gériatrique. Ces dernières gagnent à être connues des futurs utilisateurs, ainsi que les spécificités à savoir, non fournies par

les formateurs initiaux. Aucun programme n'étant parfait à ce jour, nous espérons que notre expérience pourra aider les futurs créateurs à améliorer leur outil, mais aussi nos collègues à anticiper les difficultés à venir. **Méthodes:** Nous avons été service pilote sur site pilote de novembre 2011 à novembre 2015. Aujourd'hui encore nous sommes le seul service (UGA de 26 lits sur hôpital MCO de 450 lits) à utiliser toutes les fonctionnalités (dossier médical, dossier de soin, dossier social, prescription de biologie et réception des résultats, prescription de radiologie et visualisation des clichés, de kinésithérapie, prescription médicamenteuse). Les autres services n'utilisent le plus souvent que le dossier médical, le dossier de soin et la visualisation des résultats d'imagerie. **Résultats:** Points positifs; Dossier médical; Dossier de soin; Identification systématique des patients porteurs ou contacts de germes multi-résistants; Fiche de liaison sociale; Désignation de la personne de confiance; Compte-rendu d'hospitalisation; Codage PMSI; Points négatifs; Nombreux doublons; Prescription de soins; Prescription de seringues électriques; Connaissance des posologies délivrées lors de prescription en si besoin à intervalles réguliers; Prescription de produits sanguins; Prescription d'examen non biologique et non radiologique; Temps du logiciel pour passer d'une action à une autre; Temps soignant; Temps médical; Temps de secrétaire; Formation par compagnonnage; Communication des différents acteurs; **Conclusion:** Nous avons eu de réelles difficultés à faire comprendre nos problèmes à l'équipe de développement informatique, qui s'est longtemps contentée de dire « ça ne marche pas car ils ne savent pas l'utiliser correctement. Il faut qu'ils retournent se former ». Mais nous avons aussi découvert que beaucoup de nos problèmes étaient liés à notre propre équipe de direction du siège (médicale, des soins, de la qualité etc), qui avait ses propres avis et donnait ses directives sans écouter la base.

#### A1-13-27

##### **Facteurs associés à une durée de séjour supérieure à 30 jours chez les patients de 70 ans et plus hospitalisés au CHU de Pointe à Pitre / Abymes**

T. Basileu Zozio (1) ; L. Rinaldo (1) ; M. Dauguet (1) ; JL. Fanon (2) ; M. Dramé (3) ; L. Godaert (2)

(1) *Unité mobile de gériatrie, CHU Pointe-à-Pitre/Abymes, Guadeloupe*; (2) *Pôle de gériatrie et gérontologie, CHU Martinique, Le Lamentin*; (3) *Unité d'aide méthodologique, CHU, Reims*

**Introduction:** Les équipes mobiles de gériatrie sont sollicitées par les services de spécialité lors des séjours longs pour apporter une aide dans la mise en œuvre du retour à domicile (« les études de l'Agence Régionale de Santé Bretagne » N°12. 11/2015). Plusieurs facteurs dont la dénutrition, la perte d'indépendance, les troubles de la marche, les troubles cognitifs et les difficultés sociales sont identifiés dans la littérature comme facteurs pronostiques d'un séjour long pour les sujets âgés (1-3). Certains travaux suggèrent une lecture beaucoup plus complexe des motifs ou des facteurs prédictifs des séjours longs (4). L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs indépendamment associés à une durée de séjour prolongée chez des patients hospitalisés, vus par l'équipe mobile de gériatrie. **Méthodes:** Une étude rétrospective, longitudinale, mono centrique a été réalisée sur la base de données de suivi de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) du CHU de la Guadeloupe, sur une période de 2 années. Étaient éligibles à l'étude les patients qui ont bénéficié d'une évaluation gériatrique. Des données sociodémographiques et administratives ont aussi été recueillies. Le séjour prolongé a été défini comme tout séjour dont la durée était strictement supérieure

à 30 jours. Les facteurs indépendamment associés à une durée de séjour prolongée ont été identifiés par une régression logistique binaire. **Résultats:** Sur la période étudiée, 286 patients avaient une évaluation gériatrique complète. Ils étaient âgés en moyenne de 83±7 ans, avec une majorité d'hommes (62%). La moitié d'entre eux (51%) vivaient seuls, 97% étaient dépendants aux ADL ou IADL, 58% marchaient seuls (avec ou sans aide technique), 48% n'avaient aucune aide professionnelle. La dénutrition était présente chez 70% des patients ; 50% étaient déments, et 44% étaient confus. La durée moyenne de séjour était de 30 jours. Les facteurs identifiés comme indépendamment associés à une durée de séjour prolongée (après ajustement sur l'existence de contention, le nombre d'antécédents, le nombre de médicaments habituels, les troubles de la marche, et la confusion) étaient : un âge < 85 ans (OR=1,79 ; IC 95%=1,01 – 3,18) ; la présence d'une incontinence (OR=2,93 ; IC 95%=1,17 – 7,32), le fait de vivre seul (OR=2,44 ; IC 95%=1,39 – 4,28) ; et l'absence d'aide professionnelle (OR=1,89 ; IC 95%=1,06 – 3,33).

**Conclusion:** Les facteurs indépendamment associés à un séjour prolongé diffèrent partiellement des facteurs pronostiques retrouvés dans la littérature. Ce constat suggère que la question des « séjours longs » participe d'une organisation complexe comprenant une dimension populationnelle mais aussi organisationnelle hospitalière et territoriale. Une étude plus approfondie est nécessaire pour identifier les axes d'intervention possibles pour limiter les séjours indument prolongés. 1. Gomes F, Emery PW, Weekes CE. Risk of Malnutrition Is an Independent Predictor of Mortality, Length of Hospital Stay, and Hospitalization Costs in Stroke Patients. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2016;25(4):799-806. 2. Cereda E, Klersy C, Pedrolli C, Cameletti B, Bonardi C, Quarleri L, et al. The Geriatric Nutritional Risk Index predicts hospital length of stay and in-hospital weight loss in elderly patients. *Clin Nutr.* 2015;34(1):74-8. 3. Antonelli Incalzi R, Gemma A, Capparella O, Bernabei R, Sanguinetti C, Carbonin PU. Continuous geriatric care in orthopedic wards: a valuable alternative to orthogeriatric units. *Aging (Milano).* 1993;5(3):207-16. 4. Emmanuel V, Sandrine H. Les séjours longs. janvier 2013 ed: fepah; 2013. 140 p.

#### A1-13-28

##### **Ouverture d'une unité de soins palliatifs, de la conception à la réalisation: intérêt d'une dynamique médico-administrative commune**

V. Fossey Diaz (1) ; F. Sadoudi-Gazou (1) ; F. Escourrolle-Peltier (1) ; N. Ammar-Khodja (1) ; M. Trifilo (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris*

**Introduction:** Dans le cadre des besoins du territoire Paris Nord de lits en soins palliatifs, l'hôpital Bretonneau a doublé sa capacité d'accueil pour les patients âgés en fin de vie, devenant ainsi la 3ème plus importante structure de soins palliatifs d'Ile de France (20 lits). **Méthodes:** Cette restructuration s'est en parallèle accompagnée de la fermeture de 15 lits de soins de longue durée. Ce projet, dont la réflexion a été amorcée en avril 2015, a débuté courant octobre 2015. Après information et multiples rencontres avec les familles et les patients de soins longue durée, une solution adaptée à chacun d'entre eux a été trouvée dans un délai très court. Ceux ci ont été adressés, en 1 mois, dans leur nouveau lieu de soins (autre USLD). Les travaux ont débuté, suite à l'élaboration de plans validés par les différentes instances (médicales, paramédicales et techniques). **Résultats:** L'unité a ouvert le 1/4/2016 à la date prévue par l'administration, soit après 3 mois de travaux. Ce lourd chantier de restructuration a été possible grâce à la présence quotidienne

du chef de chantier, à la motivation du cadre de santé, du cadre paramédical de pôle et du chef de service. Ce délai court imposé, aboutissant à l'ouverture d'une unité fonctionnelle, agréable pour les soignants, les patients et leurs proches, a pu être respecté grâce à une collaboration active, dynamique entre les équipes médicales, paramédicales, techniques et administratives qui ont porté ce projet. **Conclusion:** A l'heure des coupes budgétaires, tout projet innovant et si possible lucratif est encore possible à la condition sine qua non que les instances administratives nous accompagnent.

#### A1-13-29

##### Activités des 4 équipes mobiles extra-hospitalières portées par les Hospices Civils de Lyon de janvier 2014 à décembre 2015

N. Jomard (1) ; BA. Kim (2) ; C. Roubaud (3) ; C. Moindrot (4) ; V. Profit (2) ; B. Galamand (1) ; F. Moussalem (4) ; G. Richard (3) ; G. Martin-Gaujard (2)

(1) *Equipe Mobile de gériatrie extra-hospitalière, C.H. Lyon Sud, Pierre-Bénite;* (2) *Service de médecine gériatrique du pavillon k, Hôpital Édouard Herriot, Lyon;* (3) *Equipe mobile maladie d'alzheimer, Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne;* (4) *Equipe mobile de gériatrie extra-hospitalière, Hôpital De La Croix-rousse ((Hôpital Gériatrique Dr Frédéric Dugoujon), Caluire-et-Cuire*

**Introduction:** Les trois équipes mobiles de gériatrie extrahospitalière des Hospices Civils de Lyon (dénommées ci-après EMG-EH) ont été créées le 2 janvier 2014 en réponse à l'appel à projet de l'Agence Régionale de Santé Rhône – Alpes « création d'une équipe mobile gériatrique extrahospitalière à compétence psychiatrique ». Elles sont adossées aux filières gérontologiques. Elles ont complété la création en novembre 2011 à Lyon d'une équipe mobile dédiée à l'expertise des troubles psycho-comportementaux : l'Equipe Mobile Maladie d'Alzheimer (dénommée ci-après EMMA), transfilière. L'objectif commun est de proposer une évaluation gériatrique/psychiatrique pluri professionnelle sur le lieu de vie du patient, dans le but de rationaliser son parcours et sa prise en charge en fonction de ses différentes problématiques : médicales, psychologiques, comportementales, environnementales ou sociales. L'objectif de cette étude est de décrire l'activité des 4 équipes mobiles portées par les Hospices Civils de Lyon depuis janvier 2014. Décrire la population concernée par ses interventions et leur niveau de complexité. Recenser le nombre d'hospitalisations non programmées à 2 mois. **Méthodes:** Etude descriptive rétrospective observationnelle concernant les interventions des équipes mobiles des HCL (3 EMG-EH + EMMA) de janvier 2014 à décembre 2015 sur les filières gérontologiques Lyon Nord, Rhône Centre, Rhône Sud (département du Rhône (69)). Mise en commun des différents rapports d'activité après la mise en place d'indicateurs communs. **Résultats:** Entre janvier 2014 et décembre 2015, les 4 équipes ont traité 2280 situations, ont réalisé 1926 évaluations sur le lieu de vie des patients concernant 1454 sujets âgés; Age moyen : 85 ans; Sexe Ratio (F/H) : 1,7; Lieu d'intervention : 1028 interventions à domicile (67.6%) et 432 en EHPAD; Taux des hospitalisations non programmées à 2 mois < 10% (n=146); Sur les 3 EMG-EH: GMP moyen : 630 (44,8% GIR 1 et 2); Niveau de complexité psycho-médico-social (établi selon des indicateurs communs sur les 3 EMG-EH) : 70,9 % des situations sont de niveau maximal de complexité (niveau 3). **Conclusion:** Les équipes mobiles sur le département du Rhône drainent une activité importante permettant de prendre en charge des situations médico-sociales complexes et

d'éviter des hospitalisations inadaptées. Le maintien des moyens humains et financiers permettant leur fonctionnement est nécessaire car elles font entièrement partie des filières gérontologiques et constituent un recours essentiel pour les professionnels face aux situations complexes.

#### A1-13-30

##### Caractéristiques des patients âgées pris en charge en hospitalisation à domicile

M. Gentin (1) ; O. Marquestaut (1) ; M. De Stampa (2)

(1) *Had aphp, HAD APHP, Paris;* (2) *HAD APHP, Paris*

**Introduction:** Le nombre de patients âgés avec des problématiques médico-psychosociales et pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD) est en forte augmentation en France. Mais nous avons peu d'information sur leurs caractéristiques cliniques et les outils d'évaluation sont non validés. L'objectif de cette étude est de décrire les personnes âgées suivies en HAD de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) et d'implanter l'outil validé RAI (resident assessment instrument). **Méthodes:** L'ensemble des personnes âgées hospitalisées en HAD entre le 1/06/2016 et le 1/08/2016 sur Paris ont été recrutées. Le recueil des données a utilisé l'outil RAI-CA (resident Assessment Instrument-Contact Assessment) à partir d'une évaluation faite à domicile. **Résultats:** Les résultats décrivent les caractéristiques socio-démographiques, l'état cognitif et fonctionnel, l'état nutritionnel et les plaies, les chutes, le type de soins, le nombre d'intervenants professionnels et l'état des aidants. Par ailleurs, l'outil d'évaluation RAI-CA permettra d'identifier la proportion de patients en soins complexes et suivis en HAD. **Conclusion:** cette étude permettra d'identifier l'adéquation entre besoins et services des patients suivis en HAD et d'implanter l'outil RAI en routine.

#### A1-13-31

##### Une boîte à outils pour améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD

L. Bonneau (1) ; A. Berthelot (2) ; V. Godinot (3) ; JP. Flouzat (4); MH. Roche (5) ; H. Bichot (5) ; A. De Saunière (1)

(1) *Cellule politique du médicament et des produits de santé, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Paris;* (2) *Pôle Déploiement, Anap, Paris;* (3) *Département qspharmbio, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Paris;* (4) *Pôle médico-social, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Paris;* (5) *Direction de la communication, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Paris*

**Introduction:** Un besoin d'outils pour améliorer les pratiques et sécuriser la prise en charge médicamenteuse (PECM) a été exprimé par des professionnels en EHPAD au travers d'un état des lieux réalisé par l'ARS Ile-de-France en 2014. L'objectif de ce travail était de faciliter l'accès aux outils existants en les rassemblant sur un seul lien. **Méthodes:** De nombreux outils sur la PECM en EHPAD existant, une sélection d'outils de recommandation, opérationnels pour la pratique et de formation a été effectuée en regard de leur pertinence, facilité d'usage et date de mise à jour. Ces outils étaient élaborés et publiés par les agences sanitaires (ARS, HAS, ANAP, etc.), les sociétés savantes, les OMEDIT, etc. ou directement issus du terrain. **Résultats:** Une soixantaine d'outils ont été retenus et classés selon l'étape de la PECM qu'ils traitent, de la prescription à l'administration, sans oublier la déclaration des événements indésirables ni le transfert vers la ville ou l'hôpital. Les outils mis à

disposition sont de formes différentes : guide, fiche mémo, listes de médicaments (liste préférentielle, liste de médicaments écrasables, etc.), aide en ligne (téléfécration), e-learning, kit de formation, etc. A titre d'exemple, on y trouve l'outil d'autodiagnostic de la PECM élaboré par l'ANAP, le dossier de liaison d'urgence de la HAS, la fiche de bon usage des opiacés forts en EHPAD de l'ARS et l'Omedit Basse-Normandie, le lien pour commander le guide PAPA, etc. La boîte à outils est disponible depuis le 25 mai 2016. Sa mise en ligne a été relayée auprès des professionnels de terrain franciliens par les fédérations, représentants de professionnels de santé et d'usagers, la presse (Hospimedia), le réseau PAERPA, etc. Déjà de nombreux professionnels ont fait remonter à l'ARS leur satisfaction. Une mise à jour est prévue tous les ans et chaque utilisateur est invité à faire part à l'ARS Ile-de-France de ses commentaires et suggestions d'outils. **Conclusion:** Une diffusion régionale plus large est prévue par l'Assurance Maladie au travers d'un flyer, dans le cadre de sa campagne d'accompagnement en EHPAD de 2016. L'enjeu à présent est de faire connaître cette boîte à outils aux professionnels du terrain sur l'ensemble de la France et c'est là l'objet de sa communication aux journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérologie.

#### A1-13-32

##### 20 fiches de conduite à tenir pour les IDE et les AS AMP en situation d'urgence en EHPAD

C. Chansiaux-Bucalo (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Courbevoie Neuilly Puteaux, Courbevoie*

**Introduction:** Devant le nombre croissant de résidents d'EHPAD hospitalisés souvent de façon répétée depuis les EHPAD l'ARS Ile de France à lancer une expérimentation visant à réduire les hospitalisations de ces patients âgées poly pathologiques. Il a été décidé de mettre en place une IDE de nuit partagé sur 3 EHPAD intervenant en systématique une fois par nuit dans chaque EHPAD et pouvant se déplacer en cas d'urgence. Cette expérimentation a été faite sur trois ans et soumise à évaluation sur 7 départements d'Ile de France. Mise en place à partir de janvier 2013 de 3ETP IDE par département francilien en dehors de Paris. Chaque site avait un porteur de projet qui était l'employeur de l'équipe d'IDE mise ensuite à disposition des 2 autres sites de façon équitable. Le projet nécessitait la mise en place de procédure commune aux 3 établissements pour les Intervention sur les urgences, la prise en charge des soins palliatif, la prise en charge de la continuité des soins et l'amélioration des retour d'hospitalisation. **Méthodes:** Dès le début du projet la nécessité d'uniformiser les pratiques et les protocoles des différentes structures c'est fait sentir. Dans un premier temps les protocoles disponibles dans les 21 EHPAD de l'expérimentation ont été récupérées en fait seul 5 structures avaient des protocoles réellement formalisés. Le constat par ailleurs était que ce type d'outil à destination des EHPAD n'existait pas. La plupart des protocoles retrouvés était le plus souvent adapté au milieu hospitalier mais pas aux EHPAD. Pour la prise en charge des urgences l'harmonisation des protocoles paraissait donc nécessaire. Devant ce constat il a été décidé de mettre en place des groupes de travail au sein de la SGGIF pour permettre un travail pluridisciplinarité afin de mettre en place des fiches de conduite à tenir partagé par tous. 15 groupes de travail se sont réunis au cours de l'année 2013 et début 2014 pour constituer des fiches simples, pratique et compréhensible à destination des IDE et AS AMP et AMP des EHPAD. Ces groupes ont été constitués de gériatres hospitaliers, de médecins coordonnateurs, de médecins généralistes,

d'urgentistes, d'IDE et d'IDE coordonnatrice d'EHPAD. Des étudiants du Du de médecin coordonnateur de Paris V ont participé à la rédaction des fiches en faisant une revue de la littérature pour chaque sujet afin de valider les informations mises dans ces documents. Leur travail a permis la réalisation d'un mémoire collectif. **Résultats:** Les fiches ont été mises en place par les IDE de nuit de l'expérimentation après formation et validation de ces outils par les médecins coordonnateurs et les IDEC des différentes structures. Les IDE avait bien sur reçu une formation spécifique pour la mise en place de cet outil. Les fiches ont été testées pendant 6 mois puis une réunion de remonté des modifications à été faite et de validation définitive a été réalisée. La mise en place de cet outil a permis d'améliorer la compétence des AS, AMP et IDE dans la gestion des urgences en leur permettant de mieux comprendre les enjeux de la prise en charge et de la communication vis à vis des médecins et des services d'urgence. **Conclusion:** Actuellement les fiches ont fait l'objet d'une validation définitive et sont téléchargeable sur smartphone, tablette ou ordinateur. Leur mise en place est relativement simple, elle nécessite un temps court de formation et permet d'améliorer les prises en charge en urgence et de formaliser la communication avec les médecins et les services d'urgence.

#### A1-13-33

##### Chirurgie ambulatoire chez la personne âgée de plus de 75 ans: facteurs de risque de réhospitalisation à J30

M. Bringuer (1) ; Y. Girardeau (2) ; L. Duco (3) ; J. Le-Guen (3); O. Saint-Jean (3)

(1) *Gériatrie, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris;*

(2) *Département d'informatique médicale, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris;*

(3) *Gériatrie, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris*

**Introduction:** La chirurgie ambulatoire connaît un succès grandissant, passant de 32 à 43% des gestes chirurgicaux en France entre 2007 et 2013. On retrouve peu de données sur les complications après chirurgie ambulatoire chez le sujet âgé. Une étude américaine retrouvait néanmoins l'âge comme facteur de risque indépendant de réhospitalisation précoce (c'est-à-dire inférieur à 30 jours) ainsi que diverses variables de morbidité (insuffisance rénale ou respiratoire, cancer traité, etc...). L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs de risque de réhospitalisation dans les 30 jours suivant une chirurgie ambulatoire chez des sujets âgés de 75 ans et plus. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude de cohorte, rétrospective, unicentrique de l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP). Les critères d'inclusion étaient les suivants : tous les patients de plus de 75 ans ayant eu une chirurgie ambulatoire entre 2008 et 2015, quel que soit le type de chirurgie. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Le critère de jugement principal était le taux de réhospitalisation à J30 au sein du même hôpital, en individualisant les entrées via le SAU. Les critères de jugement secondaire étaient le taux d'admission immédiate au décours de la chirurgie, quel que soit le service d'entrée (chirurgie, médecine, soins intensifs) et le taux de réhospitalisation à J7. L'identification des facteurs de risque de réhospitalisation se fait dans le dossier médical informatisé et à l'aide des données PMSI. On réalise une analyse univariée puis multivariée des données démographiques (âge, sexe), des comorbidités et du type de chirurgie. **Résultats:** Les résultats préliminaires retrouvaient 142 intervention en 2015 chez des sujets âgés de plus de 75 ans. Parmi les 680 patients de plus de 75 ans opérés entre 2008 et 2015 (soit 779 interventions), il est observé 103

réhospitalisations à J30 dont 17 hospitalisations non programmées, soit un taux de 2.5%. Les facteurs de risque de réhospitalisation sont en cours d'analyse. **Conclusion:** En conclusion, il est retrouvé un taux de réhospitalisation à J30 comparable aux données de la littérature.

#### A1-13-34

##### Exemple de partage d'informations entre les acteurs de santé de la personne âgée : transmission des modifications thérapeutiques hospitalières vers la ville

F. Visade (1) ; C. Delecluse (1) ; A. Lefebvre (2) ; JM. Lefebvre (3) ; M. Cunin (3) ; E. Floret (4) ; B. Decaudin (5) ; JB. Beuscart (6) ; F. Puisieux (6)

(1) court séjour gériatrique, Hôpital Saint Philibert, Lille; (2) Pharmacie, Hôpital Saint Philibert, Lille; (3) Département de médecine générale, université de médecine lille2, Lille; (4) Pharmacie, Centre hospitalier de Saint Philibert, Lomme; (5) Service de pharmacie, C.H. Régional Universitaire de Lille (CHRU de Lille), Lille; (6) Geriatrie, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille

**Introduction:** L'ordonnance du patient âgé doit bénéficier d'une attention particulière. Lors d'une hospitalisation, le traitement médicamenteux d'un patient âgé est souvent modifié. La sortie d'hospitalisation est ainsi une situation à risque d'erreurs médicamenteuses, liées notamment à une transmission insuffisante des changements de l'ordonnance entre les professionnels de santé. L'objectif de cette étude était d'établir un consensus sur les données à transmettre de l'hôpital vers la ville concernant les changements thérapeutiques au décours d'une hospitalisation chez un patient âgé. **Méthodes:** Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de quatre professions : médecins généralistes, pharmaciens d'officine, gériatres, et pharmaciens hospitaliers. La méthode de consensus dite par groupe nominal a été utilisée. Les réunions se déroulaient en plusieurs étapes : 1) présentation de l'objectif et de la question posée ; 2) génération et énumération des idées à tour de rôle par chaque participant jusqu'à épuisement des idées ; 3) discussion collective des items; 4) consensus par vote et classement de chaque item par rang de puissance et fréquence. **Résultats:** La première réunion regroupait quatre médecins généralistes et sept gériatres afin d'identifier les items jugés essentiels par les médecins quant à l'information attendue au décours d'une hospitalisation chez un patient âgé. La deuxième réunion regroupait sept pharmaciens d'officine et sept pharmaciens hospitaliers afin d'identifier les items essentiels pour les pharmaciens. La dernière réunion regroupait les quatre professions (11 médecins et 14 pharmaciens) pour obtenir un consensus sur les items identifiés par les deux premiers groupes. Un consensus a été obtenu sur les dix items suivants : indication des traitements arrêtés, reconduits, introduits et modifiés, avec posologie, horaire de prise et durée du traitement; justificatif des introductions ou des arrêts; information quant à la réévaluation des traitements (données de surveillance requises ou conditions d'arrêt); motif d'hospitalisation, éléments principaux de l'hospitalisation (pathologies aiguës rencontrées, évènements iatrogéniques), diagnostic de sortie; informations administratives concernant le patient (nom, prénom, adresse, numéro de sécurité sociale); nom du médecin traitant, des intervenants hospitaliers (médecins, pharmaciens, internes), et de l'hôpital; allergies connues, mention d'une insuffisance hépatique ou rénale; principaux effets indésirables à surveiller ; date des dernières valeurs biologiques d'intérêt; dates d'hospitalisation. **Conclusion:** Cette étude propose

un consensus sur les informations à transmettre concernant les modifications de l'ordonnance, voulues par les acteurs de santé de la personne âgée, hospitaliers et du domicile, afin de préparer au mieux la sortie d'hospitalisation.

#### A1.17. PATHOLOGIES RESPIRATOIRES : BPCO/ ASTHME

##### A1-17-35

##### Hémoptysie chez un patient de 85 ans

X. Paplomatas (1) ; C. Boufflet (1) ; JM. N'kuzimana (1) ; B. Berteaux (1) ; JM. Serot (2) ; J. Attier-Zmudka (1) ; F. Gleize (1) (1) Gériatrie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin; (2) Gériatrie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin

**Introduction:** L'hémoptysie est définie par le rejet au cours d'un effort de toux de sang rouge vif provenant des voies aériennes sous glottiques. C'est un symptôme alarmant qui doit toujours conduire à une enquête étiologique rigoureuse. Nous rapportons le cas d'un patient de 85 ans prise en charge en gériatrie pour des hémoptysies de faible abondance. **Méthodes:** Ce patient de 85 ans avait comme antécédents une cardiopathie rythmique [Kardégic 75, Ramipril 5, Temerit 5], une HTA [Amlor 5], une ACFA, une embolie pulmonaire, un anévrisme de l'aorte thoracique traité par endoprothèse, un adénocarcinome de prostate [Avodart] et un SAS non appareillé. Le patient était un ancien fumeur à 50 PA sevré depuis 30 ans et ancien agriculteur. Il se présente aux urgences pour un encombrement bronchique dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen clinique est sans particularité hormis une légère diminution du murmure vésiculaire aux 2 bases. Durant l'hospitalisation le patient a présenté plusieurs épisodes d'hémoptysie de faible abondance sans déglobulisation. **Résultats:** La fibroscopie bronchique retrouvait un saignement provenant de l'artère sous segmentaire postérieure de la médio basale gauche. L'aspiration bronchique ne retrouvée pas de cellules suspectes. L'angioTDM retrouvait la présence d'un syndrome de comblement alvéolaire sur le segment postéro basal et latéro basale du lobe inférieur gauche ainsi qu'un aspect pseudo nodulaire d'environ 3 cm. Devant cette lésion pseudo nodulaire suspecte, le patient a bénéficié d'un TDM TAP qui retrouvait une discrète régression de la condensation avec bronchogramme aérique du segment postéro basale latéro basal du lobe inférieur gauche, une lame d'épanchement pleural liquidienne gauche de faible abondance et l'endoprothèse aorto-thoracique sans signe évident de fuite mais collection périprothétique. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale concernant la collection péri prothétique. Concernant la prise en charge de l'hémoptysie, indication a réalisé une embolisation sur une artère bronchique dilatée. Cependant le patient refuse l'embolisation. Il a donc été décidé une prise en charge palliative avec un retour à domicile en HAD. **Conclusion:** L'hémoptysie constitue un motif fréquent de consultation en pneumologie, en particulier chez le sujet âgé. La gravité de ce symptôme impose une enquête étiologique minutieuse quelque soit l'âge du patient.

**A1-17-36****BPCO du sujet âgé : connaissances vis-à-vis de la maladie et utilisation des systèmes d'inhalation**

A. Costantini (1) ; F. Kort (1) ; V. Giraud (1) ; A. Beauchet (2) ; T. Cudennec (3) ; T. Chinet (1)

(1) *Service de pneumologie et d'oncologie thoracique, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt;* (2) *Département de santé publique, unité de recherche clinique, Hopitaux universitaires Paris ile de France Ouest, Boulogne;* (3) *Service de médecine gériatrique, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*

**Introduction:** La broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie fréquente mais sous diagnostiquée qui touche de plus en plus de sujets âgés. Les traitements inhalés demeurent le seul traitement pharmaceutique de la BPCO, or peu d'études ont évalué l'utilisation des systèmes d'inhalation par les sujets âgés. **Méthodes:** La technique d'inhalation et la connaissance de la maladie chez les sujets âgés atteints de BPCO ont été évalué par un questionnaire rempli de manière prospective dans un service de pneumologie entre septembre 2014 et septembre 2015. Les sujets âgés de 75 ans et plus avec un diagnostic de BPCO confirmé par les explorations fonctionnelles respiratoires étaient inclus. Les critères d'exclusions comprenaient, entre autres, la présence d'une autre maladie respiratoire chronique, la présence de troubles cognitifs ou le fait de ne pas parler français. Le questionnaire était centré sur l'histoire du tabagisme, l'autonomie, le suivi de la BPCO, la fonction respiratoire, la connaissance de la BPCO et l'éducation thérapeutique vis-à-vis de l'utilisation des systèmes d'inhalation (démonstration et vérification de la technique). Enfin, la technique d'inhalation était évaluée à l'aide d'une grille spécifique au système utilisé. **Résultats:** Cinquante patients consécutifs ont répondu au questionnaire. L'âge moyen était de 80,1 ans  $\pm$  4,2 ans. Huit patients (16%) connaissaient l'acronyme BPCO et 5 patients (10%) en connaissaient la signification. La technique d'inhalation était optimale dans 25% des cas pour les systèmes d'inhalation nécessitant une coordination main-poumons et dans 41% des cas pour les systèmes déclenchés par l'inhalation. Une démonstration et une vérification de la technique d'inhalation était rapportée par 68% et 24% des patients respectivement. **Conclusion:** Dans cette population, la connaissance de la maladie était limitée, la technique d'inhalation était mauvaise même pour les dispositifs déclenchés par l'inhalation. La vérification de la technique d'inhalation par un professionnel de santé était rare. Il semble nécessaire d'améliorer la prise en charge des sujets âgés atteints de BPCO, possiblement par la mise en place d'un projet d'éducation thérapeutique du patient

**A1-17-37****Dénutrition protéino-énergétique sévère : Critère pronostic de la BPCO**

H. Lamblin (1) ; S. Benkharraz ; M. Catto ; S. Bialecki

(1) *Groupe hospitalier loos-haubourdin, loos*

**Introduction:** Le statut nutritionnel constitue un des facteurs prédictifs de la sévérité de la maladie respiratoire chronique. La prise en charge d'une BPCO sévère dans ce contexte nécessite implicitement une approche globale intégrant une évaluation nutritionnelle approfondie. En effet, selon les dernières recommandations des sociétés savantes, l'index de BODE est un facteur plus discriminatif que le simple VEMS pour apprécier le pronostic de la maladie et son impact systémique. **Méthodes:** Étude de cas de Mme R. âgée de 71 ans suivie pour une BPCO sévère

stade 3 avec un TIFFENEAU à 33%, hospitalisée en urgence pour un coma hypercapnique dans un contexte de dénutrition protéino-énergétique sévère avec un IMC à 10 kg/m<sup>2</sup> (poids à 29 kg et taille 1,65 m). Elle y bénéficie d'une ventilation non invasive, d'une oxygénothérapie et d'une nutrition entérale. Elle est alors transférée en pneumologie puis dans notre unité de SSR pour poursuite de sa prise en charge. A l'entrée, le poids est de 34 kg et l'IMC est à 12.5 kg/m<sup>2</sup>. L'albumine est dosée à 32g/l et la pré-albumine à 0.22g/l. L'approche transdisciplinaire a consisté en un suivi nutritionnel rapproché et un programme de réhabilitation respiratoire. Nous avons poursuivi la nutrition entérale par sonde naso-gastrique avec apport de fibres à dose croissante jusqu'à 900 ml /24h associé aux oligo éléments et complexes vitaminés ; l'objectif étant d'atteindre un IMC à 15 kg/m<sup>2</sup> autorisant le retrait de la sonde et la poursuite d'une alimentation orale enrichie avec collations. **Résultats:** Après deux mois d'hospitalisation, l'évolution est favorable avec une reprise de l'autonomie et de la marche à l'aide d'un rollator sur un périmètre de 150 mètres. Sur le plan respiratoire, la dyspnée est estimée à 3 MRC. Aucune décompensation respiratoire n'est survenue pendant son séjour. L'IMC à la sortie est à 15kg/m<sup>2</sup>, le poids à 41 kg. L'albumine est remontée à 34 g/l et la pré-albumine à 0.25 g/l. La patiente a pu ainsi intégrer une EHPAD. L'index de BODE regroupe le statut nutritionnel (B : Body Mass Index), le degré d'obstruction (O : Air Flow Obstruction), le test de marche (E : Exercice) et la dyspnée (D : Dyspnea). Le score varie de 0 à 10; plus son index (quartile) est élevé et plus la pathologie est sévère. Dans le cadre de Madame de R, l'index de BODE est évalué à 8/10 soit au 4ème quartile. **Conclusion:** La prise en charge globale de la maladie respiratoire chronique intègre une évaluation nutritionnelle approfondie afin d'améliorer le pronostic et assurer une meilleure qualité de vie.

**A1-17-38****L'asthme du sujet âgé : particularités cliniques et paracliniques**

S. Aouadi (1) ; R. Khemekhem (1) ; H. Gharsalli (1) ; E. Guerrazi (1) ; S. Maâlej (1) ; L. Elgharbi (1)

(1) *Service de pneumologie D, Hôpital Abderrahmen Mami de pneumo-physiologie, Ariana, Tunisie*

**Introduction:** L'asthme du sujet âgé constitue une préoccupation grandissante. Il touche de 6 à 7% des patients de cette tranche d'âge. But : Dégager les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'asthme chez les personnes âgées. **Méthodes:** Patients et méthodes : Etudes rétrospectives incluant 55 patients âgés plus 65 ans et suivis pour asthme entre 2011 et 2015. **Résultats:** L'âge moyen était de 76 ans. Le tabagisme était noté chez 20%. L'asthme était à dyspnée continue chez 60%. La durée moyenne d'évolution de l'asthme était de 36 ans. Parmi nos patients, 80% avaient un asthme vieilli et 20% d'entre eux avaient un asthme de novo (apparu après 65 ans). L'origine allergique de l'asthme était notée dans uniquement 15% des cas. Les facteurs aggravants trouvés chez ces patients étaient principalement le reflux gastro-œsophagien (24%), l'obésité (12%) et les dilatations des bronches (10%). L'asthme était jugé non contrôlé chez 56% des patients. Cinquante pourcent des patients avaient été hospitalisé plus qu'une fois pour exacerbation d'asthme. Sur le plan thérapeutique, 80% des patients avaient des difficultés de manipulation des aérosols doseurs. L'observance thérapeutique était jugée mauvaise dans 60% des cas. **Conclusion:** L'asthme du sujet âgé est caractérisé par sa sévérité et la difficulté de sa prise en charge. Une évaluation correcte de la sévérité de la maladie et une simplification du schéma thérapeutique permettaient

de contrôler l'asthme et d'améliorer la qualité de vie des patients.

## A1.20. THÉRAPEUTIQUE EN GÉRIATRIE

### A1-20-39

#### Mon Histoire de Vie

E. Borizovski (1) ; M. Sambuchi (2) ; CA. De (3) ; J. Dodard (4) ; C. Farjon (5)

(1) *Médecin coordonnateur, Ehpad frederic mistral, Vaison-la-Romaine*; (2) *Psychologue, Ehpad frederic mistral, Vaison-la-Romaine*; (3) *Ergothérapeute, Ehpad frederic mistral, Vaison-la-Romaine*; (4) *Qualificienne, ehpad Oustalet, Malaucène*; (5) *Idec, Ehpad Frédéric Mistral, Vaison-la-Romaine*

**Introduction:** « Mon Histoire de Vie » est une démarche à visée non-médicamenteuse, complémentaire au projet d'accompagnement individualisé, qui permet aux personnes âgées en EHPAD de se réapproprier et revisiter leur histoire et leurs souvenirs. Ce livret reprend le parcours de vie de chaque résident et a pour finalité une étude à long terme sur les troubles du comportement, les troubles thymiques et s'inscrit dans la dynamique de traitements non-médicamenteux. **Méthodes:** Chaque livret est créé lors d'une séance hebdomadaire en équipe pluridisciplinaire. Le résident lui-même ou un de ses proches, s'il est en incapacité cognitive ou présente des troubles psychiatriques, évoque sa vie en s'appuyant sur certains événements de sa vie (heureux ou douloureux) et les illustre à l'aide de photos personnelles qu'il aura lui-même choisi. Ce livret est créé deux mois après l'arrivée de la personne en structure afin qu'il ait le temps de prendre ses repères. Afin de valider ce concept une étude est en cours de réalisation. Cette dernière porte sur trois groupes de résidents : - « placebo », - « déments », - « psychiatriques »; Dans trois conditions différentes : - avec la réalisation du livret et accompagnement personnalisé une fois par semaine, - avec la réalisation du livret et sans accompagnement, - sans la réalisation du livret et sans accompagnement. **Résultats:** Les résultats qualitatifs, données verbalisées ou observées permettront de travailler sur : - les représentations et interprétations des résidents sur certains éléments de leur vie, - objectiver le bien-être du résident au contact du livret, - Outil qui facilite l'échange avec l'équipe soignante (après ou pendant les soins et en atelier lecture), - Effet de réminiscence, surgissement des émotions intenses du passé qui lui permet de se sentir encore vivant, - Bilan global sur sa vie réalisé par le résident lui-même, - Valorisation et socialisation de la personne âgée. Les résultats quantitatifs démontreront : - l'effet dans la prescription médicale des antidépresseurs et des psychotropes; - l'amélioration clinique des troubles thymiques (Cornell Scale); - la pertinence ou non de cet outil de la prise en charge des troubles du comportement (NPI). **Conclusion:** Suite à la validation de cette étude, un nouvel outil sera créé et proposé aux résidents sous la forme d'une vidéo. Celle-ci sera présentée de manière hebdomadaire afin que les effets soient pérennisés dans le cadre d'une approche non-médicamenteuse chez la personne âgée. Ce nouvel outil sera réalisé pour l'ensemble des résidents vivant en EHPAD.

### A1-20-40

#### Suspicion de vascularite des membres inférieurs due à la GABAPENTINE chez une patiente diabétique de 95 ans

AS. Aakra-Jardez (1) ; P. Jaecker (2) ; S. Roy (3) ; M. Si Hocine (4) ; M. Rhalimi (5)

(1) *Ssr, C.H. Bertinot Juel, Chaumont-en-Vexin*; (2) *Médecine, C.H. Bertinot Juel, Chaumont-en-Vexin*; (3) *Dermatologie, cabinet médical 10 av 3 Epis, cergy le haut*; (4) *Médecine, Hôpital Saint-Camille, Bry-sur-Marne*; (5) *Pharmacie, C.H. Bertinot Juel, Chaumont-en-Vexin*

**Introduction:** La gabapentine est utilisée dans la prise en charge des douleurs neuropathiques diabétiques; elle agit comme agonistes des récepteurs GABA. Chez le sujet âgé, sa posologie doit être adaptée à la fonction rénale. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une vascularite après introduction de ce traitement. **Méthodes:** Cas clinique. **Résultats:** Une patiente de 95 ans (vue régulièrement en consultation Plaie et Cicatrisation pour ulcères artériels des membres inférieurs) est hospitalisée suite à l'apparition d'une plaie hyperalgique en regard du tendon d'Achille gauche. Antécédents : hypertension artérielle, diabète non insulino-dépendant, artérite modérée distale gauche, arthrose, prothèse totale de hanche droite, fracture fémorale gauche ostéosynthésée, cataracte bilatérale opérée, allergie au chlorhydrate de bétahistidine (eczéma). Traitements à l'entrée : amlodipine 5 mg : 1 comprimé (cp), losartan 50 mg : 1 cp, acétyl salicylique 160 mg : 1 sachet, glimépiride 2 mg : 1 cp, glibenclamide 2.5 mg : ½ cp, paracétamol codéiné : 3 cp par jour. Quelques jours après son entrée (j0), un traitement par gabapentine est introduit (100 mgx3) pour douleurs de type neuropathique (clearance de la créatinine selon Cockcroft à 55 ml/mn). A j4, des lésions purpuriques apparaissent associées à de larges plaques de nécrose au niveau des membres inférieurs (mollets, chevilles), sans symptômes généraux ni ganglions. On évoque un effet secondaire possible du traitement instauré 4 jours auparavant, la gabapentine, laquelle est arrêtée immédiatement. Un corticoïde per os est introduit (40 mg de prednisone à diminuer rapidement). A j7, le dermatologue de l'hôpital diagnostique une vascularite des membres inférieurs, avec lésions nécrotiques, au niveau des chevilles. L'origine est probablement iatrogène; le médicament responsable est probablement la gabapentine car les autres traitements sont prescrits depuis des années sans modification. La prise en charge proposée est : arrêt de la gabapentine et introduction d'un antihistaminique. L'application de dermocorticoïdes sur les plaques de vascularite n'est pas préconisée pour ne pas favoriser l'infection, la corticothérapie per os n'est conseillée que si l'éruption s'amplifiait; les soins locaux des lésions nécrotiques des chevilles sont à effectuer avec des pansements à l'argent. A j30, une biopsie est réalisée sur des lésions persistantes. L'examen montre que la bordure de l'épiderme est bien différenciée et dépourvue de lésion inflammatoire ou nécrotique. Au niveau du derme, on visualise une néogénèse vasculaire avec capillaires turgescents associée à un infiltrat inflammatoire péri-vasculaire. Très focalement, on retrouve des lésions de vascularite leucocytoplasique. Il n'y a pas d'agents pathogènes. Le sevrage en prednisone a dû être très progressif, car il avait réactivé à plusieurs reprises l'apparition de pétéchies (à la dose de 4 mg, puis à partir de 2 mg). L'arrêt définitif de la corticothérapie n'a été possible qu'au bout de 4 mois. La symptomatologie cutanée n'a pas récidivé. Une déclaration de pharmacovigilance a été faite. **Conclusion:** En consultation dermatologique, environ 1% des traitements médicamenteux sont imputables dans la survenue de lésions de vascularite. Parmi ceux-ci, 11.3% sont des

anticonvulsivants. Les lésions apparaissent le plus souvent dans les 10 jours suivant l'introduction. La gabapentine serait responsable de 1 et 10 % de manifestations dermatologiques indésirables. Ce traitement n'est pas seulement utilisé dans les douleurs neuropathiques, mais aussi dans l'épilepsie, voire dans certains troubles psychiatriques. Si peu de cas de vascularites sont rapportés dans la littérature, il n'en faut pas moins rester vigilant quant à l'utilisation de la gabapentine dans la population gériatrique et surveiller, à l'initiation du traitement, la survenue de lésions dermatologiques.

#### A1-20-41

##### **Mise en place du MEOPA en EHPAD-USLD au CHU de Rouen: Préalables, intérêts, limites**

K. Guignery-Kadri (1) ; V. Letellier (1) ; P. Bogaert (1) ; A. Limare (1) ; N. Dubuisson (1) ; O. Reder (1) ; L. Mbalo (1) ; A. Kadi (2)  
(1) EHPAD-USLD Boucicaut, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen;  
(2) Hôpital d'Oissel, CHU De Rouen, Rouen

**Introduction:** La prévalence en EHPAD-USLD de soins douloureux et de troubles du comportement rendant la prise en charge soignante difficile demeure élevée et nécessite pour les équipes médico-soignantes de trouver des solutions pour le confort de vie des résidents. Le Mélange Equimolaire d'Oxygène (50%) et de Protoxyde d'Azote (50%) (MEOPA), de par son action anxiolytique, euphorisante ("gaz hilarant") et antalgique, accompagnée d'une sédation consciente pourrait être une de ses solutions dans la prise des soins douloureux et dans la prise en charge des résidents déments présentant des troubles du comportement perturbateurs lors des soins d'hygiène. C'est la raison pour laquelle l'EHPAD-USLD de Boucicaut au CHU de Rouen a souhaité mettre en place cette technique innovante chez une population âgée institutionnalisée. **Méthodes:** Les indications retenues sont l'analgésie des actes douloureux de courte durée et l'opposition lors des soins d'hygiène et des soins techniques. La mise en place du MEOPA a nécessité la formation théorique initiale du personnel soignant et médical par une IADE référente. Un binôme « IDE référente « douleur »/médecin » a été constitué et a réalisé 5 actes ensemble afin de se familiariser avec la méthode et de réajuster la fiche de traçabilité institutionnelle au fur et à mesure des actes réalisés. Après les 5 actes réalisés en présence du médecin, l'IDE « référente douleur/MEOPA » a pu former ses collègues IDE et aides-soignants. Les IDE ayant pratiqué l'acte 5 fois sont ensuite déclarées aptes à utiliser le MEOPA en toute autonomie. Les préalables à l'utilisation du MEOPA prévoient une prescription médicale obligatoire, l'absence de contre-indication au MEOPA, la présence d'un médecin formé sur site et des horaires d'administration particuliers. La technique d'utilisation suit un protocole bien précis et validé. **Résultats:** Les résultats obtenus avec cette nouvelle méthode ont permis de réaliser les soins dans de meilleures conditions tant pour les résidents (technique non invasive et bien tolérée) que pour les soignants (rapidité d'action, réversibilité dès l'arrêt de l'administration). Les contraintes sont la nécessité d'une atmosphère calme à proximité de la chambre et une mobilisation des soignants. Les difficultés rencontrées sont une auto-administration complexe chez des résidents opposants et des effets indésirables tels qu'une hypersalivation, une hypersomnolence et une fluctuation des troubles du comportement. **Conclusion:** En conclusion, il s'agit d'une démarche pluridisciplinaire dans la prise en charge de la douleur et des troubles psychocomportementaux riche en partage d'expérience au profit des résidents et des

conditions de travail du personnel soignant en EHPAD-USLD

#### A1-20-42

##### **Critères STOPP/START version 2 : étude de faisabilité de l'utilisation d'une version informatisée en médecine générale**

A. Geoffret (1)  
(1) Hôpital Porte verte, Versailles

**Introduction:** STOPP (Screening Tool of Older People Prescriptions) / START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) est un outil d'aide à l'optimisation d'ordonnance chez les personnes âgées. L'objectif principal était d'analyser l'utilisation de la version 2 informatisée, par des médecins généralistes seuls ou réunis en groupe de pairs, en France. L'objectif secondaire était d'évaluer l'application de STOPP/START sur 50 ordonnances de patients de plus de 75 ans polypathologiques. **Méthodes:** Une version française informatisée a été réalisée et validée. L'outil a ensuite été présenté à 5 groupes de pairs et 5 médecins, et testé sur un total de 50 ordonnances. L'avis des médecins était ensuite recueilli. L'ensemble des séances était enregistré. **Résultats:** Le pourcentage d'ordonnances avec au moins une prescription potentiellement inappropriée, était de 80%, et avec au moins une prescription potentiellement omise, de 82%. Cependant, le nombre de modifications par ordonnance était faible, avec un nombre médian de médicaments prescrits passant de 9 à 8,5. Les discussions ont mis en évidence l'intérêt des médecins généralistes pour l'utilisation d'un tel outil pour optimiser l'ordonnance, mais aussi pour revoir le dossier. Une version informatisée est indispensable, mais des améliorations sont souhaitées, notamment l'intégration au logiciel de prescription. Les contextes d'utilisation envisagés sont variables selon les médecins, le plus souvent en groupe de pairs ou en bilan annuel. **Conclusion:** Cette étude a permis de montrer la faisabilité et l'intérêt de l'utilisation d'une version informatisée de STOPP/START. Certaines adaptations de l'outil informatique paraissent nécessaires. Des études complémentaires sur l'impact de l'utilisation d'un tel outil sur la morbi-mortalité seraient intéressantes.

#### A1-20-43

##### **Etude de prise en charge médicamenteuse des BPSD chez les personnes âgées non communicantes**

N. Shpak-Deschamps (1) ; N. Marie (1) ; I. Simonenko (2) ; JP. Berthet (3)  
(1) Pôle Personnes Agées, CH Guillaume Régnier, Rennes;  
(2) Faculté de pharmacie, Université de Rennes 1, Rennes; (3) Libéral, psychiatre, Rennes

**Introduction:** Les personnes âgées non communicantes (PANC) qui présentent des BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) posent des problèmes de prise en charge à domicile comme dans les institutions. La prescription des psychotropes n'est pas recommandée à cause des multiples effets indésirables. Nous avons étudié l'impact de prescription des antalgiques chez les PANC avec des symptômes neuropsychiatriques positifs (SNPP) sur les manifestations cliniques de ces symptômes et les doses de psychotropes administrées. **Méthodes:** Evaluations simultanées de douleur avec l'échelle ALGOPHUS et des SNPP avec l'échelle NPI-ES chez les PANC présentant des BPSD sans signe d'appel somatique. Evaluations couplées à l'analyse de l'évolution des prescriptions d'analgésiques et des médicaments psychotropes du 01.03.2015 au 30.10.2015. **Résultats:** 10 PANC. 4 hommes,

6 femmes. Diagnostic : démence 80%, psychose 10%, troubles bipolaires 10%. BPSD évalués : agitation, comportement moteur aberrant (CMA), irritabilité/instabilité de l'humeur (IIH).

SCORES	ALGOPLUS (moyenne)	NPI-ES	
		Cotation des troubles (moyenne)	Retentissement sur le travail du personnel (moyenne)
Avant optimisation de la prise en charge de la douleur	0 – 5 (1.8)	Agitation 6 – 12 (8) CMA 6 – 9 (7.6) IIH 6 – 12 (10.5)	3 – 5 (2.5) 3 – 4 (3.2) 3 – 5 (3.75)
Après optimisation de la prise en charge de la douleur	0 – 4 (1.6)	Agitation 0 – 6(2.6) CMA 1 – 6 (3.2) IIH 1 – 6 (3.75)	0 – 3 (1.25) 1 – 2 (1.6) 1 – 3 (1.9)

Evolution des prescriptions	Avant optimisation de la prise en charge de la douleur	Après optimisation de la prise en charge de la douleur				
		Dose identique	Diminution	Augmentation	Instauration	Arrêt
Antipsychotique atypique	6	2	1	1	0	2
Antipsychotique conventionnel	4	0	1	1	1	2
Anxiolytique	4	3	0	0	1	1
Hypnotique	2	2	0	0	1	0
Antidépresseur	4	3	0	1	0	0
Paracétamol	2	1	0	0	4	1
Tramadol	1	1	0	0	0	0
Morphiniques	5	1	0	4	1	0

L'optimisation de la prise en charge de la douleur a permis une amélioration des SNPP objectivée à l'aide de l'échelle NPI-ES bien que les scores réalisés par l'échelle ALGOPLUS ne montrent pas de modification significative. L'instauration ou l'augmentation du traitement antalgique a permis de diminuer la dose ou d'arrêter les antipsychotiques chez la moitié des patients. Les doses des antidépresseurs et des hypnotiques sont restées stables ou sont augmentées. **Conclusion:** Notre travail montre l'intérêt de prescription des antalgiques en première intention pour les PANC qui présentent des BPSD même si les scores de douleurs ne sont pas élevés. Cela permet d'améliorer les symptômes cliniques et de diminuer l'administration des antipsychotiques. Les antidépresseurs et les hypnotiques par contre gardent toute leur place dans la prise en charge des PANC présentant des BPSD.

#### A1-20-44

##### Une hyperkaliémie presque inhabituelle

C. Arlaud (1) ; M. Brachat (1) ; D. Saroux (1) ; C. Rambaud (2) ; JM. Turpin (3) ; P. Brocker (4) ; G. Sacco (5) ; O. Guérin (3)  
(1) Pole Gériatrie, CHU Nice Cimiez, Nice; (2) SSR C3, Hopital de Cimiez, Nice; (3) Ucog, Hopital de Cimiez, Nice; (4) Ssr- mosa a4 nord, Hopital de Cimiez, Nice; (5) Ssr-post avc mosa4sud, Hopital de Cimiez, Nice

**Introduction:** La maladie thromboembolique veineuse est une pathologie fréquente en milieu hospitalier et constitue l'une des premières causes de mortalité induite, non directement imputable au motif d'admission. L'indication de traitement anticoagulant à dose

préventive est codifiée en situation post-chirurgicale et étendue aux pathologies aiguës ou lors de perte d'autonomie avec un temps de décubitus majoré. L'hémorragie et la thrombopénie sont les effets indésirables les plus classiques de ce traitement. Cependant, bien que l'hyperkaliémie soit rare, elle est mentionnée dans la monographie et doit être systématiquement évoquée. **Méthodes:** Une patiente de 85 ans a été prise en charge en unité gériatrique de soins de suites et réadaptation dans un contexte de fracture trochantéro-diaphysaire gauche traitée par ostéosynthèse clou gamma. Les traitements prescrits étaient paracétamol 1gx3/jour, cholécalférol 80000 UI 1 fois par mois et daltéparine sodique 5000UI 1 fois par jour. En cours d'hospitalisation, la patiente a été transfusé de deux culots globulaires et les bilans biologiques mettaient en évidence une hyperkaliémie modérée persistante entre 5,2 et 5,7 mmol/l (N=3.5-5 mmol/l). Malgré l'apport régulier de polystyrène sulfonate de sodium, le taux élevé persistait. Le bilan étiologique ne retrouvait pas de trouble sodé, ni insuffisance rénale, ni d'excès d'apports. Devant la bonne évolution clinique, le traitement par daltéparine sodique a été stoppé, entraînant une normalisation spontanée de la kaliémie. **Résultats:** Les signes cliniques et électrocardiographiques d'urgence ont été éliminés. Nous n'avons pas retrouvé de fausse hyperkaliémie ou d'interaction médicamenteuse en rapport avec cette hyperkaliémie. La normalisation rapide de la kaliémie à l'arrêt de la daltéparine sodique à dose préventive nous a orienté vers la suspicion d'hyperkaliémie induite. La base nationale de pharmacovigilance recense quatre cas déclarés en France, dont trois sont associées à des médicaments hyperkaliémisants. Les effets de la daltéparine sur l'aldostérone et le métabolisme des électrolytes sont moins bien connus. Il a été rapporté un effet antialdostéronémique par inhibition de la 18-hydroxylase, avec un risque plus élevé d'hyperkaliémie par réduction d'excrétion rénale. Le risque est d'autant plus probable qu'il existe des troubles hydro-électrolytiques préalables avec une incidence de 15% en cas d'atteinte rénale, de traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion ou de diabète. **Conclusion:** L'hyperkaliémie sous daltéparine sodique est répertoriée dans les bases de données nationales médicamenteuses mais reste sous-évaluée. Après avoir éliminé l'urgence, l'amélioration est le plus souvent rapide après l'arrêt du traitement anti coagulant. Le mécanisme de survenue est mal connu, probablement induite par une hypoaldostéronisme secondaire.

#### A1-20-45

##### Évaluation d'un nouvel outil structuré de révision d'ordonnance des patients âgés: DICTIAS – OBCv

F. Maronnat (1) ; J. Belmin (1) ; W. Jarzebowski (1)  
(1) Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine

**Introduction:** La gestion des prescriptions inappropriées (PI) est une problématique quotidienne en gériatrie. Au sein d'une population de patients âgés hospitalisés présentant une polymédication nous avons cherché à évaluer un nouvel outil d'optimisation des prescriptions médicamenteuses: DICTIAS-OBCv. **Méthodes:** Étude observationnelle rétrospective réalisée sur des patients admis entre juin et octobre 2014 dans un service de soins de suite gériatriques. Les prescriptions d'entrée étaient révisées à l'aide de DICTIAS-OBCv. Les prescriptions d'entrée non révisées et celles révisées par DICTIAS-OBCv étaient analysées à l'aide des outils START/STOPP en repérant les prescriptions START manquantes (SM) et les prescriptions STOPP (S). Le critère de jugement principal était l'évolution du nombre de patients présentant au

moins une PI (SM et/ou S) après révision par DICTIAS-OBCv (Test de Mac Nemar). Les critères de jugement secondaires étaient les évolutions du nombre de prescriptions globales et du nombre de patients présentant des prescriptions SM et S. **Résultats:** 62 patients âgés de 83.9 ans en moyenne ont été inclus. Après révision par DICTIAS-OBCv, le nombre de patients ayant au moins une PI a diminué de 75% passant de 53 à 13 patients (RR = 0.25 ; p < 0.001). Il y avait 421 prescriptions à l'entrée (moyenne = 6.8/patient) puis 338 (moyenne = 5.5/patient) après révision par DICTIAS-OBCv (p < 0.001). L'évolution du nombre de patients avec des SM et S était la suivante: SM 41 à 7 patients (RR = 0.17 ; p < 0.001); S 41 à 7 patients (RR = 0.17 ; p < 0.001).

Evolution du nombre de patients présentant des prescriptions inappropriées après révision par DICTIAS – OBCv

	Avant révision (n = 62)	Après révision (n = 62)	p	RR†
Nombre de médicaments/patient (moyenne +/- écart type)	6.8 +/- 3.2	5.5 +/- 2.5	< 0.001*	
Nombre de patients avec au moins une START manquante	41	7	< 0,001#	0.17
Nombre de patients avec au moins une STOPP	41	7	< 0,001#	0.17
Nombre de patients avec au moins une prescription inappropriée	53	13	< 0,001#	0.25

\*Test de Student sur données appariées; # Test de Mac Nemar sur données appariées  
† Rapport de risque

**Conclusion:** Cette étude montre l'efficacité de DICTIAS-OBCv dans l'amélioration des prescriptions médicamenteuses à la fois en termes qualitatif et quantitatif.

#### A1-20-46

##### **Manifestation d'un syndrome sérotoninergique sous escitalopram et tramadol chez un patient porphyrique**

M. Boulé (1) ; M. Cloutier (1) ; M. Waththuhewa (1) ; A. Lefèvre-Fouache (1) ; A. Proux (1) ; AA. Zulfiqar (1) ; J. Doucet (1)

(1) Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen

**Introduction:** Les syndromes sérotoninergiques (SS) sont difficiles à diagnostiquer par leur symptomatologie peu spécifique et ils peuvent être mortels. Ils sont favorisés par la prise de médicaments dont le tramadol. Ce dernier est contre-indiqué chez les patients atteints de porphyrie, une maladie rare de la biosynthèse de l'hème. Nous rapportons le cas d'un patient porphyrique ayant présenté un SS sans crise de porphyrie suivant l'administration de tramadol et d'escitalopram. **Méthodes:** Un homme de 83 ans aux antécédents de porphyrie, de dépression, de cardiomyopathie ischémique et de fibrillation auriculaire a été hospitalisé pour dyspnée et chutes. Son traitement durant l'hospitalisation comprenait : escitalopram 10mg, fluindione, pantoprazole, perindopril, bisoprolol, spironolactone, rosuvastatine, paracétamol intraveineux et furosémide. Le 19 janvier: le patient a reçu une dose de tramadol 100mg à libération prolongée, sans administration d'escitalopram ce jour. Le 20 janvier: le patient a présenté des clonies sans perte de connaissance avec somnolence, myoclonies, rigidité, signe de Babinski et fièvre. Un SS a été suspecté motivant l'arrêt de l'escitalopram et du tramadol. Le

traitement symptomatique alors mis en place était complété d'une surveillance active. La résolution complète des symptômes a été objectivée le 22 janvier. **Résultats:** L'association de l'escitalopram et du tramadol a provoqué un SS chez ce patient. Le tramadol était la seule modification apportée au traitement précédant la survenue des symptômes. La demi-vie de l'escitalopram est de 30 heures et a permis à ce médicament, bien que non reçu le 19 janvier, d'interagir avec le tramadol. Les symptômes présentés et la résolution rapide de ces derniers à l'arrêt des traitements argumentent en faveur de la suspicion iatrogénique. Le patient n'a présenté aucune crise de porphyrie, malgré l'administration sur plusieurs jours de traitements pouvant en déclencher (tramadol, spironolactone et paracétamol IV). Ces médicaments ont été arrêtés le 20 Janvier. Le tramadol étant au centre de ces deux pathologies, nous avons effectué une recherche bibliographique afin de trouver une éventuelle augmentation du risque de SS chez les patients porphyriques. Le peu de données disponibles à ce jour, imputable à la rareté de la maladie, n'a permis aucune conclusion à ce sujet. D'après le centre régional de pharmacovigilance, il s'agirait du premier cas de syndrome sérotoninergique associé à l'utilisation de tramadol et d'escitalopram chez un patient atteint de porphyrie en France. **Conclusion:** Par sa gravité, il est important de pouvoir rapidement repérer un SS. Considérant que les symptômes sont apparus avec une dose standard de tramadol, il est probable que l'interaction avec l'escitalopram soit responsable du SS. Il est important de promouvoir la déclaration d'événements indésirables chez les patients atteints de maladies rares afin d'optimiser leur prise en charge par le retour d'expérience de chacun.

#### A1-20-47

##### **Administration de ramipril chez un patient souffrant de thrombose et de sténose des artères rénales**

A. Lefèvre-Fouache (1) ; M. Waththuhewa (1) ; AA. Zulfiqar (1) ; R. Bolis (1) ; A. Jégo (1) ; B. Heurtaux (1) ; M. Boulé (1) ; M. Cloutier (1) ; J. Doucet (1)

(1) Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen

**Introduction:** Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) sont connus pour provoquer des altérations de la fonction rénale mais restent très utilisés en gériatrie. Une insuffisance rénale aigue fonctionnelle (IRAF) d'origine médicamenteuse peut survenir chez des sujets porteurs d'une sténose artérielle rénale en principe bilatérale. **Méthodes:** Voici le cas d'une patiente âgée ayant présenté une IRAF sous IEC aggravée par une thrombose de l'artère rénale gauche et par une sténose de l'artère rénale droite. La patiente avait 90 ans et présentait des antécédents d'hypertension artérielle (HTA) traité par indapamide, d'accident ischémique transitoire (AIT) en 2002 et de fibrillation auriculaire (FA) non anti-coagulée et traité par digoxine et acide acétylsalicylique. Elle ne présentait aucun antécédent de iatrogénie médicamenteuse. La patiente a été hospitalisée le 17/01 pour altération rapide de l'état général, déshydratation et hyperglycémie avec arrêt de l'indapamide ce même jour. Les constantes biologiques étaient normales et sa clairance rénale (CR) était à 47ml/min (selon MDRD). Le ramipril a été introduit à la dose de 5mg/j puis la dose a été augmentée à 10mg/j. On note dans les antécédents médicaux de la patiente qu'elle avait déjà reçu ce traitement auparavant et l'avait bien toléré. La patiente a été transférée en soins de suite où elle a présenté des nausées et des vomissements. Les examens biologiques révèlent une digoxinémie à 1,4ng/mL, une insuffisance

rénale aigüe avec une CR à 17mL/min. La digoxine et le ramipril ont été arrêtés. La CR qui s'est progressivement dégradée à 9mL/min a motivé le transfert de la patiente en néphrologie. L'échographie montrait des « reins normaux ». La pharmacovigilance imputait l'IRAF au ramipril, avec un seul cas similaire déclaré dans la base nationale de pharmacovigilance. La CR était à 6mL/min le 15/02 et des séances de dialyse ont été mises en place. Un échodoppler a révélé une thrombose de l'artère rénale gauche et une sténose de l'artère rénale droite. La CR est descendu à 3mL/min le 22/02. La fonction rénale a lentement évolué avec une CR à 13mL/min le 25/03. **Résultats:** Plusieurs facteurs ont contribué à l'accident survenu au cours de l'hospitalisation. Le terrain prédisposait à la préexistence et à l'aggravation d'une altération de la fonction rénale puisque la patiente était âgée, déshydratée et diabétique. Les antécédents d'AIT et de FA prédisposent d'autre part à la survenue d'accidents ischémiques. L'hyperglycémie à l'entrée de la patiente a été imputée à l'indapamide. Ce dernier, étant un composé analogue des thiazidiques, a pu favoriser un déséquilibre glycémique. Néanmoins, l'indapamide est susceptible d'entraîner une hypovolémie provoquant une réduction de la filtration glomérulaire. Cette insuffisance rénale fonctionnelle transitoire serait sans conséquence chez le sujet à fonction rénale normale mais peut aggraver une insuffisance rénale préexistante. Par ailleurs, il est préconisé chez les sujets âgés une dose initiale de ramipril à 1,25 mg par jour selon le résumé des caractéristiques du produit puisque la survenue d'effets indésirables serait majorée dans cette population. De plus, le ramipril étant éliminé par voie rénale, son accumulation a d'autant plus majoré l'insuffisance rénale. Un autre facteur favorisant l'aggravation de l'insuffisance rénale est l'absence de suivi biologique pendant plusieurs étapes de l'hospitalisation : à l'initiation de l'IEC, pendant les 11 jours suivant son introduction et lors du transfert de la patiente en nouveau service d'hospitalisation. L'absence d'analyse pharmaceutique pour cette patiente est également un facteur favorisant. Enfin, la recherche par imagerie de néphropathie à chaque initiation d'IEC ne fait pas partie des recommandations d'emploi et n'est pas réalisable ni réalisable en routine. **Conclusion:** Cette observation montre qu'il est indispensable de conserver les mesures de surveillance biologique chez des patients âgés traités par IEC dans un contexte de co-morbidités majorant le risque d'accident.

#### A1-20-48

##### Usage des statines chez les patients âgés de plus de 65 ans : à propos d'une étude rétrospective en unité aigüe gériatrique

AA. Zulfiqar (1) ; J. Pokorski (2)

(1) Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen; (2) Département de médecine générale, CHU Reims, Reims

**Introduction:** Les larges indications de prescription des statines rendent cette classe thérapeutique incontournable de nos jours, notamment chez le sujet âgé. **Méthodes:** Cette étude rétrospective a été réalisée sur revue de dossiers médicaux en service de gériatrie aigüe au CHU de Reims. Étaient analysés les antécédents et facteurs de risques cardiovasculaires (FRCV) des patients hospitalisés, leurs traitements, le respect des indications de prescription de statines, les contre-indications, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables ainsi que différents paramètres biologiques. **Résultats:** 105 dossiers ont été retenus sur une période de recueil de 3 mois. La population était majoritairement féminine (68,6%) avec une moyenne d'âge de 85,6 ans [65-98 ans]. Au moment du recueil, 13% des patients étaient décédés depuis leur hospitalisation selon la

base de données de l'hôpital. Les facteurs de risque cardiovasculaire relevés dans la population de patients étudiée à leur entrée dans le service étaient les suivants : 25(24%) hypertendus, 31(29,5%) diabétiques de type 2, 14(13,3%) coronariens, 23(22%) patients aux antécédents d'AVC ischémique, 5(4,8%) atteints d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI). 14(13,3%) patients présentaient un FRCV, 37(35,2%) présentaient 2 FRCV, 3(2,9%) en présentaient 3. 51(48,5%) patients étaient à haut risque cardiovasculaire telle que défini par la HAS. 32% des patients étaient traités par statine à leur entrée dans le service parmi lesquels 42,9% l'étaient en prévention primaire contre 57,1% en prévention secondaire. 35 patients étaient traités par statine (33,3%). 33 patients (31,4%) étaient déjà sous statine à leur entrée dans le service, pour 2 patients une statine a été introduite pendant l'hospitalisation suite à deux accidents ischémiques transitoires (AIT). La répartition des dénominations internationales communes (DCI) des statines à l'entrée était la suivante : 46% d'atorvastatine, 27% de pravastatine, 18% de simvastatine, 9% de rosuvastatine. 15 (42,9%) étaient traités en prévention primaire, 20 (57,1%) en prévention secondaire. La répartition des DCI pour les traitements de prévention primaire était la suivante : 4(26,7%) atorvastatine, 5(33,3%) pravastatine, 5(33,3%) simvastatine, 1(6,7%) rosuvastatine. La répartition des DCI pour les traitements de prévention secondaire était la suivante : 11(55%) atorvastatine, 5(25%) pravastatine, 1(5%) simvastatine, 3(15%) rosuvastatine. Seulement un patient était traité par fenofibrate, un autre par association acarbose et atorvastatine. 31,4% des patients étaient traités par statine à leur entrée dans le service alors que 67% auraient dû l'être selon les recommandations de la HAS. Seulement 49% des patients à HRCV étaient traités. Les dosages de statines ont également été analysés. Sur les 33 patients sous statine à leur entrée dans le service, 13 (39%) étaient sous dosage faible, 16 (48%) sous dosage moyen et 4 sous dosage fort. 85% des patients traités atteignaient l'objectif LDL-c défini par les recommandations, versus 55% pour ceux non traités. Les interactions médicamenteuses étaient peu respectées puisque 82% des patients présentaient au moins une association médicamenteuse à risque d'interaction. Aucun effet indésirable imputable aux statines n'a cependant été relevé. Aucun patient n'a présenté de douleurs musculaires ni rhabdomyolyse iatrogène imputables uniquement à un traitement par statine. Il n'existait pas de cytolysse ou cholestase biologique liée aux statines. Il n'a pas été possible de mettre en évidence d'autres effets indésirables spécifiquement liés à une statine. Pour 93 patients il était possible de fixer l'indication ou non d'un traitement par statine selon les recommandations de la HAS. Les données étaient indisponibles pour 12 patients. 62 (67%) soit la majorité des patients devraient être traités par statines selon les recommandations de la HAS. 31 (33%) patients ne devraient pas être traités par statines selon les recommandations de la HAS. 27 patients (29%) respectent les recommandations de prescription. 29 patients (31%) respectent les recommandations de non-prescription. En revanche, 2 patients (2%) étaient traités à tort et 35 (38%) ne l'étaient pas alors qu'ils devraient l'être. Il n'existait aucune contre-indication médicamenteuse entre les statines et les autres traitements des patients traités. **Conclusion:** Les statines restent donc mal utilisées chez une population gériatrique, avec des erreurs d'indications, une sous-prescription chez des patients à haut risque cardiovasculaire et un non-respect des interactions médicamenteuses, probablement liées aux contraintes de prescription majeures dans cette classe d'âge et la multiplication des recommandations.

**A1-20-49****Évaluation de l'observance chez le patient âgé hospitalisé**

C. Donadio (1) ; W. Jarzembowski (1) ; G. Ceschia (2) ; A. Gatti (2) ; J. Belmin (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*; (2) *Geriatrics, Ospedale Maggiore Di Trieste, Trieste, Italie*

**Introduction:** Une mauvaise observance aux traitements médicamenteux implique une augmentation des effets secondaires des médicaments, une augmentation des hospitalisations et de la mortalité et une augmentation des dépenses de santé. **Méthodes:** Notre étude avait le but d'évaluer l'observance d'un groupe de patients âgés dans un service de gériatrie aiguë, et sa corrélation avec la ré-hospitalisation et la mortalité. Il s'agissait d'une étude observationnelle longitudinale prospective menée en 2 centres: un en France à Ivry sur Seine, l'autre en Italie à Trieste. Les objectifs étaient: évaluer l'observance thérapeutique, chercher des facteurs qui peuvent l'influencer, chercher un lien avec la mortalité et la ré-hospitalisation à court et moyen terme, évaluer la connaissance du traitement et l'observance des patients, explorer la fiabilité du médecin de apprécier l'observance chez ces patients. Nous voulions trouver des relations entre la complexité du traitement, l'autonomie, le statut social, la présence de symptômes dépressifs, l'état nutritionnel et l'observance thérapeutique. Nous avons évalué l'observance thérapeutique par un simple questionnaire: le test de Morisky, un questionnaire de 8 questions validé en littérature. Nous avons aussi enregistré le niveau de connaissance de la thérapie du patient et la sensation du médecin sur l'observance de chaque patient inclus dans l'étude. Des données sur l'autonomie, le statut socio-économique, les capacités cognitives, l'état de l'humeur et la complexité du traitement ont été recueillis dans le contexte de l'évaluation gériatrique standardisé. Un score sur le risque de mortalité et ré-hospitalisation qui s'appelle MPI a été calculé. Le suivi a été effectué à 1 mois, 3 mois. **Résultats:** En comparant les deux échantillons on doit considérer que les populations de l'étude diffèrent dans certaines caractéristiques liées aux critères d'inclusion de patients, tenu compte du fait qu'il s'agit d'une comparaison de deux groupes de patients initialement inclus dans deux différentes études. En général, le groupe français présente des scores inférieurs d'autonomie et des fonctions cognitives avec un plus grand risque de malnutrition, un traitement plus complexe et une hospitalisation plus longue. En Italie nous avons sélectionné un échantillon avec des meilleurs scores dans les évaluations de l'autonomie et de la fragilité. Le test Morisky a une valeur moyenne indiquant un respect discret. Nous observons une amélioration après la sortie qui va se contracter après 6 mois. Aucune relation significative a été retrouvée entre l'observance et le taux de ré-hospitalisation. La régression logistique a mis en évidence, cependant, une relation entre la ré-hospitalisation à trois mois et une autonomie réduite, en outre, les données cumulées montrent une relation inverse faible entre le résultat du test Morisky et le risque de dépression évalué par la Geriatric Depression Scale. **Conclusion:** Nous ne pouvons pas affirmer avec certitude si l'observance des traitements évaluée par le test de Morisky a un effet sur la mortalité et la ré-hospitalisation à court terme. La population française diffère de la population italienne car elle est moins autonome, avec plus de comorbidité et un majeure déficit cognitif. En tous cas, les résultats du test de Morisky sont superposables. Il a été confirmé que les patients avec une faible autonomie ont plus de difficultés à suivre les prescriptions médicales. Selon ces données ces patients à risque pourraient être déjà identifiés à l'admission en hôpital afin

de mettre en place des stratégies visant à une meilleure observance du traitement. La pratique médicale quotidienne nécessite l'établissement d'une alliance active avec le patient, surtout pour ce qui concerne la prise correcte des médicaments. Si des doutes sur l'observance d'un patient existent, proposer l'exécution d'un simple questionnaire est envisageable pour mettre en place les stratégies nécessaires à l'améliorer. Comme démontré aussi dans notre étude, le déclin fonctionnel est associé à davantage de ré-hospitalisations; en outre l'aide à domicile est associée à une meilleure observance. Inclure donc les aidants à la stimulation à la consommation de médicaments du patient peut être un facteur clés pour prévenir un déficit d'observance et un échec des traitements.

**A1-20-50****Co-prescriptions de psychotropes chez les patients âgés au sein d'un hôpital général**

J. Convain (1) ; M. Lemaitre (1) ; JB. Beuscart (2) ; M. Dambrine (3) ; D. Lecoutre (3) ; A. Charpentier (4) ; E. Boulanger (5) ; B. Decaudin (3) ; F. Puisieux (2)

(1) *Gériatrie, C.H. Régional Universitaire de Lille (CHRU de Lille), Lille*; (2) *Geriatrics, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*; (3) *Service de pharmacie, C.H. Régional Universitaire de Lille (CHRU de Lille), Lille*; (4) *Gériatrie, C.H. Régional Universitaire de Lille, Lille*; (5) *Geriatrics, C.H. Régional Universitaire de Lille, Lille*

**Introduction:** Les critères START ont été élaborés afin de détecter les prescriptions potentiellement omises (PPO) chez les sujets de 65 ans ou plus. Cependant, ils sont souvent utilisés chez des patients bien plus âgés hospitalisés, ou porteurs de syndromes gériatriques. L'objectif était d'évaluer si les critères START restaient adaptés chez des patients hospitalisés en Médecine Aiguë Gériatrique. **Méthodes:** Etude prospective monocentrique réalisée dans un service de Médecine Aiguë Gériatrique de mai à décembre 2014. Une optimisation thérapeutique était réalisée en 4 étapes : (1) J2 : conciliation médicamenteuse ; (2) J3 : détection des critères START d'après les comorbidités du dossier ; (3) Durant l'hospitalisation: réévaluation diagnostique des comorbidités liées aux critères START ; (4) Sortie : décision multidisciplinaire de suivre ou non les recommandations START selon les données de cette évaluation. **Résultats:** Sur 499 patients hospitalisés, 261 (52,3%) bénéficiaient d'une optimisation thérapeutique. L'âge moyen était de 84,1 ( $\pm 6,3$ ) ans. A J3, 377 PPO étaient détectées chez 117 (67,8%) patients. Après réévaluation diagnostique et optimisation thérapeutique, seuls 42 (11%) critères START étaient suivis. Les principales causes de non suivi des critères START étaient : une comorbidité devenue obsolète après réévaluation, des événements aigus intercurrents, ou des syndromes gériatriques évolués. **Conclusion:** Pour être adaptés aux patients hospitalisés en Médecine Aiguë Gériatrique, les critères START ne devraient pas être utilisés sans une réévaluation diagnostique approfondie des comorbidités, associée à une évaluation gériatrique.

**A1-20-52****La déprescription chez le sujet âgé polymédiqué : Expérience et opinion des médecins généralistes**

C. Boufflet (1) ; J. Attier-Zmudka (1) ; F. Gleize (1) ; JM. N'kuzimana (1) ; B. Berteaux (1)

(1) *Gériatrie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*

**Introduction:** Le vieillissement de la population entraîne l'augmentation du nombre de patients polypathologiques et

polymédiqués. La polymédication est associée à l'augmentation du risque d'événements indésirables médicamenteux, mais également à d'autres risques : chutes, aggravation de troubles cognitifs, diminution de l'observance, augmentation des prescriptions non optimales et des dépenses de santé. La déprescription entre dans la démarche globale de réévaluation des prescriptions, et peut apporter des bénéfices sur la santé individuelle et publique. L'objectif de cette étude était d'explorer la pratique de la déprescription chez les médecins généralistes, afin d'identifier ses déterminants et les pistes d'amélioration pour alléger les ordonnances du sujet âgé.

**Méthodes:** Dans cette étude qualitative, les médecins généralistes étaient interrogés lors d'entretiens individuels semi-dirigés. Chaque entretien était enregistré, retranscrit, et analysé par l'identification de citations porteuses de sens. A partir de ces citations, des thèmes centraux ont été extraits. Les inclusions se sont poursuivies jusqu'à saturation des données. **Résultats:** Douze médecins généralistes de profils diversifiés ont été interrogés. Améliorer la qualité de vie de leurs patients âgés et éviter les effets indésirables médicamenteux étaient les motivations principales à déprescrire. Les médecins généralistes souhaitaient déprescrire en premier les traitements psychotropes. Ils discernaient les médicaments symptomatiques des médicaments préventifs. Les difficultés à déprescrire étaient différentes selon la classe de médicament : résistance du patient, manque d'informations sur le rapport bénéfice/risque du médicament pour ces patients âgés, manque de temps au cours de la consultation. La volonté d'engagement des médecins généralistes dans la démarche de déprescription était indéniable, mais ils exprimaient une impuissance face aux difficultés rencontrées.

**Conclusion:** Cette étude met en évidence le manque de consensus autour de la déprescription chez le sujet polypathologique. Le développement d'outils d'aide à la déprescription adaptée à la pratique en consultation de soins primaires, et la formation des médecins généralistes pourraient être des apports pour améliorer cette pratique.

#### A1-20-53

##### Une prise en soins pharmaceutique collaborative permet-elle de réduire la complexité de la prescription chez la personne âgée hospitalisée ?

L. Bourgue (1) ; A. Rochefolle (1) ; P. Krolak-Salmon (2) ; C. Mouchoux (2)

(1) *Pharmacie, Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne;*  
(2) *Centre de recherche clinique "vieillesse, cerveau, fragilité", Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne*

**Introduction:** La iatrogénie chez les personnes âgées est associée à une augmentation de la morbi-mortalité et du recours au système de soins. Ainsi, l'optimisation de leur prise en charge médicamenteuse constitue un axe majeur d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Parmi les facteurs de risque iatrogène peuvent être cités la polymédication et la complexité de la prescription, cette dernière influençant tout particulièrement l'observance. A ce jour, aucune étude ne s'est intéressée à l'impact de soins pharmaceutiques sur la complexité de la prescription chez la personne âgée hospitalisée. Ainsi, notre objectif était d'évaluer l'impact d'une prise en soins pharmaceutique collaborative sur la complexité de la prescription chez les patients âgés hospitalisés. **Méthodes:** Pour cela, une étude quasi-expérimentale de type avant/après a été réalisée au sein de trois établissements gériatriques d'un centre hospitalier universitaire. Ont été inclus tous les patients âgés de plus de 65 ans et admis sur une période de 6 mois. La prise en soins pharmaceutique

collaborative intègre un pharmacien-clinicien au sein de l'unité de soins réalisant un suivi pharmaceutique de niveau 3 (définition de la SFPC) à l'admission et au cours de l'hospitalisation. La complexité de la prescription a été évaluée lors de l'admission et de la sortie d'hospitalisation grâce au Medication Regimen Complexity Index (MRCI) (MRCI total, sous-score A représentant les formes galéniques, sous-score B les fréquences de prise et sous-score C les modalités de prise, plus le score est élevé, plus la complexité de la prescription est importante). Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS® et avec un seuil de significativité fixé à 5%. **Résultats:** Au total 337 patients ont été inclus dans l'étude, avec 35,3% d'hommes (n=119) et une moyenne d'âge de 84,5 ans. Les principales comorbidités étaient l'hypertension artérielle (55,4%), la démence (24,6%), la dépression (22%) et le diabète (19%). Dans le cadre de la prise en soins pharmaceutique collaborative, le MRCI total et le sous-score A à la sortie étaient significativement diminués par rapport celui à l'admission, avec respectivement 43,70 vs 41,09 (p<0,01) et 13,33 vs 3,66 (p<0,001). Les sous-score B et C ainsi que le nombre total de médicaments n'étaient pas significativement différents entre l'admission et la sortie d'hospitalisation. **Conclusion:** Cette étude pilote montre qu'une prise en soins pharmaceutique collaborative a permis de diminuer la complexité de la prescription chez les personnes âgées hospitalisées. Le MRCI pourrait ainsi devenir un indicateur de qualité et d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse et, grâce à des études complémentaires, devenir un outil de ciblage de prescriptions à risque qu'il conviendra de coupler à des critères cliniques.

#### A1-20-54

##### Dyskinésie aiguë oro-faciale sous Métopropramide: à propos d'un cas chez un sujet âgé

AA. Zulfikar (1) ; N. Kadri (1) ; J. Doucet (1)

(1) *Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen*

**Introduction:** Le métopropramide, antagoniste dopaminergique D2, est utilisé pour divers troubles gastrointestinaux comme les nausées et les vomissements. Mais les données récentes indiquent qu'il peut provoquer ou exacerber une variété de troubles moteurs extrapyramidaux. **Méthodes:** Nous vous rapportons un cas clinique illustrant cette problématique. **Résultats:** Une patiente âgée de 98 ans avait été initialement hospitalisée en unité aiguë gériatrique pour la prise en charge d'une dyspnée type IV, selon la classification de la NYHA. Les antécédents médicaux personnels comprenaient une hypertension artérielle traitée par une bithérapie (inhibiteur calcique bradycardisant de type vérapamil/inhibiteur de l'enzyme de conversion), un accident vasculaire cérébral ischémique sylvien profond gauche sous antiagrégant plaquettaire, un cancer du sein traité par une mastectomie, une pathologie arthrosique diffuse. Elle pesait 50kgs. Malgré la thérapeutique engagée, l'état général de la patiente s'était dégradé considérablement. Après une évaluation médicale et la prise en compte de l'avis de la famille, une limitation thérapeutique avait été décidée, avec une mise en route de soins de confort. La patiente avait présenté des épisodes de nausées qui avaient conduit à la prescription de métopropramide, par voie intraveineuse, avec une posologie de 10 mg/2 ml solution injectable en ampoule, trois fois par jour. Les nausées s'étaient amendées mais 48 heures après la mise en route du métopropramide, la patiente présentait une dyskinésie aiguë bucco-faciale, d'apparition brutale, bilatérale, intermittente (salve

de 15 secondes toutes les 2-3 minutes). A l'examen clinique, on notait également une hypertonie généralisée. Les dyskinésies aiguës bucco-faciales étaient accompagnées de trismus et de difficultés de déglutition, sans révulsion oculaire ou de crises oculogyres. Outre le métoclopramide, et du fait de la limitation thérapeutique, il n'y avait qu'une hydratation par voie intraveineuse par du Glucosé 5% 500cc par 24 heures. Nous avons décidé de l'arrêt du métoclopramide, ce qui avait permis la disparition des dyskinésies bucco-faciales en 24 heures. Une déclaration à la pharmacovigilance avait été faite (numéro d'enregistrement : n° RE20151023 / RE15101047). La patiente décédait quelques jours plus tard, après que des soins de confort lui avaient été prodigués. Une dyskinésie iatrogène peut être précoce, apparaissant le plus souvent dans les 24 ou 48 heures après le début du traitement par antipsychotique ou dans les suites d'une augmentation de posologie, ou tardive (à partir de trois mois de traitement). Les diagnostics différentiels à évoquer en premier lieu sont le tétanos (*Clostridium tetani*) et une épilepsie partielle motrice. La symptomatologie est résolutive après arrêt des antipsychotiques, mais peut nécessiter, en cas de persistance, l'usage d'un anticholinergique type Akinéton. Le plus fréquent des effets indésirables extrapyramidaux liés au métoclopramide est la dystonie aiguë, avec une incidence à 0,2 %. Cette incidence est élevée chez les personnes recevant des doses importantes de métoclopramide, chez les enfants et les jeunes adultes. La littérature reste néanmoins parcellaire et les cas de dyskinésies aiguës au métoclopramide restent très peu décrits. D'autres effets indésirables neurologiques sont liés à l'usage du métoclopramide, comme le rapporte la littérature, comme les tremblements tardifs, mais aussi une révulsion oculaire, un trismus, une protrusion de la langue, un opisthotonos, voire une crise oculogyre. **Conclusion:** Le métoclopramide est une thérapeutique anti-émétique, devant obéir à des indications nouvellement émises chez le sujet âgé. Il n'est pas dénué de risques, notamment neurologiques, pouvant être irréversibles dans certains cas. Les mécanismes physiopathologiques restent à préciser.

#### A1-20-55

##### **Evaluation des prescriptions de diurétiques de l'anse à l'admission des patients hospitalisés en gériatrie**

M. Basset (1) ; P. Gibert (1) ; L. Meyrignac (2) ; N. Mitha (2) ; N. Zerhouni (2) ; P. Bedouch (1) ; B. Allenet (1) ; G. Gavazzi (2)  
(1) Pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche; (2) Gériatrie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche

**Introduction:** Les diurétiques de l'anse sont des médicaments incontournables de l'insuffisance cardiaque notamment lors d'épisodes de décompensation. Cependant, ils peuvent être source ou facteur aggravant d'une iatrogénie médicamenteuse, en particulier chez le sujet âgé. Devant une forte prévalence de ces médicaments chez le sujet âgé entrant en hospitalisation, l'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence des prescriptions sans indication justifiée et d'identifier les situations iatrogènes éventuelles liées aux prescriptions de diurétiques de l'anse. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude prospective observationnelle d'une durée de 2 mois entre août et octobre 2015. Tous les patients hospitalisés dans deux services de gériatrie du CHU Grenoble Alpes qui avaient une prescription de diurétique de l'anse dans leur traitement d'entrée ont été inclus. La justification des traitements a été recherchée dans les dossiers médicaux et par appel téléphonique au médecin traitant. **Résultats:** Parmi les 121 patients hospitalisés durant l'étude, 40 patients avaient une prescription de diurétique de l'anse à l'admission. Les

patients étaient principalement hospitalisés pour chute (35%, n=14), syndrome confusionnel (18%, n=7), syndrome infectieux (15%, n=6) et diarrhées (13%, n=5). A l'entrée, 18 patients présentaient une insuffisance rénale aiguë (45%), 13 patients une hyponatrémie (33%), 7 une déshydratation (18%) et 3 une hypokaliémie (8%). Le furosémide était le diurétique majoritairement prescrit (93%). Treize patients (33%) avaient à l'entrée une prescription de diurétique de l'anse non justifiée dans le dossier médical. D'après les médecins traitants, la survenue d'œdèmes d'origine non définie avait motivé la prescription d'un diurétique de l'anse chez 7 de ces 13 patients. Un problème d'observance était détecté chez 8 patients qui déclaraient avoir déjà ressenti un effet indésirable lié à la prise du diurétique : augmentation de la fréquence des mictions (n=5), perte de poids (n=2) et incontinence urinaire (n=1). Pour 19 patients (48%), le traitement a été réévalué et arrêté au cours de l'hospitalisation. **Conclusion:** Cette étude observationnelle montre la forte prévalence des prescriptions de diurétique de l'anse sans indication justifiée chez les patients âgés entrant en hospitalisation en gériatrie. Elle illustre également la part potentielle des diurétiques de l'anse dans la survenue d'un événement iatrogène médicamenteux en lien avec le motif d'hospitalisation. Cette étude confirme la nécessité de limiter les durées des prescriptions des diurétiques de l'anse et d'inciter les prescripteurs à réévaluer leur indication.

#### A1-20-56

##### **Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) insuffisant: quelle place au livret thérapeutique d'un établissement gériatrique ?**

C. De Kerlivio (1) ; F. Kharchi (1) ; K. Kuntz (1) ; J. Comartin (1); M. El Aatmani (1)

(1) Pharmacie, C.H. Départementale de Bischwiller, Bischwiller

**Introduction:** Le Contrat de Bon Usage (CBU) 2014-2018 nous engage à réfléchir à la pertinence d'utilisation des médicaments et des produits de santé ; parmi les indicateurs retenus figure le suivi des spécialités à SMR insuffisant inscrites au livret de notre établissement. Après réalisation d'un état des lieux, l'objectif était de proposer aux prescripteurs des pistes de réflexion pour remettre en question la place des médicaments à SMR insuffisant, et uniformiser les pratiques de prescription. **Méthodes:** Identification du niveau de SMR de chaque médicament du livret thérapeutique. Extraction des médicaments à SMR insuffisant : suivi de leur consommation en 2015 et analyse de la littérature pour évaluer leur place dans la stratégie thérapeutique. Communication aux prescripteurs en COMEDIMS (Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles) et positionnement sur l'intérêt de les maintenir au livret. **Résultats:** Parmi les 781 médicaments inscrits au livret, le SMR est important pour 60% d'entre eux, modéré pour 7%, faible pour 4% et insuffisant pour 2% ; pour les 27% restants, soit le SMR varie selon l'indication, soit l'information n'est pas disponible. Près de 25700 unités de médicaments à SMR insuffisant ont été dispensées par la pharmacie en 2015, représentant une dépense de 3500€ (HT). Les avis HAS des 18 spécialités à SMR insuffisants ont été rappelés et après discussion avec les gériatres sur les pratiques, 5 ont été supprimées du livret (nifuroxazide, heptaminol, Tanakan®, Pneumorel® et Goménol ampoule). Lactéol®, Proctolog® et l'huile goménolée seront restreints à l'utilisation en cure courte et de nouveaux traitements par Protelos® ne seront pas initiés. Dafflon®, Lysopaine®, Biafine® et Mucomyst® seront maintenus au livret, faute d'alternatives. Princi B® sera maintenu dans la prévention du délirium tremens (sevrage alcoolique), la pertinence de prescription

de Vastarel® sera à discuter avec les spécialistes en ORL, et le Rhinofluimucil® sera remplacé par l'Aturgyl®. **Conclusion:** Cette enquête de pratique a été l'occasion d'une mise à jour des connaissances sur les alternatives thérapeutiques possibles pour remplacer des médicaments prescrits par habitude. Nous avons sensibilisé les prescripteurs au bon usage des médicaments et nous nous engageons avec eux au moyen de l'analyse pharmaceutique des prescriptions. Le niveau de SMR des médicaments au livret est désormais suivi comme indicateur dans le rapport d'activité annuel. Enfin, un quick-audit un an après l'enquête permettra de mesurer l'adhérence des prescripteurs aux recommandations formulées en COMEDIMS.

#### A1-20-57

##### **Impact d'une hospitalisation du sujet âgé sur la réévaluation des médicaments potentiellement inappropriés selon les nouveaux critères STOPP and START (v2)**

M. Richard (1) ; P. Gibert (1) ; S. Chanoine (1) ; P. Bedouch (1) ; B. Allenet (1) ; G. Gavazzi (2)  
(1) Pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche; (2) Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble

**Introduction:** Plus de 10% des hospitalisations du sujet âgé sont liées à des événements iatrogènes médicamenteux. La polymédication et les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) sont des facteurs de risque d'iatrogénie. Parmi les outils à disposition pour limiter les MPI, les critères STOPP and START sont largement utilisés et une nouvelle version (v2) a été diffusée fin 2014. Basée sur les données de la littérature, cette mise à jour permet d'intégrer de nouvelles notions publiées dans des études récentes. **Méthodes:** Cette étude observationnelle a inclus, un jour donné, les patients de plus de 75 ans hospitalisés dans 20 unités de soins de notre centre hospitalo-universitaire. Une comparaison des prescriptions médicamenteuses d'entrée et de sortie a été réalisée selon les critères STOPP v2. **Résultats:** Parmi les 166 patients inclus, la prévalence des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) était de 56% à l'admission. En dépit d'une augmentation du nombre moyen de médicaments par patient de 18,6% au cours de l'hospitalisation, la prévalence des MPI diminuait à 37% à la sortie. Parmi les 150 MPI détectés à l'admission, 56% ont été arrêtés. Les principaux MPI étaient des diurétiques de l'anse (26%), des benzodiazépines (22,7%) et des opiacés (15,3%). La majorité des réévaluations (59%, n=50) a été effectuée dans des services à expertise gériatrique tandis que certaines autres unités montrent moins d'implication dans cette démarche. **Conclusion:** Les principaux messages clés concernant l'optimisation des prescriptions chez le sujet âgé semblent acquis par une majorité des acteurs de santé, bien qu'il semble nécessaire de mieux accompagner certaines unités de soins dans cette démarche. La mise à jour et la diffusion d'un guide de prescription institutionnel permettra d'inciter l'ensemble des services de soins accueillant des sujets âgés à poursuivre cet effort d'optimisation. La communication entre tous les acteurs de santé est également primordiale pour favoriser le maintien des modifications ou leur réévaluation après le séjour.

#### A1-20-58

##### **Bénéfice d'une collaboration médico-pharmaceutique sur l'optimisation des prescriptions médicamenteuses du sujet âgé**

M. Richard (1) ; P. Gibert (1) ; S. Chanoine (1) ; P. Bedouch (1) ; G. Gavazzi (2) ; B. Allenet (1)  
(1) Pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche; (2) Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble

**Introduction:** L'optimisation des prescriptions médicamenteuses du sujet âgé est un enjeu de santé publique. Des outils comme les critères explicites STOPP and START permettent de guider les prescripteurs et pharmaciens dans cette démarche. **Méthodes:** Cette étude observationnelle avait pour objectif d'évaluer l'apport d'une collaboration médico-pharmaceutique sur la réévaluation des prescriptions chez les sujets âgés hospitalisés. Tous les patients de plus de 75 ans hospitalisés dans 20 unités de soins du CHU de Grenoble dont 10 réalisaient une activité de pharmacie clinique (PC), ont été inclus. Les prescriptions médicamenteuses à l'admission et à la sortie ont été analysées et les interventions pharmaceutiques (IP) réalisées au cours de l'hospitalisation ont été recueillies. **Résultats:** Parmi les 166 patients inclus, 55% étaient hospitalisés dans des services avec activité de PC. Le nombre de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) retrouvés selon les critères STOPP version 2 dans ces unités était de 74 vs. 76 dans les autres à l'admission. Le taux de réévaluation des MPI était respectivement de 52,7% et de 59% (p>0,05). Parmi les 150 IP réalisées au cours de l'hospitalisation des patients, 7 ont permis d'arrêter un MPI. La majorité des IP concernait des propositions d'adaptation posologique (27,3%), de demande d'ajout de traitement non transcrit à l'admission (20,7%), de substitution (16%) et d'arrêt de traitement (12,7%). **Conclusion:** Les critères explicites STOPP and START permettent une première approche de réévaluation de la prescription en ciblant les médicaments les plus à risque (MPI). Cependant ils ne peuvent résumer le travail d'optimisation thérapeutique. L'activité de PC en unité de soins propose d'autres axes d'amélioration, rendant indispensable la collaboration pluridisciplinaire pour améliorer la prise en charge des patients âgés.

#### A1-20-59

##### **Perforation d'ulcère duodénal due à l'association au long cours d'acide acétylsalicylique et de nicorandil**

B. Heurtaux (1) ; M. Watthuhewa (1) ; AA. Zulfiqar (1) ; E. Delbende (1) ; A. Hoffmann (1) ; S. Quitadamo (1) ; A. Lefèvre-Fouache (1) ; A. Proux (1) ; J. Doucet (1)  
(1) Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen

**Introduction:** L'ulcère duodénal (UD) est une maladie fréquente touchant 8% de la population active. Ses causes les plus fréquentes sont les infections à *Helicobacter pylori*, le tabagisme et la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Les progrès thérapeutiques de ces dernières années ont permis une réduction de leur incidence mais ils restent un problème récurrent chez les patients traités par AINS per os. Nous présentons ici un cas de perforation d'ulcère du bulbe duodénal chez une patiente traitée par acide acétylsalicylique (AA) et nicorandil. **Méthodes:** La patiente est une femme de 93 ans aux antécédents d'angiocholite sur lithiase vésiculaire et d'enclavement dans le cholédoque traitée par cholécystectomie-cholécotomie, de maladie d'Alzheimer, d'hypercholestérolémie, d'hypertension artérielle et de syndrome

coronarien aigu (SCA) en 2003 avec un traitement au long cours par AA 160mg et nicorandil 10mg. Entre 2012 et 2014, un traitement symptomatique par oméprazole a été initié pour douleurs épigastriques par le médecin traitant. En février 2016, la patiente a été hospitalisée pour douleurs abdominales et vomissements bilieux. La coelioscopie a révélé une péritonite généralisée sur perforation du bulbe duodénal. La prise en charge a consisté en un traitement chirurgical par lavage et drainage en urgence. En mars 2016, la patiente a été réhospitalisée pour suspicion de récurrence d'UD. L'évènement est imputé au nicorandil et a motivé son arrêt. La résolution des symptômes est constatée 30 jours plus tard. **Résultats:** L'association au long cours du nicorandil et de l'AA a probablement mené à la perforation du bulbe duodénal sur une ancienne lésion d'UD, complication rare et grave. En effet, au-delà du rôle des AINS dans la survenue et l'aggravation des UD, deux métabolites du nicorandil sont connus pour aggraver toute lésion ulcéreuse préexistante. La réévaluation du traitement de la patiente a entraîné seulement l'arrêt du microandil puisque la balance bénéfique/risque de l'AA était en faveur de son maintien en raison des antécédents de SCA. La résolution des symptômes intervenant après l'arrêt du nicorandil est un argument en faveur de son imputabilité dans la perforation du bulbe duodénal. De plus, on note qu'à l'arrêt du nicorandil, l'oméprazole semblait suffisant pour prévenir les effets indésirables gastriques du traitement par AA. **Conclusion:** L'association au long cours du nicorandil et de l'AA semble avoir provoqué une aggravation de l'UD par perforation du bulbe duodénal et une récurrence d'UD. Une introduction précoce d'un IPP ainsi qu'une surveillance clinique des effets indésirables gastriques devraient être discutées à chaque initiation de l'association nicorandil-AA.

#### A1-20-60

##### Hypnose et grand âge: quelles possibilités?

M. Floccia (1) ; D. Couquiaud (2) ; M. Moueza (3) ; L. Camille (4) ; G. Brigitte (4) ; N. Salles (5)

(1) *Gériatrie, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (2) *Emg pellegrin, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (3) *Emg st andré, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (4) *Emg, CHU - Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (5) *Pole gérontologie clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*

**Introduction:** Il y a quelques années encore, l'utilisation de l'hypnose en gérontologie était rare. En effet, peu d'études s'étaient intéressées au sujet âgé, et lorsqu'elles l'avaient fait les patients ayant des troubles cognitifs en étaient exclus. Pourtant, comme chez le sujet jeune, l'utilisation de l'hypnose est possible même dans le grand âge et quelque soit l'atteinte cognitive du patient. **Méthodes:** Jusque chez le patient ayant une démence modérément sévère (Mini mental status (MMS) > 10), il est possible d'utiliser la transe hypnotique et de leur apprendre l'autohypnose dans des contextes de douleurs chroniques, mais aussi en analgésie sur des douleurs induites et aiguës, ainsi que sur l'anxiété. Lorsqu'elle est proposée avec des explications, c'est une thérapie très facilement acceptée par notre population âgée. **Résultats:** 35 patients âgés douloureux chroniques ont bénéficié de séances d'hypnoanalgésie. La moyenne d'âge de notre population est de 83,7 ans, la plus âgée a 95 ans et a appris l'autohypnose en 5 séances. Le MMS moyen est de 22/30 +/- 6.8 avec des extrêmes allant de 30 à 11. 95% des patients qui ont commencé les séances font leur cycle de 5 séances (une toutes les 3 semaines), et ce malgré les difficultés à se déplacer. Pour les patients ayant des troubles cognitifs sévères (MMS < 10),

l'hypnose devient alors une communication hypnotique adaptée aux troubles cognitifs. On utilisera tous les sens pour orienter l'attention (musique, odeurs...), il faudra accepter la mobilité, et sans jugement adhérer à la réalité du patient en l'apaisant par du saupoudrage et des suggestions directes. **Conclusion:** Dans la pratique, il s'avère donc que non seulement le grand âge et les troubles cognitifs ne sont pas une contre-indication, mais que l'hypnose dans cette population a toute sa place.

#### A1-20-61

##### Optimisation de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé: expérience d'une collaboration médecin-pharmacien au sein d'une unité d'évaluation gériatrique en ville

S. Mosnier-Thoumas (1) ; MN. Videau (1) ; A. Vouvet (1) ; O. Couillé (1) ; A. Sferi (1) ; A. Lies (1) ; N. Salles (2)

(1) *Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité, CHU de Bordeaux, Bordeaux*; (2) *Pole de gérontologie clinique, CHU de Bordeaux, Bordeaux*

**Introduction:** Dans le cadre du dispositif PAERPA (Personne Agée en Risque de Perte d'Autonomie), une unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle a été créée au CHU de Bordeaux en Septembre 2015. Elle intervient, à la demande du médecin généraliste, au domicile de personnes âgées de plus de 75 en risque de perte d'autonomie. Une de ses missions est d'améliorer la prise en charge médicamenteuse et lutter contre la iatrogénie. Ce travail décrit les actions d'optimisation thérapeutique menées par le médecin gériatre et le pharmacien de l'unité. **Méthodes:** A chaque demande d'intervention de l'unité mobile, le pharmacien réalise une conciliation médicamenteuse. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) est réalisée à domicile par le médecin gériatre, l'infirmière et l'assistante sociale. En fonction des antécédents du patient, de son état clinique, des résultats biologiques et des objectifs thérapeutiques, une réévaluation médico-pharmaceutique de la pertinence des prescriptions est réalisée. Les prescriptions médicamenteuses « sous-optimales » sont repérées selon les trois modalités suivantes : overuse, misuse, underuse. Les modifications préconisées sont synthétisées sur une « fiche de proposition d'optimisation thérapeutique » transmise au médecin généraliste ainsi qu'au pharmacien d'officine du patient. **Résultats:** En 8 mois, 118 patients (30 hommes, 88 femmes) d'âge moyen 85,7 ans [75 ; 99] ont eu une conciliation médicamenteuse et une réévaluation de la pertinence de leurs prescriptions. Le nombre moyen de médicaments était de  $6,7 \pm 3,9$  [0 ; 19] avant la réévaluation versus  $6,2 \pm 3,2$  [1 ; 17] après. Chez 97% des patients, au moins une modalité de prescription sous-optimale a été retrouvée : 71% d'underuse, 43% d'overuse et 50% de misuse. Au total, 321 modifications dont 115 arrêts (36%) et 125 ajouts (39%) ont été préconisées. Les arrêts ont principalement concerné les médicaments du système cardiovasculaire (41%), du système nerveux central (28%) et du système digestif (15%). Parmi les motifs d'arrêt, on a retrouvé une absence d'indication (45%), des effets indésirables (hypotension, confusion...) (21.8%), un rapport bénéfices/risques défavorable (17.6%), un SMR insuffisant (11.2%) ou une contre-indication (2.8%). Les ajouts ont concerné majoritairement les médicaments du système digestif (59%) et du système nerveux central (26%) dans des indications sous traitées. Les 81 autres modifications proposées ont été soit des adaptations posologiques (11%), des substitutions de médicaments (9%), des modalités d'administration (4%) ou des suivis thérapeutiques (1%). Au total, 238 « fiches de propositions d'optimisation de traitement » ont été respectivement

envoyées à 118 médecins traitant et 120 pharmaciens d'officine. **Conclusion:** La forte proportion de prescriptions sous-optimales montre l'importance de la réévaluation de leur pertinence. Pour que celle-ci soit la plus efficiente, il est indispensable de réaliser, en amont, une conciliation médicamenteuse. Outre la collaboration médecin-pharmacien au sein de l'unité, ce travail de réévaluation des prescriptions permet également de développer entre l'unité et les professionnels libéraux une communication axée sur l'optimisation thérapeutique du sujet âgé. Le suivi, par les médecins traitant, de nos préconisations sur le plan thérapeutique est actuellement en cours d'évaluation. Le bénéfice apporté par cette collaboration (unité, médecin traitant, pharmacien d'officine) en termes de limitation de la iatrogénie médicamenteuse devra également être mesuré.

#### A1-20-62

#### **IATROMED - Impact de l'utilisation d'une fiche de conciliation thérapeutique médicamenteuse en sortie d'hospitalisation sur le recours en urgence aux services de soins chez les patients de plus de 75 ans**

FH. Brunshwig (1) ; JM. Turpin (2) ; E. Clais (3) ; F. Leborgne (4) ; H. Cane (5) ; C. Rambaud (6) ; M. Sanchez (7) ; C. Arlaud (8) ; S. Gonfrier (9) ; L. Van Elslande (10) ; I. Bereder (11) ; G. Sacco (12) ; O. Guerin (7)

(1) *Ssr-cheret Rdc, Hopital de Cimiez, Nice*; (2) *Court séjour gériatrique nord, Hopital de Cimiez, Nice*; (3) *Court séjour gériatrique sud, Hôpital Cimiez, Nice*; (4) *Court séjour gériatrique-aiernord, Hopital de Cimiez, Nice*; (5) *Court séjour gériatrique nord, Hôpital Cimiez, Nice*; (6) *SSR C3, Hopital de Cimiez, Nice*; (7) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice*; (8) *Pole Gérontologie, CHU Nice Cimiez, Nice*; (9) *Usld, Hopital de Cimiez, Nice*; (10) *Court séjour gériatrique sud, Hôpital Cimiez, Nice*; (11) *Equipe mobile gériatrie, Hopital de Cimiez, Nice*; (12) *Ssr-post avc massa4sud, Hopital de Cimiez, Nice*

**Introduction:** Les patients âgés sont souvent polypathologiques avec en moyenne cinq maladies chroniques à 70 ans. Cette polypathologie est à l'origine d'une polymédication. Ainsi, la moitié des patients de plus de 65 ans prend régulièrement au moins cinq médicaments par jour. Que ce soit par effet indésirable direct des molécules ou via leurs interactions, cette consommation entraîne un risque d'exposition accrue à la iatrogénie médicamenteuse. Potentiellement grave chez le sujet âgé, cette iatrogénie médicamenteuse est responsable, directement ou indirectement, d'une hospitalisation sur cinq après 80 ans. Or une partie de ces événements indésirables est évitable. Concernant les prescriptions elles-mêmes, la formation gériatrique est gage de qualité (programme PMSA) ; preuve en est la diminution significative de la prévalence d'utilisation de médicaments inappropriés après une hospitalisation en médecine aigue gériatrique. La transmission de l'information en lien avec les modifications thérapeutiques représente un autre élément de diminution potentiel du risque iatrogène. En ce sens, le premier axe du projet des High 5s, lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé et coordonné en France par la Haute Autorité de Santé a pour objectif la limitation des erreurs de transmission des ordonnances et donc les événements indésirables médicamenteux aux points de transitions (admission, transferts intra-hospitaliers et sortie de l'hospitalisation) par le biais d'une Conciliation des Traitements médicamenteux (ou concept de Medication Reconciliation, MED'REC). **Méthodes:** Afin de transmettre l'expertise gériatrique à la sortie d'hospitalisation de nos patients âgés, d'améliorer et donc de garantir une continuité

des soins, nous avons créé notre propre Fiche de Conciliation Thérapeutique Médicamenteuse (FCTM) (Brunshwig 2014). Plusieurs documents existent au sein des centres hospitaliers du réseau d'établissements pilotes MED'REC. Notre fiche se démarque des documents de ce réseau sur 2 points. D'une part sa conception, basée sur une méthode de recherche qualitative de type Delphi afin d'arriver à un consensus concernant les données souhaitées par les principaux destinataires que sont les médecins traitants. D'autre part sa mise en œuvre en fin d'hospitalisation par les médecins eux-mêmes et non par les pharmaciens permettant une justification au plus près de la réalité clinique. **Résultats:** Le projet de recherche IATROMED a été retenu au programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS) 2014. Visant une population gériatrique typique ( $\geq 75$  ans, au moins trois molécules allopathiques différentes), l'étude a pour objectif principal de déterminer si l'utilisation de la FCTM en sortie d'hospitalisation de court séjour gériatrique permet de réduire le nombre de recours en urgence au système de soins à 2 mois. Les objectifs secondaires sont de déterminer l'impact sur le nombre de recours en urgence au système de soins et sur la mortalité globale à 6 mois. Il s'agit d'une étude observationnelle multicentrique (13 unités de court séjour dans 8 CHU) avec randomisation en cluster portant sur 750 patients suivis chacun sur 6 mois pour une durée d'inclusion de 1 an. Le protocole est proposé aux sujets hospitalisés en unité de court séjour et médecine polyvalente et répondant aux critères de sélection dans les 48h avant leur sortie prévue. Le jour de la sortie, en plus des documents habituels (compte-rendu d'hospitalisation et ordonnances de sortie) la FCTM sera remise aux patients des centres réalisant la conciliation et intégrée aux documents envoyés au médecin traitant le jour même. **Conclusion:** Soutenu par l'Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique (APNET) à l'origine de la thématique du projet, le projet IATROMED est sur le point de démarrer dans les centres participants.

#### A1-20-63

#### **Conciliation médicamenteuse : le point de vue des médecins**

A. Recoquilly (1) ; C. Baronnet (2) ; B. Salle (1)

(1) *Gériatrie, CH Eure Seine, Évreux*; (2) *Pharmacie, CH Eure Seine, Évreux*

**Introduction:** Depuis 2015, le CH Eure-Seine a mis en place la conciliation médicamenteuse dans le cadre du développement de la pharmacie clinique. Cette activité à l'initiative des pharmaciens nécessite une collaboration étroite médecin-pharmacien. C'est pourquoi nous avons décidé d'interroger les médecins sur leur ressenti après six mois de conciliation. **Méthodes:** L'interne d'évaluation gériatrique a créé un questionnaire qualitatif regroupant des questions ouvertes et fermées, ainsi que des QCM. Les questions portaient sur le ressenti des médecins avant la mise en place de la conciliation, et après six mois ; l'impact de la conciliation lors de la rédaction de prescription ; et la prise en compte des propositions de modification par le pharmacien. Les médecins ont aussi été interrogés sur leur satisfaction quant aux délais d'analyse pharmaceutique. Enfin, deux questions ouvertes permettaient aux médecins de d'identifier les points forts, ainsi que ceux à améliorer. Le questionnaire a été distribué à 8 médecins gériatres, des services de court séjour d'Evreux et de Vernon, ainsi que ceux d'évaluation gériatrique d'Evreux. Après anonymisation des questionnaires, les internes d'évaluation gériatrique et de pharmacie ont recueilli et analysé les résultats. **Résultats:** Ressenti avant

conciliation: 75% des médecins pensaient que la conciliation allait être bénéfique, et 25% la trouvaient sécurisante. Cependant, le caractère chronophage inquiétait 25% d'entre eux. Ressenti après 6 mois de conciliation: 100% des médecins étaient convaincus de la sécurisation de la prescription grâce à cette activité, et 62% la jugeaient indispensable. Seulement un médecin considère encore la conciliation comme chronophage. Impact à la rédaction de la prescription : l'ensemble des médecins s'accordent pour dire que la conciliation les aide à la rédaction de leurs prescriptions ; et 37% déclarent tenir compte totalement des interventions du pharmacien. Délai d'analyse des prescriptions à l'entrée : 87% des médecins sont satisfaits du délai entre l'entrée du patient et l'analyse par le pharmacien. En ce qui concerne les points forts, les médecins ont dans l'ensemble considéré la conciliation comme une collaboration positive avec le pharmacien, notamment en termes de sécurisation et d'appréhension du risque iatrogène. Les médecins ont cependant noté qu'il était nécessaire d'organiser des temps de rencontre dédiés et sont demandeurs d'une articulation avec la médecine de ville, en intégrant par exemple le résultat de la conciliation au compte rendu d'hospitalisation. **Conclusion:** L'expérience de la conciliation au CH Eure-Seine avec les services de gériatrie s'est révélée positive, et été bien accueillie tant par les médecins que les pharmaciens. Ce questionnaire a permis l'émergence de nouvelles idées, comme l'intégration de la conciliation au compte rendu d'hospitalisation, ce qui permettrait une ouverture à la médecine de ville, et donc d'élargir la portée de cette activité.

#### A1-20-64

##### **Conciliation médicamenteuse chez 178 personnes âgées dans un service de chirurgie orthopédique : impact sur la prise en charge médicamenteuse**

C. Choukroun (1) ; AS. Guirriec (1) ; JM. Kinowski (1) ; H. Richard (1)

(1) *Pharmacie clinique, CHRU de Nîmes, Nîmes*

**Introduction:** La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) est un processus visant à prévenir les accidents liés aux médicaments aux points de transfert du patient hospitalisé. Elle permet, après comparaison à l'ordonnance d'admission, d'identifier et de corriger d'éventuelles divergences. Au CHRU de Nîmes, le service de chirurgie orthopédique est doté d'un pharmacien clinicien depuis 2013, qui réalise les conciliations médicamenteuses des patients entrants. L'objectif de cette étude est d'analyser les divergences non intentionnelles relevées dans la population gériatrique en chirurgie orthopédique et leur devenir. **Méthodes:** Cette étude monocentrique prospective a été réalisée chez des patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés en service de chirurgie orthopédique (programmés ou entrés par les urgences) sur une période de 3 mois. Le pharmacien clinicien réalise à l'admission des patients un bilan médicamenteux optimisé (BMO) à partir d'au moins trois sources de données (dont l'entretien patient quand cela est possible) : il établit ainsi la liste exhaustive des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation. Le BMO est ensuite comparé à l'ordonnance médicale à l'admission (OMA) rédigée par les anesthésistes (chirurgie programmée) ou les orthopédistes (urgence). Les divergences non intentionnelles (DNI) sont relevées et mentionnées aux prescripteurs en vue d'être corrigées. Chez les patients de plus de 65 ans, les données épidémiologiques, le nombre et le type de DNI, les classes thérapeutiques concernées, ainsi que le pourcentage de correction par le prescripteur ont été recueillis. **Résultats:** Au total, 325 patients ont été conciliés sur une période

de 3 mois dont 178 personnes âgées de plus de 65 ans (55%). Sur 158 patients présentant au moins 1 DNI, 133 étaient âgés de plus de 65 ans (âge moyen=79ans, sex-ratio=0,68) ce qui représente 75% des patients âgés conciliés. Dans cette population gériatrique, 360 DNI ont été relevées, soit 2,7 DNI par patient en moyenne. Il s'agissait de patients programmés dans 70% des cas et venant des urgences dans 30% des cas (taux superposable à la population générale). Les principales classes médicamenteuses concernées par les DNI sont les médicaments des systèmes cardiovasculaire (32%), nerveux (19%), et digestif/métabolique (18%). Les principaux types de DNI relevées sont des omissions de médicaments (54%), des erreurs de posologie (28%), et des reconductions de médicaments arrêtés chez le patient mais dont le médecin hospitalier n'avait pas connaissance (14%). Les DNI relevées et mentionnées au prescripteur ont été corrigées dans 89% des cas. **Conclusion:** Le processus de conciliation médicamenteuse permet d'intercepter des DNI chez 1 patient sur 2 dont plus des trois-quarts sont des personnes âgées en service de chirurgie orthopédique. Le pharmacien clinicien a un impact important dans l'identification et la correction de ces DNI. La forte proportion des DNI relevées peut s'expliquer par la multiplicité des acteurs intervenant sur la prescription en service de chirurgie orthopédique avec un suivi de la prise en charge médicamenteuse particulièrement complexe à coordonner. Dans les services de chirurgie plus qu'ailleurs, un gériatre serait un acteur privilégié pour aider à la coordination et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient âgé en lien avec le pharmacien clinicien.

#### A1-20-65

##### **Maladie thrombo-embolique et utilisation de psychotropes chez le sujet âgé : rôle de l'hyperprolactinémie. Report de trois cas**

E. Anselm (1) ; JJ. Lloveras (2) ; MI. Shukr (1) ; S. Salle (1) ; P. Grima (1)

(1) *Hopitaux de Luchon, Centre de Rééducation Fonctionnelle, Bagnères-de-Luchon;* (2) *4 av a dumas, Hôpital Thermal, Bagnères-de-Luchon*

**Introduction:** Les neuroleptiques et les antidépresseurs ont été incriminés dans la survenue de thrombose veineuse et d'embolie pulmonaire par le biais d'une activation de l'agrégation plaquettaire. Nous rapportons trois cas survenus chez des femmes âgées et discutons le rôle possible de l'hyperprolactinémie. **Méthodes:** Cas n°1 : Une patiente de 75 ans traitée par amisulpride pour un syndrome dépressif, présente une dyspnée progressive et un malaise révélant une embolie pulmonaire bilatérale avec thrombi multiples droits et thrombus proximal gauche. L'échodoppler veineux des membres inférieurs retrouve une thrombose veineuse bilatérale ; la prolactinémie est de 74ng/ml. Cas n°2 : Une femme âgée de 85 ans traitée par dosulépine pour dépression présente une détresse respiratoire ; les examens réalisés objectivent une embolie pulmonaire droite et une phlébite surale bilatérale ; le taux de prolactine est mesuré à 31ng/ml. Cas n°3 : Une patiente de 85 ans porteuse d'une maladie de Parkinson motivant un traitement par rasagiline est hospitalisée pour chute : l'échodoppler veineux révèle une phlébite fémorale bilatérale ; le taux de prolactine est de 12ng/ml. **Résultats:** La survenue d'embolie pulmonaire lors de traitement par psychotropes est décrite depuis une quarantaine d'années et des études systématiques ont révélé une relation significative entre la prise de neuroleptiques ou d'antidépresseurs et la survenue de thromboses veineuses. Les causes évoquées sont : l'immobilité, l'hyperhomocystéinémie, les anticorps antiphospholipides, surtout

l'hyperagrégabilité plaquettaire due à l'action des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) sur le récepteur plaquettaire de la 5-hydroxytryptamine et l'action plaquettaire directe de la prolactine. Celle-ci est un cofacteur de l'agrégation plaquettaire, entraînant sa stimulation *in vitro* en présence d'adénosine diphosphate (ADP) de façon dose-dépendante. Bien que la valeur supérieure normale de la prolactinémie dans le cas de femmes âgées ménopausées semble être 15ng/ml, les études tentant de relier le taux de prolactine au risque de thrombose veineuse considèrent la valeur de 11ng/ml comme définissant le 90ème percentile au-delà duquel l'odds ratio ajusté du risque de thrombose veineuse est de 3,0. Parmi les médicaments dans ces trois situations, l'amisulpride est le neuroleptique le plus enclin à entraîner des valeurs élevées de prolactinémie car c'est un antagoniste sélectif des récepteurs D2 et D3 de la dopamine cérébrale, elle-même principal inhibiteur de la sécrétion de prolactine. L'antidépresseur tricyclique, comme l'inhibiteur de monoamine oxydase (IMAO) pourrait agir par l'intermédiaire de neurones sérotoninergiques. **Conclusion:** Les complications thrombo-emboliques représentent une complication du traitement par les psychotropes. Les cas rapportés ici soulignent les particularités cliniques à savoir des atteintes souvent bilatérales et diffuses et une prolactinémie élevée.

#### A1-20-66

##### **Polymédication du patient âgé "chuteur": étude rétrospective en service de soins de suite et de réadaptation gériatrique du facteur de risque iatrogène**

S. Mosnier-Thoumas (1) ; J. Jenn (1) ; C. Foucaud (1) ; N. Salles (1)  
(1) *Pôle de gériatrie clinique, CHU de Bordeaux, Bordeaux*

**Introduction:** Les chutes concernent chaque année 1/3 des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile et représentent la première cause d'hospitalisation. Parmi les multiples facteurs à l'origine de la chute, la polymédication (> 5 médicaments) et particulièrement certains médicaments sont connus pour accroître leur risque. Ce travail décrit les médicaments à risque identifiés dans les traitements médicamenteux de patients âgés hospitalisés pour chute(s) dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique pour. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle réalisée entre janvier et mai 2016 sur des patients admis en SSR pour une réautonomisation post-chute. Nous réalisons une conciliation médicamenteuse d'entrée afin d'établir le bilan médicamenteux optimisé (BMO) à partir duquel nous détectons les médicaments susceptibles de favoriser une chute (médicaments du système nerveux central et du système cardiovasculaire). Nous analysons la présence des indicateurs d'alerte et de maîtrise (AMI) de l'HAS suivants : Prescription de Neuroleptiques chez la personne âgée dément ; Co-prescription de psychotropes  $\geq 2$  ; Prescription de benzodiazépines à demi-vie longue ; Co-prescription de diurétiques  $\geq 2$  ; Co-prescription d'antihypertenseurs  $\geq 4$ . Nous apprécions également la présence de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) selon la liste de M. L. Laroche « Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française ». **Résultats:** En 5 mois, 53 patients (15 hommes, 38 femmes) sont hospitalisés au SSR suite à une chute. La moyenne d'âge est de 87,3 ans. Le nombre moyen de médicaments à l'entrée est de  $7,4 \pm 3,3$  (0 ; 16). Sur les 53 prescriptions analysées, 51 (96 %) contiennent un ou plusieurs médicaments pouvant augmenter le risque de chute: médicaments du système nerveux central (psychotropes, antalgiques) et médicaments du système

cardiovasculaire (anti arythmiques, antihypertenseurs). Le nombre moyen de médicaments susceptibles d'induire une chute est de  $3,6 \pm 1,9$  (0 ; 8). Concernant les indicateurs AMI : aucun patient dément n'a de neuroleptique ; 17 prescriptions (32%) ont  $\geq 2$  psychotropes ; 6 prescriptions (11,3%) ont une benzodiazépine à demi-vie longue ; 2 prescriptions (3,8%) comportent  $\geq 2$  diurétiques ; 6 ordonnances (11,3%) comptent 3 antihypertenseurs et 2 (3,8%) en comptent 4. Concernant les antalgiques de palier 2, 17 prescriptions (32%) en comptent 1 à l'entrée et 3 prescriptions (5,7%) en comptent 2. Nous retrouvons la présence d'un ou plusieurs MPI dans 28 BMO (53 %) avec en moyenne  $0,7 \pm 0,7$  MPI identifiés: en plus des indicateurs AMI cités précédemment, on note la présence d'un médicament à propriétés anticholinergiques dans 8 prescriptions (3 antihistaminiques H1 et 5 antispasmodiques), d'un vasodilatateur cérébral dans 5 prescriptions et d'un hypnotique à pleine dose dans 9 prescriptions. **Conclusion:** L'association entre une augmentation du risque de chute et le nombre total de médicaments est connue, particulièrement dans le cas d'une consommation de quatre médicaments et plus, ce qui est le cas de notre population étudiée avec en moyenne 7,4 médicaments à l'entrée. Notre travail montre que la totalité des BMO de patients « chuteurs » contiennent au moins un médicament susceptible de favoriser une chute (2 patients n'avaient pas de traitement à l'entrée) avec une moyenne de 3,6 médicaments potentiellement inducteurs de chutes par BMO. Plus de la moitié des patients prennent un MPI et plus d'un tiers ont au moins 2 psychotropes, classes thérapeutiques associés de façon significative aux chutes avec une augmentation du risque par deux voire trois. A partir de cet état des lieux, nous pourrions, dans un second temps, mesurer l'impact de la réévaluation des traitements réalisée pendant l'hospitalisation sur les prescriptions de sortie de cette même cohorte de patients.

#### A1-20-67

##### **Optimisation pharmaco-thérapeutique chez le patient âgé insuffisant rénal : coopération entre une équipe mobile de gériatrie (EMG) et une équipe pharmaceutique**

N. Demanet (1) ; F. Gervais (1) ; E. Castel-Kremer (2) ; BA. Kim (3) ; S. Azzaoui-Cuzon (3) ; A. Vincent (3) ; C. Pivot (1)  
(1) *Pharmacie, Hôpital Édouard Herriot, Lyon*; (2) *Equipe mobile intra hospitalière, Hôpital Édouard Herriot, Lyon*; (3) *Service de médecine gériatrique du pavillon k, Hôpital Édouard Herriot, Lyon*

**Introduction:** Le risque iatrogène est considérablement accru chez la personne âgée du fait de modifications physiopathologiques augmentant la vulnérabilité du sujet âgé et favorisant sa polymédication. L'insuffisance rénale aigue ou chronique est une situation fréquemment impliquée dans le risque iatrogène. Dans le cadre de leur évaluation gériatrique, les équipes mobiles émettent régulièrement des recommandations sur la prescription médicamenteuse des patients. Dans ce contexte, une coopération pluridisciplinaire impliquant l'équipe pharmaceutique pourrait être pertinente pour optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients. L'objectif de notre étude est de montrer l'impact de l'intervention de l'équipe pharmaceutique au quotidien au sein de l'équipe mobile de gériatrie sur la prescription médicamenteuse de patients âgés insuffisants rénaux. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique. Tous les patients pris en charge par l'EMG et présentant une insuffisance rénale aigue ou chronique (définie par une clairance de la créatinine selon la formule de Cockcroft et Gault inférieure à 60 ml/min) ont été inclus durant 4 mois. Un bilan pharmaco-thérapeutique adapté à

l'état clinique du patient et en concertation avec l'équipe médicale a été réalisé (étudiant sous contrôle d'un pharmacien) puis joint aux recommandations de l'EMG et si nécessaire, inséré sous forme d'interventions pharmaceutiques dans le logiciel hospitalier de prescription. La cotation des interventions pharmaceutiques reprend la grille Act-IP de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). **Résultats:** Au total 30 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 83 ans et la clairance de la créatinine moyenne était de 28 ml/min. L'équipe pharmaceutique a réalisé 59 interventions chez 25 patients soit 2,4 interventions par patient. Les classes médicamenteuses principalement concernées étaient les analgésiques (15,25%) avec essentiellement le paracétamol, les médicaments des troubles de l'acidité (13,6%) avec essentiellement les inhibiteurs de la pompe à proton, et les médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine (8,5%). Les principaux problèmes médicamenteux rencontrés étaient une non-conformité du choix du médicament aux différents consensus (25 %), avec principalement des problèmes dus aux spécificités thérapeutiques chez le patient âgé (notamment la prescription d'une benzodiazépine à demi-vie longue ou celle de plus de 3 antihypertenseurs chez un patient de plus de 80 ans), et des posologies supra-thérapeutiques (23,8 %), avec principalement des posologies non adaptées à la fonction rénale. Les préconisations principales étaient une adaptation posologique (32,2 %), un arrêt du médicament (30,5%) et une substitution par une autre molécule (22,0%). Le suivi de ces interventions a été difficile (sorties de patients, coopération avec les médecins traitants ou les services hospitaliers). Nous avons pu recueillir une réalisation de celles-ci dans 19% des cas.). **Conclusion:** Une coopération multidisciplinaire entre EMG et équipe pharmaceutique peut contribuer à l'optimisation pharmacothérapeutique chez le patient âgé insuffisant rénal et ainsi réduire le risque iatrogénique. Cependant, il est nécessaire de coter l'impact clinique des interventions effectuées notamment à l'aide d'un meilleur retour des prescripteurs afin d'améliorer nos pratiques. De plus, des travaux seront nécessaires pour identifier d'autres facteurs de fragilité augmentant le risque iatrogénique chez le patient âgé, afin de cibler les patients les plus vulnérables.

#### A1-20-68

##### Revue d'ordonnances de patients âgés admis en service de soins de suite et de réadaptation gériatrique pour chute(s)

S. Mosnier-Thoumas (1) ; J. Jenn (1) ; C. Foucaud (1) ; N. Salles (1)  
(1) Pôle de gériatrie clinique, CHU de Bordeaux, Bordeaux

**Introduction:** Les données d'une récente revue Cochrane portant sur l'efficacité des interventions pour réduire l'incidence des chutes chez les personnes âgées a montré qu'un programme d'amélioration de la qualité des prescriptions médicamenteuses réduisait le risque de chute de 39%. L'objectif de ce travail est de mesurer l'impact d'une revue d'ordonnances de patients âgés hospitalisés dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour chute. **Méthodes:** L'étude est réalisée entre janvier et mai 2016 sur une population fragile, poly médicamenteuse et hospitalisée pour une réautonomisation post-chute. Une première étude observationnelle fait état des médicaments susceptibles de favoriser une chute (médicaments du système nerveux central et du système cardiovasculaire) sur les prescriptions d'entrée de notre cohorte. Lors de l'hospitalisation, la pertinence de chaque prescription est discutée en réunions de concertation pluridisciplinaires RCP composées de médecins et pharmaciens (sénior, internes et externes) et programmées tous les 15 jours.

A la sortie du patient, une fiche de liaison à destination des professionnels de ville est rédigée afin de justifier toute modification thérapeutique réalisée lors de l'hospitalisation. Rétrospectivement et en regard des prescriptions d'entrée, nous analysons, sur les prescriptions hospitalières de sortie, la présence des indicateurs d'alerte et de maîtrise de la iatrogénie (AMI) de l'HAS suivants: Co-prescription de psychotropes  $\geq 2$  (AMI n°2) ; Prescription de benzodiazépines à demi-vie longue (AMI n°3) ; Co-prescription de diurétiques  $\geq 2$  (AMI n°6) ; Co-prescription d'antihypertenseurs  $\geq 4$  (AMI n°7). Nous apprécions également la présence de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) selon la liste de M. L. Laroche. **Résultats:** Sur 5 mois, 53 dossiers de patients d'âge moyen 87,3 ans [76 ; 98] ont été analysés. Le nombre moyen de médicaments à la sortie est de  $7,3 \pm 2,3$  versus  $7,4 \pm 3,4$  à l'entrée. A l'admission, 51 prescriptions (96%) contiennent en moyenne  $3,6 \pm 1,9$  [0 ; 9] médicaments pouvant augmenter le risque de chute. La réévaluation de la pertinence des traitements entraîne en moyenne  $1,5 \pm 1,3$  arrêts [0 ; 4],  $0,7 \pm 0,8$  adaptations posologiques [0 ; 3],  $0,7 \pm 0,8$  substitutions [0 ; 3] et  $0,7 \pm 0,9$  poursuites [0 ; 3] de ces médicaments. Onze prescriptions (20,7%) n'ont aucun retrait de ces médicaments. Les résultats des indicateurs AMI sortie versus entrée en hospitalisation sont les suivants : 12 (22,6%) prescriptions comportent deux ou plus de deux psychotropes versus 17 (32%) prescriptions; Aucune prescription ne compte de benzodiazépine à demi-vie longue versus 6 (11,3%) lignes de prescription (p-value  $\leq 0,02$ ) ; Aucune prescription ne compte plus de 3 antihypertenseurs versus 8 (15,1%) prescriptions ; Aucune prescription ne comporte deux ou plus de deux diurétiques versus 2 (3,8%) prescriptions. Sur les 28 prescriptions d'entrée contenant au moins un MPI, 22 (78,5%) ont eu un retrait de MPI : 7 arrêts sur 8 de médicaments à propriétés anticholinergiques, 5 arrêts de vasodilatateurs cérébraux, 6 arrêts de benzodiazépines à longue demi-vie et 4 diminutions de posologie à demi-dose sur 9 prescriptions d'hypnotiques à pleine dose. **Conclusion:** Au sein du SSR, la collaboration médecin-pharmacien permet de conduire des actions d'amélioration de la prise en charge du patient avec notamment la conciliation médicamenteuse et l'optimisation thérapeutique en RCP. Une attention particulière est portée aux benzodiazépines, notamment avec de nombreux sevrages, diminutions de posologie ou substitutions au profit d'une benzodiazépine à courte demi-vie. Un autre point positif est le retrait des MPI retrouvés à l'entrée dans plus des  $\frac{3}{4}$  des prescriptions de sortie. L'optimisation révèle aussi qu'aucune quadrithérapie d'antihypertenseurs et/ou bithérapie de diurétiques, pourvoyeurs de chutes chez la PA n'est justifiée au regard des objectifs tensionnels attendus chez la PA et très souvent méconnus des médecins généralistes. Il semble primordiale, via une communication hospital-ville, de sensibiliser l'ensemble des médecins prescripteurs et des pharmaciens au problème de iatrogénèse médicamenteuse. La pertinence et la qualité des prescriptions des aînés doivent être des priorités au regard de leur sensibilité accrue aux effets indésirables des médicaments. Les compétences de chaque professionnel de santé étant complémentaires, la collaboration médico-pharmaceutique permettra une réévaluation des prescriptions plus efficiente.

**A1-20-69****Les données de consommations médicamenteuses en EHPAD, outil d'évaluation et de planification de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse évitable**

S. Robin (1) ; A. Boudet (1) ; A. David-Bréard (2) ; P. Blanc (3) ; S. Durin (4) ; H. De Bouët Du Portal (1) ; MC. Lanoue (1)

(1) *Centre-val de Loire, OMéDIT, Tours*; (2) *Gériatrie, CH Sancerre, Sancerre*; (3) *Service de médecine aigüe gériatrique, Centre hospitalier régional d'Orléans, Orléans*; (4) *Gériatrie, CH Vendôme, Vendôme*

**Introduction:** L'Observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMéDIT) Centre Val-de-Loire est engagé depuis plusieurs années, dans la politique régionale d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse, notamment au travers du référentiel régional des médicaments adaptés à la personne âgée. Grâce aux données de consommations médicamenteuses, cette étude avait pour objectif d'évaluer les pratiques de prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée vivant en EHPAD. **Méthodes:** Les données de consommations médicamenteuses concernaient les EHPAD rattachés à un établissement sanitaire et disposant d'une pharmacie à usage intérieur, soit 21 établissements. Les données ont été analysées sur la période 2009-2014 selon la classification ATC (Anatomique, Théorique, Clinique) de l'OMS. Les données ont été analysées au premier et deuxième niveau de la classification ATC. Certaines analyses ont été effectuées jusqu'au cinquième niveau (c'est à dire la DCI) pour les 4 premières classes (système nerveux, cardio-vasculaire, digestif et métabolisme, sang et organes hématopoïétiques) et pour les classes ou sous-classes faisant l'objet d'actions régionales dont les anti-infectieux, les médicaments anti-ostéoporotiques et les collyres. **Résultats:** Ces analyses ont permis de mettre en évidence des points positifs au regard des recommandations de l'HAS, des sociétés savantes ou des alertes ANSM : moindre utilisation des laxatifs stimulants, et des anti-diarrhéiques (exemples du loperamide, racécadotril), une délivrance des antiagrégants plaquettaires inappropriés initialement qui devient nulle à la fin de la période d'étude, une augmentation des volumes de supplémentation en vitamine D. Mais des axes d'amélioration ou points de vigilance ont également été mis en évidence dont l'utilisation longue durée des inhibiteurs de la pompe à protons, une augmentation des volumes des inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase 4 mais également des nouveaux anticoagulants oraux, l'utilisation (hors AMM) inappropriée du Tardyféron B9®. **Conclusion:** Après la diffusion régionale du référentiel des médicaments adaptés à la personne âgée en 2012, ce travail a permis d'évaluer les pratiques de prescriptions médicamenteuses en EHPAD et ouvrent plusieurs perspectives: élaboration de fiches de bonne pratique, renforcement de la communication à destination des médecins coordonnateurs d'EHPAD et médecins généralistes, surveillance des évolutions grâce une analyse annuelle des données.

**A1.22. TROUBLES TROPHIQUES****A1-22-70****Collaboration multiprofessionnelle efficiente autour la prise en charge d'un patient atteint d'une fasciite nécrosante**

M. Pépin (1) ; A. Caplier (1) ; C. Meurot (2) ; A. Thès (3) ; M. Lecrane (4) ; B. Page (5) ; A. Sefssafi (1) ; E. Fercot (1) ; L. Aubert (1) ; T. Cudennec (1) ; L. Teillet (1) ; S. Moulias (2)

(1) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*; (2) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*; (3) *Service de chirurgie orthopédique, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*; (4) *Service de SSR gériatrique, Hôpital Sainte Périne, HU PIFO, APHP, Paris*; (5) *Service de réanimation, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*

**Introduction:** M. P. est hospitalisé en réanimation dans notre hôpital pour un choc septique sur fasciite nécrosante de cuisse droite compliquant l'évolution d'une fistule digestive. Une large aponévrotomie avec excision des tissus nécrosés et une colostomie de décharge permettent de passer le cap aigu. Après correction des paramètres hémodynamiques, les réanimateurs nous demandent rapidement de prendre en charge M. P. **Méthodes:** La plaie de cuisse droite est plutôt impressionnante : une perte de substance au niveau de la fesse de la taille d'une grosse aubergine et une exposition musculaire de la fesse à la rotule, le tout ficelé par une suture volontairement lâche offrant un aspect de "rôti". Nous évaluons rapidement le pronostic fonctionnel : malgré le délabrement musculaire M. P. est capable de se verticaliser et de faire quelques pas, ses fonctions cognitives sont parfaites et il est très volontaire. Nous nous engageons donc dans des soins locaux rigoureux et une adaptation quasi quotidienne à l'évolution de la plaie. La VAC thérapie apporte un bénéfice initial mais entraîne une surinfection cutanée à pyocyanique et est donc arrêtée. Au bout d'environ 2 semaines, le bourgeonnement est suffisant sur la cuisse pour proposer une autogreffe cutanée. Il reste une perte de substance de la fesse qui se comble progressivement avec des pansements quotidiens. La prise de la greffe cutanée est d'abord difficile mais l'épithélialisation progresse ensuite très rapidement. Au-delà des soins locaux très techniques, la prise en charge de M.P. a également nécessité un support nutritionnel, des mobilisations actives et un soutien psychologique. M. P. sort du service de gériatrie aigüe en SSR après un mois d'hospitalisation. **Résultats:** La fasciite nécrosante est une affection rare et d'une particulière gravité, la mortalité atteignant jusqu'à 40 % des cas. Nous décrivons ici la prise en charge post opératoire et réanimatoire d'un patient nonagénaire dans un service de gériatrie aigüe. **Conclusion:** Malgré la gravité de la pathologie initiale, de nombreuses complications locales et systémiques et la technicité de la prise en charge, notre patient nonagénaire, diabétique et dénutri, a pu cicatriser et récupérer une autonomie fonctionnelle satisfaisante. Ceci n'a été possible que grâce à la collaboration active et exemplaire de tous les professionnels : équipes de gériatrie d'UGA et de SSR, chirurgiens et réanimateurs.

## A1.23. TROUBLES SENSORIELS ET DÉSAFFÉRENTATION

### A1-23-71

#### Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA) découverte de manière atypique

S. Balesdent (1) ; C. Braga (1) ; A. Hiance-Delahaye (1) ; L. Lechowski (2) ; L. Teillet (2)

(1) Service de médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France ouest, site Sainte-Périne AP-HP, Paris; (2) Site sainte-périne, aphp, Laboratoire Santé Environnement Vieillesse (EA2506), Université Versailles Saint Quentin, Paris

**Introduction:** Présentation du cas de Madame C., 81 ans, hospitalisée dans le service de gériatrie aiguë de l'hôpital Sainte Périne pour une prise en charge orthopédique d'un descellement septique de prothèse de hanche. Lors de cette hospitalisation, le diagnostic de SLA sera posé, révélé par une pneumopathie de déglutition. **Méthodes:** Madame C., patiente de 81 ans, a été hospitalisée dans notre service de gériatrie aigue pour la prise en charge d'une arthrite septique sur prothèse de hanche droite, découverte devant une impotence du membre inférieur droit. Célibataire sans enfant, elle vit chez sa soeur et est dépendante partiellement pour toutes les activités de la vie quotidienne. Ses principaux antécédents sont chirurgicaux avec dans un premier temps une chirurgie de prothèse de hanche bilatérale. En juin 2015, descellement de la prothèse de hanche droite nécessitant une reprise chirurgicale. Un mois après, luxation de cette prothèse dans un contexte de sepsis de hanche prise en charge par réduction et mise en place d'une antibiothérapie. Dans notre unité, le diagnostic clinique et radiologique d'arthrite septique chronique de hanche droite est confirmé par une ponction de hanche sous scanner. Rapidement, la situation se complique d'une pneumopathie de déglutition. Notre examen clinique initial retrouvait une dysarthrie avec des troubles de déglutition, un syndrome pyramidal et une amyotrophie des membres supérieurs. En interrogeant la patiente et ses sœurs, elles évoquent une dysarthrie évoluant depuis 1 an avec apparition secondaire de troubles de déglutition et de troubles cognitifs mineurs pour lesquels le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été posé en juillet 2015. Le bilan orthophonique retrouve ces anomalies associées à des fasciculations de la langue et des membres supérieurs. **Résultats:** Nous évoquons une SLA et réalisons un électromyogramme sur avis de notre neurologue. Celui-ci est en faveur d'une atteinte motrice pure avec quelques signes de dénervation active dans les myotomes C8 droit et L5 gauche mais surtout au niveau bulbaire. Le tout, associé à une atteinte du motoneurone central, oriente vers une pathologie du motoneurone type SLA de début bulbaire. Dans le contexte orthopédique nécessitant un changement de prothèse de hanche droite, nous discutons de la prise en charge avec l'équipe du centre de référence de la SLA : devant l'atteinte bulbaire isolée, il n'existe pas de contre indication à une anesthésie générale qui ne sera pas sans risque respiratoire chez cette patiente, risque dont elle doit être informée. La prise en charge neurologique se fera dans un second temps avec discussion de la mise en place d'une gastrostomie et la rédaction de directives anticipées. **Conclusion:** Ce cas révèle un diagnostic de SLA posé devant un tableau initialement non évocateur : pneumopathie de déglutition dans un contexte de prise en charge orthopédique d'un descellement septique de prothèse de hanche.

## A2.03. DÉMENCES

### A2-03-01

#### Hydrocéphalie à pression normale, syndrome d'apnée du sommeil et qualité de vie

J. Attier-Zmudka (1) ; JM. Nkunzimana (1) ; C. Boufflet (1) ; F. Gleize (1) ; B. Berteaux (1) ; JM. Serot (1) ; Y. Douadi (2) ; I. Gyselinck (1) ; C. Capel (3) ; O. Balédent (4)

(1) Gériatrie, CH de Saint-Quentin, Saint-Quentin; (2) Pneumologie, CH de Saint-Quentin, Saint-Quentin; (3) Neurochirurgie, CHU d'Amiens, Amiens; (4) Bioflowimage, Université de Picardie Jules Verne, CHU Amiens, Amiens

**Introduction:** Le syndrome d'apnées du sommeil engendre des détériorations significatives de la qualité de vie. Environ 25% de la population âgée est impactée par ce syndrome avec une élévation drastique de ce taux chez les patients déments en institution. De nombreuses études ont confirmé le lien étroit entre les apnées du sommeil et la dégradation des fonctions cognitives. Ce syndrome est considéré comme facteur de risque d'hypertension artérielle, des pathologies cardiaques et d'accidents vasculaires cérébraux. Par ailleurs, l'altération de l'hydrodynamique du liquide céphalo-spinal est à l'origine de la mise en place de l'hydrocéphalie à pression normale, seule démence curable, qui peut se confondre parfois avec une maladie d'Alzheimer. **Méthodes:** Nous rapportons le cas clinique du Mr W. âgé de 87 ans, admis en court séjour gériatrique pour chute dans un contexte de rétention aigue d'urine avec syndrome infectieux à point de départ urinaire et pulmonaire. Le patient présentait de multiples facteurs de risque vasculaire tels qu'une hypertension artérielle, diabète et hypercholestérolémie. D'après sa famille et son médecin traitant Mr W. présentait une perte d'autonomie d'aggravation progressive depuis quelques semaines. Il ne gérait plus ses documents, ses médicaments, ne savait plus utiliser le transport en commun. Le patient dormait mal et présentait de chutes répétitives en rapport avec des troubles d'équilibre (marche avec un élargissement du polygone de sustentation). Son traitement au domicile associait metformine, amlodipine, périmopril, tamsulosine, atorvastatine, cholécalférol, transipeg, chlorure de potassium et paracétamol. **Résultats:** Le score de Charlson était à 4, la CAM à 0/4, le miniGDS à 3/4, l'ADL à 2/6, l'IADL à 1/8. L'examen biologique a mis en évidence un syndrome infectieux. L'examen cyto bactériologique des urines était revenu positif à Escherichia Coli sensible à l'amoxicilline-acide clavulanique. Cet antibiotique était instauré pour cibler à la fois les infections pulmonaire et urinaire. Le bilan neuropsychologique orientait vers une installation d'un processus neurodégénératif mixte au stade pré-démontiel, probablement compensé par une réserve cognitive efficiente. Le MMSE était à 27/30 à distance de son épisode aigue (infection). Une polygraphie et une IRM de flux, ont finalement révélé un syndrome d'apnée du sommeil et une hydrocéphalie à pression normale. Le patient a donc bénéficié d'un appareillage de ventilation en pression positive continue. L'évaluation secondaire des scores d'autonomie et de la qualité de vie, a montré une amélioration nette, et malgré la persistance de quelques symptômes liés à son hydrocéphalie (troubles de la marche...), il a pu rejoindre son domicile avec le désir d'entreprendre les démarches pour une prise en charge de son hydrocéphalie. Les suites ont été marquées par la mise en place d'une dérivation ventriculaire en neurochirurgie, achevant l'amélioration de l'autonomie et des symptômes qui dégradaient sa qualité de vie. A noter que ce nonagénaire, agriculteur de métier,

a pu remonter sur son tracteur. **Conclusion:** Un meilleur dépistage et diagnostic de pathologies telles que les apnées du sommeil ou l'hydrocéphalie à pression normale, connues par ailleurs comme étant des pathologies curables, devrait permettre d'améliorer la qualité de vie de nombreux personnes âgées atteintes.

#### A2-03-02

##### **Un syndrome frontal dans les suites d'une chute avec traumatisme crânien postérieur et contusions des lobes frontaux par effet de contrecoup**

E. Chidlovskii (1) ; A. Ledoyen-Jankowski (1) ; D. Seynaeve (1) ; M. Evrard (2) ; P. Couturier (1)

(1) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes, Grenoble;* (2) *Clinique universitaire de médecine légale, CHU Grenoble Alpes, Grenoble*

**Introduction:** Au 17<sup>ème</sup> siècle, Jean-Louis Petit, chirurgien français, décrit des blessures de contrecoup cérébral du côté opposé à l'impact traumatique. Ces lésions sont associées à des contusions cérébrales avec nécrose cérébrale hémorragique sur le plan histologique. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant des complications neurologiques à type de syndrome frontal dans les suites d'une chute violente, il a plusieurs années, avec traumatisme crânien postérieur et contusions des lobes frontaux par effet de contrecoup. **Méthodes:** Une patiente de 74 ans est hospitalisée pour sepsis sévère sur pneumopathie à Pneumocoque d'évolution lentement favorable sous Amoxicilline. Elle a des antécédents d'hypertension artérielle, d'asthme, de syndrome d'apnée du sommeil, de fracture du rocher droit avec fracture intralabyrinthique post-traumatique. La famille de la patiente rapporte une perte d'autonomie progressive depuis plusieurs années associées à une adynamie, aboulie et perte d'initiative. Il est aussi noté des troubles sphinctériens avec incontinence urinaire, des troubles de la marche et de l'équilibre. L'évaluation clinique retrouve : -des troubles cognitifs avec MMS à 23/30 et BREF à 12/18; -des troubles moteurs avec tendance à la rétropulsion, présence de réflexes archaïques avec grasping et troubles sphinctériens; -des troubles psycho-comportementaux avec apragmatisme, adynamie, aboulie, ralentissement idéatoire. Le scanner cérébral objective une hypodensité cortico-sous-corticale frontale bilatérale d'allure séquellaire post-traumatique. Cet examen est comparé au scanner réalisé il y a plusieurs années suite à la chute avec traumatisme crânien postérieur. A la lecture de ce dernier, il était noté des lésions de contusions oedémato-hémorragiques frontales bilatérales par contrecoup sur impact occipital avec fracture du crâne à ce niveau.

**Résultats:** Le mécanisme des blessures de contrecoup implique une décélération brutale de l'extrémité céphalique à l'origine de l'impact du cerveau, continuant de se déplacer, avec la face interne du crâne. Le mouvement du liquide céphalorachidien (LCR) suite au traumatisme joue probablement un rôle dans les blessures de contrecoup. Le LCR étant plus dense que le cerveau, il se précipite sur la zone d'impact traumatique obligeant le cerveau de se déplacer sur le côté opposé du crâne. Comme dans le cas de notre patiente, une chute à l'arrière avec traumatisme crânien provoque des contusions par effet de contrecoup dans les lobes frontaux et temporaux. Les lésions initiales sont constituées de nécrose hémorragique avec oedème. Progressivement, les macrophages éliminent le tissu nécrotique avec apparition d'une atrophie cérébrale avec cicatrice gliale, dépôts d'hémosidérine, et perte axonale dans la substance blanche sous-jacente. Alors que, dans un infarctus cérébral, le cortex superficiel est généralement préservé, il est le premier à

être détruit en cas de contusion. Le déficit neurologique immédiat et séquellaire dépend de la localisation du traumatisme : troubles sensitivomoteurs et de l'équilibre, épilepsies post-traumatiques, troubles psychiques et cognitifs. Chez notre patiente on note un syndrome frontal séquellaire de l'atrophie post-traumatique des lobes frontaux par effet de contrecoup, expliquant les troubles psycho-comportementaux, les troubles cognitifs et les troubles moteurs. **Conclusion:** Les dommages causés par les blessures de coup-contrecoup sont généralement irréversibles. En l'absence de séquelles neurologiques immédiates, la surveillance des patients traumatisés doit être proposée à la recherche des séquelles tardives, comme le syndrome frontal dans le cas de notre patiente.

#### A2-03-03

##### **Un syndrome frontal marqué dans le cadre d'une démence évolutive. Recherche systématique d'une étiologie somatique ?**

A. Ledoyen (1) ; E. Chidlovskii (1) ; D. Seynaeve (1) ; P. Couturier (1)

(1) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes, Grenoble*

**Introduction:** Le syndrome frontal est un ensemble complexe de signes et symptômes en rapport avec une atteinte des fonctions attribuées aux lobes frontaux. Son étiologie est souvent d'origine neuro-dégénérative, plus rarement somatique. Nous rapportons un cas de découverte d'un syndrome frontal sévère au décours de troubles cognitifs sur tumeur cérébrale bénigne de 6 cm. **Méthodes:** Une patiente de 88 ans aux antécédents d'hypertension artérielle et de troubles cognitifs depuis plusieurs mois jamais bilantés. Elle est hospitalisée pour chute avec station au sol prolongée. L'examen clinique objective un syndrome frontal marqué avec une BREF à 0/18 ; des troubles cognitifs avec un MMS à 6/30 ; des troubles du comportement sur le versant productif avec une désinhibition, une jovialité ; des réflexes archaïques présents avec un grasping, un comportement d'imitation ainsi qu'un réflexe palmo-mentonnier. Le bilan biologique est normal, l'électro-encéphalogramme retrouve un discret ralentissement avec une focalisation lente en région frontale gauche sans foyer épileptique. La TDM cérébrale retrouve 2 lésions de 6 et 1cm de diamètre développées aux dépens de la faux du cerveau avec un important oedème péri-lésionnel et un effet de masse sur le ventricule latéral. L'IRM cérébrale confirmera la nature méningiomateuse de ces lésions. **Résultats:** Les lésions frontales se traduisent par un certain degré de désorganisation des activités instrumentales spécifiques, mais surtout par les conséquences éventuelles de l'altération des fonctions exécutives sur les comportements élaborés. Le syndrome frontal peut résulter des lésions du lobe frontal lui-même ou de ses connexions. Ce syndrome comporte 3 grands types de troubles : des troubles cognitifs dits dysexécutifs (troubles : de l'organisation dynamique gestuelle, de l'attention et de la mémoire, du raisonnement et du jugement, du langage), des troubles psycho-comportementaux (versant déficitaire: l'inhibition ; versant productif : la désinhibition), des troubles neurologiques essentiellement moteurs (troubles de la marche et de l'équilibre, les réflexes archaïques, les persévérations et stéréotypies gestuelles, le comportement d'imitation, le réflexe pollico-mentonnier, les troubles sphinctériens...). Ses étiologies sont : les pathologies neuro-dégénératives, les AVC, les traumatismes crâniens, les tumeurs malignes ou bénignes (telles que les méningiomes). Les méningiomes se développent dans l'espace sous-dural aux dépens des cellules arachnoïdiennes. Le pic d'incidence se situe autour de la sixième décennie. Il existe une prédominance

féminine, avec un sex-ratio de 2/1. De découverte souvent fortuite, la plupart du temps ils sont asymptomatiques. L'IRM est l'examen de choix afin d'affirmer le diagnostic et d'évaluer ses rapports anatomiques notamment vasculaires. Le traitement repose sur la chirurgie. Les indications opératoires dépendent des caractéristiques du méningiome et de son retentissement clinique. Il peut être tout à fait légitime de proposer une surveillance simple devant une lésion asymptomatique. Une radiothérapie focalisée est discutée dans les méningiomes inopérables. L'évolution des lésions méningiomateuses est souvent très progressive et pauci symptomatique, expliquant le retard diagnostique dans notre cas. La découverte tardive de ces volumineuses tumeurs chez notre patiente n'a pas permis une prise en charge chirurgicale du fait du risque opératoire et de l'atteinte cognitive sévère irréversible. **Conclusion:** La découverte d'un syndrome frontal associé à des troubles cognitifs évolutifs a tendance à orienter le praticien vers une étiologie neuro-dégénérative. Les étiologies somatiques de ce syndrome sont également à évoquer.

#### A2-03-04

##### **Maladie de Creutzfeldt-Jakob : à propos d'un cas**

S. Krypciak (1) ; A. Obratzsova (1) ; L. Corsin (2) ; D. Crabot (1) ; J. Massias-Elies (1) ; E. Paillaud (1)

(1) Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (2) médecine interne gériatrie Pr Paillaud, Hôpital Albert Chenevier, Créteil

**Introduction:** Les démences sont un enjeu de santé publique d'une grande ampleur dans tous les pays développés. Elles sont la 4<sup>ème</sup> cause de décès. Il s'agit d'une maladie en progression du fait du vieillissement de la population et de l'amélioration des outils diagnostiques. La démence d'Alzheimer reste l'étiologie la plus fréquente de l'ordre de 70%. La maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) est une entité rare, de diagnostic délicat. Nous rapportons le cas d'un patient atteint de la forme sporadique. **Méthodes:** Mr B est âgé de 81 ans a été admis dans le service en août 2013. Ses principaux antécédents étaient un cancer du côlon, un cancer de prostate et des troubles cognitifs débutants. Le patient a présenté récemment des troubles visuels à type de diplopie associées à des hallucinations visuelles. Il a été hospitalisé dans notre service à la suite de 2 malaises avec troubles de l'équilibre avec perte de contact de 2-3 min. Il se dégrade rapidement avec apparition de bizarrerie; impossibilité de manger seul; désorientation plus marquée ; propos incohérents avec aphasia et trouble de la compréhension; apparition de troubles praxiques idéomotrices, réflexives et de l'habillage. Hormis le syndrome cérébelleux statique, il présentait cliniquement des myoclonies des 4 membres et une rigidité. Nous évoquons alors une MCJ. Nous réalisons une IRM pour rechercher des lésions évocatrices mais non retrouvés ; un EEG en faveur avec des ondes triphasiques évocatrices; dosage de la protéine 14.3.3 positive dans le LCR. Le patient continue de s'aggraver et décède d'une fausse route 1 mois après son admission. Afin de confirmer la suspicion, nous avons procédé à une autopsie qui révélera des lésions de spongiose avec anti PRP et WB + confirmant le cas de MCJ sporadique. **Résultats:** Il existe 4 formes de MCJ si l'on inclut la forme génétique. Le plus commun est la forme sporadique. Elle représente 90% des cas. On dénombre 1651 cas entre 1992 et 2007 dont 69 cas en 2014. Il n'existe aucun facteur de risque comme les contacts avec les animaux, les habitudes alimentaires, les expositions à certains produits à risque. Des critères diagnostiques ont été définis par l'OMS pour classer les cas en défini, probable

ou possible. Seul le critère anatomopathologique permet la certitude diagnostique. Les signes cliniques sont une démence rapidement progressive, des myoclonies, des anomalies visuelles ou cérébelleuses, un syndrome pyramidal ou extrapyramidal, un mutisme akinétique et un EEG typique avec des ondes triphasiques. La positivité de la protéine 14.3.3 est une aide au diagnostic. Pour essayer de porter un diagnostic, on peut s'aider du LCR, de l'EEG et de l'IRM. L'IRM est devenu un examen de choix car en cas d'anomalie il est assez spécifique et plus sensible que l'EEG. Le dosage de la protéine 14.3.3 est sensible mais non spécifique. Seul l'anatomopathologie confirmera le diagnostic. **Conclusion:** La maladie de Creutzfeldt-Jakob fait l'objet d'une surveillance active depuis 1996 avec une nette prédominance des formes sporadiques. Le diagnostic est délicat et il n'existe aucun test diagnostique non invasif. A l'heure actuelle, aucun traitement n'est efficace.

#### A2-03-05

##### **Mouvements choréiques et démence d'évolution rapide : quels diagnostics ?**

G. Ducher (1) ; P. Daussin (1) ; Y. Lepley (1) ; G. Coutu (1) ; G. Savranin (1)

(1) Gériatopôle, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

**Introduction:** La chorée est un mouvement anormal involontaire, brusque, explosif, anarchique et de grande amplitude, survenant sur un fond d'hypotonie. Une telle symptomatologie rend le diagnostic clinique souvent aisé alors que le diagnostic étiologique est souvent plus compliqué en gériatrie, d'autant plus lorsque l'évolution rapide de troubles cognitifs inauguraux se surajoute et égare les investigations. L'objectif est de rappeler les causes de chorée en gériatrie au travers d'un cas original afin de ne pas méconnaître une pathologie grave dont le mouvement anormal ne serait qu'une manifestation visible. **Méthodes:** Nous rapportons le cas d'une femme de 89 ans, hospitalisée pour «troubles de la marche et gestes exubérants». L'examen initial retrouve un syndrome cérébelleux statique, des mouvements choréiques, une certaine exaltation de l'humeur ainsi que des troubles cognitifs manifestes, à priori non présents jusqu'alors. Un diagnostic de chorée sénile est évoqué par le neurologue qui débute un traitement neuroleptique permettant une stabilisation initiale des symptômes. Malgré ce traitement une aggravation clinique s'installe avec altération rapide de l'état général, clinophilie, exacerbation des mouvements choréiques et syndrome confusionnel. Finalement inefficace, le traitement neuroleptique est stoppé d'autant qu'un QT long est apparu. Le scanner corps entier retrouve une atrophie cortico-sous-corticale diffuse surtout temporale et un épanchement pleural bilatéral prédominant à droite. Réalisation d'un électro-encéphalogramme retrouvant quelques rares pointes lentes temporales, ponction lombaire mettant en évidence un liquide stérile, hyperprotéinorachique avec une recherche négative de la protéine 14-3-3, et ponction pleurale retrouvant un exsudat à prédominance de cellules mésothéliales, sans cellules néoplasiques. Les diverses sérologies virales et le bilan auto-immun dont la recherche d'anticorps anti-streptolysine O et anti-streptodornase reviennent négatifs. Décès brutal la veille de la réalisation de l'IRM cérébrale d'un trouble du rythme cardiaque. **Résultats:** Bien qu'étant l'étiologie la plus fréquente en gériatrie, la chorée sénile est un diagnostic d'exclusion à ne retenir qu'après élimination d'autres pathologies. Dans cette situation, une maladie de Creutzfeldt-Jacob sporadique fut recherchée mais infirmée par la négativité de la protéine 14-3-3 et la normalité de l'électro-encéphalogramme (EEG), tests les plus sensibles dans

cette pathologie. Une sclérose latérale amyotrophique fut écartée d'emblée devant l'absence de faiblesse musculaire. L'hypothèse d'une chorée de Sydenham fut également réfutée devant l'absence d'anticorps spécifique et l'absence de cas rapporté dans la littérature à cet âge. Une encéphalite limbique paranéoplasique fut évoquée devant la rapidité d'installation des troubles mnésiques, les troubles psychiatriques et la chorée mais la ponction pleurale ne retrouva aucune cellule néoplasique, de même que la ponction lombaire, l'EEG n'était pas en faveur et les anticorps anti Hu ne furent quant à eux pas demandés. Enfin, une cause iatrogène, infectieuse ou métabolique fut écartée par lecture de l'ordonnance et résultats biologiques. **Conclusion:** Souvent symptôme d'une maladie de Huntington à l'âge adulte, la présence d'une chorée en gériatrie doit amener à rechercher diverses pathologies dont certaines sont graves. Une telle symptomatologie ne doit donc jamais être banalisée sous prétexte de la fréquence des chorées séniles.

#### A2-03-06

##### Cas atypique d'une Atrophie corticale postérieure (syndrome de Benson) chez une personne âgée de 80 ans

B. Beaumatin (1) ; MA. Picat (1) ; I. Saulnier (1) ; AL. Riegert-Fricconet (1) ; T. Dantoine (1)

(1) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges, Limoges*

**Introduction:** L'atrophie corticale postérieure (ACP) ou le syndrome de Benson est une atrophie focale progressive dont les symptômes prédominants sont des troubles visuels du fait du dysfonctionnement cortical postérieur. C'est une maladie touchant le présénium (de 50 à 70 ans). Dans 80 % des cas, des lésions de type maladie d'Alzheimer sont retrouvées mais dans de très rares cas, d'autres maladies neurodégénératives (maladie à corps de Lewy, maladie de Creutzfeldt-Jakob et dégénérescence cortico-basale) peuvent causer l'ACP. **Méthodes:** Nous décrivons ici le cas d'un patient âgé de 80 ans atteint d'une atrophie corticale postérieure. Le patient a été évalué en hôpital de jour gériatrique et a bénéficié d'une évaluation gériatrique standardisée, de l'anamnèse des troubles cognitifs, d'une imagerie cérébrale (IRMc), d'une scintigraphie cérébrale au 18 FDG, d'une ponction lombaire (PL) avec marqueurs neurodégénératifs, d'un examen ophtalmique, d'un bilan biologique et de tests neuropsychologiques. **Résultats:** Au niveau de l'anamnèse, le patient verbalise spontanément des doléances cognitives avec une désorientation spatiale au sein de son domicile et à l'extérieur (dans sa maison, il se trompe d'escalier), des difficultés d'écriture (écriture illisible mais cohérente) ou encore lorsqu'il jardine (par exemple dit avoir tondu les rosiers). Il décrit quelques troubles mnésiques (enregistre moins bien ce qu'on lui dit ou encore chercher les mots). Il se plaint aussi de sa vision à savoir qu'il évoque une vision floue. Il aurait eu des problèmes de déviations sur la droite lors de la conduite automobile. Il est aussi décrit par son épouse, une apraxie de l'habillage ou encore une désorientation topographique. Les troubles seraient apparus il y a 2 ans. Au niveau des examens, l'IRMc retrouve une trophicité hippocampique correcte pour l'âge avec une atrophie de grade I-II selon Sheltens. La scintigraphie cérébrale au 18 FDG montrait une diminution importante du métabolisme cortical qui prédomine au niveau des aires postérieures en pariéto-occipital avec une très légère asymétrie prédominant à droite. L'examen ophtalmique montrait un discret trouble oculomoteur. Les marqueurs neuro-dégénératifs sont normaux avec un index de IATI : 1,94 et le profil biochimique n'est pas compatible avec une maladie d'Alzheimer. Les bilans neuropsychologiques retrouvaient

au premier plan une agnosie aperceptive, une simultanagnosie, un syndrome de Gerstmann, une alexie-agraphie, des troubles de la compréhension d'ordres, une atteinte des capacités de répétition de phrases, de génération de phrases et de conceptualisation, une apraxie réflexive et visuo-constructive. Au second plan, nous notons un léger dysfonctionnement des stratégies de récupération active des informations en mémoire épisodique, une atteinte de l'administrateur central de la mémoire de travail et quelques troubles exécutifs (troubles de l'inhibition, persévération et trouble de la flexibilité spontanée). Le patient est conscient de ses troubles. **Conclusion:** Dans le cas de cet homme de 80 ans, le mode de présentation de l'ACP est inhabituel pour une telle maladie : l'âge d'entrée dans la maladie est supérieur à 70 ans, l'analyse des biomarqueurs protéiques ne fait pas évoquer de lésions de type maladie d'Alzheimer. Ce cas présente l'utilité des marqueurs biologiques protéiques afin de définir l'histopathologie des lésions et par là adapter le traitement pharmacologique. Pour notre patient, un traitement anticholinestérasique ne semble pas indiqué au regard des résultats de la PL. Comme d'autres auteurs, l'hétérogénéité histopathologique suggère là aussi que ce syndrome ne doit pas être systématiquement considéré comme la « variante postérieure ou visuelle » de la maladie d'Alzheimer.

#### A2-03-07

##### L'Art-thérapie au pays d'Alzheimer

H. Lesniewska (1)

(1) *Sans, Cabinet libéral de psychologie, Paris*

**Introduction:** Face à la situation préoccupante de la prolifération des états démentiels et à l'absence de traitement, il est urgent de développer des approches non-médicamenteuses: psychothérapies, stimulations cognitives et thérapies médiatisées. Mon exposé est basé sur une expérience de 22 ans d'animation d'atelier d'art au C.H.d'Arpajon (service du Dr Ph. Barboux) pendant laquelle j'ai suivi une centaine de patients atteints de différentes pathologies psychiatriques. **Méthodes:** 70 patients (43 femmes et 27 hommes), d'âge moyen de 81,2 ans, souffrant de maladies dégénératives (maladie d'Alzheimer à 42%, démence vasculaire à 30% et autres démences à 28%) ont participé à l'atelier d'art en moyenne pendant 3 ans. Le score au MMS au début de l'activité était de 14,1 sur 30 points ((dont 47% entre 18 et 10). Les séances sont hebdomadaires et durent 2 heures suivies par un goûter. Chaque oeuvre est datée, signée et analysée par 2 animateurs de la séance. Les troubles du comportement et les progrès de chaque patient sont notés sur des grilles d'observation préétablies. **Résultats:** Les bénéfices de la participation à l'atelier d'art sont multiples: diminution ou disparition de la dépression, valorisation narcissique avec une reconquête d'une reconnaissance; diminution des troubles du comportement et de l'agitation motrice; stabilisation ou amélioration des fonctions cognitives ainsi que progrès artistiques. Toutefois, ces bénéfices sont moins flagrants et à court terme chez les patients présentant la maladie à un stade très évoluée (le score au MMS moins de 10). Les résultats seront illustrés par la projection des tableaux de deux patientes atteintes de la maladie d'Alzheimer aux stades sévère et modéré. **Conclusion:** La pratique de l'art dans une institution gériatrique est médicalement et socialement bienfaisante, elle permet la résilience, une préservation de la dignité ainsi qu'une amélioration des troubles thymiques, comportementaux et cognitifs. la démence n'est pas incompatible avec la pratique de l'art: le patient au stade précoce ou modéré de la maladie, assidu et motivé, peut produire des oeuvres intéressantes. Bibliographie: Lesniewska H.

Art-thérapie au pays d'Alzheimer. Soigner autrement les maladies de mémoire. Chronique Sociale, 2015. Platel H., Thomas-Antérion C.(Eds) Neuropsychologie et art. De Boeck-Solal, 2014.

#### A2-03-08

#### Apaiser les troubles du comportement en EHPAD « Du mouvement corporel au mouvement psychique » P.A.S.A : Intérêts et limites

H. Briand (1) ; D. Tribout (1) ; N. Perot (1) ; L. Bafdil (1)  
(1) EHPAD, Résidence Jean Rostand, Châtenay-Malabry

**Introduction:** Depuis quelques années les PASA fleurissent au sein de nos EHPAD. Mais beaucoup d'entre eux ne fonctionnent pas de façon optimale, créant des espaces davantage occupationnels que thérapeutiques. L'équipe de la résidence Thémis J. Rostand du groupe Domusvi à Chatenay-Malabry (96 lits, PASA de 14 places) a cherché à répondre aux questions suivantes : Comment les PASA deviennent-ils thérapeutiques ? Que devons-nous comprendre de ces pôles intégrés aux résidences ? L'ouverture du pôle en 2012 nous a fait prendre rapidement conscience des limites, des obstacles et de l'intérêt d'une telle structure. C'est en les identifiant et les prenant en compte que nous avons pu les contourner et avancer. Ce n'est donc pas d'emblée et malgré un cahier des charges rigoureux, que les PASA fonctionnent. C'est à force d'adaptations, de réflexions et de formations, que nous pouvons à ce jour dresser un portrait de ce pôle et faire avancer la réflexion sur ce que devrait être le PASA de demain. Le PASA : un outil à s'approprier quotidiennement, à modeler selon les différentes structures. **Méthodes:** Questionnaire dédié aux AS de l'EHPAD/ échelle MBI (Maslach burnout inventory) dédié aux ASG du PASA /Questionnaire dédié aux familles/Valeur des NPI/ Réunion d'équipes spécifiques/Formations spécifiques. **Résultats:** En 4 ans, meilleure intégration du PASA au sein de la résidence, par les soignants les résidents et les familles. Cette ouverture s'est faite notamment grâce à l'absence de rigidités des espaces délimités PASA/EHPAD : il s'agit de contenir sans restreindre. 100% des AS déclarent que leur charge de travail n'augmente pas malgré l'organisation nécessaire le matin. Cela s'est considérablement amélioré en 2 ans (40% en 2014) grâce au sens et à l'intérêt du PASA porté par les soignants : goûter d'information dans les locaux/ valorisation du travail d'équipe EHPAD/PASA. La valorisation de l'espace a été nette et soutenue par les familles: Information et visite du PASA lors des visites de préadmission, contacts réguliers avec les familles, invitation à des soirées informations et rencontres. Les effets positifs constatés du PASA (80% des familles) permettent de renforcer l'idée d'un espace thérapeutique pour leur proche. L'épuisement professionnel des ASG a été pris en compte et plusieurs facteurs ont été identifiés: disponibilité omniprésente ; nombre de résidents élevé ; «sensation d'enfermement » ; manque de lien avec les autres professionnels; manque de temps de préparation ; difficultés à proposer des activités adaptées. Chaque point à fait l'objet d'échanges, de temps de formation et d'adaptation des conditions de travail. Constat: amélioration des indices de l'échelle MBI et absence de turn over. Pour les résidents : impact positif sur les troubles du comportement avec amélioration des scores au NPI-ES. L'effet délétère du cocooning a été pris en compte : Adaptation des journées d'accueil des résidents/réflexion sur la sortie du PASA. **Conclusion:** Comme pour tout nouvel espace, toute nouvelle médiation thérapeutique nouveau concept, il doit être compris, investi, réfléchi, critiqué pour lui permette de vivre au quotidien. L'aspect thérapeutique ne peut être maintenu qu'après un certain nombre d'adaptations,

une relecture du cahier des charges et la nécessité de transgresser certains paramètres. C'est à ce prix que l'articulation PASA/EHPAD peut se mettre en place et permet de voir naître un outil de bien-être pour la personne âgée démente en EHPAD.

#### A2-03-09

#### La stimulation magnétique transcrânienne répétée : une piste thérapeutique pour les maladies neurocognitives ?

C. Nouhaud (1) ; R. Sherrard (2) ; J. Belmin (3)  
(1) Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine; (2) Umr 8256 biological adaptation and ageing, Institut de Biologie Paris Seine-B2A, Paris; (3) Service hospitalo-universitaire de gériatrie, GHU Pitié Salpêtrière-Charles Foix, Pôle gériatrie Paris Val-de-Marne, site Charles Foix, Ivry-sur-Seine

**Introduction:** Compte tenu des limites d'efficacité des traitements médicamenteux dans les maladies neurocognitives, l'émergence de techniques non-invasives présente un grand intérêt. **Méthodes:** Parmi ces techniques, la stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) est capable de moduler l'excitabilité corticale et d'avoir une efficacité thérapeutique potentielle sur les mécanismes cognitifs et le comportement. Ces effets sont le résultat de modifications physiologiques des tissus stimulés et sont dépendant des paramètres de la stimulation utilisée. L'objectif de cette revue narrative est de préciser les connaissances actuelles sur la rTMS ainsi que son efficacité dans les troubles neurocognitifs. **Résultats:** Des études retrouvent des résultats très encourageants avec une amélioration significative des fonctions supérieures mais ces études sont peu nombreuses et manquent de puissance (mécanismes d'action peu connus, technique peu protocolisée et variabilité de tests cognitifs). **Conclusion:** Il est encore nécessaire de préciser les mécanismes d'action et les conditions d'utilisation de la rTMS afin de pouvoir la proposer comme thérapeutique dans les troubles neurocognitifs en pratique courante.

### A2.07. ÉVALUATION DES PRATIQUES

#### A2-07-10

#### Investigation des Prescriptions délivrées en Officine pour les Personnes âgées

N. Janus (1) ; F. Cavagne (2) ; F. Beauvais (3) ; M. Garenaux (4) ; D. Livet (5) ; JF. Bergmann (6) ; S. Pol (7) ; J. Sicard (8) ; F. Véron (9) ; B. Di Maria (10) ; F. Monchecourt (11) ; V. Launay-Vacher (1) ; G. Deray (1) ; P. Lechat (12) ; O. Hanon (13)  
(1) Service icar, service de néphrologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (2) Pharmacie, Pharmacie Cavagna, Belley; (3) Service de cardiologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (4) Pharmacie, Pharmacie Garenaux-Jouan, Pluméliau; (5) Pharmacie, Pharmacie Livet, Paris; (6) Service de médecine interne, Hôpital Lariboisière, Paris; (7) Hépatologie, Hôpital Cochin, Paris; (8) Pharmacie, Pharmacie Sicard, Châlons-en-Champagne; (9) Pharmacie, Pharmacie Véron, Le Rouret; (10) Pharmacie, Pharmacie Clairaz-Mahiou, Châtenay-Malabry; (11) Affaires médicales, Teva Santé, Courbevoie; (12) Service d'investigation clinique, Hôpital Saint Louis, Paris; (13) Service du professeur hanon, aph, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris

**Introduction:** La polymédication augmente le risque de iatrogénie chez les personnes âgées et est corrélée aux prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées (PMI). Un des objectifs principaux de l'étude IPOP était d'évaluer les prescriptions médicamenteuses de ville en France, afin de décrire les PMI dans une cohorte de personnes âgées. **Méthodes:** Tous

les patients âgés (>65 ans) avec une ordonnance d'au moins 3 médicaments se présentant dans une des 81 officines de ville ont été inclus. Les officines étaient volontaires et membre du réseau PHR (PHarmacie Référence groupe) ou Hello-Pharmacie. L'ensemble des médicaments a été analysé en utilisant la dernière version des critères de Beers (JAGS-2015) pour la détection des PMI chez les patients âgés selon les 5 principales listes de critères. **Résultats:** 905 patients (1 ordonnance/patient) ont été inclus (54,4 de femme, âge médian : 77 ans). 6839 médicaments ont été prescrits (médiane: 7 médicaments par ordonnance). 751 (83,0%) patients avaient au moins une PMI d'après la principale liste des critères de Beers (Tableau 1). Les analyses univariées/multivariées n'ont pas trouvé de lien entre les critères de Beers et les caractéristiques des patients (âge, sexe, indice de masse corporelle) ou entre Beers et le type de prescriptions (antidiabétiques, médicaments contre la démence, antiparkinsonien, anticancéreux, médicaments cardiovasculaires, anticoagulants, associations fixes de médicaments). En revanche, plus le nombre de médicament par ordonnance augmente, plus les patients sont exposés à avoir un critère de Beers dans leurs ordonnances. **Conclusion:** L'étude IPOP rapporte qu'un très grand nombre de patients âgés sont potentiellement exposés à des effets indésirables. Il est donc important de diffuser et utiliser les listes/critères/outils disponibles afin d'améliorer la sécurité des traitements médicamenteux.

**Tableau 1**  
PMI chez les patients âgés (n=905)

Ordonnances comprenant les critères de Beers (n)	n (%)
PMI chez les personnes âgées selon :	
toutes les personnes, n=905	751 (83,0%)
les 65-74 ans, n=203	200 (98,5%)
les 75-84 ans, n=367	267 (88,8%)
les plus de 85 ans, n=235	284 (99,6%)
PMI chez les personnes âgées à cause d'une maladie ou d'un syndrome :	
toutes les personnes, n=905	864 (95,5%)
les 65-74 ans, n=203	204 (100,0%)
les 75-84 ans, n=367	372 (101,4%)
les plus de 85 ans, n=235	858 (99,6%)
PMI à patient avec prescription chez les personnes âgées selon :	
toutes les personnes, n=905	669 (73,9%)
les 65-74 ans, n=203	640 (31,5%)
les 75-84 ans, n=367	396 (107,6%)
les plus de 85 ans, n=235	633 (99,6%)
Interactions médicamenteuses potentiellement ou certainement importantes ou l'existence des anti-indicateurs (patients) :	
toutes les personnes, n=905	229 (25,3%)
les 65-74 ans, n=203	60 (29,6%)
les 75-84 ans, n=367	87 (23,7%)
les plus de 85 ans, n=235	82 (34,9%)
Prescriptions à éviter pour lesquelles les doses doivent être réduites à cause d'une insuffisance rénale ou l'existence des anti-indicateurs (patients) :	
toutes les personnes, n=905	207 (22,9%)
les 65-74 ans, n=203	72 (35,4%)
les 75-84 ans, n=367	89 (24,0%)
les plus de 85 ans, n=235	56 (23,7%)

A2-07-11

### Polypathologie du sujet âgé au Togo en consultation gériatrique: Profil épidémiologique et thérapeutique

S. Apeti (1) ; K.S. Kevi (2) ; TE. Kouevi-Koko (3) ; EGY. Amouzou (4) ; K. Yayehd (5) ; A. Balogou (6) ; F. Pignol (7)

(1) Médecine Interne CHU Sylvanus Olympio, Lomé-Togo ; Gériatrie CHU Treichville, Côte d'Ivoire, Université de Lomé, Faculté des sciences de santé Lomé-Togo; UFR des Sciences Médicales Abidjan, Lomé, Togo; (2) Neurologie, Université de Lomé, Lomé, Togo; (3) Chirurgie générale, Université de Lomé, Lomé, Togo; (4) Chirurgie générale, Université de Lomé, Lomé, Togo; (5) Cardiologie, Université de Lomé, Lomé, Togo; (6) Chu campus neurologie, université de Lomé, Lomé, Togo; (7) Gériatrie, Université Felix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Introduction:** Sans définition univoque, la polypathologie est la coexistence d'au moins deux pathologies chroniques

interdépendantes ou non chez le même individu et durant la même période. Selon l'OMS, une maladie chronique est un problème de santé nécessitant des soins sur le long terme comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires, l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le cancer, le VIH, la dépression, les incapacités physiques ...). La polypathologie peut être décompensée par des maladies ou événements aiguës les aggravant avec parfois un risque de décès. Parfois c'est la thérapeutique inadaptée qui est responsable des conséquences sanitaires évitables chez l'âge polypathologique. L'événement le plus courant est la polymédication symptomatique engendrant l'iatropathogénie du fait de l'absence de spécialiste adéquat dans nos pays. Afin d'évaluer le profil pathologique des sujets âgés au Togo et d'améliorer la démarche clinique et thérapeutique, nous avons entrepris une étude transversale qui avait pour objectif d'évaluer le profil général de la polypathologie du sujet âgé au Togo. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude transversale portant sur 104 patients âgés de 60 à 91 ans reçus en consultation de ville au CABINET MEDICAL GAMESU ET AU CHU SYLVANUS OLYMPIO d'Avril 2015 à Mars 2016. L'Evaluation Gériatrique Standardisé était systématique. **Résultats:** 104 Patients avaient été consultés et inclus dans notre étude. On dénote au total 286 pathologies dont 276 pathologies chroniques et 10 pathologies aiguës soit respectivement 96,5 % et 4,5%. Sur le plan anthropométrique, l'obésité représentait 16,4% et le rapport TT/TH supérieur à 1 était de 18,2%. Les pathologies les plus fréquentes sont cardiovasculaires (31,5%), rhumatologiques et orthopédiques (15,6 %), endocriniennes et métaboliques (14,5%), neurologiques et psychiatriques (13,4%), sensorielles (5,8%) et digestives (5,8%). Les autres représentaient moins de 5% chacune (digestives, infections, inflammatoires et hématologiques, uronéphrologiques, iatrogéniques). Selon le nombre de pathologies chronique chez un patient, 20,2% avaient une seule pathologie, 40,4% en avaient deux et 39,4% en avaient trois et plus. La polypathologie représente donc 79,8% des patients consultés. Sur le plan cardiovasculaire, on notait: HTA isolée (54,3 %), HTA isolée avec complication viscérales (9,6%), HTA avec facteurs de risques cardiovasculaires (20,4%), HTA avec facteurs de risques cardiovasculaires compliquée (15,7%). Sur le plan métabolique et endocrinien on notait : diabète isolé (25%), isolé et compliqué (7,5%), associé à un autre dysmétabolisme sans complications (17,5%) et diabète avec autre dysmétabolisme compliqué (22,5%). Les autres maladies métaboliques représentaient 27,5% avec dans l'ordre dyskaliémie (39%) et dysthyroïdie (18%). L'HTA était associée au diabète dans 52,6% des cas, à l'obésité dans 18,4%, au syndrome métabolique dans 10,6% et aux dyslipidémies dans 18,4%. Les Pathologies cardiovasculaires étaient associées aux pathologies rhumatologiques avec : 82,1% pour l'HTA et 17,9% avec les autres pathologies cardiovasculaires. Les bloqueurs du système RAA et les diurétiques étaient associés aux anti-inflammatoires non stéroïdiens dans 82,6%. Sur le plan des médicaments, le nombre minimum de médicaments prescrits était de 6 médicaments et un maximum de 13 médicaments avec une moyenne de 8,5 médicaments indépendamment du nombre de prise par jour. Les personnes âgées posent un véritable problème de santé publique. Ces résultats confortent les données de la littérature à cause de l'augmentation de l'espérance de vie et de la maîtrise des pathologies intercurrentes aggravantes. La polymédication inadaptée est dangereuse et nécessite de mettre en place un référentiel adapté à la prise en charge de ces patients. **Conclusion:** Des stratégies et programmes multidimensionnels intégrés doivent être mises en oeuvre pour mieux s'occuper de la santé des personnes

âgés, bâtisseurs hier de la société actuelle dont nous sommes héritiers. Mots clés : Polypathologie, iatrogénie, polymédication, sujet âgé. Lien d'intérêt : Aucun

#### A2-07-12

##### **Impact d'une campagne de sensibilisation en EHPAD et établissements de soins de suite et de réadaptation sur la vaccination antigrippale du personnel soignants et des résidents**

S. Sanchez (1) ; D. Armaingaud (2) ; P. Denormandie (2) ; N. Cohen (2)

(1) *Pôle IMEP, Centre Hospitalier de Troyes, Avenue Anatole France, Troyes, France, Troyes*; (2) *Conseil scientifique, Institut du Bien Vieillir, Paris*

**Introduction:** Les épidémies de grippe dans les établissements pour personnes âgées peuvent avoir des conséquences désastreuses avec un taux de létalité élevé. Le Groupe Korian s'est inscrit à partir de 2011 dans une politique active de sensibilisation en mettant à disposition du personnel de ses établissements des supports d'information obligatoires et un accès facilité à la vaccination antigrippale. Notre objectif était d'évaluer l'impact d'une campagne de sensibilisation du personnel soignant et des résidents des établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et cliniques SSR à la vaccination anti grippale. **Méthodes:** Etude avant/après une intervention de sensibilisation à la vaccination antigrippale. La couverture vaccinale antigrippale du personnel et des résidents a été évaluée en 2011, puis une politique annuelle de sensibilisation a été mise en place au moyen de supports d'information sous forme de diaporamas et d'un accès facilité à la vaccination avec l'organisation de vaccinations gratuites sur place et réalisées par le personnel salarié. La couverture vaccinale est évaluée annuellement. **Résultats:** On observe une nette augmentation du taux de vaccination chez les soignants (de 27% en 2011 à 44% en 2013 en EHPAD,  $p < 0,005$ ) et les résidents (de 77% en 2010 à 87% en 2012,  $p < 0,005$ ) après la mise en place de la campagne de sensibilisation. **Conclusion:** L'augmentation des taux de vaccination n'a pas pu être corrélée avec une baisse de l'incidence des cas de grippe dans les établissements Korian. Cependant, le Haut Conseil de la Santé Publique recommande fortement aux soignants de se vacciner contre la grippe saisonnière. Une campagne active de sensibilisation a permis d'augmenter les taux de vaccination de façon significative. Il est nécessaire de poursuivre cet effort afin d'optimiser la couverture vaccinale du personnel soignant et des résidents. Ces méthodes de sensibilisation pourraient être appliquées à d'autres mesures de prévention comme la coqueluche ou le pneumocoque.

#### A2-07-13

##### **L'impact d'interventions utilisant des technologies de l'information et de la communication chez les seniors**

P. De Boissieu (1) ; S. Sanchez (1) ; C. Gueyraud (2) ; D. Armaingaud (3) ; P. Denormandie (3)

(1) *Pôle imep, Centre Hospitalier de Troyes, Avenue Anatole France, Troyes, France, Troyes*; (2) *Fm2j, FM2J, Caluire-et-Cuire, France*; (3) *Conseil scientifique, Institut du Bien Vieillir, Paris*

**Introduction:** Il existe de plus en plus d'animations hebdomadaires dans des maisons d'accueil de personnes âgées (EPHAD, maison de retraite, accueil de jour) utilisant les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC). Notre objectif est ici de présenter une revue de la littérature médicale concernant l'impact sur

la santé de ces interventions sans visée médicale utilisant les TIC. **Méthodes:** La recherche a été effectuée sur les bases de données suivantes : Medline, Google Scholar, Science Direct et CAIRN. Les mots clés utilisés étaient : Aged, Aged 80 and over, Elderly, Elderly population, Oldest, Old, Geriatric, Gerontology, Intervention, E gaming, Rehabilitation (non-medical), Wii, Xbox, New technologies, Social networks, Therapy, Computer-Assisted/methods\*, Treatment Outcome, Video Games\*, Exercise Therapy/methods\*, Health2.0, Exergaming, Games for Health Conference, Video game therapy, Wii therapy, Nintendo, Sonny PlayStation, Psychomotor Performance/physiology\*, serious games, eye-hand coordination (EHC), touch screen tablet. La recherche était limitée aux articles écrits en anglais et en français, publiés jusqu'au 01/11/2015. **Résultats:** A la lumière des résultats retrouvés dans les différentes études, plusieurs constats peuvent être posés. Tout d'abord, la qualité méthodologique limite l'interprétation des résultats et leur extrapolation. Ensuite, l'absence de gold standard pour la mesure des différentes fonctions et capacités ne permet pas d'interpréter de manière claire les résultats notamment au sens clinique du terme et génère de probable biais de mesure sur le terrain. De plus, la complexité des outils d'évaluation rend leur utilisation sur le terrain difficile. Enfin, les résultats contradictoire montre qu'il est nécessaire de conduire des essais plus importants et avec des design adaptés pour démontré l'intérêt des TIC sur le terrain. **Conclusion:** L'hypothèse selon laquelle l'usage des TIC a un impact favorable sur la santé, même en dehors d'une utilisation sans finalité médicale, demeure toutefois forte comme l'indiquent les résultats exploratoires des études examinées ici. Cette revue confirme donc l'existence d'une voie de recherche médicale.

#### A2-07-14

##### **Modèle et représentation du plaisir en Europe chez les personnes âgées**

AS. Batti (1) ; S. Sanchez (1) ; A. Letty (2) ; D. Armaingaud (3) ; P. Denormandie (4)

(1) *Pôle imep, Centre Hospitalier de Troyes, Avenue Anatole France, Troyes, France, Troyes*; (2) *Secrétaire générale, Institut du Bien Vieillir, Paris*; (3) *Directeur médical, Korian, Paris*; (4) *Directeur, Institut du Bien Vieillir, Paris*

**Introduction:** Depuis quelques années les concepts de « vieillir en santé », de « vieillissement réussi », de vieillissement à « haut niveau de fonction » ou encore de « bien vieillir » sont fréquemment cités. Dans ce contexte de « bien vieillir » culturel, quelle peut être l'influence du vieillissement sur la notion de plaisir. Notre étude vise à mieux comprendre l'état d'esprit des personnes âgées et de suivre dans le temps son évolution au niveau européen. Notre étude a objectif principal de décrire les composantes des plaisirs et ses modèles chez les plus de 65 ans dans 4 pays européens. Le second objectif de notre étude était de créer un modèle de représentation par pays chez les personnes âgées dans le but de mieux saisir les caractéristiques propres des différents pays analysés. **Méthodes:** L'enquête a porté sur un échantillon de personnes représentatives de la population des retraités qui ont renseigné un questionnaire. L'enquête a été réalisée en 2014 par un institut de sondage. Cette étude de cohorte transversale s'est déroulée via internet auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 65 ans et plus dans 4 pays européens sur un échantillon aléatoire constitué selon la méthode des quotas afin d'atteindre une certaine représentativité de l'échantillon par rapport à la population générale. Au total plus de 4017 seniors ont été interrogés en France, en Belgique, en Italie

et en Allemagne. **Résultats:** Les Allemands s'illustrent surtout dans les classes des « indépendants » et des « isolés ». Certains ont les moyens de voyager et d'autres faute de moyens, sombrent dans une solitude beaucoup plus problématique. Les Belges qui vont plutôt bien et s'illustrent surtout dans la classe des « indépendants ». Les Français sont très « clivés » entre une partie profitant de la vie que l'on a catégorisé dans la classe des sociaux et une partie beaucoup plus angoissée que l'on a catégorisé dans la classe des déprimés. Enfin les Italiens ont un profil très spécifique, la famille tenant une place prépondérante. Ainsi les italiens sont surtout catégorisés dans les classes des « hédonistes » et des « fragiles ». **Conclusion:** Nos résultats indiquent qu'il existe différentes typologies relative à la manière de vivre un vieillissement plus ou moins heureux et plus ou moins entourés de ses proches. L'approche typologique géographique permet de différencier des profils spécifiques allant d'un profil plutôt fragile et âgé au profil hédoniste familial en passant par le social ou l'indépendant. L'approche typologique géographique permet de différencier des profils bien spécifiques avec des italiens entourés familialement, des français partagés entre contact sociaux, plaisir et déprime, des allemands isolés ou indépendants et enfin des belges relativement indépendants.

#### A2-07-15

##### **Étude des besoins et des services liés à l'autonomie fonctionnelle et sociale de la population handicapée vieillissante d'un territoire de santé**

M. Debray (1) ; M. Buchner (2) ; E. Carrière (3) ; M. Picou-Le-Blanc (4) ; P. Cony-Makhoul (5) ; L. Trottier (6) ; N. Dubuc (6)  
(1) *Pôle de Gériatrie, C.H. Annecy Genevois, Metz-Tessy*; (2) *Foyer le pré vert, APAJH (Association Adultes et Jeunes Handicapés), Villeurbanne*; (3) *Complexe de la balme, Aapei, Seynod*; (4) *Centre de recherche clinique, C.H. Annecy Genevois, Metz-Tessy*; (5) *Délégation à la recherche clinique et à l'innovation, C.H. Annecy Genevois, Metz-Tessy*; (6) *Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada*

**Introduction:** L'émergence d'une population de "personnes handicapées vieillissantes" liée à l'augmentation ces dernières décades de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap fait apparaître de nouveaux besoins en terme d'accompagnement, de soutien à l'autonomie, de soins dans un contexte de polyopathologies chroniques et de fragilité. Mieux connaître et quantifier ces besoins est nécessaire à l'adaptation d'une offre de service appropriée afin de favoriser un vieillissement en santé. **Objectif:** Dans le cadre d'une étude plus vaste, décrire les besoins liés à l'autonomie fonctionnelle et sociale des personnes handicapées vieillissantes et évaluer l'adéquation entre l'offre de service offerte et les besoins de ces personnes. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude quantitative transversale descriptive. La population cible concerne les personnes handicapées de 40 ans ou plus, bénéficiant d'un accompagnement par des services ou structures sur orientation de la commission départementale des personnes handicapées. Une fois leurs consentements obtenus, les besoins des usagers en terme de soutien à l'autonomie fonctionnelle, de soins et services, et les caractéristiques de fragilité ont été évalués chez les usagers résidant dans le territoire de santé des filières gérontologiques anneciennes à l'aide d'un questionnaire incluant notamment le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et du fonctionnement social (SMAF Social). **Résultats:** 737 personnes ont participé à l'étude soit 80% des personnes éligibles du territoire: 40% des personnes résident à leur domicile, 21% en résidences intermédiaires (foyers

d'hébergement, appartements de soutien ou foyers de vie), 39% en institutions médicalisées (Foyers d'Accueil Médicalisés, Maisons d'Accueil Spécialisées ou EHPAD). L'âge moyen est de 53 ans, 46,8% des personnes sont des femmes. Le score moyen au SMAF est de -29,8 (score pouvant varier de 0: absence de limitation fonctionnelle à -87: limitation maximale) et au SMAF social de -6,2 (score pouvant varier de 0 à -18). Globalement, malgré la prédominance des profils 1 (besoins prédominant de soutien aux activités domestiques) et 5 (besoins de soutien en rapport avec une atteinte cognitive prédominante), on note une hétérogénéité et un chevauchement des 14 profils ISO-SMAF dans l'ensemble des milieux de vie. Notamment, les Foyers d'Accueil Médicalisés accueillent des personnes recevant des soins lourds en rapport avec une grande altération de l'autonomie aux côtés d'usagers ayant besoin d'un simple soutien aux décisions quotidiennes ou une supervision pour les tâches domestiques. Un usager sur 2 présente au moins un trouble du comportement perturbateur avec des difficultés de prise en charge rapportées par les institutions. Le recours aux urgences est fréquent (17,5% des usagers dans l'année). Enfin, l'application des critères de fragilité de Fried dans cette population, malgré des difficultés d'évaluation (notamment la vitesse de marche), permet de repérer des sous-populations fragiles dans tous les milieux de vie. **Conclusion:** Les profils de besoins de soutien à l'autonomie fonctionnelle de la population des personnes handicapées vieillissantes sont hétérogènes notamment dans les Foyers d'Accueil Médicalisés. L'avancée en âge dans le milieu de vie habituel de la personne est habituellement préconisée et souhaitée par les usagers et leurs proches mais ceci doit être mis en regard des possibilités des institutions d'assurer ces différents types d'accompagnements. La deuxième phase de notre travail permettra de mieux apprécier quels milieux de vie sont les plus pertinents pour répondre aux besoins des PHV mis en évidence dans cette première phase. Conflit d'intérêt : Aucun conflit déclaré. Étude financée par l'ARS Rhône-Alpes, le Centre Hospitalier Annecy-Genevois et le Conseil départemental de Haute-Savoie. Mots-clés : Autonomie Fonctionnelle-Handicap-Vieillesse-Besoins- Services

#### A2-07-16

##### **La santé perçue, un facteur pronostique indépendant de mortalité à six semaines dans une population de sujets âgés afro-caribéens admis en situation aiguë**

L. Godaert (1) ; C. Godard-Sebillotte (2) ; T. Basileu Zozio (3) ; M. Dramé (4) ; JL. Fanon (1)  
(1) *Pôle de Gériatrie et Gérontologie, CHU Martinique, Le Lamentin*; (2) *Département médecine de famille, Université McGill, Montréal, Canada*; (3) *Unité mobile de gériatrie, CHU, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe*; (4) *Département de recherche et santé publique, CHU, Reims*

**Introduction:** Être capable d'évaluer le pronostic est important dans la prise de décision clinique et dans l'orientation des patients notamment en situation aiguë et plus encore concernant une population âgée potentiellement fragile. La santé perçue, définie comme la perception par le patient lui-même de son état de santé, est un facteur pronostique de mortalité connu notamment dans la population âgée admise en situation aiguë à l'hôpital. Le terme de "santé perçue" fait référence à un concept complexe encore imparfaitement circonscrit dans sa composition. Plusieurs auteurs ont mis en évidence un lien variable entre santé perçue et mortalité en fonction notamment du niveau socio-éducatif et de la culture. Notre travail avait pour objectif de déterminer si la santé perçue est

un facteur pronostique indépendant de mortalité dans une population de sujets âgés afro-caribéens admis en situation aiguë. **Méthodes:** La cohorte SAFMA (Sujets Agés Fragiles MARTinique) est une cohorte prospective. Les patients ont été recrutés au sein de l'unité de court séjour gériatrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Martinique entre le 01er janvier et le 30 juin 2012. Tous les patients âgés de 75 ans et plus, admis en situation aiguë étaient éligibles. Les patients décédés dans les 24h suivant leur entrée, présentant un diagnostic de soins de confort ou n'ayant pas donné leur consentement ont été exclus. Les patients ayant déjà fait l'objet d'une inclusion lors d'un séjour précédent dans la période d'inclusion n'ont pas été ré-admis. La variable étudiée était le décès (toutes causes confondues) survenu dans la période de suivi de six semaines. La variable explicative principale était la santé perçue. Des données socio-démographiques et cliniques ont été recueillies et analysées. La méthode de régression à risques proportionnels de Cox a été utilisée pour les analyses. **Résultats:** L'âge moyen des 223 patients inclus était de  $85.1 \pm 5.5$  years. Le taux de mortalité à six semaines était de 14.8 %. Il n'y a pas eu de perdu de vue. Au total, 123 patients ont déclaré une santé perçue "très bonne à bonne" et 100 une santé perçue "moyenne à très mauvaise". La santé perçue était le seul facteur pronostique indépendant de mortalité à six semaines (hazard ratio 2.61; 95 % intervalle de confiance 1.18–5.77;  $p = .02$ ), après ajustement aux autres facteurs pronostiques connus à savoir l'âge, les facteurs inclus dans l'évaluation gériatrique multi-dimensionnelle (dénutrition, perte d'indépendance...) et les comorbidités. **Conclusion:** La santé perçue est un facteur pronostique de mortalité à court terme dans une population de sujets âgés afro-caribéen admis en situation aiguë. Etant donné la facilité de recueil dès l'admission, cette variable doit être incluse dans l'anamnèse d'entrée. Sa prise en compte permettrait d'améliorer la prise en charge.

#### A2-07-17

##### **Facteurs associés aux hospitalisations non programmées des sujets âgés de 75 ans et plus au Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-lot**

N. Simo-Tabue (1) ; C. Kuate Tegueu (2) ; E. Rahanimalala (1) ; W. Gbate (1) ; M. Rakoto (1) ; M. Tabue Teguo (3)

(1) *Geriatric, C.H. Saint-Cyr, Villeneuve-sur-Lot*; (2) *Département de neurologie, Université Yaoundé I, Yaounde, Cameroun*; (3) *iNSERM Unité U1219/ISPED, Bordeaux*

**Introduction:** Le vieillissement de la population est un enjeu de santé publique. Il est en augmentation constante dans la plupart des pays. Cette augmentation, si elle n'est pas suffisamment anticipée pourra être à l'origine d'une désorganisation des systèmes de santé avec par exemple la majoration des recours aux services hospitaliers génératrice de la dépendance incidente et également de l'augmentation des dépenses de santé. L'objectif de cette étude est d'évaluer les facteurs de risque de ré-hospitalisation non programmée des personnes âgées de 75 ans et plus après une première hospitalisation dans l'unité de médecine interne et gériatrique (UMIG) du centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot. **Méthodes:** Nous avons étudié de manière rétrospective les dossiers des patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés dans l'UMIG d'une capacité de 30 lits, entre le 1er Janvier et le 31 Décembre 2015. Deux groupes de 100 et 200 patients ont été constitués et comparés. Les groupes étaient appariés aux sexes et à l'âge. Pour chaque patient, ont été précisés: les motifs d'hospitalisations, les données sociodémographiques, le statut fonctionnel quinze jours

avant l'admission, les antécédents, les traitements à l'admission, les bilans biologiques à la sortie, les diagnostics de sortie, le mode de sortie, la durée moyenne de séjour, le projet social à la sortie. **Résultats:** Nous avons analysé 300 dossiers (100 cas et 200 témoins) de sujets pendant la période de l'étude. La prévalence des ré-hospitalisations dans l'UMIG durant l'année était de 28 %. Parmi l'ensemble des personnes ré-hospitalisées, 66 % (66/100) des patients ré-hospitalisés étaient admis dans l'établissement après un passage au service des urgences. 45 % (45/100) des patients étaient ré-hospitalisés pour le même motif que lors de leur premier séjour hospitalier. Chez 12 % (12/100) d'entre eux, on notait dans le dossier médical la notion d'épuisement de l'aidant principal. La durée moyenne entre 2 séjours était de 58 jours. En analyse multivariée, les principaux facteurs associés aux risques de ré-hospitalisations non programmées dans notre travail étaient : les troubles cognitifs, troubles psycho-sociaux, la dyspnée et l'anémie. **Conclusion:** Cette étude confirme l'importance des ré-hospitalisations non programmées de la personne âgée de 75 ans et plus. Les mesures visant à les limiter (ré-hospitalisations non programmées) doivent intégrer les « critères qualités » dans la prise en charge de cette population. Des études de cohortes nous permettront de confirmer nos résultats d'une part et de proposer des actions de prise en soins d'autre part.

#### A2-07-18

##### **Evaluation de l'impact de l'hospitalisation en service de court séjour gériatrique à la Réunion sur la prescription médicale selon les critères STOPP START**

B. Megueule (1) ; JM. Eychene (1)

(1) *Geriatric, CHU Réunion, Saint Pierre*

**Introduction:** La population réunionnaise est soumise au vieillissement et rejoint la démographie métropolitaine. La médecine gériatrique occupe une place de plus en plus importante, et la question du patient âgé face au médicament est une préoccupation majeure de la médecine de ville et hospitalière. Différents critères de bonnes pratiques visent à améliorer la prescription médicamenteuse des plus âgés. Nous avons voulu observer si une hospitalisation en service de gériatrie avait un impact sur la prescription médicamenteuse. **Méthodes:** Les patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés en 2014 dans le service de gériatrie de l'hôpital de Saint-Joseph (CHU sud Réunion) ont été inclus rétrospectivement, à l'exception des décès survenus dans le service et des patients en soins palliatifs. Le recueil des traitements d'entrée et de sortie d'hospitalisation a été réalisé en se référant à la première version des critères STOPP-START adaptés à la pratique française. **Résultats:** 575 patients ont été inclus, avec un âge moyen de 83 ans. Le nombre moyen de médicaments était plus élevé à la sortie (7,46) qu'à l'entrée (6,55). A l'admission, 298 patients avaient un médicament potentiellement inapproprié (MPI) avec une moyenne de 0,71 MPI/patient, contre 267 à la sortie ( $p=0,0030$ ) et une moyenne de 0,56 MPI/patient. Les femmes (54,2% versus 46,3%;  $p=0,0003$ ) et les plus de 85 ans (48,2% versus 41,6% ;  $p=0,0095$ ) sont les plus concernés par cette diminution. Les omissions augmentaient légèrement en fin d'hospitalisation (257 patients et 0,62 omissions/patient) par rapport à l'admission (228 patients et 0,58 omissions/patient) ( $p=0,0203$ ), sauf chez les plus de 85 ans. **Conclusion:** L'hospitalisation en service de gériatrie a permis la réduction du nombre de médicaments potentiellement inappropriés et particulièrement chez les plus de 85 ans. Le nombre d'omissions augmente globalement en fin d'hospitalisation, mais cela n'affecte

pas les plus de 85 ans.

#### A2-07-19

### Devenir des patients âgés de plus de 75 ans après une amputation non traumatique des membres inférieurs pris en charge dans une unité de soins de suite et de réadaptation gériatrique

F. Fennira (1) ; J. Fontaine (1) ; S. Meaume (1)

(1) *Gériatrie-plaie et cicatrisation, Hôpital Rothschild, Paris*

**Introduction:** Évaluer le devenir des patients âgés de plus de 75 ans amputés de membre inférieur pris en charge dans le service de soins de suite et de réadaptation gériatrique. **Méthodes:** Etude rétrospective, monocentrique, menée à l'hôpital Rothschild. Les données ont été recueillies après lecture des dossiers, nous avons relevé le lieu de vie avant l'amputation de membre inférieur, le type d'amputation, les complications, l'évaluation de l'autonomie, l'état nutritionnel et les troubles cognitifs. **Résultats:** Il y a eu au total 19 patients hospitalisés dans notre unité après une amputation de membres inférieurs entre 2012 et début 2015. L'âge moyen des patients était de 84,4±6,4 ans. Il y avait une majorité d'hommes. Tous les patients avaient une artériopathie oblitérante des membres inférieurs chronique, et plus de la moitié avaient un diabète associé (57,9 %). Avant l'amputation, 84,2 % des patients vivaient au domicile et 15,8 % en institution. À l'arrivée dans le service, 63,2 % des patients avait une dépendance selon l'échelle ADL (Activity of Daily Life), le taux moyen d'albumine était de 27,47±6,9 g/dl, et 47,3 % patients avaient des troubles cognitifs (Mini Mental State Examination < 23/30). 26,3 % patients ont eu une amputation trans-métatarsienne, 52,6% une amputation trans-tibiale et 21,1 % une amputation trans-fémorale. Le taux de mortalité à 3 mois était de 8,3 % et à 1 an de 40 %. Les patients ont développé des escarres dans 68,4 % des cas et un erysipèle ou abcès de moignon dans 31,6 %. En fin d'hospitalisation dans notre unité, il n'y a pas eu d'aggravation de la dépendance et nous avons noté une amélioration de l'état nutritionnel avec un taux d'albumine moyen de 32,7 g/dl à la sortie. 26,3 % des patients sont retournés au domicile, 42,1 % ont été transférés en soins de suite et rééducation afin d'être appareillés et 21,1 % ont été institutionnalisés. Au final, 26,3 % des patients ont été appareillés, en majorité les patients ayant été amputés en trans-tibiale. **Conclusion:** La prise en charge multidisciplinaire est primordiale chez les patients amputés des membres inférieurs, atteints souvent de plusieurs co-morbidités. Il ne faut pas négliger les risques d'escarres et d'infection du moignon chez ces patients souvent atteints d'artériopathie sévère des membres inférieurs et de diabète avancé.

#### A2-07-20

### Analyse descriptive d'une population de 1993 personnes ayant bénéficié d'une coordination du maintien à domicile entre septembre 2006 et mars 2016

A. Pesce (1) ; A. Morisot (1) ; P. Migliasso (2) ; P. Porasso (2) ; S. Hesse (1) ; S. Louchart De La Chapelle (1)

(1) *Centre de gérontologie clinique rainier III, C.H. Princesse GRACE, Monaco, Monaco;* (2) *Centre de coordination gérontologique de Monaco, Centre de Coordination Gérontologique de Monaco, Monaco, Monaco*

**Introduction:** Le Centre de Coordination Gérontologique de Monaco (CCGM) accompagne les personnes âgées dépendantes vivant à domicile à Monaco, grâce à la mise en place d'un plan d'aide personnalisé. A cette fin, l'équipe du CCGM réalise une

évaluation gérontologique standardisée (EGS) à domicile. Nous rapportons les résultats préliminaires de l'analyse descriptive de cette population portant principalement sur le niveau de dépendance et l'état cognitif. **Méthodes:** Les personnes suivies bénéficient d'une EGS comportant : Minimal Test Examination (MMS-E), activités instrumentales (IADL), appui unipodal, test de marche de 4m, Get up and Go Test, Mininutritional assessment (MNA), recherche des critères de fragilité, calcul du Groupe Iso-Ressources (GIR). Une réévaluation est effectuée annuellement ou en cas d'évolution de la dépendance signalée par le médecin traitant. Les variables démographiques enregistrées sont le sexe, la date de naissance, la date d'entrée en institution, la date de décès. Les méthodes descriptives univariées classiques sont utilisées pour chaque variable quantitative (moyenne, médiane, variance et histogramme) et qualitative (effectifs et diagrammes en barre), ainsi que le test non paramétrique de Kendall afin d'examiner la corrélation entre les variables. **Résultats:** La population étudiée est composée de 1993 individus : 1314 femmes (66%) et 679 hommes (34%), dont 815 (41%) sont décédés au cours du suivi. L'âge moyen lors de la 1ère EGS est de 83 ans (extrêmes: 40-104). Chaque personne a eu entre 1 et 10 EGS. Le tableau suivant présente les effectifs et pourcentages d'individus par scores GIR et MMS lors de la 1ère EGS.

**Tableau**

Effectifs et pourcentages par scores GIR et MMS à la 1ère évaluation.

	MMS=1-9		MMS=10-19		MMS=20-24		MMS=25-30		Pas de MMS
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Gir 1 (N=26)	1	4	0	0	0	0	0	0	25
Gir 2 (N=251)	43	17	63	25	34	14	23	9	88
Gir 3 (N=494)	17	3	134	27	152	31	149	30	42
Gir 4 (N=624)	5	1	95	15	167	27	307	49	50
Gir 5 (N=275)	0	0	17	6	69	25	184	67	5
Gir 6 (N=323)	1	0	17	5	76	24	210	65	19
TOTAL	67	3	325	16	498	25	871	44	229

Parmi les 1993 personnes, 515 (26%) sont entrées en institution au cours du suivi, dont 191 sont décédées (37%). Les âges moyen et médian d'entrée en institution sont d'environ 87 ans (extrêmes: 56-104). L'âge à la 1ère EGS et le score GIR sont légèrement inversement corrélés ( $p<0.0001$  ;  $\tau=-0.1$ ), le score MMS et le score GIR sont modérément corrélés positivement ( $p<0.0001$  ;  $\tau=0.35$ ). **Conclusion:** La coordination du maintien à domicile par le CCGM a permis de prendre en charge et d'évaluer de façon régulière et adaptée un échantillon de bénéficiaires de plus en plus nombreux depuis 2007. Nous constatons que l'âge moyen de la population suivie est passé de 80 à 83 ans en 10 ans, repoussant l'âge moyen d'entrée en institution de 80 à 87 ans, permettant aux personnes âgées dépendantes de rester à domicile le plus longtemps possible, dans des conditions optimales. Cette étude sur le niveau de dépendance et l'état cognitif de la population, permet des projections d'adaptation de prise en charge tant à domicile que sur les structures d'accueil mise en place en Principauté.

**A2-07-21****Analyse de survie d'une population âgée bénéficiant d'une coordination du maintien à domicile en Principauté de Monaco**

A. Pesce (1) ; A. Morisot (1) ; P. Migliasso (2) ; P. Porasso (2) ; S. Hesse (1) ; S. Louchart De La Chapelle (1)

(1) Centre de gérontologie clinique rainier III, C.H. Princesse GRACE, Monaco, Monaco; (2) Centre de coordination gérontologique de Monaco, Centre de Coordination Gérontologique de Monaco, Monaco, Monaco

**Introduction:** Le Centre de Coordination Gérontologique de Monaco (CCGM) accompagne les personnes âgées dépendantes vivant à domicile à Monaco, grâce à la mise en place d'un plan d'aide personnalisé. A cette fin, l'équipe du CCGM réalise une évaluation gérontologique standardisée (EGS) à domicile comportant : Minimental Test Examination (MMS-E), activités instrumentales (IADL), appui unipodal, test de marche de 4m, Get up and Go Test, Mininutritional assessment (MNA), recherche des critères de fragilité, calcul du Groupe Iso-Ressources (GIR). Une réévaluation est effectuée annuellement ou en cas d'évolution de la dépendance signalée par le médecin traitant. Chaque individu est par la suite suivi jusqu'à son décès. Nous rapportons les résultats de l'analyse de la survie de cette population, suivie entre septembre 2006 et mars 2016 ainsi que des facteurs prédictifs retrouvés. **Méthodes:** La date de point est définie au 31/03/2016. La méthode de Kaplan-Meier permet d'estimer la survie globale de la population, les intervalles de confiance à 95%, ainsi que la survie selon les covariables disponibles. Une éventuelle différence entre les covariables est examinée par le test du log-rank. Les facteurs associés à la mortalité ont été recherchés par le modèle des risques proportionnels de Cox. L'hypothèse de hasards proportionnels (HP) a été vérifiée par la méthode graphique et par le test de Schoenfeld si un doute subsistait quant au parallélisme des courbes. Les variables associées à la mortalité avec un  $p < 0,25$  en analyse univariée ont été introduites dans l'analyse multivariée. Une procédure de sélection pas à pas descendante a ensuite été utilisée pour obtenir le modèle final contenant uniquement les variables significatives. **Résultats:** Sur une population totale de 1993 personnes, 1737 (1149 femmes et 588 hommes) ont fait l'objet d'un suivi évaluable en terme de survie. Le nombre de décès est de 814. La durée moyenne de suivi est de 2 ans et 8 mois, la moitié des individus ayant été suivie au moins 2 ans (extrêmes: 3 jours-9 ans et 4 mois). L'âge moyen à la 1ère EGS est de 83 ans (extrêmes: 40-104). La survie à 2 ans est de 72% [70-74], à 5 ans de 42% [39-45] et à 8 ans de 23%. Le test du log-rank montre une différence significative entre les sexes, les classes d'âges codées  $\leq 65$ , [65-75], [75-85] et  $> 85$ , entre les scores GIR codés 1 à 6, les scores MMS codés 1-19 vs 20-24 vs 25-30 et selon que les personnes soient entrés en institution ou non. Les résultats du modèle de Cox multivarié obtenu sont présentés dans le tableau suivant: **Conclusion:** Notre étude, caractérisée par la durée du suivi de près de 10 ans, la pratique répétée de l'EGS à domicile et l'accompagnement des patients et des aidants par le CCGM confirme les variables prédictives connues de la survie que sont la présence de troubles cognitifs, la perte d'autonomie et le sexe masculin.

**Tableau**  
Modèle de Cox multivarié

Variables	Risque Relatif (IC à 95%)	p-value
Sexe F	ref	
M	1.75 (1.5-2.05)	<0.0001
GIR 1-2	ref	
3-4	0.65 (0.52-0.81)	0.0001
5-6	0.29 (0.22-0.38)	<0.0001
MMS 1-19	ref	
20-24	0.74 (0.6-0.9)	0.005
25-30	0.71 (0.58-0.86)	0.0006

**A2-07-22****L'identification précoce des facteurs de risque de réhospitalisation permettrait d'optimiser les stratégies de coordination gériatrique dès le retour à domicile après hospitalisation**

D. Yzebe (1) ; JM. Descamps (2) ; M. Paccalin (3)

(1) Ehpad langevin, Centre Hospitalier, Fontenay-le-Comte; (2) Gériatrie, CHG, Niort; (3) Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers

**Introduction:** Réduire le taux de réhospitalisations précoces évitables des sujets âgés est devenu une recommandation en France depuis trois ans. Une réhospitalisation non programmée concerne 1/4 des patients dans les 3 mois suivants leur sortie. **Objectif :** Identifier les facteurs pronostiques de réhospitalisation dans les trois mois suivant une sortie d'hospitalisation dans la population des patients âgés  $\geq 74$  ans. **Méthodes:** Etude de cohorte rétrospective. Les données ont été recueillies à partir des dossiers patients hospitalisés en service de court-séjour gériatrique de janvier à avril 2013. Des modèles de régression logistique binaire ont été utilisés pour identifier les facteurs associés à la réhospitalisation dans les 3 mois suivant la sortie. **Résultats:** Parmi les 200 patients hospitalisés sur la période considérée, 54 (27%) répondaient au critère d'inclusion ; 94 % étaient originaires du département. Ils vivaient essentiellement à domicile (57%) et en EHPAD (37%). En analyse univariée, le nombre de médicaments à la sortie ( $p=0,01$ ), le nombre d'hospitalisations antérieures à l'hospitalisation de référence ( $p=0,002$ ), les comorbidités cardiovasculaires ( $p=0,02$ ) et le taux de créatininémie ( $p=0,008$ ) étaient des facteurs significativement associés à la réhospitalisation dans les 3 mois suivant la sortie d'hospitalisation. Le modèle obtenu par régression logistique binaire inclut finalement deux facteurs de risque significatifs : les hospitalisations antérieures (OR, 4.72; 95% CI [1.58; 14.02]) et le taux de créatininémie (OR, 2.32; 95% CI [1.21; 4.45]). Le modèle est robuste. **Conclusion:** L'identification précoce des facteurs de risque de réhospitalisation permettrait d'optimiser les stratégies de coordination gériatrique dès le retour à domicile après hospitalisation.

**A2-07-23****« Choisir avec soin » : Une campagne internationale menée en France et en Gériatrie sous l'égide de la SFGG pour améliorer la pertinence des soins**

E. Menand (1) ; T. Cario (1) ; D. Veillard (2) ; D. Somme (3) ; A. Corvol (3)

(1) *Gériatrie aigüe, C.H.U de Rennes, Rennes*; (2) *Santé publique, C.H.U de Rennes, Rennes*; (3) *Gériatrie, C.H.U de Rennes, Rennes*

**Introduction:** Augmenter la pertinence des soins apparaît aujourd'hui comme un des leviers pour améliorer de la qualité des soins. Les cliniciens doivent engager avec leur patient un dialogue afin d'éviter la prescription d'examen et de traitements inutiles voire dangereux. **Méthodes:** Choosing Wisely – « Choisir avec soin »- lancée en 2011 par l'American Board of Internal Medicine (ABIM) est une campagne internationale qui vise à réduire le recours aux actes ou aux prescriptions à faible bénéfice clinique. Cette démarche est menée par les professionnels, avec et pour les patients, et fondée sur les preuves scientifiques en collaboration avec les sociétés savantes et représentants des usagers. La première étape de la démarche consiste à identifier 5 recommandations prioritaires par spécialité. En 2015, la campagne « Choisir avec soin » existe dans 12 pays dont 7 en Europe. **Résultats:** Suite à un travail réalisé sous l'égide de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie avec l'appui de la Fédération Hospitalière de France, il a été identifié cinq domaines dans lesquels la balance bénéfice-risque doit être évaluée avec soins car le risque de non pertinence est réel en Gériatrie. Les cinq propositions concernent : le diagnostic et le traitement des infections urinaires asymptomatiques, la durée de prescription des benzodiazépines, l'utilisation des antipsychotiques chez les patients déments présentant des troubles du comportement, le recours à une sonde nasogastrique chez un patient présentant des troubles cognitifs sévères, et la nécessité d'une réévaluation régulière des thérapies chez les patients âgés. Les recommandations seront présentées ainsi que les résultats d'une enquête en cours auprès des hôpitaux bretons volontaires pour définir les taux de suivi actuels de ces recommandations. **Conclusion:** Avec la démarche « choisir avec soin », la SFGG démontre la capacité de la Gériatrie à se mobiliser en tant que discipline au niveau national et régional pour améliorer la pertinence des soins.

**A2-07-24****Livre blanc du médecin coordonnateur en EHPAD**

G. Durel (1) ; MCOOR Association nationale des médecins coordonnateurs en EHPAD et du medico-social

(1) *EHPAD DOCMAEL, Saint-Domineuc*

**Introduction:** L'activité du médecin coordonnateur en EHPAD est encadré par un décret qui définit ses 13 missions (Code de l'action sociale et des familles Article D312-158 Modifié par Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 - art. 2 )La pratique est pourtant très différente d'un EHPAD à un autre, et il n'existe à ce jour pas d'étude permettant de connaître les spécificités de cette activité. MCOOR souhaite identifier les différentes formes d'exercice et les problèmes soulevés par la fonction et organise une large concertation auprès des médecins coordonnateurs. **Méthodes:** Questionnaire en ligne adressé à l'ensemble des EHPAD en France. Analyse statistique selon le mode d'exercice et le type d'établissement. **Résultats:** Notre présentation permettra d'apporter les premiers résultats de cette concertation préparatoire à l'écriture d'un livre blanc du médecin coordonnateur en EHPAD. Trois

thématiques feront l'objet d'une analyse spécifique : Organisation des soins et management; La place du médecin coordonnateur dans la filière gériatrique; La problématique de la prescription médicamenteuse en EHPAD. **Conclusion:** L'interprétation de chacune des missions peut amener différents modes de fonctionnements qu'il serait utile de connaître, d'analyser afin d'harmoniser les pratiques de coordination et créer ainsi un socle commun-métier .L'une des ambitions du livre blanc est de mieux faire connaître le métier du MC afin d'inciter les médecins à rejoindre cette pratique « d'expert gériatriques du médico-social » et son extension à venir vers le domicile.

**A2-07-25****Evaluation de la fonction rénale chez la personne âgée hospitalisée et adaptation des médicaments à élimination rénale**

B. Guillaume (1) ; H. Patouraux (1) ; H. Bailly (2) ; F. Perrier (3); P. Jouanny (2)

(1) *Médecine gériatrique, CH, Nevers*; (2) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon*; (3) *Médecine gériatrique, CH, Sens*

**Introduction:** L'iatrogénie médicamenteuse participe à près de 20 % des hospitalisations des personnes âgées. L'insuffisance rénale en est un déterminant important, de par sa fréquence, sa non recherche ou son évaluation par des méthodes non adaptées, ce qui entraînent la prescription de médicaments contre-indiqués ou à des posologies excessives car non-adaptées. **Méthodes:** Le but de ce travail est de voir en routine l'état des pratiques professionnelles en médecine et en SSR gériatrique au CH de Nevers en termes d'évaluation de la fonction rénale chez les personnes âgées hospitalisées en SSR et l'adaptation des médicaments à élimination rénale. Etude descriptive, réalisée grâce à une analyse des dossiers médicaux d'une série continue de patients âgés hospitalisés en SSR gériatriques. La fréquence de l'évaluation de la fonction rénale et ses modalités ont été analysés et étudiés en fonction de la provenance. Une analyse de la prescription médicamenteuse a été faite et des adaptations éventuelles à l'état de la fonction rénale. **Résultats:** 61 patients ont été évalués. Seulement 24.9 % des patients ont une évaluation tracée de leur fonction rénale en médecine et 59 % en SSR. De plus seulement 16.6 % des diabétiques ont eu cette évaluation, mais 80 % en SSR. Chez les patients insuffisants rénaux, restent prescrits  $2,45 \pm 2,04$  médicaments à élimination rénale non-adaptés, et  $1,21 \pm 1,45$  en gériatrie. **Conclusion:** Il apparaît donc que des marges de progrès importantes existent dans l'évaluation de la fonction rénale chez la personne âgée hospitalisée et surtout dans l'adaptation des médicaments à élimination rénale pour prévenir l'iatrogénie médicamenteuse. Des propositions d'amélioration sont discutées.

**A2-07-26****Quel bilan pour une anémie chez la personne âgée ? Analyse des pratiques professionnelles**

D. Fidahoussen (1) ; S. Asgassou (1) ; J. Gauthier (1) ; M. Dipanda (1) ; S. Da Silva (1) ; E. Mazen (1) ; H. Guepet (1) ; H. Bailly (1) ; P. Manckoundia (1) ; P. Jouanny (1)

(1) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon*

**Introduction:** L'anémie est une pathologie fréquente en gériatrie et difficile à explorer. Pour la recherche d'une carence martiale, la recommandation HAS 2011 préconise de ne plus doser le fer sérique, pour préférer la ferritine +/- le coefficient de saturation de

la transferrine pour les valeurs inférieures ( $< 100 \mu\text{g/L}$ ). L'objectif de notre étude était de analyser les pratiques professionnelles (APP) concernant le bilan étiologique diagnostique de l'anémie des personnes âgées hospitalisées en gériatrie aiguë. **Méthodes:** Étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, portant sur l'analyse d'une série continue de patients hospitalisés en médecine gériatrique au CHU de Dijon de janvier à mars 2015. Le critère d'inclusion était tous les patients hospitalisés ayant dans leur bilan d'entrée une anémie. L'existence d'une anémie connue était un critère de non inclusion. Les paramètres de l'APP étaient la réalisation ou non des examens biologiques nécessaires à la recherche de la cause de l'anémie (notamment la réalisation d'un bilan martial adapté aux recommandations françaises (ferritine, +/- coefficient de saturation de la transferrine), puis des explorations plus invasives telles que l'endoscopie digestive ou la réalisation d'un myélogramme. **Résultats:** Les 100 premiers patients âgés anémies ont été inclus après analyse de 287 dossiers consécutifs (prévalence : 34.8 %). L'âge moyen était  $87.1 \pm 5.5$  ans, 50 femmes et 50 hommes. 22 anémies étaient connues et 78 non connues et évaluées : 68 (87.2%) normocytaires, 3 microcytaires (3.8%) et 7 macrocytaires (9.0%). Concernant le bilan martial, il existait encore des prescriptions inadaptées : 12,8% de prescription de fer sérique seul sans le dosage du coefficient de saturation ; 21,8% de prescriptions sans utilisation du coefficient de saturation en fer de transferrine lorsque la ferritinémie n'était pas basse. Il y avait une forte prescription de dosages en folates (64 = 82.1%) et vitamine B12 (66 = 84.6%). En l'absence de macrocytose, il pouvait exister une carence vitaminique en folates (3/68 = 4.4%) ou en vitamine B12 (4/68 = 5.9%). Aucune carence en folates et vitamine B12 n'était présente en cas d'anémie microcytaire. Les examens invasifs à la recherche de l'étiologie de l'anémie sont peu prescrits. En cas de carence martiale, 26.9 % des patients ont eu un examen endoscopique digestif haut et 34,5% bas. 12 (16%) myélogrammes ont été envisagés, mais 6 (8%) réalisés dans le cadre d'anémies normo ou macrocytaires inexplicables à la recherche d'un syndrome myélodysplasique. **Conclusion:** Cette APP révèle que les recommandations concernant la stratégie diagnostique devant une anémie du sujet âgé, ne sont pas suffisamment appliquées. Cependant la polyopathie, les étiologies multiples intriquées plaident pour une recherche plus systématique de certaines étiologies curables même en dehors des profils typiques : dosage des folates et de la vitamine B12 devant une anémie normocytaire. Par contre le couple ferritine/coefficient de saturation comme critères de recherche d'une carence martiale doit faire l'objet d'une formation.

#### A2-07-27

##### Mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles concernant l'appréciation de la prise en charge en soins palliatifs par les soignants à l'hôpital Broca

M. Piccoli (1) ; S. Chauvelier (1) ; A. Jean (1) ; A. Chah Wakilian (1) ; S. Perny (1) ; J. Coulon (1) ; F. Yououi (1) ; A. Hoffmann (1) ; V. Mercier (1) ; O. Hanon (2) ; AS. Rigaud (3) ; E. Duron (2) ; G. Abitbol (1)

(1) Gériatrie, Hôpital Broca, Paris; (2) Service du professeur hanon, ahp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris; (3) Gériatrie, Hôpital Broca, université Paris Descartes, Paris

**Introduction:** Prendre soin d'une personne âgée en soins palliatifs dans un hôpital gériatrique est une question complexe. Malgré le fait que l'hôpital Broca compte plus de 350 morts par an, qu'il existe une équipe mobile de soins palliatifs depuis 2003, la prise

en charge palliative par les soignants (paramédicaux ou médicaux) est parfois insuffisamment comprise. Malgré les formations, le mélange soins curatifs et palliatifs dans un même lieu hospitalier est difficile. L'objectif est la mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles concernant l'appréciation de la prise en charge en soins palliatifs par les soignants à l'hôpital Broca; **Méthodes:** Après plusieurs difficultés de prise en charge, beaucoup de questions de ses équipes ont été posées (comment savoir qu'un patient est en soins palliatif ? maintien des antibiotiques, par exemple). Nous avons mis en place des éléments d'amélioration: fiche de limitation ou arrêt des thérapeutiques (LAT) intégrée dans notre logiciel ACTIPIDOS, signalisé en jaune le nom des patients en soins palliatifs et mis en place des formations pour chaque équipe. Néanmoins de nombreuses questions perdurent. Nous avons organisé une réunion multidisciplinaire (AS, IDE, cadres médecins, psychologues) pour déterminer les éléments semblant les plus problématiques et réfléchir à un moyen de les mettre en exergue : Les problèmes qui sont apparus les plus fréquemment sont : • Le manque d'information; • Le sentiment de ne pas être pris en compte dans la décision; • Sentiment de ne pas être entendus sur les symptômes constatés (douleur, par exemple); • Les problèmes du maintien d'une hydratation et de la surveillance de certaines constantes; • Les difficultés relationnelles avec les familles; Nous avons aussi choisi d'interroger les soignants sur la souffrance morale que pouvait générer les situations les plus difficiles; Nous avons élaboré un questionnaire, anonyme pour les soignants, comprenant 16 questions portant sur la participation aux décisions, les actes techniques, le ressenti des professionnels de santé. **Résultats:** Le questionnaire comprend des questions sur : La fonction occupée par le répondant; Le partage et la communication de l'information; L'implication dans la décision collégiale et ses modalités notamment en regard de l'alimentation, de l'hydratation et la fiche de limitation; La perception de soulagement des symptômes Le respect de la volonté du patient; Les conditions d'accueil; Les difficultés relationnelles avec l'entourage; L'écoute et le soutien de la hiérarchie; Le ressenti personnel du patient face à la situation et la connaissance des moyens d'accéder à un soutien pour lui-même ? Enfin, il y a une évaluation globale de la prise en charge, via une échelle de Likert; Le questionnaire est remis par le cadre de l'unité au personnel impliqué (y compris les internes) 10 jours après le décès du patient. Sont concernés 135 lits de SSR et 35 de MCO. Le questionnaire est remis par le cadre de l'unité (135 lits de SSR et 35 lits de MCO). Une version modifiée de cette EPP sera réalisée pour les patients hospitalisés en unités de soins de longue durée. **Conclusion:** Cette EPP permettra de mettre en évidence les éventuels dysfonctionnements, ainsi de que de cibler les catégories professionnelles les plus en difficulté, afin d'y remédier et de pouvoir proposer des axes d'amélioration dans nos pratiques (groupes de parole, psychologues, ciblage de thématiques de formations, renforcement des moyens de communication et d'information)

**A2-07-28****Etude EUPHORBE : Evaluation des Prescriptions Hospitalières de Benzodiazépines apparentées chez le sujet âgé hospitalisé à Sainte-Périne**

F. Marteau (1) ; A. Hiance-Delahaye (2) ; B. Denis (2) ; M. Herr (3) ; MC. Guelfi (1) ; JL. Le Quintrec (2) ; H. Michelon (1)

(1) Pharmacie à usage intérieur, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France ouest, site Sainte-Périne AP-HP, Paris; (2) Services de médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France ouest, site Sainte-Périne AP-HP, Paris; (3) Inserm umr 1168 "vieillesse et maladies chroniques : approches épidémiologique et de santé", Université Versailles St-Quentin-en-Yvelines, Paris

**Introduction:** Les plaintes relatives au sommeil sont très fréquentes chez le sujet âgé hospitalisé du fait d'un environnement inhabituel lié aux soins. Ils font souvent l'objet d'une prescription de benzodiazépines (BZD) hypnotiques en cours d'hospitalisation avec un risque potentiel de reconduction à la sortie du patient et d'un usage sur le long terme en ambulatoire associé à une morbi-mortalité importante. L'objectif de cette étude était d'évaluer les primo-prescriptions hospitalières de BZD apparentées (BZD-z) chez les patients âgés hospitalisés sur notre établissement et leur reconduction sur les ordonnances de sortie. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans une unité de gériatrie aiguë (UGA) et 3 unités de soins de suite et de réadaptation gériatrique (SSR). Elle a concerné tous les sujets âgés de plus de 70 ans pour lesquels une primo-prescription intentionnelle de BZD-z (zopiclone ou zolpidem) a été effectuée en cours d'hospitalisation, au minimum 96h après l'admission du patient. Les primo-prescriptions hospitalières de BZD-z (Imovane® 3.75 mg, Imovane® 7.5 mg cp et Stilnox® 10 mg cp) ont été extraites à partir du logiciel de prescription Phedra® et comparées aux prescriptions de sortie pour chaque patient. L'évaluation des dossiers médicaux a permis de réaliser une analyse descriptive des prescriptions de BZD-z (indications, posologies, durées d'administration, modalités d'arrêt/reconduction). Les modalités de prescription ont été analysées sur la base des recommandations de bonnes pratiques de l'HAS et de l'ANSM relatives à la prescription et aux modalités d'arrêt des BZD chez le sujet âgé. **Résultats:** Au total, 28 patients hospitalisés (âge moyen 86.7±7.0 ans ; sex ratio 0.75) ont été inclus sur les 3 mois de suivi (septembre-décembre 2015). La majorité des patients étaient hospitalisés pour chute/fracture (36%, n=10) ou perte d'autonomie/démence (29%, n=8). Le délai moyen observé entre l'admission et la prescription d'une BZD-z était de 20 jours [4 ; 147]. La zopiclone était la molécule la plus souvent prescrite (71%, n=20). Les posologies journalières étaient réduites de moitié conformément aux recommandations pour 95% des prescriptions de zopiclone et 62% des prescriptions de zolpidem. Quinze prescriptions de BZD-z (54%) n'étaient pas documentées dans les dossiers médicaux. Parmi les 13 prescriptions justifiées (46%), les indications retrouvées étaient « insomnie/trouble du sommeil » 85%; « agitation nocturne » 8%; « demande du patient » 8%. Quinze prescriptions (54%) concernaient une prescription conditionnelle pour l'infirmière (« si besoin » ou « si insomnie »). Par ailleurs, une prescription sur 2 (14/28) associait une BZD à visée anxiolytique (oxazepam, alprazolam, lorazepam) qui était déjà présente à l'entrée du patient ou introduite en cours d'hospitalisation. L'analyse des 25 ordonnances de sortie (3 décès durant l'hospitalisation) montre que les primo-prescriptions de BZD-z effectuées en cours d'hospitalisation étaient reconduites dans 68% des cas (17/25), sans justification dans le dossier médical. **Conclusion:** Malgré un faible échantillon lié à des critères

d'inclusion restrictifs (délai de primo-prescription minimum de 96h), cette étude montre que les prescriptions de BZD-z ne suivent pas toujours les recommandations de bonne pratique. La réévaluation régulière des prescriptions de psychotropes est primordiale mais elle est parfois difficile chez le sujet âgé souvent poly-pathologique et poly-médiqué même dans un contexte d'hospitalisation en gériatrie. La coopération pharmacien-médecin pourrait améliorer la qualité des prescriptions et ainsi limiter le risque d'accident iatrogène durant et après la sortie des patients.

**A2-07-29****Enquête sur la vaccination contre la grippe saisonnière auprès de professionnels intervenant dans une filière gérontologique**

S. Hesse (1) ; V. Curiale (1) ; F. Veyret (1) ; MP. Putetto (1) ; V. Obrecht (1) ; P. Migliasso (2) ; S. Louchart De La Chapelle (1) ; A. Pesce (1)

(1) Centre de gérontologie clinique Rainier III, C.H. Princesse GRACE, Monaco, Monaco; (2) Centre de coordination gérontologique (ccgm), C.H. Princesse Grace, Monaco, Monaco

**Introduction:** Selon l'InVS\*, en 2014-2015 la couverture vaccinale du personnel des collectivités de personnes âgées est faible: environ 23%. Afin de mieux comprendre la représentation du vaccin et le positionnement des professionnels par rapport à la grippe, nous avons effectué une enquête auprès des professionnels de la filière gériatrique du Centre Hospitalier Princesse Grace de Monaco. Notre objectif : Évaluer les connaissances et pratiques des professionnels, et en tirer des conclusions en termes de promotion de la vaccination. \*Institut de Veille Sanitaire: Bilan saison grippe(22/05/2015)/BEH N°32-33 (13/10/2015). **Méthodes:** Questionnaire anonyme distribué auprès de professionnels, répartis sur : - le Centre de Gérontologie Clinique Rainier III (Soins longue durée, Soins de suite & réadaptation, Gériatrie aiguë, Unité cognitivo-comportementale et Centre Mémoire), - l'Hospitalisation à Domicile, - l'accueil de jour thérapeutique, - le centre de coordination gérontologique. Distribution et collecte : Août à Septembre 2015. **Résultats:** - Taux de réponse: 30% (491 professionnels. 145 questionnaires collectés). - Catégories représentées: Aide soignant (33%), Infirmier (22%), Médecin (6%), Psychologue (5%), Cadre de santé (3,5%), Agent administratif (2%), Secrétaire médicale (2%), Agent d'entretien (1,5%), Agent hôtelier (1%), Brancardier (1%). 23% des répondants n'ont pas communiqué leur fonction. - 46% des répondants estiment que ne pas être vacciné n'augmente pas le risque de contamination des patients avec qui ils sont en contact. - Quels types de prévention, recommandé par qui? : • 41% des répondants ont recours au vaccin traditionnel, sur recommandation de leur médecin traitant (22%), du médecin du service (42%), ou par choix personnel (31%). • 15% des répondants optent pour une prévention de type vitamines, phytothérapie, homéopathie, sur recommandation de leur médecin traitant (33%), de leur pharmacien (5%), de leurs proches (14%), ou par choix personnel (48%). • 6% des répondants optent pour une prévention de type « vaccin homéopathique », sur recommandation de leur médecin traitant (33%), de leur proche (11%) ou par choix personnel (56%). • 38% n'optent pour aucune mesure de prévention. - Pour ceux qui n'utilisent pas le vaccin traditionnel, les raisons sont: Inefficace/partiellement efficace (37%); Contre les vaccins en général (12%); Dangereux (11%); Craintes et/ou expérience d'effets indésirables (28%, dont 6% disent l'avoir observé chez un proche); Ce n'est que du business pharmaceutique (10%); Autre raison (3%). - Deux questions à choix multiples ont été créées à partir des données éditées par l'INVS\*, à propos de la mortalité et des jours d'arrêt de travail liées à la grippe. 76%

des répondants sous-estiment l'excès de mortalité lié à la grippe, et 88% sous-estiment le nombre de jours d'arrêt de travail annuel. **Conclusion:** - Un retour d'enquête par affichage des résultats a été effectué avant l'épidémie de grippe 2015-2016. - Une information plus accessible, plus adaptée et non culpabilisante a été diffusée, grâce au concours des médecins du service, axée sur: la gravité de la grippe, son impact socio-économique, la composition et l'innocuité du vaccin, les contre-indications et les effets indésirables attendus. - Le Groupe de Réflexion Éthique du Centre Rainier III, à l'origine de cette initiative, souhaitait que chacun ait droit à la meilleure information possible concernant le vaccin, et puisse faire ses choix en totale connaissance de cause. - Une nouvelle enquête sera menée en 2016 afin d'observer si les comportements évoluent.

#### A2-07-30

##### **Les étudiants en médecine savent-ils correctement faire passer un MMSE?**

S. Chauvelier (1) ; I. Hernandorena (2) ; J. Heinrich (3) ; JS. Vidal (1) ; M. Piccoli (1) ; F. Labouree (1) ; O. Hanon (2) ; AS. Rigaud (4) ; E. Duron (2)

(1) *Gériatrie, Hôpital Broca, Paris*; (2) *Service du professeur hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris*; (3) *Mathématiques, École Normale Supérieure, Paris*; (4) *Gériatrie, Hôpital Broca, université Paris Descartes, Paris*

**Introduction:** Le MMSE est un test d'exécution rapide permettant une évaluation globale des fonctions cognitives. Une version consensuelle a été établie par le Groupe de Réflexion sur les Évaluations Cognitives (GRECO). Une formation courte est requise, pour connaître les consignes parfois subtiles : En effet des erreurs de cotation importantes peuvent conduire à des orientations médicales inappropriées (transfert en réanimation). Le plus souvent, dans les unités de soins, ce sont les étudiants en médecine qui sont chargés de la cotation. notre objectif est d'évaluer si les étudiants en médecine connaissent les consignes de passation et de cotation du MMSE. **Méthodes:** Nous avons élaboré des scénarii de jeux de rôle, interprétés par 2 médecins habitués à la cotation du MMSE (consultation « mémoire »). Les données démographiques et les caractéristiques d'apprentissage (ou non) de la cotation du MMSE ont été recensées. Les erreurs de cotation du MMSE ont été colligées. La somme pour chaque erreur mise en évidence a été calculée. Les étudiants devaient : 1) coter un MMSE selon un scénario de jeux de rôle (scenarion 1) 2°) critiquer la passation et cotation d'une MMSE pré-rempli (qui leur était distribué) («trouver les 5 erreurs »)( scénario 2). Le premier scénario comprenait 5 risques : coter faux à l'étage alors que la question « vous êtes sure » avait été posée, compter bon au troisième mot de l'apprentissage car l'encodage était contrôlé, compter bon lors du calcul alors que la consigne était répétée, idem pour le pliage de feuille, compter bon pour la répétition de phrase qui comprenait une intrusion. Pour le deuxième scénario les erreurs étaient : Erreur d'étage: la consigne n'a pas été répétée ; Encodage non contrôlé ; calcul: erreur de calcul mais consigne retenue donc compter bon ; Bic et non pas crayon à papier (réponse « feutre »), répétition on de la consigne du pliage de feuille. **Résultats:** Soixante et onze étudiants (77% de femmes, respectivement : 53 en D3, 10 en D4, 8 en D1) ont passé le test. Soixante-dix-huit pourcent avaient déjà fait passer le test mais 58% n'avait jamais appris comment faire la cotation. Pour le scénario 1: les erreurs les plus importantes étaient une mauvaise cotation de l'étage (66,2%), une erreur dans la cotation du calcul (22%°). Pour le scénario 2, 21 pourcent n'ont pas compris la consigne. Quatre-

vingt-six pourcent n'ont pas trouvé l'erreur sur l'étage, 62,5% n'ont pas vu que l'encodage n'était pas contrôlé, 59% n'ont pas compris le problème du calcul, 48% ne savait pas qu'il fallait présenter un crayon à papier et non un feutre. Pour le scénario 1, ceux qui avaient appris n'avaient pas de meilleures performances que ceux qui avaient pas appris (p=0,78). **Conclusion:** Nos résultats mettent en exergue que les étudiants ne connaissent pas les consignes du GRECO pour la passation du MMSE. De plus, plus de la moitié n'ont jamais appris à faire passer un MMSE alors qu'ils le font régulièrement. Les erreurs les plus importantes concernent le contrôle de l'encodage et la bonne passation de l'épreuve de calcul. Une des limites de ce travail est que les étudiants avaient en leur possession le MMSE du GRECO « avec consignes » pour effectuer leur cotation, ce qui a pu surestimer les performances. Nous allons effectuer la même étude dans un groupe avec la trame du MMSE du GRECO mais sans les consignes et nous les comparerons les résultats. Pour pallier ce déficit pédagogique, nous réalisons un film mettant en évidence les erreurs à ne pas faire puis expliquant les consignes du GRECO. Celui-ci sera diffusé sur le site de la faculté de médecine dans le cadre du module « vieillissement ».

#### A2-07-31

##### **Prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée : évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des prescriptions en USLD et en EHPAD**

E. Delbary (1) ; G. Brunet (1) ; C. Dupont (1) ; AS. Schreiner (2) ; S. Bécot-Mahaud (2) ; CMP. Del (2) ; C. Pobel (1)

(1) *Pharmacie, C.H. de Saintonge, Saintes*; (2) *Service de gériatrie, C.H. de Saintonge, Saintes*

**Introduction:** La iatrogénie médicamenteuse est un problème de santé publique, en termes de fréquence, de coût et de gravité : 5 à 25% des admissions à l'hôpital sont la conséquence d'un évènement iatrogène dû à une erreur thérapeutique, une mauvaise observance du traitement ou une automédication inadaptée chez des patients polymédiqués, âgés et « fragiles ». Des critères de prescriptions inappropriées ont vu le jour ces dernières années, et notamment une liste de Médicaments Potentiellement Inappropriés chez la Personne Agée (MIPA), de Laroche et al. L'objectif de cette EPP est de recenser le nombre de prescriptions inappropriées en USLD et en EHPAD afin de vérifier le respect des bonnes pratiques de prescription chez la personne âgée. **Méthodes:** Les prescriptions des 154 résidents de l'USLD et de l'EHPAD ont été analysées une première fois, en novembre 2015. Pour déterminer le nombre de prescriptions inappropriées, nous avons relevé les MIPA selon la liste établie par la Table de Laroche et al., les associations médicamenteuses à éviter et les doses inadaptées chez la personne âgée. Une analyse après intervention pharmaceutique a été effectuée selon la même méthodologie, en mars 2016. Nous avons défini une personne âgée comme étant une personne de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans polypathologique. **Résultats:** 111 ordonnances ont été jugées inappropriées à l'issue de la première étude : 21 (19%) MIPA, 63 (57%) associations déconseillées, 27 (24%) doses inadaptées. Parmi les MIPA les plus prescrits, l'hydroxyzine (4/21), la nicardipine (4/21), le bromazépam (3/21) et la solifénacine (3/21). Nous avons recensé 35 associations d'au moins 2 benzodiazépines (BZD) et apparentés et 28 associations de plus de 3 psychotropes (BZD incluses). Les doses inadaptées concernaient principalement le zopiclone (13/27) et le zolpidem (8/27). Après intervention pharmaceutique, sur les 111 ordonnances jugées initialement inappropriées, 60 ont été modifiées. Dix (48%) MIPA ont été

supprimés : Parmi les 3 prescriptions de bromazépam, 2 ont été enlevées et 1 a été modifiée (prescription d'une BZD à courte demi-vie l'oxazépam). Deux prescriptions sur 4 d'hydroxyzine, 3 sur 4 de nicardipine et 1 sur 3 de solifénacine ont été arrêtées. Trente et une (49%) associations déconseillées ont été supprimées : 16 associations de 2 BZD et apparentés et 15 associations de plus de 3 psychotropes ; 19 (70%) doses inadaptées ont été diminuées. A noter que certaines associations n'ont pas été jugées inappropriées car elles concernaient des patients psychiatriques lourds. Entre la 1ère et la 2ème analyse, 7 patients sont décédés. **Conclusion:** l'étude a permis de diminuer de plus de 50% le nombre de prescriptions de MIPA et d'associations déconseillées et de diviser par 3 le nombre de doses inadaptées. La majorité des MIPA non supprimés à l'issue de la deuxième analyse étaient des antipsychotiques prescrits pour des patients psychiatriques lourds. La prise en charge de ces patients étant très difficile à appréhender, le traitement a donc été maintenu. A l'issue de l'analyse « post-changements », 19 associations de BZD et apparentés étaient toujours prescrites. Mais il faut souligner que la moitié des molécules prescrites initialement en systématique ont été modifiées en « si besoin » et la quasi-totalité des posologies a été diminuée. Cette étude démontre l'intérêt des EPP ainsi que la plus-value d'un travail en collaboration pharmacien/gérialtres, pour veiller au respect des bonnes pratiques de prescription Une nouvelle analyse sera faite dans 6 mois afin d'évaluer l'impact clinique et le devenir des modifications des traitements.

#### A2-07-32

##### Création d'une lettre de liaison pour favoriser les relations ville-hôpital autour de l'hospitalisation des sujets âgés

C. Ninive (1) ; S. Moulias (2)

(1) Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt; (2) Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt

**Introduction:** Avec le vieillissement de la population, les services d'urgences accueillent un flux croissant de personnes âgées adressées par leur médecin traitant. Si les nouvelles technologies de l'information doivent se développer pour permettre un partage des données plus rapide, le courrier d'adressage reste le moyen privilégié pour adresser un patient. L'objectif principal de ce travail était de créer un outil d'adressage des personnes âgées vers un service d'accueil des urgences ou en entrée directe dans les étages. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude qualitative réalisée au moyen d'entretiens semi-dirigés dans le cadre d'une méthode de DELPHI auprès de médecins généralistes, urgentistes et gériatres. Les critères de diversification étaient l'âge, le sexe, la formation ou cursus médical, la géographie. Le recrutement était fait par des connaissances professionnelles intra ou extra hospitalières. L'outil a été créé à partir de l'analyse de contenu des données. Une première version était réalisée puis présentée aux précédents interlocuteurs et à d'autres médecins généralistes, gériatres et urgentistes dans le but de perfectionner l'outil selon la méthode de DELPHI jusqu'à obtention d'une lettre « type » définie par la convergence aussi forte que possible des avis. **Résultats:** six médecins généralistes, six urgentistes et six gériatres ont été interrogés. Le recueil des données s'est déroulé entre le 15 Avril 2015 et le 20 Avril 2016. L'intégralité des entretiens rapportaient la nécessité de l'adressage des patients, du motif d'adressage, des antécédents et des traitements. Sur les six premiers médecins interrogés, les critères mentionnés étaient les allergies connues (1/6), le poids et la taille (1/6), l'anamnèse (1/6), le regroupement du motif d'adressage et les plaintes du patient

(4/6), l'examen clinique ou l'état clinique actuel (4/6), les examens complémentaires pratiqués (2/6), le mode de vie, la personne de confiance ou la personne à joindre (2/6). Le second tour de DELPHI perfectionnait l'outil en précisant le poids habituel connu ; une copie des résultats était jointe à l'item examens complémentaires ; le rythme des aides à domicile était précisé ; la mention « personne à contacter » devenait la mention « personne de confiance » ; la question de la prise en charge réanimatoire potentielle du patient était remplacée par l'existence de directives anticipées ; un item était créé sur la dernière hospitalisation incluant la date et le lieu ; enfin, l'appellation de la lettre était modifiée, n'étant plus une lettre d'adressage mais une lettre de liaison. Le troisième tour précisait la date de dernière pesée du patient et plaçait l'item à hauteur de l'examen clinique ; la mention « personne de confiance » était placée en tête de fiche ; les coordonnées des enfants étaient supprimées pour devenir la mention « référent par défaut ». Le dernier compteur d'hospitalisation était ajouté à l'item dernière hospitalisation. **Conclusion:** La mise au point d'une lettre de liaison concernant l'adressage d'une personne âgée entre le milieu libéral et hospitalier semble être un moyen fiable de palier aux failles de la communication entre la ville et l'hôpital. La sensibilisation des médecins généralistes aux spécificités gériatriques par l'utilisation de cet outil améliorerait la valeur informative des lettres, dans un souci de continuité et de coordination des soins pour une médecine de meilleure qualité.

#### A2-07-33

##### Intérêts d'une sensibilisation annuelle à l'hygiène des mains des professionnels en EHPAD

JC. Hansen (1) ; C. Ombredane (1) ; H. Bercher (1) ; C. Clement

(1) EHPAD, CH Pay sur Eure, Pacy-sur-Eure

**Introduction:** L'équipe hygiène de l'EHPAD public de Pacy-sur-Eure a organisé une « Journée Mains Propres » dans le cadre de la semaine « Mains Propres » du 09 au 13 Mai 2016. L'objectif principal étant la sensibilisation et le rappel des bonnes pratiques d'hygiène des mains et des précautions standard auprès du personnel et des usagers. **Méthodes:** La « Journée Mains Propres » s'est déroulée sur un stand placé dans l'un des couloirs les plus fréquentés de l'établissement et tenu par l'équipe d'hygiène composée de soignants de jour et de nuit revenus pour l'occasion. Le stand proposait, 12 Mai 2016 de 14h00 à 16h30: • Série de questions, affichées depuis le dimanche 08 Mai dans le couloir du Rez de chaussée du Bâtiment B. Réactions face à des mises en situation. • Jeu du labyrinthe, avec des questions sur les solutions hydro alcoolique. • Jeux de cartes : il s'agissait de piocher un sujet - un soin - et à l'aide de cartes de reproduire le plus fidèlement possible le déroulement de ce soin. • 4 défis, à discuter et réfléchir pour une application dans les services. La sensibilisation se clôturait par la distribution de collier-porte-bagues (fabriqués par l'infirmière hygiéniste) aux agents en faisant la demande (8 colliers-porte-bagues distribués). Toutes les catégories de personnel de l'établissement, car tous sont en contact avec des personnes âgées étaient concernés. Les résidents et leurs proches étaient invités à participer (mais non comptabilisés). **Résultats:** 24 volontaires ont accepté de se prêter à une évaluation de leur participation sur la cinquantaine d'agents présents cet après-midi.

Agent d'entretien	ASHQ	Stagiaire (AS, IDE, bac pro)	Animateur	AS	Agent de bionettoyage (prestataire externe)	Cadre de santé	IDE
	6	4	2	6	11	11	2

Grace à la question sur le nombre d'étape d'une friction à la solution hydro alcoolique, il a été constaté qu'en règle générale, le nombre d'étapes n'étaient pas comptabilisées mais étaient connues (tous ont mimés la friction pour compter les étapes). Le fait de manipuler des cartes pour décrire le déroulement d'un soin a permis de constater quelques oublis ou incertitudes. Le principal oubli étant la fermeture de la porte de la chambre avant de mettre en œuvre le soin. Sinon, l'hygiène des mains était respectée à chaque étape. Cette journée a permis de rappeler les bonnes pratiques à savoir qu'il n'y a pas de justification au port de l'alliance en EHPAD. Conclusion: Cette journée a permis le constat d'une bonne connaissance générale des agents sur la pratique de l'hygiène des mains et des précautions standard. Les participants ont bien aimé l'aspect ludique du stand, le rappel des connaissances et la possibilité de poser des questions face à des mises en situation qui leur rappelaient des faits vécus. Le personnel est finalement demandeur de rappels ludiques et courts sur des questions qui les touchent tous les jours, et sont partant pour recommencer. Il est envisagé d'ajouter des cartes (« mettre une surblouse » pour la distribution des repas, « installer le patient » pour toute sorte de soin, « informer le patient », « retirer les gants » à la fin des soins, « frapper à la porte »...) et aussi ajouter des soins et multiplier les difficultés en additionnant des soins pour la prochaine édition. L'impact de ces journées se mesure lors des audits annuels. Pour notre EHPAD autonome 95% des professionnels audités sont dépourvus de bijoux et avec des ongles courts et sans vernis.

#### A2-07-34

##### Représentation de la vieillesse chez les soignants au CHU d'Angers

ML. Cesbron (1) ; E. Bigot (1) ; V. Léger (1) ; M. Briand (1) ; C. Cosme (1) ; N. Dumond (1) ; PY. Paré (1) ; C. Annweiler (1) ; R. Hureaux-Huynh (1)

(1) *Gérontologie clinique, C.H.U - CHU Angers, Angers*

**Introduction:** La proportion de patients âgés ne cesse de croître en milieu hospitalier. Notre objectif était d'évaluer la représentation de la vieillesse chez les soignants travaillant en CHU. **Méthodes:** L'équipe mobile de gériatrie du CHU d'Angers a mis en place depuis 2011 une journée annuelle de sensibilisation à l'évaluation gériatrique standardisée destinée aux personnels du CHU prenant en charge des personnes âgées. A cette occasion, les différentes représentations de la vieillesse exprimées par les soignants ont été recueillies et réparties selon le ressenti de l'assistance, comme appartenant à une valeur positive ou négative. **Résultats:** Quatre journées de formation ont eu lieu sur quatre ans. Parmi les 60 participants, 42% étaient des infirmières, 30% des aides-soignantes, 23% des assistantes sociales. Au total, 111 termes ont été colligés. Parmi eux, 85 (77%) évoquaient une vision négative de la vieillesse et ont été classés en 6 catégories concernant les sentiments des personnes âgées, les sentiments des soignants, la famille et la société, les maladies, l'indépendance et l'autonomie. **Conclusion:** La représentation de la vieillesse chez les soignants au CHU d'Angers apparaît particulièrement pessimiste et généralement associée à la vision d'un vieillissement pathologique. Ceci est en grande partie expliqué par une population âgée hospitalière polypathologique alors même que la qualité de vie s'améliore aux âges avancés. Des temps de formation comme celui-ci peuvent servir de levier d'amélioration des connaissances et d'évolution des mentalités parmi les soignants.

#### A2-07-35

##### Prescription inappropriée d'anticholinergiques chez les patients âgés en milieu hospitalier

L. Ferret (1) ; G. Ficheur (1) ; E. Delaviez (1) ; M. Luyckx (2) ; J. Soula (1) ; F. Puisieux (3) ; R. Beuscart (1) ; E. Chazard (1) ; JB. Beuscart (4)

(1) *Ea 2694, Université Lille 2, Lille*; (2) *Service de pharmacie, C.H. Denain, Denain*; (3) *Geriatric, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*; (4) *Médecine aigue gériatrique, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*

**Introduction:** La prescription inappropriée d'anticholinergique chez les patients âgés n'est pas bien connue en milieu hospitalier. Les principaux objectifs de cette étude étaient de décrire, chez des patients âgés hospitalisés, la fréquence des prescriptions anticholinergiques sur différents terrains à risque, puis de quantifier les effets indésirables digestifs. **Méthodes:** Nous avons extrait les informations de 14 090 séjours entre 2009 et 2013 de personnes âgées de 75 ans et plus hospitalisées dans un hôpital général. Nous avons détecté et analysé les prescriptions d'anticholinergiques réalisées sur trois terrains à haut risque d'effets indésirables médicamenteux: les chutes à répétition, les démences et l'hypertrophie bénigne de prostate. Nous avons recherché les constipations potentiellement imputables à l'administration d'anticholinergiques. **Résultats:** Une administration d'anticholinergique a été détectée dans 1412 (10.0%) séjours de patients âgés hospitalisés. La présence d'un ou plusieurs terrains à risque était retrouvée dans 36.5% d'entre eux : 137 (9.7%) séjours avec chutes, 243 (17.2%) avec démence et 114 (8.1%) avec hypertrophie bénigne de prostate. Près d'un quart de ces séjours associaient deux ou trois situations à haut risque. La constipation imputable à l'anticholinergique était présente dans 197 (14%) séjours d'après l'algorithme de Kramer (90 « possible » effets indésirables médicamenteux et 107 « probable » effets indésirables médicamenteux). **Conclusion:** L'administration de médicaments anticholinergiques est fréquente chez les patients âgés de 75 ans et plus en milieu hospitalier. Ces expositions surviennent souvent dans des contextes à haut risque d'effet indésirable médicamenteux.

#### A2-07-36

##### Evaluation de la traçabilité de l'indication et de l'analyse bénéfice-risque des traitements par Anti-Vitamine K (AVK) dans un service de soins de Longue durée (SLD)

L. Rakotoarisoa (1) ; E. Rasolomanana (1) ; J. Marzel (1) ; YA. Ahmed (1) ; S. Razafindrainibe (1) ; DR. Rakotoarisoa (1) ; N. Baptiste (1)

(1) *Grumbach- Gérontologie 2, Hôpital Georges-Clémenceau-Groupe Hospitalier Henri Mondor-Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Champcueil*

**Introduction:** Les AVK constituent le traitement de référence de certaines pathologies cardiovasculaires, fréquentes chez les sujets âgés. Ces produits ont une marge thérapeutique étroite et à l'origine d'accidents iatrogéniques, notamment hémorragiques. L' HAS recommande l'analyse du rapport bénéfice risque de la prescription des AVK (HAS 2010). La certification V 2014 des établissements de santé exige sa traçabilité. **Objectif:** Le but de cette étude prospective était d'évaluer la traçabilité de l'indication et l'évaluation du bénéfice risque des AVK dans les dossiers des patients sous AVK en SLD et d'atteindre une traçabilité à 100%. **Méthodes:** Critères d'inclusion: tous les patients sous AVK en USLD. **Méthodologie :** Un premier audit des dossiers a été réalisé

recueillant la traçabilité de l'indication des AVK et de l'analyse bénéfice risque. Puis les praticiens ont été formés en janvier 2014 et décembre 2014. Evaluation des dossiers: décembre 2013, septembre 2014 et février 2015. **Résultats:** -En 2013 (Etat des lieux) : nombres de dossiers étudiés : 189, patients sous AVK : 14 (7.40 %), indication des AVK tracée 6 sur 14 (41,6%). présence d'une analyse bénéfice risque : 3 sur 14 (21,4%). -En 2014 : nombre de dossiers étudiés : 188, patients sous AVK : 15 (7.97%), indication tracée 15/15(100%), 6 dossiers sur 15 (40%) présentent une analyse bénéfice-risque. Présence d'une analyse bénéfice risque : 6 sur 15(40%). - En 2015 : Nombre de dossiers étudiés : 189, patients sous AVK : 15 (7.93%), indication tracée 15 sur 15 (100%), présence d'une analyse bénéfice risque : 11 dossiers sur 15 (73, 33%). **Conclusion:** La formation des praticiens a permis une nette amélioration sur la traçabilité des indications. L'objectif n'a pas été atteint pour la traçabilité de l'analyse bénéfice risque. Difficultés : turn-over des médecins dans le service, absence d'outil pratique pour l'évaluation. Perspectives : Pérennisation d'un dispositif par la sensibilisation et la formation continue des praticiens avec la mise en place d'une fiche d'évaluation des indications et de l'analyse bénéfice-risque des AVK depuis décembre 2015

#### A2-07-37

##### **Devenir des personnes âgées deux mois après leur évaluation par l'équipe mobile de gériatrie du CHU d'Angers**

ML. Cesbron (1) ; R. Hureau-Huynh (1) ; PY. Paré (1) ; E. Bigot (1) ; V. Léger (1) ; C. Cosme (1) ; M. Briand (1) ; N. Dumond (1) ; C. Annweiler (1)

(1) *Gérontologie clinique, C.H.U - CHU Angers, Angers*

**Introduction:** Les effets des évaluations gériatriques standardisées (EGS) et des interventions pratiquées par les équipes mobiles de gériatrie (EMG) restent débattus. Notre objectif était de décrire les trajectoires des patients gériatriques à 2 mois de l'intervention d'une EMG. **Méthodes:** L'EMG du CHU d'Angers organise depuis 2012 un suivi à 2 mois des personnes âgées évaluées en contactant par téléphone le patient ou son aidant informel ou formel, conformément à la demande de l'agence régionale de santé. Le lieu de vie actuel, le plan d'aide et ses éventuelles modifications, la survenue d'événements intercurrents au cours du suivi (chute, réhospitalisation, institutionnalisation, décès) sont notés au moyen d'un questionnaire standardisé. **Résultats:** En 2015, 672 personnes âgées ont bénéficié d'une EGS complète par l'EMG du CHU d'Angers. Parmi elles, 10% sont décédées, 20% ont été réhospitalisées, 3% sont entrées en structure, 20% ont présenté une chute au cours des 2 mois de suivi. Ce temps d'échange permet d'évaluer si les préconisations de l'EMG ont été réalisées. Enfin, il est intéressant de noter que depuis 2012, le recours à des aides formelles n'a cessé d'augmenter de 366 personnes en 2012 à 503 personnes en 2015. **Conclusion:** Le suivi téléphonique à 2 mois des personnes âgées évaluées par l'EMG est déterminant pour l'analyse des profils de fragilité des patients et pour améliorer leur orientation dans la filière de soins gériatriques à distance de l'épisode aigu.

#### A2-07-38

##### **Enquête de pratique sur l'écrasement des comprimés en établissement gériatrique EHPAD ET USLD**

S. Tallier (1) ; L. Bodineau (2) ; C. Bruhat (3) ; I. Martin (4)

(1) *Pharmacie, Hôpital Saint Nicolas, Angers;* (2) *Qualité, C.H.U - CHU Angers, Angers;* (3) *Pharmacie, Hôpital Local Saint-Nicolas, Angers;* (4) *pharmacie, Hôpital Saint Nicolas, Angers*

**Introduction:** L'administration des médicaments dans les établissements gériatriques est un problème majeur. Les personnes âgées atteintes de troubles démentiels ont aussi des troubles de la déglutition. 13.9% dans notre établissement; les soignants de notre EHPAD/USLD ont donc souvent recours à l'écrasement des comprimés. Cette pratique est pourtant source potentielle d'iatrogénie. Nous avons donc mené une enquête sur ces pratiques d'écrasement jusqu'à l'administration, l'objectif était de lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse évitable liée aux pratiques d'écrasement. **Méthodes:** Sélection préalable des résidents EHPAD et USLD confondus (410) recevant des médicaments écrasés, faite après recensement auprès des IDE. Une enquête de pratique a été réalisée par 1 pharmacien, 2 préparatrices en pharmacie et 1 qualitatif. Deux binômes auditeurs, munis d'une grille d'observation, se sont déplacés dans tous les services, aux heures de préparations des médicaments matin midi et soir, du 6 novembre au 2 décembre 2015 pour observer et noter les pratiques d'écrasement. Nous avons observé 15 IDE et 5 AS. L'observation portait sur la raison de l'écrasement, sur l'ordonnance qui devait mentionner « traitement écrasé », sur l'indication qui devait figurer dans le dossier patient, sur l'hygiène des mains et sur les pratiques d'écrasement et d'administration (vérification de l'écrasabilité, véhicule d'administration). **Résultats:** L'écrasement des médicaments a été observé pour 44 résidents sur un total de 55 présélectionnés. Nous avons observé 15 IDE et 5 AS. Les motifs d'écrasement étaient : troubles de la déglutition (45%), troubles psycho-comportementaux (39%), troubles de la déglutition associés à des troubles psycho-comportementaux (14%). 2% des patients n'avaient plus de dentier. Dans 62% des cas, l'ordonnance indiquait que le traitement devait être écrasé, dans 70% des cas, l'écrasabilité était vérifiée, dans 83% le médicament était écrasable, dans 8% des cas non écrasable, dans 6% pas d'indication sur l'écrasabilité et pourtant le médicament était écrasé, dans 3% le laboratoire commercialisant le médicament ne recommandait pas de l'écraser (anticoagulant). Dans 82% c'est l'IDE qui écrase, dans 18% l'AS. Dans 57% le médicament était administré par la personne qui l'avait écrasé, dans 69% des cas l'hygiène des mains était respectée ; en revanche le port de gant n'a jamais été observé. Le même broyeur pour tous les résidents d'un service était utilisé dans 91% des cas, et nettoyé entre chaque résident dans 95% des cas. Dans 56% les médicaments étaient écrasés ensemble quand il y en avait plusieurs. Dans 85 % des cas les médicaments étaient administrés moins de 15 mn après leur écrasement. Dans 87% des cas le véhicule utilisé était un aliment, dans 11% des cas l'eau ou l'eau gélifié, dans 2% des cas non observé. **Conclusion:** Nous constatons que nous n'avons pas énormément de médicaments non écrasables qui sont écrasés par rapport à d'autres établissements accueillant le même type de population. Avant de faire cette enquête il y a environ 1 an, nous avons en effet recensé les résidents avec un traitement écrasé et informé les médecins si tel ou tel médicament n'était pas écrasable et proposer des solutions alternatives. Nous avons aussi introduit dans le livret thérapeutique une liste des médicaments mentionnant l'écrasabilité. Nous avons en revanche des pratiques non conformes

quant aux modalités de préparation (pas de protection, médicaments écrasés ensemble, même broyeur) cas observé d'AS qui écrase les médicaments et aux modalités d'administration (le plus souvent administré dans un aliment parfois chaud). L'intérêt de cette enquête a été aussi de sensibiliser les soignants sur les risques qu'engendrait l'écrasement des médicaments, elle a donc permis de dégager des axes d'amélioration: rappel sur l'hygiène des mains, nécessité de rédiger un mode opératoire d'écrasement des médicaments, d'avoir un broyeur de médicament par résident, recommandation de l'utilisation d'un véhicule neutre pour l'administration. Nous avons ressenti la nécessité d'organiser en interne pour les soignants IDE et AS une sensibilisation sur les médicaments (écrasables / pas écrasables et pourquoi)

#### A2-07-39

##### Mise en place d'une activité gérontologique à l'Ile Maurice à travers le vecteur de la formation MOBIQUAL

MDP. Dinan (1) ; V. Oxenham (2)

(1) *Geriatric, Nouvelle Clinique Du Bon Pasteur Ltee, Beau Bassin-Rose Hill, Maurice*; (2) *Neuropsychologie, Prince of Wales Public Hospital, Randwick, Australie*

**Introduction:** L'Ile Maurice s'aligne avec les pays développés en termes de processus de vieillissement. En 2050, 30% de la population totale sera âgée de plus de 60 ans. Dans ce contexte, la formation MOBIQUAL, lancée en 2011, a pour objectif de diffuser la culture gériatrique à travers 6 modules. L'objectif de cette étude est d'évaluer la formation reçue par les participants pour le module DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE. **Méthodes:** L'étude comptait 28 participants qui ont terminé le module DOULEUR, comprenant 12 heures de cours mensuel. A l'achèvement du cours un questionnaire d'évaluation de leurs pratiques professionnelles en lien avec le thème du module fut complété par les participants. Le questionnaire contenait 7 questions. L'évaluation a été faite sur 3 années consécutives de cours de 2013 à 2015. **Résultats:** La session de formation a eu un impact positif sur les participants en modifiant leur réflexion sur leur travail (18,5%) et en améliorant la qualité de vie de leurs patients (18,5%), en améliorant l'organisation de leur travail (17,5%) et en valorisant les soins techniques (17,5%), en valorisant les soins relationnels (15%) et en aidant à repérer les situations à risque (14%). Nous avons aussi démontré qu'à-peu-près 1 sur 2 participant disent avoir porté une attention à la douleur globale, à la douleur induite ou à la réévaluation systématique de la douleur suite à l'institution d'un traitement antalgique. L'outil de liaison le plus utilisé pour la transmission des informations permettant la prise en charge de la douleur est le dossier médical (36%), suivi de l'outil informatique (28%). Le téléphone et le cahier de liaison sont utilisés 1 fois sur 4. L'outil favori pour l'évaluation de la douleur est l'échelle verbale simple (46%) pour les patients communicants et les échelles ECPA et DOLOPLUS pour les patients non communicants (36%). **Conclusion:** Ce questionnaire d'évaluation a permis de mettre en évidence l'impact que ces sessions pédagogiques ont eu sur la pratique future des participants ainsi que les manquements de la pratique actuelle en termes d'évaluation de la douleur des aînés. Les freins principaux à l'amélioration de la prise en charge de la douleur sont : le manque de connaissances adaptées, la nécessité de prescriptions anticipées en l'absence du médecin à domicile ou en institution, le manque de personnel formé et de temps suffisant aux soignants pour évaluer la douleur seul ou en équipe. Cette formation a aussi permis d'initier la mise en place d'une structure gérontologique à l'Ile Maurice, et ce

depuis 2012, touchant 160 participants déjà. Vu l'intérêt porté par les participants à la formation MOBIQUAL, l'institut de formation a intégré un 7e module, les soins infectieux, pour la formation de 2016.

#### A2-07-40

##### Concordance entre les conclusions des évaluations pré-thérapeutiques et le traitement proposé par les spécialistes dans une population âgée de plus de 70 ans

AL. Thillard (1) ; L. Amalou (1) ; A. Michel (1) ; F. François (1) ; F. Roca (1) ; P. Chassagne (2)

(1) *Médecine interne gériatrique, C.H.U Rouen, Rouen*; (2) *Gériatrie, CHUV, Lausanne, Suisse*

**Introduction:** L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) pré-thérapeutique permet, en complément de l'expertise du spécialiste, de mesurer la faisabilité d'un traitement complexe tel une intervention chirurgicale tout en proposant un plan de soins personnalisé. Les objectifs de cette étude étaient 1/ d'évaluer la concordance entre les conclusions d'une EGS réalisée dans une cohorte de malades justifiant donc d'un traitement complexe et la décision finale du spécialiste en charge de la conduite du traitement, 2/ de rechercher les facteurs associés à un traitement ou à l'inverse à une abstention thérapeutique et enfin, 3/ d'analyser le taux d'application des recommandations effectuées par le gériatre. **Méthodes:** Recueil rétrospectif de l'ensemble des EGS pré-thérapeutiques réalisées pendant 2 années dans un centre d'évaluation gérontologique régional. Le motif de l'évaluation (autrement dit la question du spécialiste) et le projet thérapeutique ont été consignés (ex: cancer de stade II à IV avec projet thérapeutique complexe, insuffisance rénale terminale avec projet d'épuration extra rénale ou de transplantation rénale, rétrécissement aortique calcifié relevant d'un remplacement valvulaire etc.). Le taux d'application des recommandations de l'EGS a été calculé par 2 investigateurs indépendants. L'option thérapeutique finalement décidée a été recueillie puis les malades répartis en groupes : traitement entrepris versus abstention thérapeutique. **Résultats:** 283 patients (57.6 % de situations carcinologiques) ont été inclus. Le traitement a été finalement entrepris chez 141 patients (49.8 %). Il n'existait pas de divergence entre l'avis de l'EGS et le traitement choisi par le spécialiste ( $p = 0.9$ ). La dépendance, la perte d'autonomie, un statut cognitif anormal, une dénutrition une comorbidité significative ou une anémie ou bien encore une insuffisance rénale chronique étaient des paramètres significativement plus souvent observés dans le groupe « abstention thérapeutique ». Le taux de suivi des recommandations était significativement supérieur si une abstention thérapeutique était finalement décidée (54.7 % versus 65.2 %,  $p = 0.02$ ). **Conclusion:** Les principaux résultats de cette étude suggèrent : - qu'il existe une concordance significative entre les conclusions de l'EGS pré-thérapeutique et la décision finale du spécialiste dans plus de 80 % des situations expertisées- que 75 % des patients dont l'évaluation gériatrique était favorable au projet thérapeutique ont réellement reçu le traitement initialement prévu; - que de multiples paramètres gériatriques (dépendance, perte d'autonomie, statut cognitif détérioré...) étaient significativement associés à une abstention thérapeutique; - que sur l'ensemble des recommandations proposées à l'issue de l'EGS, 65 % environ ont été appliqués; - que la proportion de patients ayant bénéficié d'une application globale des recommandations était significativement supérieure si une abstention thérapeutique avait été décidée.

**A2-07-41****Mésusage des AVK chez la personne âgée de plus de 75 ans : une étude de cohorte prospective**

M. Bringuier (1) ; S. Moulias (2) ; S. Beaune (3) ; O. Saint-Jean (4) ; MA. Lorient (5)

(1) *Gériatrie, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris* ; (2) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt* ; (3) *Urgences adultes, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt* ; (4) *Gériatrie, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris* ; (5) *Biochimie, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris*

**Introduction:** Les AVK ont une iatrogénie élevée avec 12,7 % d'hospitalisations pour effets indésirables (31 % en 2009 des événements indésirables graves). **Méthodes:** Cette étude de cohorte prospective, multicentrique avait pour objectif d'évaluer le mésusage des AVK chez des patients âgés de plus de 75 ans présentant une hémorragie sous AVK via un critère composite (absence d'indication, contre-indication, association médicamenteuse contre-indiquée, traitement par AVK pour une maladie veineuse thrombo-embolique de durée supérieure à 3 mois ou dans le cadre d'une néoplasie active, risque hémorragique supérieur au risque ischémique dans la fibrillation auriculaire, absence de carnet de surveillance ou de suivi biologique adapté). **Résultats:** 134 patients ont été inclus entre janvier et juillet 2014. On ne retrouve pas de contre-indication, d'absence d'indication ou d'association médicamenteuse contre-indiquée. Cependant, 78,9% des patients n'ont pas de carnet de surveillance et 9,0% pas de suivi biologique. Sur 25 patients présentant une néoplasie active et ayant une maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV), 3 reçoivent des AVK. 8 METV sur 9 idiopathiques ou secondaires à une cause réversible sont sous AVK depuis plus de 3 mois. Sur 112 patients ayant une FA, 30,4% ont un risque hémorragique supérieur au risque ischémique avec HAS-BLED, 84,0% avec HEMORR2HAGES. Un antiagrégant plaquettaire est présent chez 25 patients (18,7%). La mesure de l'INR moins d'une fois par mois apparaît comme un facteur de risque d'hémorragie grave en analyse univariée (p 0,045) mais pas en multivarié. **Conclusion:** Il existe un mésusage non négligeable des AVK, notamment sur l'absence de surveillance.

**A2-07-42****Utilisation du penile cuff test (PCT) ou UroCuff Test (UCT) en pré opératoire des gestes de désobstruction prostatique chez une population âgée**

D. Carnicelli (1) ; C. Thuillier (1) ; G. Fiard (1) ; G. Gavazzi (2)  
(1) *Service d'urologie et de la transplantation rénale, CHU Grenoble Alpes, La Tronche* ; (2) *Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble*

**Introduction:** La prévalence clinique des symptômes chroniques du bas appareil urinaire chez l'homme représentent un véritable problème de santé publique atteignant près de 2 millions d'individus en France ; La pathologie prostatique en est la première cause et le geste opératoire une solution efficace. La capacité contractile de la vessie n'est pas appréciable en dehors de la réalisation d'un bilan urodynamique alors qu'elle permet de prédire au mieux la reprise fonctionnelle (miction) après une chirurgie de désobstruction prostatique. Il s'agit néanmoins d'un geste invasif plus difficile et plus à risque infectiologique chez la personne âgée. La réalisation/l'utilisation d'une cystomanométrie non invasive à l'aide du Penile Cuff Test (PCT) ou UroCuff Test permettant

une cystomanométrie non invasive en pratique quotidienne avant une chirurgie de désobstruction prostatique pourrait être un moyen plus adapté chez le sujet âgé. Nous décrivons ici une étude observationnelle en vie réelle. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude pilote observationnelle réalisée durant le premier trimestre 2014 au CHU de Grenoble-Alpes ; tous les patients hospitalisés pour un geste de désobstruction prostatique, ont été inclus. Etaient évalués le nombre de patients ayant pu se soumettre ou réaliser le test, ainsi que l'acceptabilité, les freins à la réalisation du test, et les données de pression et de débit recueillies sur le nomogramme modifié de l'International Continence Society. Les patients étaient accompagnés d'un urologue pour la réalisation du PCT. **Résultats:** Cinquante-cinq patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de 76 ans [50-92] Le volume prostatique moyen était de 60 grammes [30-120]. Le score IPSS moyen était de 18,8/35 [7-31], l'index de qualité de vie moyen de 5/6 [2-6]. 17 patients (30,9%) ont été exclus de l'analyse en raison d'une sonde urétrale ou d'un cathéter sus pubien à demeure rendant impossible toute mesure urodynamique. Le Penicuff Tail a pu être réalisé chez 23,2% des 38 patients finalement candidats ; Elle n'a pu être réalisé chez 76,8% soit pour les raisons liés aux patients : a, 'absence[Gg1] d'envie d'uriner (23,2%), problèmes de compréhension ou cognitifs (18%), la présence d'une sténose urétrale associée (7 %), soit des des problèmes techniques lors de la procédure (23,2%), patient délocalisé (1,8%). la présence d'une sonde urétrale ou d'un cathéter sus pubien (5,4%).[GF2]; 2 test ont été non interprétables (volume mictionnel < 100ml). Parmi les 9 patients ayant pu réaliser et valider techniquement le test, Soixante pour-cent présentaient une obstruction (volume moyen uriné 181,8 ml). Les échecs du test (44/55) étaient expliqués par des troubles cognitifs sévères (12,4%), l'absence[Gg3] d'envie d'uriner (16,4%), des problèmes techniques lors de la procédure (16,4%), la présence d'une sténose urétrale associée (5,4%), la présence d'une sonde urétrale ou d'un cathéter sus pubien (5,4%). Le temps estimé pour la procédure était en moyenne de 10 minutes [5-20]. Les patients ayant pu réaliser le PCT ont évalué sa difficulté en moyenne à 3/10 sur une échelle numérique (0= Facile, 10: très difficile). **Conclusion:** Le PCT s'est avéré un test peu adapté globalement dans cette population (troubles cognitifs sévères, fréquence de rétentions urinaires préopératoires). Par contre, IL existe une sous-population (patients ayant la capacité de le réaliser) pour laquelle Les patients ayant la capacité de le réaliser, ont jugé son utilisation simplele tes apparaît simple. il apparaît qu'en mettant l'accent la sélection des patients, ces patients fragiles pourraient avoir tirer le plus grand bénéfice de cette procédure en évitant des gestes plus invasifs inutiles.

**A2-07-43****Analyse des pratiques de prescription de carboxymaltose ferrique en Gériatrie**

A. Caupenne (1) ; ML. Bureau (1) ; A. Petard (1) ; E. Liou (2) ; M. Priner (1) ; C. Pradere (1) ; M. Vieillefaulot (2) ; M. Paccalin (1)  
(1) *Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers* ; (2) *Pôle de gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers*

**Introduction:** L'anémie est fréquente en gériatrie, et souvent le résultat d'une carence martiale insuffisamment traitée. Le recours à la transfusion sanguine systématique n'est pas toujours adapté et la prise orale de fer au long cours pas toujours optimale. Ainsi le fer injectable représente une alternative thérapeutique séduisante. A cet égard, nous avons souhaité évaluer les pratiques de prescription du carboxymaltose ferrique au sein du pôle de Gériatrie du CHU

de Poitiers. **Objectifs :** Les objectifs de notre étude étaient la description des prescriptions du carboxymaltose ferrique, le recueil de l'évolution des paramètres hématologiques et ferriques à 1 et 3 mois après administration produit et de la mortalité à 3 mois. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective unicentrique, réalisée du 1er juin 2014 au 1er juin 2015. Tous les patients ayant reçu au moins une injection de carboxymaltose ferrique pendant leur hospitalisation ont été inclus. Les données hématologiques et ferriques au cours du séjour hospitalier et lors des contrôles biologiques à 1 et 3 mois ont été recueillies. **Résultats:** 78 patients, d'âge moyen  $86,1 \pm 6,3$  ans et en perte d'autonomie (score GIR 3,4) ont reçu au moins une perfusion de carboxymaltose ferrique au cours de leur hospitalisation. Les taux moyens, avant traitement, d'hémoglobine, ferritine et du coefficient de saturation de la transferrine (CST) étaient respectivement de  $8,4 \pm 1,49$  g/dl, 164 microg/l [8-1381] ( $78,9\% < 200$  mcg/l) et  $8,87 \pm 4,9\%$  ( $98,7\% < 20\%$ ). La posologie moyenne de carboxymaltose était de  $1191 \pm 361,52$  mg administrée dans 60,2% en 1 seule perfusion (plus de la moitié des patients ont reçu une dose inférieure à la posologie recommandée). L'augmentation était significative à 3 mois pour l'hémoglobinémie ( $p < 0,0001$ ), la ferritinémie ( $p = 0,0005$ ) et pour le CST ( $p < 0,0001$ ). Sur le plan transfusionnel 21 patients ont reçu au moins 1CGR dans les mois précédents l'injection de fer, et 8 patients ont été transfusés dans les 3 mois suivants. Seize patients (20,5%) sont décédés au cours des 3 mois de suivi. **Conclusion:** La prescription de carboxymaltose est réalisée chez des patients anémiés, avec pour la grande majorité un CST  $< 20\%$ . Cette prescription apparaît hétérogène dans le Pôle, en termes de posologie administrée. Le traitement par carboxymaltose ferrique apporte une efficacité biologique. Dans cette population, il reste nécessaire de mieux préciser les posologies utiles en tenant compte de l'évaluation gériatrique et du pronostic des patients.

#### A2-07-44

##### Déméclocycline et SIADH

H. Le Petitcorps (1) ; A. Cabannes (1) ; N. Liu (1) ; S. Makdessi (1) ; A. Gouronnec (1) ; A. Monti (1) ; A. Breining (1) ; E. Pautas (1)  
(1) gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine

**Introduction:** L'âge est clairement un facteur de risque de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV), pathologie fréquente en gériatrie, dont l'incidence annuelle est autour de 1/100 sujets de plus de 75 ans. Pour l'imagerie diagnostique de la MTEV, les recommandations sont de considérer comme gold standards l'écho-doppler veineux des membres inférieurs (EDVMI) en cas de suspicion de thrombose veineuse profonde (TVP), et l'angio-scanner pulmonaire en cas de suspicion d'embolie pulmonaire (EP). Nous rapportons une situation clinique chez une patiente âgée au cours de laquelle ces deux examens d'imagerie ont été pris en défaut, avec un important retentissement thérapeutique. **Méthodes:** Cas clinique et présentation d'imagerie didactique. **Résultats:** Une patiente de 82 ans traitée par un anticoagulant oral direct (rivaroxaban) pour fibrillation atriale permanente, est hospitalisée pour la prise en charge d'une thrombose veineuse profonde révélée par un EDVMI pratiqué aux urgences d'un CHU parisien dans le contexte d'une douleur du membre inférieur droit. Cet examen a conclu à une thrombose sur un défaut de compliance de la veine fémorale superficielle droite, apparaissant moins compressible que la normale. Le traitement anticoagulant oral est suspendu et une héparinothérapie est débutée. Mais la persistance de la douleur et un œdème de cuisse droite incitent à contrôler l'imagerie après 5 jours.

Un angio-scanner est pratiqué et objective en fait un hématome de la face antéro-latérale de cuisse droite de 9 x 5 cm, sans retrouver de thrombose veineuse profonde du membre inférieur. En revanche, sur les coupes thoraciques de cet angio-scanner, sont décrits des thrombi artériels pulmonaires distaux à droite. Sont alors discutées les options thérapeutiques : poursuite de l'héparinothérapie sur l'EP mais risque de majoration de l'hématome de cuisse symptomatique? Mise en place d'un filtre cave en considérant qu'il y a bien eu une TVP initialement ? Est alors décidée une relecture des imageries par un radiologue spécialisé dans les pathologies vasculaires : l'EDVMI retrouvait bien un léger défaut de compliance de la veine fémorale superficielle droite mais sans visualisation de thrombus, et aucun thrombus n'était visible sur l'angio-scanner thoracique. La décision thérapeutique est alors bien simplifiée : arrêt de l'anticoagulation, contrôle de l'évolution de l'hématome symptomatique de cuisse (clinique et échographique) avant reprise à distance d'une anticoagulation orale au long cours pour la fibrillation atriale. **Conclusion:** Ce cas clinique rappelle l'importance d'une attitude critique devant des examens considérés comme gold standards en cas de discordance clinico-radiologique et a fortiori en cas d'impact thérapeutique important. Pour ce qui est le MTEV, même si l'EDVMI est considéré comme reproductible et peu « opérateur-dépendant », le contrôle d'une thrombose douteuse ou mal décrite est raisonnable ; pour l'angio-TDM, ses performances actuelles sont telles que des thrombi très distaux peuvent être mis en évidence, mais avec un risque de « sur-diagnostic » d'embolie pulmonaire incitant à toujours évaluer la concordance clinico-radiologique.

#### A2-07-45

##### Impact à 3 mois de l'utilisation de l'outil STOPP/START dans l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes Les Ormes

A. Sebouai (1) ; W. Tourid (2) ; F. Fauvelle (2) ; F. Kabirian (3) ; ML. Gaubert-Dahan (1)

(1) Soins de suite et réadaptation, Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil, Montfermeil; (2) Pharmacie, Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil, Montfermeil; (3) Gériatrie, Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil, Montfermeil

**Introduction:** L'outil STOPP /START permet l'évaluation des traitements prescrits chez les plus de 65 ans. L'objectif de cette étude était d'utiliser l'outil STOPP/START dans l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) Les Ormes et d'évaluer son impact 3 mois après son utilisation. **Méthodes:** Les résidents de l'EHPAD Les Ormes à Montfermeil (93) ont été inclus de janvier à mars 2015. Leurs médicaments ont été revus par le médecin et le pharmacien de l'EHPAD avec l'outil STOPP/START et le maintien des modifications médicamenteuses a été évalué 3 mois après l'utilisation de STOPP/START. Ont été exclus les résidents décédés pendant l'étude. **Résultats:** Quarante sept résidents ont été inclus ( $84 \pm 9$  ans, 39 femmes). Leur ordonnance comprenait en moyenne  $8,7 \pm 3,6$  principes actifs. Treize ordonnances comprenaient 3 psychotropes ou plus. L'outil STOPP a permis d'arrêter 93 principes actifs et l'outil START de prescrire 34 principes actifs. Dix principes actifs ont été repris dans les 3 mois suivant l'utilisation de STOPP et 5 ont été arrêtés dans les 3 mois suivant l'utilisation de START dont 2 en raison de la survenue d'effet indésirable. L'utilisation de STOPP/START a permis de réaliser en 3 mois une économie de 977,72 euros. **Conclusion:** L'impact de l'outil STOPP/START 3 mois après son

utilisation est réel. L'outil STOPP/START étant recommandé pour réaliser une révision annuelle des traitements prescrits chez les plus de 65 ans, le maintien des modifications de prescription sera à évaluer 1 an après son utilisation.

#### A2-07-46

##### **Les soins de longue durée à l'hôpital : une structure à très grand risque pour les patients polypathologiques ? A propos d'un cancer de l'oesophage révélé 2 jours avant le décès**

S. Turki (1) ; MA. Zanoun (1) ; Z. Seridi (1) ; JL. Le Quintrec (2) ; L. Lechowski (1) ; L. Teillet (3)

(1) *Gérontologie 2, Hôpital Sainte-Périne, Paris*; (2) *Service de Médecine Gériatrique 3, AP-HP, Hôpital Sainte Périne, Paris*; (3) *Gériatrie, Hôpital Sainte-Périne-Rossini-Chardon Lagache, Paris*

**Introduction:** Les patients très âgés polypathologiques doivent bénéficier selon les recommandations, d'une prise en charge graduée en fonction des pathologies. Ainsi certaines pathologies seront prioritaires dans la prise en charge, tant sur le plan des explorations diagnostiques, que sur les décisions thérapeutiques. Le confort du patient, sa qualité de vie, son pronostic fonctionnel et son espérance de vie sont des composantes devant guider le médecin. Cependant, lorsque le nombre de pathologies est très élevé, et que les ressources médicales et en soins sont limitées, le patient peut ne plus bénéficier de cette stratégie de priorisation des pathologies prises en charge. **Méthodes:** Nous rapportons ici le cas d'une patiente hospitalisée en soins de longue durée, polypathologique, qui a développé des symptômes de cancer de l'oesophage à un stade tout ultime. **Résultats:** Il s'agissait d'une patiente de 81 ans. Elle était hospitalisée en soins de longue durée depuis 18 mois. Ses antécédents comprenaient une bronchopneumopathie obstructive (BPCO) post tabagique, un diabète non insulino-dépendant, une HTA, une maladie de l'oreille, un hématome sous-dural, une obésité avec une indice de masse corporelle de 34,9 kg/mètre-carré, une gonarthrose, une appendicectomie, une ovariectomie sur kyste ovarien et une cataracte bilatérale. Elle était traitée par de l'azithromycine pour sa BPCO, du répaglinide, de l'ésoméprazole, du paracétamol, du clopidogrel, de l'alginate de sodium, du kétoconazole, du tiotropium, de la spironolactone, une oxygénothérapie au long cours, du furésomide, du budésomide, de la gabapentine, de l'hydroxyzine, de la prednisone et de l'énoxaparine sodique. Son état clinique était caractérisé par une marche conservée, des fonctions cognitives normales avec un MMSE à 28/30, une autonomie pour l'essentiel de ses activités, hormis ses déplacements et la prise des médicaments. Elle avait exprimé le refus d'un acharnement thérapeutique. Elle a fait 19 décompensations respiratoires entre octobre 2014 et janvier 2016, avec plusieurs antibiothérapies associées à une corticothérapie. L'interne de garde est sollicité un jour pour des régurgitations avec des douleurs rétro-sternales sans modification ECG. Des régurgitations récidivent le lendemain. Le surlendemain, l'état général est correct avec des nausées et régurgitations mais sans vomissement. Les douleurs rétro-sternales n'étaient pas associées à un pyrosis et le reste de l'examen clinique était sans particularité. Les jours suivants l'état général s'altère avec une symptomatologie persistante. La patiente a refusé une fibroscopie oesogastroduodénale mais a accepté un scanner thoraco-abdominal qui a été fait 9 jours après le début de la symptomatologie. Il a révélé une sténose du bas oesophage avec une distension globale de l'oesophage et une stagnation de matières, un épaississement de la paroi de

l'oesophage avec une infiltration de la graisse péri-sténotique. Il existait de nombreuses adénopathies médiastinales centimétriques et l'ensemble évoquait une tumeur maligne de l'oesophage. La patiente est décédée 2 jours plus tard. **Conclusion:** Ce cas clinique pose la question des pathologies à prioriser dans la prise en charge des patients très polypathologiques. Le modèle idéal est linéaire avec une pathologie systématiquement plus ou moins prioritaire qu'une autre. Les symptômes présentés par ces patients, s'ils ne sont pas invalidants, peuvent être perçus avec une importance très limitée. En effet le médecin aura la grande tentation de rapporter le symptôme, atypique au besoin, à l'une des nombreuses pathologies déjà connues. De nouvelles stratégies doivent être développées pour prendre en compte au mieux tout nouveau symptôme en cas de polypathologie afin de remettre en cause éventuellement la prise en charge définie.

#### A2.08. FRAGILITE

##### A2-08-47

##### **Pertinence de l'évaluation subjective de la fragilité par le médecin**

PB. Cannard (1) ; H. Bailly (1) ; P. Manckoundia (1) ; P. Jouanny (1)

(1) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon*

**Introduction:** La prévalence des personnes âgées dépendantes est en croissance dans les pays développés. La fragilité se caractérise selon Fried par un état de vulnérabilité, lié à un risque augmenté d'entrer dans la dépendance. L'expertise du médecin traitant pourrait-elle être suffisante dans le repérage de la fragilité? **Méthodes:** Etude monocentrique transversale, incluant des patients autonomes (indice ADL $\geq$ 4) âgés de 70 ans ou plus qui consultaient leur médecin traitant au cabinet. Cinq médecins généralistes ont participé à l'étude. La fragilité subjective selon le médecin a été comparée avec la fragilité physique et la fragilité cognitive. La fragilité physique était définie selon les critères de Fried modifiés. Le test CODEX a été utilisé pour définir la fragilité cognitive. D'autres variables ont été mesurés pour comprendre le point de vue du médecin : le poids, la taille, la comorbidité selon l'indice de Charlson, le nombre de consultations annuelles, les hospitalisations, le nombre de médicaments consommés, les chutes, l'hémoglobininémie et la clairance rénale. **Résultats:** 85 patients ans ont été inclus. La fragilité physique et la fragilité cognitive étaient distribuées respectivement en 24,7% et 20% de patients robustes et 17,6% et 36,5% de patients fragiles. La fragilité physique était significativement plus élevée avec les variables sexe féminin, petite taille, consultations annuelles fréquentes, nombreux médicaments, indice de Charlson élevé, chutes et test de l'horloge échoué. La fragilité cognitive était significativement liée à la fragilité selon Fried. L'évaluation subjective de la fragilité par le médecin était significativement liée à la fragilité physique et cognitive ainsi qu'à l'âge, aux comorbidités, aux médicaments et à la fréquence des consultations annuelles. Parmi les patients considérés fragiles ou pré-fragiles selon les critères de Fried 89,0 % (57/64) l'ont été par le médecin traitant et selon le CODEX, 87,1 % (58/68). Les médecins n'ont pas repéré 13 patients qui avaient au moins un critère de fragilité cognitive ou physique chez les femmes. **Conclusion:** L'évaluation subjective de la fragilité par le médecin en soins primaires ambulatoires est significativement liée à la fragilité définie par Fried et le CODEX. Elle n'était pas suffisante pour 13 patients. Le médecin semblait ne pas repérer les patients qu'il voyait

peu en consultation, avec peu de comorbidité, qui échouaient au test des 3 mots, qui étaient asthéniques et qui perdaient du poids. Le médecin généraliste se doit d'utiliser des instruments simples en soins primaires pour éviter de sous-diagnostiquer la fragilité du sujet âgé.

#### A2-08-48

##### Faisabilité de l'évaluation de la fragilité chez les patients de plus de 65 ans en médecine générale

AA. Zulfiqar (1) ; A. Martin-Kleisch (2) ; M. Dramé (3)

(1) *Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen*; (2) *Département de médecine générale, CHU Reims, Reims*; (3) *Unité d'aide méthodologique, CHU, Reims*

**Introduction:** La fragilité est un concept complexe évaluée par des grilles comme le SEGA ou l'échelle de Fried. Or son évaluation a souvent été mise en œuvre en milieu hospitalier. Cependant la médecine générale doit être en première ligne dans l'évaluation et la prévention du syndrome de fragilité. L'objectif de l'étude était de tester la faisabilité et la concordance de deux outils de fragilité et de tester l'adéquation entre le niveau de fragilité et la présence d'aides à domicile. **Méthodes:** Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique à Reims sur deux mois. Les patients inclus étaient âgés de 65 ans ou plus lors de la consultation de médecine générale, étaient exclus les patients ayant déjà consulté. Nous avons recueilli les scores de SEGA et de Fried des patients ainsi que l'avis du médecin et de l'interne sur la présence de fragilité et la présence ou non d'aide à domicile. **Résultats:** Au cours de la période d'inclusion, 38 patients ont été inclus. L'âge moyen de la population était de  $78 \pm 8$  ans. La majorité de la population était des femmes (60.5 %). Le score moyen de Charlson était de  $5.2 \pm 2.2$  ; pour l'échelle de Fried, le score moyen était de  $1.9 \pm 1.7$ . Il existe un accord excellent entre l'avis du médecin et le score de SEGA (Kappa = 0.89) et modéré avec l'échelle de Fried (Kappa = 0.46) contre respectivement 0.95 et 0.50 lors de l'évaluation de l'interne. L'adéquation entre l'avis de l'interne et du médecin est excellent (Kappa = 0.95) L'évaluation des aides a été faite auprès des patients par l'interrogatoire. Secondairement, l'adéquation entre la fragilité et la présence ou non d'aide à domicile. Lorsque le patient était fragile dans 69.6 % les aides étaient absentes, mais envisagées pour 82.6%. Chez 14 des 25 patients fragiles, il y avait présence d'aide L'adéquation entre la fragilité et les aides montrent que lorsque les patients étaient fragiles les aides étaient absentes de 69.6 % des cas, mais envisagées dans 82.6 %. **Conclusion:** Aucun score ne fait référence dans le cadre de la médecine générale. Or le score de SEGA est un score d'utilisation aisé et reproductible. Il pourrait être un score de référence dans l'évaluation et le suivi des patients âgés. Afin d'harmoniser au mieux les prises en charge, il y aura un intérêt à évaluer les différents scores étudiés. Ceci permettrait d'envoyer les patients secondairement en évaluation gérontologique plus poussée afin d'affiner leur évaluation et introduire les thérapeutiques médicales, matérielles ou humaines nécessaires au maintien de l'autonomie et au maintien à domicile du patient.

#### A2-08-49

##### Caractéristiques et suivis de sujets suivis à l'hôpital de jour fragilité. Données de l'Expérience stéphanoise

E. Achour (1)

(1) *Gérontologie clinique, Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*

**Introduction:** Au cours du XXème siècle est apparu le syndrome

de fragilité, processus dynamique, asymptomatique et réversible précèdent la perte d'autonomie et concernant 12 à 15 % de la population des plus de 65 ans. L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques des premiers patients évalués à l'hôpital de jour fragilité du CHU de Saint-Etienne et le suivi des préconisations à 3 mois. **Méthodes:** Les patients consultant aux cabinets de médecine générale de la Caisse Régionale de Santé dans les Mines ayant plus de 65 ans et un score ADL d'au moins 5 sur 6, bénéficiaient d'une évaluation selon la grille de Fried validée par le gérontopôle de Toulouse. Si le score était supérieur à 3, une évaluation gériatrique complète était réalisée à la plateforme suivie d'une visite à domicile. A l'issue, des préconisations étaient proposées. Un bilan du suivi était réalisé à 3 mois à domicile par un membre de l'AIMV. **Résultats:** 50 patients ont été inclus, 13 ont été perdus de vue. 98 % ont été dépistés comme pré-fragiles ou fragiles. En moyenne, il a été conseillé  $2.5 \pm 0.9$  préconisations par sujet. Une corrélation significative a été retrouvée, plus le nombre de préconisations était faible, meilleur était le suivi ( $r = -0.39$  ;  $p = 0.018$ ). **Conclusion:** L'hôpital de jour fragilité remplit donc son rôle de lieu de dépistage. Le suivi est meilleur si le nombre de préconisations est faible, ceci justifie donc un dépistage précoce.

#### A2-08-50

##### Réversibilité du statut de fragilité : vers une mutualisation des compétences hospitalo-universitaires pour une prise en charge adaptée et optimale

F. Chorin (1) ; V. Mailland (2) ; A. Marteu (3) ; R. Zory (4) ; O. Guérin (5)

(1) *Lamhess, Centre d'innovation et d'usages en santé - CHU de Nice, Nice*; (2) *Hdj, Hopital de Cimiez, Nice*; (3) *rééducation, Hôpital Cimiez, Nice*; (4) *Lamhess, Université Nice Sophia Antipolis - Faculté des Sciences du Sport UFR STAPS, Nice*; (5) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice*

**Introduction:** Le dépistage et le repérage des sujets fragiles sont devenus des priorités pour les gériatres. En accord avec le critère multidimensionnel de l'EGS, il demeure primordial d'intégrer des facteurs « cognitifs et sociaux » sur ceux fondés sur un phénotype « physique » pour le repérage de la fragilité. Néanmoins, le caractère pluridisciplinaire du repérage doit être poursuivi lors de l'étape de l'évaluation pour : i) caractériser les personnes fragiles plus finement, et ii) proposer des interventions adaptées et optimales. En effet, c'est la prise en charge des déterminants de la fragilité qui peut retarder ses conséquences (Rolland et al., 2011), inscrivant celle-ci dans un processus réversible. A l'heure actuelle, l'activité physique adaptée (APA) est l'une des solutions recommandées pour favoriser cette réversibilité. En effet, les interventions et les programmes de réadaptation doivent être mis en place le plus tôt possible, contrôlés et adaptés pour de meilleurs bénéfices (Binder et al., 2002). Même si les bénéfices de l'APA sont déjà largement documentés (Hautier et Bonnefoy, 2007), de nombreuses questions se posent encore quant aux types et aux modalités de réentraînement qui doivent être appliqués (e.g., combiné vs. multi-composante). Dans ce contexte, le pôle de gérontologie du C.H.U de Nice a mis en place une plateforme innovante, portée par le Centre d'Innovation et d'Usages en Santé (C.I.U Santé), permettant une évaluation objective et quantifiée des signes précurseurs de la fragilité à des fins de recherche et de prise en charge personnalisée, notamment en terme d'activité physique. L'objectif de cette étude est de confirmer l'intérêt d'une évaluation pluridisciplinaire dans la détection de la fragilité et dans la proposition d'une activité physique adaptée.

**Méthodes:** Participants : En accord avec les préconisations de la Haute Autorité de Santé, les critères d'inclusion des patients pouvant bénéficier d'une évaluation « fragilité » seront les suivants : (a) âge > ou égal à 70 ans, (b) ayant une autonomie conservée (ADL > ou égale à 5/6), (c) ne présentant pas de pathologie sévère. Protocole : Le déroulement de l'évaluation « fragilité » dont bénéficie l'ensemble des personnes débute par une EGS, couplé au diagnostic en kinésithérapie. Puis une évaluation sur la plateforme des capacités fonctionnelles précises est effectuée, comprenant : un test de marche, une mesure impédancemétrique et une évaluation de la puissance et de la fatigue des extenseurs et fléchisseurs de jambe à l'aide d'un ergomètre isocinétique. Les relations force (ou moment)-vitesse et puissance-vitesse sont utiles pour mesurer des paramètres, dont la puissance maximale théorique (Pmax), qui fournissent des informations quantitatives importantes sur les facteurs musculaires en lien avec le vieillissement (Cléménçon et al., 2008) et les capacités de réalisation des activités de la vie quotidienne. A la suite de cette évaluation « fragilité », il est proposé aux personnes considérées comme fragiles de s'intégrer dans un protocole d'APA. Une post-évaluation est effectuée au bout de 12 semaines d'APA, à raison de trois séances de 1h par semaine. **Résultats:** La proposition du plan personnalisé de soin qui découle des évaluations doit donc être adapté (e.g., atelier mémoire, renforcement musculaire,...). Concrètement si l'on s'intéresse à deux personnes, détectées comme fragiles, (S1 ; 87 ans, 42kg, 1.58m et S2 ; 78, 56 kg, 1,56 m), avec un résultat au MMSE (30 et 29/30, respectivement pour S1 et S2) à l'ADL (8/8), à l'IADL (6/6), au SPPB 11 et 10/12, respectivement pour S1 et S2) similaires, et une vitesse de marche bien supérieur à 0,8m/s, il est difficile d'être précis dans la suggestion des solutions pour favoriser le processus de réversibilité de la fragilité. En ce sens, les mesures complémentaires, effectuées sur la plateforme, montrent des différences sur les capacités physiques en terme; i) de puissance développée par les extenseurs de genou (Pmax= 2,14W/kg et Pmax=1,43W/Kg, respectivement pour S1 et S2) expliqué par un déficit de force pour S2, ii) et de fatigue, visible chez le sujet S1. Ces résultats nous permettent d'orienter les méthodes de réentraînement plutôt ciblé sur une activité d'endurance pour S1 et sur du renforcement musculaire pour S2. Cela permettra d'orienter au mieux le patient en établissant des recommandations et des limites pour la pratique d'activités physiques. **Conclusion:** Grâce à la mutualisation des compétences hospitalo-universitaires, l'évaluation « fragilité » devrait permettre la production de nouvelles connaissances scientifiques visant à améliorer la santé, la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées.

## A2.15. PATHOLOGIES ET RISQUES INFECTIEUX

### A2-15-51

#### Un cas de psittacose en EHPAD

C. Eudo (1) ; H. Bodson (1) ; B. Pernot (1) ; J. Magnant (1)

(1) Médecine Interne, CHRU Hôpitaux de Tours, Tours

**Introduction:** La psittacose est une zoonose due à *Chlamydia psittaci* et se manifestant par un syndrome pseudo grippal et une atteinte broncho pulmonaire. Il s'agit d'une pathologie rare puisqu'une trentaine de cas sont répertoriés en France chaque année. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une maladie professionnelle car elle touche des personnes travaillant au contact d'oiseaux (vétérinaires, éleveurs, personnel d'abattoir) mais il existe quelques cas de contamination par des oiseaux domestiques. La PCR reste la méthode de choix pour confirmer le diagnostic mais

sa réalisation est délicate. Les sérologies doivent être interprétées avec précaution. Le traitement repose sur une antibiothérapie par Macrolides, Cyclines ou Fluoroquinolones. **Méthodes:** Monsieur A, 93 ans, est hospitalisé pour une détresse respiratoire aiguë dans un contexte de toux sèche et d'asthénie évoluant depuis une semaine. Parmi ses antécédents, on note une HTA, un pace maker pour maladie rythmique auriculaire, un AVC ischémique et un syndrome d'apnée du sommeil appareillé. Il vit en EHPAD depuis 1 an et son autonomie est évaluée GIR 2. Le patient est traité par Amoxicilline-Acide clavulanique initialement mais devant la persistance à 48h de la fièvre et de la dyspnée, l'antibiothérapie est élargie avec introduction de Spiramycine. **Résultats:** Sur le plan biologique, une PCR sur prélèvement naso pharyngé est réalisée, elle revient négative. Les antigénuries légionnelle et pneumocoque sont négatives. Des sérologies *mycoplasma pneumoniae*, *C. pneumoniae* et *C. psittaci* sont réalisées. La sérologie *C. psittaci* revient positive pour les IgM et négative pour les IgG, évoquant une infection récente. Le contrôle sérologique à distance confirmera à distance le diagnostic devant une augmentation significative des IgG (x4). L'évolution clinique est rapidement favorable sous spiramycine. Après interrogatoire du personnel de l'EHPAD, il s'avère que des pigeons venaient régulièrement déféquer sur le balcon de la chambre du patient, pouvant expliquer la contamination. **Conclusion:** La psittacose est une pathologie rare et survenant le plus souvent dans un contexte d'exposition professionnelle. Cependant, il faut savoir l'évoquer devant une pneumopathie atypique, y compris chez les résidents d'EHPAD qui peuvent être en contact avec des oiseaux, domestiques ou non.

### A2-15-52

#### Evolution des marqueurs infectieux chez les patients âgés au cours des infections urinaires selon l'état nutritionnel

M. Aussedat (1) ; J. Despres (1) ; JM. Eychene (1)

(1) Geriatrie, CHU Reunion, Saint Pierre

**Introduction:** Les particularités physiologiques du sujet âgé sont à l'origine de présentations clinico-biologiques multiples rendant le diagnostic d'infection bactérienne difficile à établir. La température, les taux de PNN et de CRP sont des outils incontournables dans l'évaluation septique d'un patient. Outre l'apport diagnostique de ces dosages, leur utilisation dans le suivi évolutif des infections bactériennes est largement répandue en pratique quotidienne. Cependant, les perturbations métaboliques liées aux syndromes inflammatoire et de dénutrition posent le problème de l'interprétation de ces marqueurs biologiques. Nous nous sommes donc interrogés sur l'influence d'un état de dénutrition sur l'évolution des principaux marqueurs d'infections (température, CRP et PNN) chez le sujet âgé dans les premiers jours de traitement antibiotique lors d'une infection urinaires fébriles documentées traitées par antibiothérapie adaptée. **Méthodes:** Etude descriptive non interventionnelle de comparaison d'évolution des marqueurs infectieux dans une cohorte de patients âgés traités pour une infection urinaire parenchymateuse par antibiothérapie adaptée, répartis en deux groupes selon leur statut nutritionnel. L'étude a été réalisée dans les services de médecine polyvalente et de gériatrie du Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion, site de Saint Joseph sur une période de 12 mois. **Résultats:** Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes sur l'évolution de la température ou des PNN. En revanche, la cinétique d'évolution de la CRP est significativement différente avec une nette majoration dans les 48 premières heures dans le groupe de patients dénutris. **Conclusion:** La surveillance

d'un sepsis chez les sujets âgés atteint d'une infection urinaire doit être clinique dans les 48 premières heures. L'interprétation de la CRP doit tenir compte du statut nutritionnel, notamment si elle est réalisée dans les 72 premières heures: l'augmentation de la CRP durant cette période chez les patients dénutris ne doit pas conduire à une modification thérapeutique.

#### A2-15-53

##### **Epidémie de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques: quels risques en Gériatrie ?**

E. Choynet (1) ; R. Amarsy (2) ; C. Brun (1) ; A. Tan (1) ; V. Ducasse (1) ; N. Pairault (1) ; A. Teixeira (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Lariboisière, Paris*; (2) *Equipe opérationnelle d'hygiène, Hôpital Lariboisière, Paris*

**Introduction:** Les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) sont des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe). La diffusion de ces EPC en France durant les cinq dernières années constitue une urgence sanitaire à l'aube de l'ère post-antibiotique. Ces bactéries ont en effet largement diffusé au niveau mondial et le risque est, à court terme, de ne plus pouvoir traiter efficacement les patients infectés avec ces germes. Nous présentons ici le cas d'une épidémie déclarée à *Klebsiella pneumoniae* productrice de carbapénémase de type NDM dans l'Unité de Gériatrie Aigue de notre CHU permettant de mettre en exergue les difficultés de gestion de cette épidémie et l'impact sur l'Unité en particulier du fait des caractéristiques des patients âgés qui y sont accueillis.

**Méthodes:** description des différentes étapes rencontrées au cours de la gestion de cette épidémie et les différentes recommandations applicables en fonction des étapes. **Résultats:** Plusieurs étapes ont été identifiées au cours de cette épidémie qui a été gérées de concert avec l'équipe opérationnelle d'hygiène et le soutien de l'administration du groupe. De l'étape 1 d'identification initiale du patient index conduisant à la mise en place d'une marche en avant, d'un sas et d'un renforcement du bio nettoyage à la mise en place de personnel dédié à l'étape 3 de l'épidémie, associée au dépistage hebdomadaire de tous les patients par écouvillon rectal et la nécessité de 3 écouvillons négatifs successifs à une semaine d'intervalle (3 semaines au total) pour juger de la fin de l'épidémie. Cette crise a été l'occasion d'identifier les problématiques spécifiques dues aux patients accueillis en gériatrie et les limites des recommandations classiquement proposées pour gérer de tel épisode. **Conclusion:** l'application des recommandations éditées pour gérer les épidémies de BHRe est rendue difficile chez les patients âgés par la présence fréquente de troubles cognitifs, de déambulation et de troubles digestifs à type d'incontinence augmentant le risque de diffusion incontrôlés de ces germes. Malgré le surcoût il est probable que la mise en place de personnel dédié d'emblée soit in fine l'attitude la plus économique et la plus efficace sur le plan infectieux.

#### A2-15-54

##### **Epidémie de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques: quels facteurs de risques ?**

C. Lemestre (1) ; R. Amarsy (2) ; E. Choynet (1) ; J. Laganier (1) ; A. Tan (1) ; C. Brun (1) ; V. Ducasse (1) ; A. Teixeira (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Lariboisière, Paris*; (2) *Equipe opérationnelle d'hygiène, Hôpital Lariboisière, Paris*

**Introduction:** Les bactéries productrices de carbapénémases sont des bactéries dites hautement résistantes aux antibiotiques. L'incidence des infections ou du simple portage de ces bactéries est en constante augmentation. Elle représente un réel problème

de santé publique. Entre 2004 et 2014, plus de 900 épisodes d'épidémie à ces germes ont été recensés. Les germes les plus fréquemment en cause sont les bactéries OXA 48. A l'occasion d'une épidémie survenue au sein de notre UGA concernant 4 patients et ayant bloqué pendant plus d'un mois cette unité, nous revenons sur les facteurs de risques classiquement retrouvés chez ces patients, qui doivent être reconnus et alerter sur le risque de portage. **Méthodes:** Etude Fine des caractéristiques des patients présent et touchés par la bactérie BHRe Type NDM et analyse de la chronologie des épisodes d'isolement en confrontant à la littérature **Résultats:** Patient 1 : patient index ayant présenté un séjour à l'étranger (Afrique du nord), en réanimation après des gestes thérapeutiques agressifs (drainage d'un Hématome sous dural) et l'utilisation d'antibiotique à large spectre. Patient 2 contact du patient Index qui a été identifié porteur dans un deuxième temps (réalisation d'un ECBU) après avoir reçu une antibiothérapie à large spectre et la pose d'une sonde urinaire. Patient 3, patient contact du cas index puis a connu une hospitalisation en réanimation avec une multi-antibiothérapie et des actes invasifs (ponctions d'ascite) et la mise en place de dispositifs (intubation). Le patient 4 a connu une hospitalisation contemporaine du cas inde et une hospitalisation en réanimation avec des actes invasifs (intubation, et ECMO) et une multi-antibiothérapie. **Conclusion:** Cet épisode d'épidémie qui a concerné 4 patients et bloqué une unité de gériatrie aigue pendant plus d'un mois a permis d'identifier les facteurs de risques classiques de diffusion et portage de ces BHRe qu'il est important de connaître pour limiter au mieux le risque de diffusion.

#### A2-15-55

##### **La candidose buccale chez le sujet âgé**

L. Radoï (1) ; A. Veille-Finet (1) ; M. Folliguet (1) ; S. Séguier (1)

(1) *Service d'odontologie, Hôpital Louis Mourier - APHP, Colombes*

**Introduction:** La candidose est l'une des pathologies les plus fréquentes des muqueuses buccales rencontrées chez le sujet âgé, souvent peu symptomatique, et qu'il convient de combattre car elle peut être le point de départ d'une dissémination digestive, pulmonaire ou systémique. Elle est favorisée par de nombreux facteurs tels qu'une hygiène insuffisante, la diminution de la sécrétion salivaire, le port de prothèses défectueuses, l'antibiothérapie au long cours, un diabète mal équilibré ou une immunodéficience. Par ailleurs, la perlèche du sujet âgé, favorisée par l'affaissement du pli commissural et la macération salivaire est généralement associée à une candidose buccale. Cette pathologie buccale résulte de l'infection opportuniste par un champignon saprophyte presque exclusivement du genre *Candida albicans* et son expression clinique très polymorphe. **Méthodes:** Cette étude clinique porte sur des patients traités dans le service d'odontologie de l'hôpital Louis Mourier (92) et vise à décrire cette pathologie sur le plan clinique et histologique. Selon leur ancienneté, on distingue les formes aiguës et les formes chroniques. Le diagnostic est avant tout clinique; le prélèvement mycologique est réservé aux formes ambiguës ou aux formes résistantes aux traitements mis en œuvre et l'examen histologique est réservé à des formes chroniques d'aspect inhomogène. **Résultats:** La forme aiguë la plus commune est le muguet qui correspond à une stomatite érythémateuse diffuse des muqueuses sur lesquelles apparaissent des granulations blanchâtres qui convergent pour former des plaques qui se détachent au grattage. La chronicité de l'infection candidosique s'explique souvent par la persistance des facteurs favorisants. Chez le sujet

âgé, les lésions cliniques sont souvent localisées au niveau de la muqueuse palatine recouverte d'une prothèse adjointe partielle ou complète. Histologiquement, la lésion candidosique aiguë présente une prolifération épithéliale en réaction à l'invasion par le *Candida albicans*, les cellules épithéliales sont disjointes sous l'effet de l'œdème inflammatoire, ce qui explique que les dépôts blanchâtres soient facilement éliminés en clinique. Le tissu conjonctif est inflammatoire mais dépourvu de champignons. **Conclusion:** La candidose buccale doit être traitée par des antifongiques locaux, lorsqu'elle se situe en dehors de tout contexte d'immunodépression ou d'extension œsophagienne. Il est indispensable que le traitement local soit associé à des soins d'hygiène buccale stricts, au nettoyage et à la décontamination des prothèses, voire à l'arrêt du port des prothèses ou leur renouvellement. Afin de limiter les complications générales des candidoses et d'améliorer la qualité de vie des patients, il est indispensable d'instituer chez les personnes âgées un dépistage systématique et un suivi odontologique régulier.

#### A2-15-56

##### Un polype colique de diagnostic tortueux

M. Pépin (1) ; A. Caplier (1) ; E. Fercot (1) ; A. Sefssafi (1) ; T. Cudennec (1) ; L. Aubert (1) ; L. Teillet (1) ; S. Moulias (2) (1) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*; (2) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*

**Introduction:** Mme F. est une patiente de 87 ans adressée par les urgences pour une suspicion de pyélonéphrite aiguë droite : elle a en effet un syndrome infectieux clinique et biologique associé à un ECBU positif à *Klebsiella* et des douleurs lombaires. Elle garde une bonne autonomie et vit seule à domicile malgré des comorbidités et des antécédents médicaux nombreux (diabète, obésité, carcinome du canal anal, cardiopathie ischémique, lymphome cutané multi opéré, BPCO post-tabagique). **Méthodes:** Elle rapporte dès son arrivée dans le service une constipation opiniâtre avec arrêt des matières depuis plus de 7 jours, elle a également des douleurs dorsales difficiles à caractériser et non reproduites à la palpation. Les radiographies de rachis dorso-lombaire montrent une discopathie étagée. Sur le scanner abdominal, il n'y a pas de syndrome occlusif, peu d'argument pour une pyélonéphrite, mais une infiltration des parties molles péri-rachidiennes en regard des vertèbres T10-T11 sans atteinte osseuse ou discale. Nous évoquons une spondylodiscite infectieuse. Malheureusement, l'IRM est contre-indiquée car Mme F. a bénéficié il y a plus de 20 ans de l'embolisation d'un anévrisme carotido-ophtalmique par du matériel ferromagnétique. Nous obtenons finalement un PET TDM qui retrouve un foyer hyper métabolique au niveau T10-T11 ainsi qu'au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne. Les radiologues réalisent une ponction vertébrale (après fenêtre antibiotique de 10 jours) qui confirme la spondylodiscite à *Klebsiella*. Il n'y a pas d'argument pour une endocardite, la seule hémoculture positive est celle réalisée après la ponction osseuse. A la deuxième tentative, la coloscopie retrouve un polype de la charnière recto-sigmoïdienne qui est une des portes d'entrée probables de l'infection osseuse. **Résultats:** A posteriori, le syndrome infectieux (frissons et fièvre) était plus ou moins concomitant des douleurs rachidiennes et de l'iléus réflexe. Nous étions orientés vers la pathologie rachidienne infectieuse mais nous avons dû convaincre nos collègues et la patiente de réaliser les différents examens complémentaires. Mme F. quant à elle, était persuadée que le problème digestif était central, ce qui s'est avéré possiblement exact. **Conclusion:** La spondylodiscite infectieuse est

une pathologie rare dont l'incidence augmente avec l'âge (6/ 100 000 personnes années après 70 ans), le diagnostic microbiologique est inconstant. La porte d'entrée n'est retrouvée que dans un tiers des cas, elle est le plus souvent urinaire, ce qui était peut-être le cas ici...

#### A2-15-57

##### Place du sujet âgé au service des maladies infectieuses

H. Boukhrissa (1) ; S. Bouhouhou (2) ; C. Abacha (2) ; W. Rebiga (2) ; H. Rebahi (2) ; W. Guenifi (2) ; M. Salah (2) ; A. Lacheheb (2) (1) *Maladies infectieuses, Université Ferhat Abbas Sétif 1, Sétif, Algérie*; (2) *Maladies infectieuses, CHU saadna abdenour setif, Sétif, Algérie*

**Introduction:** En l'absence des services de gériatrie dans notre pays, le sujet âgé occupe une place prépondérante dans le service des maladies infectieuses. La fréquence et la multiplicité des pathologies sous jacentes augmentent le risque d'infection et de sa gravité. une présentation clinique souvent atypique peut être à l'origine d'un retard diagnostique et thérapeutique qui alourdit le pronostic. Le traitement doit être adapté à la situation clinique et aux résultats des prélèvements bactériologiques qu'il faut essayer d'obtenir systématiquement en raison de l'augmentation de la prévalence d'infections dues à des bactéries multirésistantes. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de 44 dossiers de malades âgés de plus de 65 ans, hospitalisés dans le service des maladies infectieuses du CHU de Sétif entre le mois de janvier et le mois de juin 2015. notre objectif est de décrire le profil épidémiologique, thérapeutique et évolutif de leurs infections. **Résultats:** Nous avons colligés 44 observations, il s'agissait de 18 hommes et de 26 femmes. L'âge moyen était de 73 ans avec des extrêmes de 66 et 100 ans. Plusieurs comorbidités ont été notées chez nos patients : 25 % des cas avaient au moins deux comorbidités, 52% des cas avaient trois comorbidités ou plus, il s'agissait principalement de diabète (n=24), d'une HTA (n=22), et d'un cancer (n=11). Les circonstances diagnostiques étaient marquées par l'absence de fièvre dans 45% des cas, la prédominance des signes neurologiques dans 25% des cas. Le délai d'hospitalisation était de 13 jours. Sur le plan biologique : la CRP était fortement positive dans 54% des cas, l'hyperleucocytose était absente dans 61% des cas dont deux neutropénies, et on notait l'apparition ou l'aggravation d'une insuffisance rénale dans 41% des cas. Les prélèvements bactériologiques n'ont été contributifs que dans six cas (une hémoculture et cinq ECBU). les diagnostics retenus étaient : un sepsis urinaire (n=13), dont trois d'origine nosocomiale, un sepsis digestif (n=12), une pneumopathie (n= 3), une méningoencéphalite (n=3) dont deux à LCS purulent et une à LCS clair, une décompensation d'une cirrhose post hépatite B (n=3), une spondylodiscite tuberculeuse (n=2), une cellulite du membre inférieure (n=2), un zona (n=2), une neutropénie fébrile (n=2), un cas de brucellose et un cas de VIH. L'antibiothérapie des sepsis était à visée communautaire dans 15 cas, et d'emblée ou secondairement à visée nosocomiale dans dix cas. Sur le plan évolutif on notait trois états de choc septique, et six décès. La durée d'hospitalisation était en moyenne de 11 jours. **Conclusion:** la complexité de la prise en charge du patient âgé et infecté nous amène à soulever certains points : optimiser des protocoles de prise en charge pour éviter les retards diagnostiques, la nécessité de documenter tout épisode infectieux afin d'adapter l'antibiothérapie dès que possible pour limiter l'émergence des multi résistances.

**A2-15-58****Méningite tuberculeuse : une étiologie rare de méningite infectieuse**

M. Hegron (1) ; AL. Thillard (1) ; X. Gbaguidi (1)

(1) *Médecine interne gériatrique, C.H.U Rouen, Rouen*

**Introduction:** La méningite tuberculeuse (MT), forme rare de tuberculose (1% des formes cliniques) est sévère et de mauvais pronostic. Le décès survient dans plus de 50% des cas même en cas de traitement. La MT est exceptionnellement décrite dans la population âgée. **Méthodes :** Un patient caucasien de 85 ans au seul antécédent d'infarctus du myocarde était admis pour un tableau d'encéphalopathie avec rigidité axiale, grasping et myosis bilatéral, troubles de la compréhension, et hyperesthésie diffuse. Il n'y avait aucun déficit moteur. Il existait une altération modérée de l'état général évoluant depuis 3 mois avec une perte de 4kg. Les anomalies biologiques étaient une lymphopénie (1,35 G/L), une hyponatrémie euvolémique (129 mmol/L) et une CRP à 9 mg/L. L'IRM cérébrale ne retrouvait pas d'anomalie méningée ou parenchymateuse. Le LCR obtenu était clair, avec 86 leucocytes sans prédominance d'une population. Une hyperprotéinorachie à 3,72 g/L, une glycorachie à 3,3 mmol/L (ratio glycorachie /glycémie à 0,53) et l'acide lactique élevé à 3,87 mmol/L complétaient l'analyse. Aucun germe n'était vu à l'examen direct. La radiographie pulmonaire était sans particularité et l'EEG montrait un tracé aspécifique d'encéphalopathie. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien réalisé un mois auparavant ne montrait pas d'anomalie notamment pulmonaire. Le patient recevait un traitement anti infectieux probabiliste dans l'hypothèse d'une méningite bactérienne ou virale. Les cultures et PCR bactériennes et virales étaient négatives ainsi que la sérologie VIH. La dégradation clinique fut rapide avec l'apparition de clonies puis d'un coma précédant le décès survenu 8 jours après l'admission. La culture du LCR s'avérait positive à mycobacterium tuberculosis multi-sensible 35 jours après permettant de faire le diagnostic de MT. **Résultats:** La MT correspond à la rupture d'anciennes lésions au contact des méninges libérant des bacilles tuberculeux. Le diagnostic est souvent retardé en raison de sa rareté, de la présentation clinique aspécifique et des faibles performances des tests diagnostics. Pour autant, il existe quelques éléments pouvant conduire à suspecter la MT. L'évolution est souvent initialement subaiguë, une paralysie des nerfs crâniens existe volontiers et l'hyperleucocytose régulièrement absente. L'IRM avec injection de gadolinium est utile pour chercher une atteinte méningée. Elle facilite le diagnostic lorsqu'elle montre des lésions accessibles à une biopsie. La suspicion de MT est étayée par des anomalies du parenchyme pulmonaire justifiant une imagerie pulmonaire (radiographie ou scanner) dans un contexte d'encéphalopathie d'allure infectieuse. Les anomalies du LCR évocatrices sont une protéinorachie majeure et une hypoglycorachie. Il est souvent pauci cellulaire sans prédominance, surtout si le prélèvement est réalisé précocement dans l'évolution. La confirmation diagnostique et donc la documentation bactériologique sont difficiles. La PCR et l'examen direct sont généralement négatifs. La culture établie le diagnostic mais le résultat est différé de plusieurs semaines. Un grand volume de LCR (> 5ml) est par ailleurs nécessaire pour ces examens. Le traitement repose sur les corticoïdes et la quadrithérapie antituberculeuse. Son administration précoce améliore le pronostic. Sans traitement, le décès est certain. Rétrospectivement, l'absence d'hyperleucocytose, de syndrome inflammatoire francs au cours d'un tableau d'encéphalopathie chez un patient présentant une altération de l'état général progressive depuis 3 mois avec un LCR

fortement hyperprotéinorachique pouvait faire évoquer le diagnostic de MT. Cependant des diagnostics différentiels infectieux ou tumoraux plus fréquent, de présentation similaire existent. **Conclusion:** Même suspectée la confirmation diagnostique précoce fiable est perfectible laissant une problématique : celle d'initier ou non un traitement antituberculeux probabiliste.

**A2-15-59****Intérêt de la recherche de l'antigène d'helicobacter pylori dans les selles chez le sujet âgé (Revue de la littérature)**

J. Vovelle (1) ; A. Camus (2) ; A. Fraisse (2) ; P. Manckoundia (2); G. Gavazzi (3)

(1) *SSR B2 Champmaillot, CHU Dijon, Dijon;* (2) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon;* (3) *Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble*

**Introduction:** La co-imputabilité d'*Helicobacter pylori* (*H.pylori*) dans de nombreuses pathologies gastriques tels les ulcères gastroduodénaux est reconnue depuis maintenant plus de 30 ans. Sa prévalence, bien que disparate sur l'ensemble du globe, augmente avec l'avancée en âge. Les indications de recherche sont bien établies et les différentes techniques invasives (biopsie par endoscopie pour culture, analyse histologique, PCR...) et non invasives (test respiratoire à l'urée marquée, recherche de l'antigène dans les selles, sérologie) ont fait l'objet de nombreuses études permettant de dégager celles ayant le meilleur taux de sensibilité et spécificité dans la population adulte. Pour autant la plupart de ces tests sont d'utilisation difficile chez des patients âgés fragiles, qu'il s'agisse de l'endoscopie (rapport bénéfices/risques) ou du test à l'urée marquée (compliance du patient). Ainsi, il semble intéressant de considérer avec plus d'attention le test de dépistage par recherche de l'antigène d'*H.pylori* dans les selles (HpSA) en milieu gériatrique. **Méthodes:** Dans cette population (hormis lors de défaut de compliance), la discussion se pose essentiellement entre le test respiratoire et HpSA (la sérologie présentant des taux de sensibilité et spécificité moindres et ne détectant pas le caractère actif de l'infection). Ainsi, une étude italienne réalisée en 2004 (122 patients âgés de 65 à 94 ans), a évalué les performances d'HpSA comparées à une association composée de l'examen histologique et du test à l'urée marquée. **Résultats:** Les résultats de cette étude ont montré une sensibilité de 76% pour une spécificité de 96%. L'influence de la prise d'inhibiteurs de la pompe à protons et/ou d'antibiotiques était quasi similaire sur les résultats du test à l'urée marquée et de la détection antigénique dans les selles avec néanmoins un effet retardé sur HpSA (les antigènes perdurant plus longtemps dans les selles). L'étude globale des données de la littérature ont objectivé des taux de spécificité et sensibilité comparables entre ces deux tests. L'avantage majeur de la recherche d'HpSA réside dans sa facilité de réalisation. De plus, cette technique, tout comme le test à l'urée marquée, est validée dans le contrôle de l'éradication après traitement avec des performances également excellentes. Le principal inconvénient est sa non inscription à la nomenclature des actes de biologie ce qui pose des problèmes de facturation et le confine à un usage quasi exclusif en milieu hospitalier. **Conclusion:** La première perspective d'avenir serait alors d'ouvrir cette technique de dépistage à un usage ambulatoire ce qui permettrait sûrement, en élargissant son champ d'action, une prise en considération plus importante dans le domaine de la recherche donnant ainsi aux explorations et études éventuelles un aspect plus « rentable ». Il faut aussi souligner la dimension éthique d'HpSA qui représente une avancée importante dans le domaine des techniques de dépistage

non invasives. Le vieillissement croissant de la population et par conséquent la proportion de plus en plus importante de patients âgés fragiles devrait faire émerger une attention plus particulière à l'égard de ce type de démarche diagnostique. Une deuxième perspective résiderait dans le développement d'un vaccin mais reste à définir si l'infection à *H.pylori* peut être considérée comme un enjeu majeur de santé publique étant donné les coûts générés par un tel développement.

## A2.16. PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

### A2-16-60

#### Sevrage involontaire d'un traitement par nalméfène chez une patiente de 69 ans en SSR gériatrique

AS. Aakra-Jardez (1)

(1) *Ssr, C.H. Bertinot Juel, Chaumont-en-Vexin*

**Introduction:** L'alcool est responsable d'environ 2,5 millions de morts par an dans le monde. Seuls 8% des sujets bénéficient d'une prise en charge adaptée. En gériatrie, s'occuper de ces patients peut être difficile pour les soignants. L'alcool agit sur certains récepteurs opioïdes des circuits de récompense et majore la libération de dopamine des noyaux accumbens qui accentue le renforcement positif du à sa consommation. Le nalméfène est une molécule disponible en France depuis 2 ans; il vise à réduire la consommation d'alcool en association avec un suivi psychosocial. Il agit sur des récepteurs opioïdes (antagoniste des récepteurs  $\mu$  et  $\delta$  avec forte affinité, agoniste partiel des récepteurs  $\kappa$  avec faible affinité). Ce mode d'action diminuerait les effets de renforcement de l'alcool et aiderait à en diminuer sa consommation. **Méthodes:** Cas clinique; **Résultats:** Une patiente de 68 ans, connue du service, est hospitalisée en attente de prise en charge oncologique (carcinome épidermoïde de la langue et du plancher buccal de découverte récente) et épuisement de son conjoint. Antécédents : anévrisme hémorragique sylvien gauche en 2000 avec hémiparésie droite; plusieurs tentatives de sevrage alcoolique; alcoolisme actif : 4 à 6 verres de vin par jour depuis 4 mois (auparavant 3 litres de vin par jour); tabagisme actif 3 paquets année (mais 6 et 10 cigarettes depuis 4 mois); salpingectomie bilatérale et ovariectomie droite à 22 ans; appendicectomie. Traitements : miansérine 30 mg : 2 cp le soir; nicotine patch 14 et 21 mg (depuis 1 mois); oxazepam 50 : 1/2 cpx3 à 1 cpx3; nalméfène 18 mg : 1 cp le soir depuis 3 semaines (avis du psychiatre, suivi psychologique au domicile); vitamines B1 B6 PP; bisoprol 1,25 mg : 1 cp; omeprazole 40 mg : 1 cp. A l'admission (j0), son époux dit que depuis l'introduction du nalméfène les prises d'alcool ont pu être limitées à 2 verres par repas; il a réduit l'oxazepam à 25 mgx3 par jour. L'entretien retrouve sur un plan thymique une persistance des idées dépressives en rapport avec la découverte de la tumeur, une anxiété légère, un sommeil variable, pas d'éléments psychotiques, pas d'altération du raisonnement ni du jugement, pas de désorientation temporo-spaciale. La patiente est autorisée à boire 25 cl de vin midi et soir (accord du psychiatre). Elle ne peut quitter sa chambre qu'accompagnée car, lors du séjour précédent, elle avait absorbé de la solution hydro-alcoolique (SHA) après l'annonce du diagnostic tumoral nécessitant un transfert en unité médicale. A j3, on note une majoration progressive de l'anxiété. La patiente est retrouvée à plusieurs reprises avec des bouteilles de SHA récupérées dans d'autres chambres (elle se déplace sur sa jambe valide si on restreint d'accès au fauteuil roulant). Nous majorons la miansérine (10 mg matin et midi pour effet sédatif ponctuel et majoration de l'effet antidépresseur car

MADRS à 26/60), l'oxazepam (50 mgx3) et introduisons de la cyamémazine si nécessaire (25 mgx3). La patiente ne fait aucune opposition à la prise des traitements et ne manifeste aucune hétéroagressivité verbale ou physique. A j6, mise en évidence de la non reconduction du traitement par nalméfène depuis l'entrée. La patiente en est avertie ainsi que son mari. A j13, la patiente retrouve un comportement apaisé. Le nalméfène est réintroduit à J21 et l'oxazepam diminué à partir de j24. La cyamémazine a été peu utilisée. **Conclusion:** Tout oubli de prise médicamenteuse peut avoir de lourde conséquence. Chez cette patiente, les premiers troubles du comportement sont survenus 3 jours après l'arrêt du nalméfène. La première cause évoquée est le sevrage brutal de ce traitement, sachant qu'il agit sur des récepteurs opioïdes et qu'il était pris quotidiennement avant l'entrée. Mais l'efficacité du nalméfène n'est pas reconnue de façon consensuelle. Nous envisageons aussi une majoration de l'anxiété dans le cadre d'un syndrome dépressif dans un contexte de découverte néoplasique; la patiente attendait une date de prise en charge oncologique et nous n'avions pas réalisé la MADRS à l'entrée; cela nous aurait permis de majorer d'emblée l'antidépresseur. Par ailleurs, une conciliation médicamenteuse à l'entrée par un pharmacien clinicien, ou un préparateur en pharmacie, aurait limité le risque d'oubli.

### A2-16-61

#### Evaluation de la qualité de vie des conjoints de sujets âgés dépressifs, vivant en couple à domicile

M. Cleret (1) ; I. Jalenques (2) ; F. Rondepierre (3) ; C. Auclair (3)

(1) *Court séjour gériatrique, C.H. Jacques Lacarin, Vichy;*

(2) *Psychiatrie a, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand;*

(3) *Psychiatrie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand*

**Introduction:** On note une augmentation de la proportion des personnes de plus de 65 ans vivant en couple à domicile. Bien que la dépression soit le trouble psychiatrique le plus prévalent chez le sujet âgé et qu'elle deviendra la deuxième cause d'incapacité en 2020, peu d'études se sont intéressées spécifiquement au retentissement de cette pathologie sur les conjoints. **Méthodes:** - Objectifs : Evaluer la qualité de vie des conjoints de patients âgés de 65 ans et plus, au début de leur prise en charge pour un épisode dépressif majeur répondant aux critères du DSM IV-TR, vivant en couple, à domicile, en région Auvergne. Mettre en évidence l'existence de corrélation entre la qualité de vie des conjoints et la sévérité de la dépression des patients, la symptomatologie dépressive des conjoints et la charge en soins ressentie par les conjoints. - Enquête épidémiologique, observationnelle, prospective, menée de janvier 2011 à octobre 2013, dans les services de géronto-psychiatrie du CHU de Clermont-Ferrand et du Centre Hospitalier de Vichy; - Recueil des caractéristiques sociodémographiques et médicales, des événements de vie au cours des douze derniers mois, de l'échelle de dépression gériatrique GDS-15, de l'échelle de qualité de vie LEIPAD, de l'échelle de fardeau de Zarit (conjoint uniquement); - Mesure de la différence des scores aux 7 sous-échelles de l'échelle de qualité de vie LEIPAD en comparaison aux données de témoins appariés issues de l'étude antérieure de validation de la version française de la LEIPAD. **Résultats:** 19 couples inclus avec un âge moyen des conjoints de 75,3 ans (11 femmes, 8 hommes), et l'âge moyen des patients de 76,6 ans. La proportion de symptomatologie dépressive est de 36,8 % parmi les conjoints. Leur charge en soins ressentie est légère à modérée. La seule dimension de qualité de vie significativement altérée parmi les conjoints en comparaison aux témoins appariés est celle du « Fonctionnement sexuel », qui

est sévèrement dégradée, et statistiquement corrélée à la sévérité de la dépression du patient, à la symptomatologie dépressive du conjoint et à la charge en soins ressentie par le conjoint. Lorsque la symptomatologie dépressive des conjoints augmente, leur qualité de vie pour les dimensions « Fonction physique », « Dépression et anxiété », et « Satisfaction de vie » se dégrade de manière statistiquement significative, et inversement. Lorsque la charge en soin des conjoints augmente, leur qualité de vie pour les dimensions « Prendre soin de soi » et « Satisfaction de vie » se dégrade de manière statistiquement significative, et inversement. **Conclusion:** La qualité de vie des conjoints de sujets âgés dépressifs vivant en couple à domicile n'est pas altérée, hormis dans la dimension « Fonctionnement sexuel ».

## A2.18. RÉÉDUCATION/RÉADAPTATION DU SUJET ÂGÉ

### A2-18-62

#### Electromyostimulation en post-opératoire de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les sujets âgés hospitalisés en SSR orthogériatrique

B. Elhariri (1) ; A. Khalili (2) ; V. Curtis (2) ; C. Schonheit (2) ; P. Portero (1) ; A. Meziere (2)

(1) Service de rééducation neuro-orthopédique, Hôpital Rothschild, Paris; (2) Ssr orthogériatrique, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine

**Introduction:** La fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) est souvent associée à une invalidité résiduelle à long terme. La faiblesse du quadriceps est un facteur pronostique défavorable. Cette étude a pour objectif d'évaluer la faisabilité et l'efficacité de la combinaison électromyostimulation (EMS) associée à la contraction maximale volontaire (CMV) du muscle quadriceps chez des sujets âgés hospitalisés en SSR pour rééducation post-opératoire précoce après fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF). **Méthodes:** La contraction maximale volontaire (CMV) des 2 quadriceps a été évaluée à chaque début de semaine d'hospitalisation. Le groupe expérimental (GE : EMS+CMV ; n=4) a reçu une stimulation électrique musculaire surimposée à la contraction maximale volontaire du quadriceps du côté opéré (Fréquence 45Hz, intensité électrique maximale tolérée et contraction > 80% de la CMV, 3 sessions de 10'/semaine). Des exercices de rééducation classique étaient également associés. Le groupe témoin (GT : P+CMV ; n=3) a reçu la même rééducation conventionnelle et un « placebo d'électrostimulation » surimposé à la contraction maximale volontaire du quadriceps du côté opéré (intensité électrique nulle, contraction > 80% de la CMV, 3 sessions de 10'/semaine). Le protocole a été appliqué durant tout le séjour hospitalier en SSR. Les principales mesures recueillies étaient : les forces maximales isométriques des 2 quadriceps à 60° de flexion du genou et des tests de capacités et d'autonomie fonctionnelle - TUG-test, FRT, 30s-chair test, TM-4, maintien unipodal, New FAC, score GIR. **Résultats:** La stimulation électrique musculaire a été facilement mise en œuvre. La durée moyenne de prise en charge par ce protocole en SSR n'a pas excédé 3 semaines. L'EMS a donné lieu à une amélioration de la force des extenseurs du genou du côté opéré et, observée mais dans une moindre mesure, du côté non opéré. Ce gain de force, observé dans les 2 groupes, a semblé supérieur dans le groupe GE. Au niveau fonctionnel, à l'exception des maintiens unipodaux, toutes les valeurs ont progressé dans chaque groupe, et il semble davantage dans le groupe GE. **Conclusion:**

La stimulation électrique musculaire combinée à une contraction maximale volontaire (EMS+CMV) a été une thérapie bien tolérée et sans danger après FESF chez les sujets âgés hospitalisés. Un programme de trois semaines, débuté en post-opératoire précoce, semble améliorer la force musculaire des extenseurs du genou, facteur conduisant à une meilleure indépendance fonctionnelle, et doit être envisagé de façon prolongée durant l'hospitalisation ou après retour à domicile.

### A2-18-63

#### Exemple de Thérapie Non Médicamenteuse en Hôpital de jour: la "Stimulation Cognitive 2.0"

F. Oudart (1) ; L. Bonnaud (2) ; E. Chaume (2) ; L. Fuentes (2)  
(1) Clinique Korian Saint-Maurice, La Jonchère-Saint-Maurice; (2) Médical, Clinique Korian Saint-Maurice, La Jonchère-Saint-Maurice

**Introduction:** La spécificité du groupe « Neurogériatrie », de l'hôpital de jour est de recevoir des patients vivant à domicile et présentant des troubles cognitifs modérés à avancés dans le cadre de pathologies dégénératives de type MAMA et/ou présentant des troubles du comportement. La stimulation cognitive vise à impliquer la personne dans une variété d'activités et de discussions générales ayant pour but de stimuler les capacités préservées, de proposer de nouvelles stratégies et ainsi d'améliorer le fonctionnement cognitif et social. Dans son axe rééducation, réadaptation du sujet âgé, il a été décidé d'expérimenter un nouvel outil de stimulation cognitive par tablette numérique. **Méthodes:** Il s'agit d'un logiciel informatique utilisable sur ordinateur, tablette ou télévision. Il permet une prise en charge de différentes fonctions cognitives de façon individuelle ou groupale, à l'aide de 41 exercices. Ces exercices sont réglables en niveau de difficulté, pour s'adapter aux capacités du patient et éviter une mise en échec. L'échelle de difficulté va de 1 à 9 : 1 signifie facile et 9 difficile. Il est possible de faire plusieurs fois le même exercice avec le même patient, car le logiciel possède une large base de données qui évite les répétitions. La prise en charge s'inscrit dans le projet thérapeutique du patient et a pour objectif une stimulation des fonctions cognitives préservées afin de conserver le plus longtemps possible ces capacités ; et d'améliorer la thymie et le bien-être du patient. Avec la prise en charge groupale, d'autres buts sont également visés : la sociabilisation ou la conservation d'un lien social et la communication. Le logiciel, permet de travailler les différentes mémoires (visuelle, verbale et auditive; mémoire de travail, mémoire épisodique et mémoire sémantique), les capacités langagières (vocabulaire, compréhension, raisonnement), les fonctions exécutives (inhibition, flexibilité mentale, planification), les capacités logico-mathématiques, la vitesse de traitement de l'information, et différentes attentions (attention soutenue et sélective et partagée) • Avantages : Le logiciel permet de créer un dossier propre à chaque patient. Il permet ainsi de suivre l'évolution des performances de chacun et de dater ce qui a été travaillé. Pour chaque exercice il est possible de connaître les capacités cognitives sollicitées (onglet info) et de régler le niveau de difficulté (soit manuellement, soit à l'aide de l'échelle). Evaluations préalables et de suivi à 1 an : Réalisées par un psychologue. Cognitive : MMSE, BREF, RL-RI 16, DMS 48, Code Deno de Bachi; Thymie :Echelle d'anxiété : STAI-état, Echelle de dépression : GDS ,Echelle de bien-être de l'OMS, Echelle d'estime de soi de Rosenberg, Evaluation de la plainte cognitive : McNair. • Déroulement d'une séance : Une séance hebdomadaire d'une heure à une heure et demie, selon la fatigabilité des patients, Au début de la séance :

mini-revue de presse : il s'agit ici de revenir sur les évènements marquants de la semaine écoulée, Exercices : explication des exercices : but, fonctions cognitives entraînées, stratégies pour réussir, Feed-back : retour sur la séance et les ressentis. **Résultats:** Obtenir une amélioration sur le plan thymique et sur l'image de soi: amélioration de l'estime de soi, du bien-être, diminution du score de dépression, d'anxiété et de plaintes cognitives. Sur le plan cognitif, nous souhaitons une stagnation ou une diminution moins prononcée, moins rapide des performances. **Conclusion:** Cette méthode présente l'avantage d'un format attractif et interactif pour les patients présentant des symptômes de type MAMA. De plus le logiciel permet d'évaluer et de suivre l'évolution du patient dans le cadre de sa prise en charge. Les prises en charge basées sur la cognition, telles que l'entraînement ou la stimulation cognitives constituent des approches non médicamenteuses pour aider les personnes en particulier âgées à conserver leurs fonctions cognitives.

#### A2-18-64

##### **L'influence d'un entraînement de la cognition et de la mobilité sur les capacités cognitives des personnes âgées**

E. Bourkel (1) ; C. Federspiel (2) ; JP. Steinmetz (3)

(1) *ZithaSenior Recherche et Développement, Centre de la Mémoire et de la Mobilité, Luxembourg, Luxembourg;* (2) *Geriatric, ZithaSenior SA, Luxembourg, Luxembourg;* (3) *Psychologie, ZithaSenior Recherche et Développement, Centre de la Mémoire et de la Mobilité, Luxembourg, Luxembourg*

**Introduction:** L'entraînement de la cognition ainsi que de la mobilité permet de stabiliser ou d'améliorer les capacités cognitives des personnes âgées. De ce fait, des interventions au niveau de la cognition et de la mobilité jouent un rôle important au sein de la prévention primaire et secondaire de la démence. L'objectif de cette étude est de clarifier d'avantage l'influence de différents programmes d'entraînement sur les performances cognitives des personnes âgées. **Méthodes:** Nous analysons les effets de l'entraînement de la cognition et de la mobilité sur les capacités cognitives des personnes sans déficits cognitifs ainsi que des personnes atteintes de déficits cognitifs légers. En outre, nous déterminons quelles fonctions cognitives (c. à d. la mémoire, la flexibilité cognitive, la fluence verbale et l'attention) sont les plus influencées par un entraînement. **Résultats:** Les participants (N = 60, groupe d'âge = 66-87 ans) prenaient part à un programme d'entraînement de la mobilité et de la cognition avec deux sessions par semaine. Les capacités cognitives des participants ont été collectées avant et après l'entraînement utilisant des tests de la mémoire (apprentissage et rappel), un test de la flexibilité cognitive, un test de la fluence verbale et un test non-verbal de l'attention. **Conclusion:** La discussion se concentre sur la nécessité d'établir des programmes d'entraînement de la cognition et de la mobilité structurés pour la prévention primaire et secondaire de la démence.

#### A2-18-65

##### **Quelle place pour les pictogrammes d'autonomie dans la prise en charge des patients en moyen, long séjour gériatrique en en SSR gériatrique?**

E. Viollet (1) ; E. Galano (1) ; J. Debuyschere (2) ; M. Fougeroux (3) ; M. Gawra (1) ; V. Nouvel (1) ; P. Doize (1) ; F. Nouvel (1) ; B. de Wazières (4)

(1) *MPR, CHRU de Nîmes, Nîmes;* (2) *Gériatrie, CHRU de Nîmes, Nîmes;* (3) *Cellule prévention/conditions de travail, CHRU de Nîmes, Nîmes;* (4) *Médecine gériatrique, CHRU de Nîmes, Nîmes*

**Introduction:** Les aides techniques à la mobilité et aux transferts ont pour objectif de préserver les capacités résiduelles des patients (DRESS 2003) et de prévenir les troubles musculo-squelettiques des soignants (INRS). Leur mise en place et leur suivi est donc un enjeu important pour les établissements de santé. Néanmoins, leur utilisation est variable en fonction des politiques institutionnelles et même au sein d'une équipe. Inspirés du principe de la SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle), les pictogrammes utilisés dans de nombreux établissements en France permettent de favoriser la communication entre les soignants, les aidants naturels et les patients autour des capacités du patient et sont très largement plébiscités par les organismes de tutelles tels que la HAS (2006). **Méthodes:** Devant le constat de la diversité des prises en charge en moyen et long séjour gériatrique et en SSR, les soignants du CHU de Nîmes, accompagnés par la cellule dédiée aux conditions de travail, ont proposé la mise en place de pictogrammes dédiés à l'utilisation des aides techniques à la mobilité et au transfert. Ce travail a permis la réalisation d'une première version sur des supports magnétiques placés dans la chambre des patients. Les aides techniques étaient représentées en situation d'utilisation par photographie avec un code couleur en lien avec la catégorie d'aide technique (mobilité au lit, transfert lit-fauteuil...). Un développement avec un industriel a permis en 2014 de travailler l'universalité du support et de permettre son utilisation en secteur de soin: désinfection, format, mode d'affichage... **Résultats:** Les pictogrammes sont utilisés de manière systématique dans les services de moyen et long séjours gériatriques et en SSR gériatrique depuis un an environ. L'évaluation des pratiques professionnelles montre que ce mode de transmission d'informations est satisfaisant pour les soignants, les rééducateurs, les patients et leur entourage familial. Aucun patient refuse l'affichage des pictogramme dans sa chambre. Il existe beaucoup moins d'aléas de prise en charge liés aux modifications des capacités du patient comme au turn over des soignants. De plus, les patients et leur entourage décrivent une facilité de communication autour des progrès du patient au cours de son séjour en SSR notamment. **Conclusion:** La place des pictogrammes d'autonomie est indiscutable dans l'amélioration de la communication autour de la prise en charge des patients, permettant ainsi un accompagnement de la mise en place des aides techniques, élément fondamental dans leur observance (Cambois 2003, Detraz 2000). Néanmoins, certains établissements de santé restent timides quant à leur utilisation pour garantir le respect du secret et de la confidentialité des données de santé. L'expérience menée au sein du CHU de Nîmes pourrait permettre de favoriser la mise en place de tels dispositifs qui sont d'excellents supports d'éducation thérapeutique et de transmission d'informations sans dévoiler d'information sur l'état de santé du patient. Ces dispositifs doivent faire parti intégrante d'une politique globale d'établissement et des équipes de soin, après accord du patient et de son entourage.

## A2.21. TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX

### A2-21-66

#### Du retour des limbes

C. Pages (1) ; S. Schambach (2) ; S. Sirvain (3) ; T. Fraisse (4)

(1) *Court Séjour Geriatrique, Centre hospitalier Ales Cevennes, Ales*; (2) *Court séjour gériatrique, CH ales cevennes, Brignon*; (3) *Court séjour gériatrique, C.H. Alès-Cévennes, Alès*; (4) *Service de gériatrie, CH Alès-Cévennes, Alès*

**Introduction:** Mme S, 82 ans, est hospitalisée en service de médecine gériatrique pour confusion fébrile. Elle a pour antécédents une HTA traitée par olméstartan et une goutte par fébuxostat. Elle est autonome au domicile et a voyagé récemment aux Antilles pour une croisière. Elle aurait fait 6 mois auparavant un épisode de confusion après des soins dentaires et prise d'amoxicilline et un épisode de somnolence lors de la prise de colchimax il y a 5 mois. Mme S bénéficie à nouveau de soins dentaires traités par amoxicilline et prednisone. Au quatrième jour de traitement, elle est confuse avec fièvre à 38.6. Il n'y a pas de déficit focal, ni de mouvements anormaux ou de syndrome méningé. **Méthodes:** Les examens complémentaires initiaux (TDM cérébrale, Numération Formule Sanguine, CRP) sont normaux. L'analyse du Liquide Céphalo Rachidien (LCR) est en faveur d'une méningite lymphocytaire aseptique devant une hyperprotéinorachie à 0.53 (N<45) associée à une hypercellularité (13 cellules nucléées) lymphocytaire (77%). Les examens bactériologiques et virologiques (HSV VZV Enterovirus) de première ligne sont négatifs. A l'électroencéphalogramme (EEG) il n'y a pas de foyer de ralentissement ni d'argument en faveur d'une encéphalite. L'IRM séquences T1 T2 FLAIR, est elle aussi non contributive. Une bithérapie intraveineuse par Aciclovir + Cefotaxime est débutée. L'évolution dans le service est défavorable avec des troubles de la vigilance se majorant allant jusqu'au coma aréactif. Une enquête de pharmacovigilance ne retrouve pas de critères d'imputabilité pour les traitements utilisés. Le bilan étiologique est complété par des sérologies Lyme, Chlamydia, Bartonella, EBV, HIV, CMV ainsi que les arbovirus (Dengue, Chikungunya, West Nile, Toscana) qui sont négatives. L'EEG de contrôle retrouve un foyer de ralentissement bi-frontal. Le scanner TAP à la recherche d'une origine paranéoplasique, est négatif, de même que les anticorps antineuronaux (notamment anti Hu, anti Yo et anti NMDA). La recherche de cryoglobulines est négative. Les anticorps antinucléaires sont à la limite de la significativité. Les anticorps anti-TPO et anti thyroglobuline reviennent positifs, respectivement à 155 UI/mL (5 x Normale) et 306 UI/mL (2,5 x Normale). **Résultats:** L'ensemble du bilan nous fait retenir le diagnostic d'encéphalite auto-immune de Hashimoto. La TSH était normale à 2.35  $\mu$ UI/ml. La patiente est traitée par 2 mg/kg/j de méthylprednisolone IV. Le tableau clinique régressera de façon spectaculaire dans les premières 24h avec une récupération de la vigilance et une regression du syndrome confusionnel sans récurrence ultérieure au cours du suivi (M4 actuellement); **Conclusion:** L'encéphalite auto-immune d'Hashimoto (ou à anticorps anti TPO) est une cause rare et méconnue d'encéphalite aseptique. Elle est évoquée devant un tableau encéphalitique (le plus fréquent étant une encéphalopathie subaiguë myoclonique), une méningite aseptique associée à la présence sanguine d'anticorps anti TPO. L'IRM cérébrale est anormale dans 50% des cas avec fréquemment des hypersignaux T2 sous corticaux aspécifiques. L'EEG retrouve le plus souvent un ralentissement diffus et aspécifique

de l'électrogonèse cérébrale. La gravité du tableau n'est pas corrélée au taux d'anticorps. De même, l'absence de dysthyroïdie ne remet pas en cause le diagnostic. Elle est plus fréquente chez les femmes et peut survenir à tout âge. Le traitement initial repose sur la corticothérapie à fortes doses. Il constitue pour certains un véritable test diagnostique devant la grande corticosensibilité de cette affection. Elle doit être poursuivie durant au moins 3 mois avec une décroissance très progressive. La rechute est possible à la décroissance ou l'arrêt du traitement.

### A2-21-67

#### Réhabilitation auditive et troubles psycho-comportementaux de la maladie d'Alzheimer: résultats d'un essai clinique randomisé

A. Adrait (1) ; MF. Nguyen (1) ; V. Laurent (2) ; C. Lionel (3) ; X. Perrot (4) ; M. Bonnefoy (5)

(1) *Médecine gériatrique aiguë, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon*; (2) *Uf de méthodologie en recherche clinique, CHU Lyon Sud, Pierre-Bénite, France*; (3) *Orl, Centre Hospitalier Lyon Sud, Pierre-Bénite, France, Pierre-Bénite*; (4) *Explorations oro-faciales, CHU Lyon Sud, Lyon*; (5) *Gériatrie, CHU Lyon Sud, Pierre-Bénite, France*

**Introduction:** La presbyacousie chez les sujets atteints de Maladie d'Alzheimer (MA) est plus répandue que chez les non déments et aurait un rôle favorisant dans la survenue de la maladie. Notre objectif était d'évaluer l'impact d'une réhabilitation audioprothétique sur les statuts psycho-comportemental et fonctionnel, et sur le « fardeau » de l'aidant, chez des sujets presbyacousiques atteints de MA. **Méthodes:** Etude interventionnelle, randomisée, multicentrique, contrôlée versus placebo (prothèses inactives), en double aveugle, évaluant l'impact d'un appareillage auditif par NPI/ES (NeuroPsychiatric Inventory pour Equipe Soignante), IADL (Instrumental Activities of Daily Living) et échelle de Zarit. A 6 mois d'appareillage, évaluation des critères de jugement entre les groupes prothèses actives et placebo avant activation des prothèses placebo. A 12 mois, évaluation des critères de jugement dans le groupe prothèses placebo pour mesurer l'impact de l'activation des prothèses. **Résultats:** 51 sujets ont été inclus, parmi lesquels 48 ont été randomisés et appareillés: 22 sujets ont été équipés de prothèses actives (Mini-Mental State Examination (MMSE) moyen 19.8, NPI/ES moyen 17.5, IADL moyen à 4.7, Zarit moyen à 19.3), et 26 de prothèses placebo (MMSE moyen 19.3, NPI/ES moyen 25.8, IADL moyen à 4, Zarit moyen à 26). A 6 mois, les différents scores s'aggravaient dans les 2 groupes, sans différence significative entre eux. Le NPI/ES moyen s'aggravait à 23.6 (prothèses actives) vs 26.1 (prothèses placebo) (p=0.3032). L'IADL moyen s'aggravait à 3.2 (prothèses actives) vs 3 (prothèses placebo) (p=0.5800). Le Zarit moyen s'aggravait à 22.4 (prothèses actives) vs 26.3 (prothèses placebo) (p=0.4701). A 12 mois, l'activation des prothèses du groupe placebo n'a pas eu d'impact sur ces 3 scores qui s'aggravaient de manière non significative. **Conclusion:** Cette étude ne montre pas d'amélioration des scores psycho-comportementaux, du statut fonctionnel ou allégeant « le fardeau » de l'aidant, après 6 mois de réhabilitation auditive. Cette aggravation correspond à l'évolution naturelle de la MA, mais la recherche de l'optimisation de la réafférentation auditive doit être poursuivie, probablement à la phase prodromale de la MA, afin de prévenir l'émergence des troubles psycho-comportementaux.

**A2-21-68****Hyperostose frontale interne et démence frontale : à propos de 2 cas**

J. Barré (1) ; A. Brangier (1) ; PY. Paré (1) ; R. Hureaux-Huynh (1) ; G. Duval (1) ; C. Annweiler(1)

(1) *Gérontologie clinique, C.H.U - CHU Angers, Angers*

**Introduction:** Deux patientes âgées de plus de 75 ans consultent pour une altération isolée des fonctions exécutives, lentement évolutive et des symptômes comportementaux de type frontal. L'imagerie morphologique cérébrale retrouve une hyperostose frontale sévère. **Méthodes:** En 1765, Giovanni Morgagni décrivait un syndrome associant hyperostose frontale interne, obésité et hirsutisme. En 1928, Stewart et en 1930 Morel, ajoutent à ce syndrome la description de symptômes neuropsychiatriques, allant du spectre de la dépression à celui de la démence ; définissant ainsi le syndrome de Morgagni-Stewart-Morel. **Résultats:** Peu évoqué en routine clinique, ce syndrome reste régulièrement publié, notamment chez des patientes présentant des hyperostoses précoces ou sévères. L'hyperostose frontale interne a une incidence qui varie entre 0,8 % et 12,8% selon les auteurs, avec une très nette prédominance féminine. **Conclusion:** Conscients des limites inhérentes aux séries de cas, nous proposons que les nouveaux outils d'évaluation des fonctions exécutives et des dysfonctionnements frontaux, combinés à la classification par grade de sévérité de l'hyperostose frontale, puissent permettre une réévaluation et une réactualisation des travaux de Stewart et Morel.

**A2-21-69****Reconnaître et prendre en charge les résurgences anxieuses**

É. Garrigue (1)

(1) *Ssr polyvalent, Ssr Korian la condamine, Montpezat-Sous-Bauzon*

**Introduction:** Nous caractérisons l'atteinte cognitive parfois dans notre pratique quotidienne à travers la difficulté à recourir à la mémoire récente. L'hypothèse de travail est que cette difficulté peut parfois être en rapport avec une sur expression d'un événement marquant de vie à forte tonalité anxieuse, une résurgence, qui envahit l'espace présent. Reconnaître cet événement marquant non résolu peut permettre une prise en charge adaptée qui en diminuant la tonalité anxieuse peut avoir un effet sur les troubles du comportement ou une symptomatologie criante, souvent chronophage pour les soignants ou les proches. **Méthodes:** Reconnaître un événement marquant non résolu à expression anxieuse à travers une symptomatologie clinique bien précise. Prise en charge diagnostique ( pathologies intercurrentes) et clinique par modification posturale interactive par la technique EAR ( entendre/ agir /restituer). Évaluation de la réponse clinique et de la disparition ou diminution de la sur expression mémorielle. cas cliniques (3). **Résultats:** Analyse des résultats avec impact clinique attendu sur la symptomatologie clinique rapide (moins de 48 heures) et la résolution de l'événement en quelques semaines (4 à 6). Limites induites par l'utilisation des médicaments psychotropes. **Conclusion:** La reconnaissance de cette sur expression mémorielle anxieuse et sa prise en charge rapide peut avoir un impact quantifiable sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent y compris lors d'une atteinte sévère de la mémoire antérograde. L'utilisation des psychotropes dans cette situation précise empêche l'incrémentation résolutive. Cette approche se différencie du traitement de la réaction catastrophique de Taillefer et Geneau (

plongeon rétrograde).

**A2-21-70****Troubles du comportement et mémoire traumatique**

S. Faberger (1)

(1) *usld/csg, C.H. du Pays d'Aix, Aix-en-Provence*

**Introduction:** Evaluation des troubles du comportement chez les patients souffrant d'un syndrome dementiel évolué et prise en charge. Certains troubles du comportement refractaires pourraient être la reactivation d'une mémoire ancienne appelée mémoire traumatique, faite de maltraitances répétées et les plus graves dans l'enfance. **Méthodes:** Etude de Cas d'une patiente de 61 ans avec un syndrome dementiel évolué , présentant des troubles du comportement majeurs. Echec de la prise en charge gériatrique pluridisciplinaire médicamenteuse et non médicamenteuse. **Résultats:** hypothèse d'une reactivation d'une mémoire traumatique. Les fonctions cognitives chez l'adulte sain permettent de gérer plus ou moins efficacement cette mémoire. Face au déclin cognitif, comment les patients dementés parviennent ils à gérer cette mémoire considérée par le DR Salmona comme une bombe à retardement? **Conclusion:** Que faire pour nos patients qui ont été victime de violence dans l'enfance , qui n'ont plus les moyens cognitifs pour faire face à ses violences qui reviennent, comme s'ils n'avaient plus le souvenir du trauma, mais la trace psychique.

**A2-21-71****Personnalité et symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD)**

S. Delmas (1) ; L. Minier (2) ; B. Lignier (3)

(1) *Psychologue clinicienne, Résidence Ger'Home, Le Noble Age, Courbevoie;* (2) *Laboratoire evaclipsy, ea 4430, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Nanterre;* (3) *Univ. bourgogne franche-comté, Laboratoire Psychopathologie et Psychologie Médicale, LPPM, EA 4452, Dijon*

**Introduction:** La personnalité comme prédicteur du développement d'une démence est aujourd'hui établie (Morris et al., 2004, Terracciano et al., 2014). Ainsi, nous savons que les dimensions Névrosisme et Conscience sont des marqueurs de la maladie d'Alzheimer (Wilson et al., 2003), et qu'ils peuvent se révéler être plus efficaces que les données cognitives (Duchek et al. , 2007). En revanche, l'influence de la personnalité sur l'apparition des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD) reste très peu étudiée. Ces troubles peuvent être dits négatifs lorsqu'ils se caractérisent par un retrait, une apathie. A l'inverse, ils sont dits perturbateurs ou positifs lorsqu'ils sont source de perturbation ou de danger pour la personne ou autrui. Leur anticipation et prise en charge est primordiale dans le traitement de la maladie d'Alzheimer. L'objectif de cette étude est donc de déterminer le rôle de la personnalité dans ces troubles. Nous émettons l'hypothèse que la personnalité sera prédictive des troubles du comportement (H1). Plus précisément, les troubles négatifs seront corrélés à un faible score en Extraversion, Agréabilité, Conscience et Ouverture ainsi qu'à un score élevé en Névrosisme (H2). Les troubles positifs seront corrélés à une Extraversion élevée, une Agréabilité et une Conscience faibles (H3). **Méthodes:** L'évaluation de la personnalité d'un échantillon de 100 patients, résidant dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), a été réalisée rétrospectivement par un membre de leur famille et dans la situation actuelle par leur

soignant référent. L'outil utilisé est le « Big Five Inventory-Fr » dans sa version hétéro-évaluative (BFI-Fr, John et al., 1992 ; Lignier et al., In Press). L'évaluation des troubles du comportement et des troubles cognitifs a été réalisée par la psychologue à l'aide du « Neuropsychiatric Inventory » (NPI-ES ; Cummings et al., 1994; Robert et al., 1996) et du « Mini Mental State Examination » (MMSE ; Folstein et al., 1975). Le diagnostic a été fourni par le médecin coordonnateur. **Résultats:** Le score total du NPI-ES est fortement et négativement corrélé à la Conscience, et positivement au Névrosisme. Les idées délirantes sont corrélées négativement avec l'Agréabilité et la Conscience. L'Agitation/Agressivité, l'Exaltation de l'humeur/Euphorie et l'Apathie/Indifférence sont corrélées négativement avec la Conscience. L'Irritabilité/Instabilité de l'humeur est négativement corrélée à l'Agréabilité et la Conscience, et positivement corrélée au Névrosisme. Les Comportements moteurs aberrants sont négativement corrélés avec la Conscience et positivement au Névrosisme. Les troubles du Sommeil sont négativement corrélés à la Conscience et à l'Ouverture. La Dépression/Dysphorie et l'Anxiété ne sont pas corrélées avec la personnalité. **Conclusion:** Nos résultats confirment ceux de la littérature concernant l'importance des traits de personnalité Conscience et Névrosisme dans l'étude de la démence mais s'avèrent également pertinents dans le cadre des troubles du comportement. De plus, le fait que le Névrosisme ne soit pas corrélé avec les troubles du comportement dépression/dysphorie et anxiété permet de distinguer la pathologie du trouble du comportement. Dès lors, la question sera de déterminer les causes des troubles du comportement dépression/dysphorie afin de mieux le traiter.

#### A2-21-72

##### **Prise en charge des troubles du comportement chez les personnes âgées en SSR polyvalent: défaut ou erreur d'adressage source de mauvaise prise en charge**

M. Razafindrainibe (1) ; Z. Razafindrainibe (2) ; C. Fortin (2)  
(1) *Hopital fauquet (SSR bolbec), C.H. Intercommunal Caux Vallée de Seine, Bolbec;* (2) *SSR hopital fauquet bolbec, CHICVS lillebonne/bolbec, Lillebonne*

**Introduction:** Le SSR est une structure qui habituellement se trouve entre l'hôpital et le domicile. Mais dès fois pour diverses raisons, il se trouve en première ligne, l'obligeant dès lors assez souvent à gérer des situations médicales ou sociales très complexes, sources de difficultés, mauvaises ou échecs dans la prise en charge des personnes âgées. Notre vécu quotidien devant le problème des troubles du comportement, échecs dans la prise en charge nous a amené à faire une évaluation retrospective de notre pratique sur un an allant du 01/06/2015 au 01/06/2016. il en ressort que toutes causes confondues, un défaut d'adressage (un facteur modifiable) semble être lié de façon significative à un mauvais résultat dans la prise en charge des patients avec troubles du comportement. ainsi la question qu'on se pose est la suivante: un défaut d'adressage est-il une source de mauvaise prise en charge des troubles du comportement chez les personnes âgées? bibliographie? N.B: un "défaut d'adressage" peut être interprété comme une non indication effective ou relative d'une admission en SSR: - patients en phase aigue nécessitant une stabilisation avant son admission: - en service médecine aigue ou relevant de la psychiatrie; - patients avec troubles cognitifs sévères, non évalués; - aux urgences, recusés ailleurs et dont le renvoi à domicile est compromettant; - à la demande d'une tierce personne (famille, médecin traitant, autorité locale); - patients non consentants, avec ou sans troubles cognitifs. - les

cas sociaux, situations ambiguës. **Méthodes:** 1) Population cible: patients âge supérieur à 60 ans, homme et femme, hospitalisés entre 01/06/2015 au 01/06/2016; 2) outils: PMSI, dossier médicale, NPI/ES; 3) paramètres pertinents (echec de la prise en charge) - clinique à son admission: aggravation des troubles nécessitant un traitement spécifique; - médicamenteux; - contention physique; - transfert: - UHR de l'établissement; - ou ailleurs (UCC le Havre, CHU ROUEN); - décès. **Résultats:** en cours de finition; **Conclusion:** La prise en charge des personnes âgées avec trouble du comportement est un véritable déficit dans notre pratique en SSR polyvalent. Notre structure est assez modeste, 52 lits SSR, sans Unité Cognitivo Comportemental avec un pool tournant et passage assez important. Chaque prise en charge est unique. Malgré les recommandations, nous sollicitons beaucoup les structures de référence gériatrique de notre secteur CHU ROUEN et Hopital MONOD le Havre que soit pour avis spécialisé ou bien suite de prise en charge. A travers cette modeste reflexion, nous voulons soulever, apporter et discuter au sein de la société gérontologique une des causes parmi tant d'autre d'echec dans la prise en charge des troubles du comportement chez les personnes âgées, permettant ainsi d'intervenir aussi efficacement possible sans être délétère pour ce symptôme, un grand problème de santé publique.

#### A2-21-73

##### **Approche sociologique des cris des patients déments**

R. Scandiuzzi (1)

(1) *CSG, HDPMB- Sallanches, Sallanches*

**Introduction:** « Une société est faite d'individus et de groupes qui communiquent entre eux » Les cris traduisent la souffrance et la vulnérabilité tant physique que psychologique des patients, leur douleur physique ou psychique, ou simplement les limites cognitives qu'ils rencontrent. Certains auteurs ont proposé une fiche de décryptage clinique du sens des cris, centrée sur le patient, afin d'aider les équipes soignantes dans leur travail quotidien. **Méthodes:** Les approches de la sociométrie, de la sociologie et de la dynamique des groupes par J. L. MORENO, K. LEWIN, BALES, S.MOSCOVICI et R. MUCCHIELLI ont défini l'ensemble des phénomènes psycho-sociaux qui se produisent dans les groupes et l'ensemble des méthodes qui permettent d'interagir sur les personnalités, et sans doute les cris, par le moyen des phénomènes qui régissent les groupes. **Résultats:** Les différentes atteintes physiques, psychiques ou cognitives des patients « crieurs », leurs personnalités, leurs perceptions et leurs représentations de leur environnement, interviennent dans les relations interindividuelles qu'ils construisent et dans la dynamique des groupes auxquels ils appartiennent. Le sens des cris, est influencé par de multiples facteurs environnementaux tenant du contexte social et familial, d'éléments physiques et architecturaux, des spécificités des relations entre les différents acteurs qui entourent le patient, et des mécanismes de défense qui protègent chaque individu dans ses relations interindividuelles. La fluctuation des atteintes cognitives dans les processus démentiels, les fluctuations environnementales, les fluctuations comportementales et émotionnelles des patients, des aidants familiaux et professionnels, le moral de l'ensemble des groupes patients-soignants-familles et leurs expressions tant verbales que non verbales, interagissent sur les sens des cris et sur leur vocalité. Chaque soignant a une perception individuelle de son rôle propre, au-delà des connaissances pratiques et théoriques concernant sa pratique professionnelle. C'est dans l'inconscient individuel et par le jeu des émotions, que chacun investit la tâche

qui lui est attribuée, avec les normes déterminées par les valeurs, les représentations et les émotions entre croisées dans les groupes. Les buts collectifs, les émotions collectives recherchent un état d'efficacité et d'harmonie entre les capacités et les besoins des patients, des aidants professionnels et familiaux pour l'établissement d'un équilibre interne marqué par les vicissitudes de l'existence et un système de relation stable, épanouissant et harmonieux avec l'environnement qui pourra favoriser la compréhension du sens des cris et influencer sur celui-ci. **Conclusion:** La prise en charge des cris des patients sollicité en plus de la prise en charge individualisée du patient, le fonctionnement de l'ensemble des groupes qui l'entoure dans l'unité de soins où il séjourne. Malgré toute la subjectivité de cette approche, il paraît intéressant d'imaginer que les processus relationnels relevant de la dynamique des groupes puissent intervenir sur le sens des cris et sur leur compréhension. On peut imaginer que la communication au sein des groupes, avec toutes ces spécificités, adaptée et accompagnée, puisse permettre de limiter les représentations personnelles et d'intégrer toutes les dimensions des relations interindividuelles pour analyser le sens des cris avec encore plus d'objectivité.

### A3.1. BIOLOGIE

#### A3-01-01

#### Neurones somatostatinerigiques dans le cortex frontal et olfactif de patients atteints de MA, DFT ou contrôles. Étude anatomopathologique

J. Heinrich (1) ; A. Simon (2) ; D. Gény (1) ; J. Epelbaum (2) ; S. Leclère-Turbant (1) ; P. Sazdowitch (2) ; E. Duron (3) ; C. Viollet (2)

(1) Centre de psychiatrie et neurosciences, INSERM, UMR-S894, Centre de psychiatrie et neurosciences, ENS PARIS, paris; (2) Centre de psychiatrie et neurosciences, INSERM, UMR-S894, Centre de psychiatrie et neurosciences, paris; (3) Service du professeur Hanon, APHP, université Paris Descartes, Hôpital Broca, Paris

**Introduction:** La maladie d'Alzheimer (MA) est la démence la plus fréquente chez lesujet âgé (70% des cas). En anatomopathologie, il a été observé un dépôt d'agrégats extracellulaires amyloïdes et intracellulaires de protéines tau hyperphosphorylée selon un schéma stéréotypé. Toutefois, les mécanismes cellulaires et moléculaires précis qui contribuent à la mort progressive des neurones restent à élucider. En particulier, il demeure de nombreuses zones d'ombre quant à ce qui sépare la maladie d'Alzheimer des autres démences sporadiques, comme la démence fronto-temporale (DFT), et du vieillissement cognitif réussi. Plusieurs études ont montré en anatomopathologie humaine ou dans des modèles murins de maladie d'Alzheimer une baisse spécifique des neurones somatostatinerigiques corrélée à la gravité des troubles cognitifs. L'implication récente du peptide dans les processus olfactifs, suggère qu'ils pourraient aussi être touchés lors des déficits olfactifs précoces observés chez les patients MA. **Objectif:** Dans cette étude, nous avons quantifié l'innervation somatostatinerigique présente dans deux régions respectivement impliquées dans les déficits cognitifs et olfactifs observés dans la maladie d'Alzheimer, le cortex frontal et le cortex olfactif. L'étude a été réalisée sur des prélèvements fixés de sujets MA et desujets atteints de démence frontotemporale (DFT), qui diffèrent par les marqueurs neuropathologiques impliqués, et descontrôles sains. **Méthodes:** MéthodesL'innervation et la densité des cellules

somatostatinerigiques ou portant le récepteur sst2 ont été mesurées par immunohistochimie colorimétrique sur des coupes flottantes de prélèvements post-mortem(48h fixation, 4%PFA) de cortex frontal F2 et de cortex olfactif (7/6 MA, 5/3 DFT et 3/1contrôles respectivement, 40-91 ans, banque GIE-NeuroCeb). Le nombre de cellules et la densité de marquage ont été analysés dans chaque couche cellulaire grâce au logiciel de traitement d'images ImageJ en utilisant une macro dédiée selon la structure. Le diagnostic a été corrélé à la quantité tissulaire de somatostatine mesurée par dosage Elisa à partir de cortex F2 congelés des mêmes patients (18 MA, 5 DFT, 7 contrôles). La distribution relative de somatostatine et de Tau hyper phosphorylée, marqueurs communs aux MA et DFT a été observé par immunofluorescence. Nous avons ensuite réalisés des ANOVA sur le logiciel PRISM pour voir si les données étaient significativement différentes entre les groupes. **Résultats:** Nous observons une diminution significative du nombre de cellulessomatostatinerigiques et du marquage somatostatinerigique diffus dans le cortex F2 des patients atteints d'Alzheimer par rapport à la fois aux DFT, pour lesquels le marquage semble plutôt augmenté, et aux patients contrôles (p.valeur : couche III : 0.008, couche 4 : 0.01, couches 5 et 6 : 0.03). Toutefois, nous ne trouvons pas de différence significative par dosage ELISA dans le cortex F2.Nous ne trouvons pas de différence significative entre DFT et MA dans le cortex olfactif.La co-localisation de Tau hyper phosphorylée avec des corps cellulaires immunomarqués pour la somatostatine a pu être observée dans le cortex olfactif. **Conclusion:** Nos résultats préliminaires montrent que les cellules somatostatinerigiques semblent préférentiellement touchées dans le cortex frontal F2 de sujets Alzheimer et non chez les sujets DFT. Aucune différence statistique n'a pu être mise en évidence dans le cortex olfactif entre ces deux pathologies. Cependant les faibles nombre et qualité des tissus corticaux olfactifs requièrent de compléter l'étude pour pouvoir conclure dans cette structure. La co-localisation de marqueurs d'agrégats Tau avec les rares cellules SOM a cependant pu y être observée comme précédemment rapportédans d'autres structures olfactives, et serait mettre en lien avec les altérations précoces de l'olfaction retrouvées dans la maladie d'Alzheimer.

#### A3-01-02

#### Hémophilie acquise de la personne âgée : savoir y penser !

C. Golstein (1) ; C. Loiseau Breton (2) ; C. Cardon (2) ; F. Sadoudi-Gazou (2) ; V. Andrieu (3) ; V. Fossey Diaz (4)  
(1) *Geriatric aiguë, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris, Paris;* (2) *Gériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris;* (3) *Hématologie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris;* (4) *gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris*

**Introduction:** L'hémophilie acquise est un syndrome hémorragique méconnu, peu décrit, lié à la production d'un anticorps anti facteur VIII. Son incidence augmente avec l'âge, en contexte néoplasique, infectieux ou inflammatoire. Il est à évoquer par le gériatre devant un syndrome hémorragique clinique et biologique inexplicable. Nous rapportons un cas d'hémophilie acquise dans un contexte de découverte récente de glioblastome, en prise en charge palliative. **Méthodes:** Un patient de 88 ans est hospitalisé en gériatrie suite au diagnostic d'un glioblastome fronto-temporal gauche. Il présente cinq syndromes de fragilité que sont les troubles de la déglutition, une dénutrition sévère, une incontinence urinaire, des troubles cognitifs et des troubles de la marche sur une hémiparésie droite. Le patient est OMS 4. Une prise en charge palliative est décidée. Devant une

crise convulsive, un traitement anti-épileptique est initié, associé à une corticothérapie (2 mg/kg/jour). L'évolution est dans un premier temps favorable avec une amélioration des troubles de vigilance et une reprise de l'alimentation. Après trois mois de prise en charge, il est constaté l'apparition brutale d'un volumineux hématome du membre supérieur droit. Il n'est retrouvé aucune notion de chute ni de traumatisme. La radiographie du membre supérieur ne montre pas de fracture. Le patient ne prend aucun traitement antiagrégant ni anticoagulant. L'hématome du bras droit est rapidement extensif. Le patient présente une déglobulisation de 6,5 points d'hémoglobine en cinq jours. Le bilan d'hémostase retrouve un allongement isolé et acquis du TCA (ratio patient/témoin 2.01), associé à un déficit isolé en facteur VIII (5%). On suspecte une hémophilie acquise. Le diagnostic est confirmé par une recherche d'anticorps anti facteur VIII positive avec un titrage à 3.86 unités Bethesda. Dans le contexte palliatif, il est décidé de réaliser un traitement symptomatique. Le patient est transfusé et reçoit deux injections d'Eptacog alpha recombiné (Novoseven), facteur de coagulation VIII activé. La corticothérapie est poursuivie. Un scanner cérébral est réalisé dans le contexte d'hémophilie. Il n'est pas retrouvé d'hémorragie cérébrale. L'évolution est favorable avec stabilisation de l'hématome et de l'hémoglobine. **Résultats:** L'hémophilie acquise est à évoquer devant un syndrome hémorragique brutal sans facteur déclenchant traumatique. Le tableau peut être sévère avec hémorragie viscérale et déglobulisation profonde. Son incidence est estimée à 1 cas pour 1 million d'habitants par an avant 65 ans, passant à 15 cas par million après 85 ans. Les étiologies sont peu claires mais un terrain néoplasique, un sepsis et une maladie auto-immune sont fréquemment retrouvés. Le traitement symptomatique repose sur la réalisation d'un « by-pass » hémostatique à l'aide d'injection de facteur de coagulation activé, lui-même facteur de thrombose. Le traitement curatif passe par la corticothérapie, les immunosuppresseurs et parfois même une biothérapie. L'évolution sous traitement varie selon la sévérité de l'atteinte. Le retard diagnostique est un facteur défavorable. **Conclusion:** L'hémophilie acquise est un syndrome hémorragique pour l'instant peu décrit. Elle est à rechercher devant des saignements spontanés non expliqués. Le terrain fait partie de la réflexion diagnostique et oriente la prise en charge thérapeutique. La fragilité de nos patients doit faire évoquer ce diagnostic de façon précoce, afin d'éviter toutes complications liées à la déglobulisation et ne pas retarder la prise en charge thérapeutique. L'âge ne doit pas être un facteur limitant l'utilisation de traitement complexe comme les facteurs de coagulation, immunosuppresseurs ou biothérapie.

### A3-01-03

#### Pancytopenie périphérique iatrogène secondaire à la prise d'Allopurinol

M. Bordage (1) ; C. Mathon (2) ; A. Michel (3) ; F. Roca (4) ; P. Chassagne (5)

(1) Médecine interne gériatrique, Centre Hospitalier Universitaire Rouen, Rue de Germont, Rouen, France, Rouen; (2) Médecine interne gériatrique, C.H.U Rouen, Rouen; (3) Médecine interne gériatrique, ERFPS, Rouen; (4) Service de médecine interne gériatrique, Chu De Rouen, Rouen; (5) Gériatrie, CHUV, Rue du Bugnon, Lausanne, Suisse, Lausanne, Suisse

**Introduction:** L'allopurinol est un médicament très utilisé chez les personnes âgées qui est volontiers à l'origine de réaction immuno-allergiques principalement cutanées. **Méthodes:** Nous rapportons un cas de toxicité aiguë hématologique périphérique réversible.

**Résultats:** Une patiente de 90 ans était hospitalisée en Mars 2016 pour l'exploration d'une pancytopenie de découverte fortuite attestée par un hémogramme : anémie (9,9 g/dl) normocytaire arégénérative (réticulocytes : 77 G/L), thrombopénie (plaquettes : 6 G/L), leuconéutropnie (leucocytes : 1,9 G/L dont neutrophiles : 1,2 G/L). Elle avait pour antécédents: une hypertension artérielle, une insuffisance cardiaque, et une goutte idiopathique oligo-articulaire non tophacée. Son traitement associait : furosémide (40 mg par jour), aspirine (75 mg par jour), acébutolol (200 mg par jour), ramipril (2 mg par jour), amlor (10 mg par jour), allopurinol (200 mg par jour), miansérine (30 mg par jour). La Miansérine a rapidement été arrêtée du fait de son caractère toxique connu, mais cela n'a pas permis la correction de la pancytopenie, ce qui nous a orientés vers une autre étiologie. Les autres traitements ont tous été poursuivis, en dehors de l'aspirine qui a été suspendu le temps de corriger la thrombopénie profonde. Un premier bilan étiologique associant : sérologies virales négatives (VIH, Parvovirus, Cytomégalovirus, EBV), test à l'antiglobuline (ou test de Coombs érythrocytaire) était négatif. L'électrophorèse des protéines retrouvait un pic oligoclonal IgG kappa et lambda, une hypoalbuminémie et une inflammation. Ce bilan était complété par un myélogramme retrouvant : une richesse cellulaire normale avec perte modérée des granulations de la lignée neutrophile (dysgranulopoïèse non significative sans signe de dysmyélopoïèse avérée), sans signe de carence ni présence de cellules anormales et enfin, des mégacaryocytes en nombre et d'aspect normaux. La coloration de Perls ne retrouvait pas de sidéroblaste. Cet aspect était en faveur de l'origine périphérique des cytopénies. Une enquête médicamenteuse approfondie (tableau) révélait des épisodes identiques à minima de pancytopenie toujours en rapport avec l'introduction de l'association de Colchicine et d'Allopurinol. L'Allopurinol était poursuivi au long cours, et la colchicine était rajoutée au coup par coup. La dernière délivrance de Colchicine datait de décembre, et la pancytopenie est apparue en mars.

	Prescription	Hémoglobine (g/dl)	Plaquettes (G/L)	Leucocytes (G/L)
Septembre 2015	Allopurinol pour une durée de 6 mois			
Octobre 2015		11,3	141	2,8
Décembre 2015	Délivrance d'une boîte de Colchicine			
Mars 2016	Poursuite de l'Allopurinol	9,9	6	1,9
22 Mars 2016	Arrêt de l'Allopurinol			
31 Mars 2016		9,3	102	6,8

La suspicion d'une toxicité médullaire (jugée probable) de l'Allopurinol a fait interrompre ce médicament ce qui s'accompagnait d'une régression progressive de la pancytopenie en dix jours. **Conclusion:** L'Allopurinol est un médicament cité comme pouvant être à l'origine de réactions d'hypersensibilité cutanée ou hématologique (anémie aplastique, leucopénie). De rares publications font état de cytopénies d'origine centrales, proche d'aplasie médullaire, ce qui n'était donc pas le cas dans cette observation. Le rôle de la colchicine dans cette observation de iatrogénie hématologique n'a pas été retenue en l'absence d'intoxication et des éléments chronologiques (pas de prescription conjointe des 2 médicaments).

### A3.2. CHUTES/PATHOLOGIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

#### A3-02-04

#### Interventions pharmaceutiques en prévention du risque de chutes chez le patient âgé : mise en place d'un score de risque médicamenteux

F. Farbos (1) ; C. Carles (1) ; C. Mechain (2) ; C. Quintana (2) ; P. Méchain (3) ; J. Bonnet (1)

(1) Pharmacie, C.H. Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens ;  
(2) Pôle gériatrie, C.H. Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens ;  
(3) Direction service qualité, C.H. Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens

**Introduction:** Les chutes représentent près de la moitié des événements signalés par les professionnels de santé dans notre établissement. En 2015, au sein d'un comité de retour d'expérience, l'équipe pharmaceutique a réalisé une analyse détaillée des prescriptions des patients chuteurs et nous avons établi un score de risque médicamenteux de chutes expérimental. Dans l'objectif de repérer de manière précoce les patients à risque de chute, nous avons mis en place avec l'équipe médicale d'un service de soins de suite et réadaptation (SSR) le calcul du score de risque expérimental associé à des interventions pharmaceutiques à l'entrée des patients hospitalisés. Cette étude a pour objectif principal d'évaluer l'efficacité d'une analyse pharmaceutique en prévention des chutes des patients âgés. **Méthodes:** Il s'agit d'une analyse comparative de type avant-après des patients ayant chuté dans le service du SSR durant les mois de février à mai 2016 comparés à ceux ayant chuté dans le même service au cours de la période février à mai 2015. Nous avons mis en place une fiche standardisée permettant de collecter la polymédication constituant un risque iatrogénique important, les critères du programme « Améliorons la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » (PMSA) de la Haute Autorité de santé (HAS) (2012), les classes médicamenteuses à risque de chutes (psychotropes, anti hypertenseurs, hypoglycémisants oraux) ainsi que les médicaments potentiellement inadaptés (MPI) selon la liste de Laroche (2007) en lien avec le risque de chutes. Le score médicamenteux de chute expérimental a été calculé à partir de ces items. Il est qualifié de faible pour un score compris de 1 à 3, de modéré pour un score de 4 à 6 et d'important pour un score de 7 à 10. Nous avons réalisé des interventions pharmaceutiques adaptées chez les patients pour lesquels nous avons retrouvé un score de risque médicamenteux de chute modéré et important. Pour les analyses statistiques, nous avons utilisé les tests T de Student, Khi 2 et Fisher en ce qui concerne les tests paramétriques ainsi que le test non paramétrique de Mann Whitney. Nous avons testé les hypothèses au risque de première espèce  $\alpha=0.05$ . **Résultats:** Nous avons analysé 51 prescriptions de patients entrants dans le service depuis le 1er février 2016. Le sexe ratio est de 0.67. Les patients sont âgés de 85 ans (ET=6.4 ans). Ils prennent de 4 à 14 médicaments avec en moyenne 7.4 médicaments (ET=2.0). Nous avons réalisé des interventions pharmaceutiques pour 32 patients (62.7%). De février à mai 2016, le personnel médical et soignant du service a signalé 20 chutes, soit le même nombre que pour la période de février à mai 2015. Il n'existe pas de différence significative en ce qui concerne l'âge des patients inclus en 2015 et 2016 pour la même période ( $p>0.05$ ), en revanche le nombre moyen de médicaments par ordonnance (9.6 en 2015 vs 7.8 en 2016) est significativement différent ( $p=0.004$ ). 6 ordonnances présentent au moins un des

critères du PMSA en 2015 contre 12 en 2016 ( $p>0.05$ ). Au total, nous retrouvons 65 médicaments à risque (3.25 par ordonnance) en 2015 contre 52 en 2016 (2.6 par ordonnance). Nous avons réalisé des interventions pharmaceutiques de manière préventive pour 7 patients sur les 20 signalés comme chuteur (35%). Elles concernent en particulier la réévaluation de la balance Bénéfices/Risques des psychotropes, des antihypertenseurs, l'arrêt des MPI en lien avec les chutes et l'ajout de vitamine D 3 en prévention. Les délais entre l'analyse et la chute s'étalent entre 5 à 30 jours. Le ratio entre le nombre de patients signalés chuteurs et le nombre de patients entrants sur la période de février à mai de l'année 2015 ( $P1=0.29$ ) n'est pas statistiquement différent en 2016 ( $P2=0.35$ ) ( $p=0.49$ ). **Conclusion:** Les résultats préliminaires de notre étude ne montrent pas de diminution des chutes signalées dans le service du SSR. Cependant les effectifs ne permettent pas de conclure définitivement sur l'intérêt de notre action. En effet, nos interventions permettent également de lutter contre la polymédication et la iatrogénie médicamenteuse responsable de nombreux événements indésirables dans cette population fragile. Afin de compléter cette étude nous allons nous intéresser à l'acceptation de nos interventions par les prescripteurs du service.

#### A3-02-05

#### Évaluation d'une filière spécifique « chute » pour les personnes âgées venues aux urgences pour chute

PY. Dupont (1) ; S. Da Silva (2) ; A. Gloaguen (1) ; S. Marilieu (2) ; V. Quipourt (2) ; P. Manckoundia (2) ; B. Mangola (1) ; P. Jouanny (2)

(1) Cruu, CHU, Dijon ; (2) Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon

**Introduction:** Une prise en charge globale et multidisciplinaire des chutes chez les personnes âgées fragiles permet de diminuer les récurrences. Après avoir réalisé un état des lieux de l'épidémiologie des chutes au service des urgences, l'objectif principal était de réaliser une enquête de pratique du bilan réalisé en HDJ gériatrique, dans le cadre d'une filière spécifique « chute » avec le service des urgences. L'objectif secondaire était de déterminer l'impact de cette évaluation en terme de réhospitalisation. **Méthodes:** Les patients inclus devaient être âgés de plus de 75 ans et avoir consultés pour chute au SAU de Dijon en 2014. Nous avons comparé les pratiques d'évaluations et d'interventions faites en HDJ selon les recommandations HAS « Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées ». Le nombre de passages au SAU et les hospitalisations à 6 mois de la chute ont été comparés entre les patients évalués et ceux ayant annulé leurs consultations. **Résultats:** Parmi les 2042 chuteurs, 631 (30,9%) sont rentrés à domicile. Parmi ceux-ci 44 (7,0%) ont bénéficié de l'évaluation d'HDJ et 42 (6,7%) ont annulé le bilan prévu. Parmi tous les items évalués, l'évaluation motrice et la recherche de facteurs précipitants ont été faites dans la totalité des cas. En revanche, certains items semblaient peu évalués comme la recherche de troubles de l'acuité visuelle (4,5%) ou les anomalies des pieds (22,7%), faisant l'objet de très peu de proposition de correction. Il n'y a pas de différence significative entre les groupe « HDJ » et « non HDJ » sur le nombre de passages aux urgences et le nombre d'hospitalisations à 6 mois ( $p$  respectivement à 0,96 et 0,86). **Conclusion:** Le bilan post-chute réalisé en HDJ est globalement en accord avec les recommandations de la HAS. La mise en place de certains outils supplémentaires pourrait permettre d'améliorer l'exhaustivité du bilan et les interventions mises en place. L'absence de différence en terme de

réhospitalisations, probablement par manque de puissance, ne doit pas pour autant remettre en cause la légitimité de la filière spécifique « chute ».

### A3-02-06

#### Chute « mécanique » du sujet âgé

D. Guittard (1) ; C. Boufflet (1) ; JM. N'kuzimana (1) ; B. Berteaux (1) ; JM. Serot (2) ; J. Attier-Zmudka (1) ; F. Gleize (1)  
(1) *Gériatrie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (2) *Gériatrie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*

**Introduction:** Les chutes, trop fréquentes chez les personnes âgées, doivent toujours être considérées comme un événement grave. Une chute, passé 65 ans, doit inciter le praticien à savoir pourquoi elle est survenue, quelles sont ses complications directes et indirectes, et comment prévenir les récurrences. Nous rapportons le cas d'une patiente de 84 ans prise en charge aux urgences pour une chute « mécanique » à son domicile. **Méthodes:** Cette patiente de 84 ans avait comme antécédents une cardiopathie hypertensive [Lasilix 20 (furosemide) ; Diffu K 600 (chlorure de potassium) ; Crestor 5 (rosuvastatine)], une HTA [Fortzaar 100/25 (losartan, hydrochlorothiazide)], une ACFA [Eliquis 2,5 (apixaban) ; Cordarone 200 (amiodarone)], une hypothyroïdie [Levothyrox 25 (levothyroxine sodique)], une surcharge pondérale, une rupture du tendon quadricipital sur PTG droit. Elle vivait seule au domicile et avait une aide ménagère. La patiente se serait levée de son fauteuil et aurait ressenti une faiblesse du membre inférieur droit accompagnée d'une douleur au niveau du genou droit entraînant une chute avec impossibilité de se relever. Il n'y aurait pas eu de malaise, pas de céphalée, pas de traumatisme crânien ni de perte de connaissance. L'examen clinique aux urgences sera sans particularité ainsi que le bilan radiologique. On retrouvera seulement une rhabdomyolyse avec insuffisance rénale aiguë. La patiente sera hospitalisée en gériatrie pour chute mécanique. **Résultats:** Devant la présence de troubles cognitifs, un MMSE va être réalisé avec un score de 17/30. Le scanner cérébral retrouve une absence d'hémorragie intra ou péri-cérébrale, une vaste plage d'œdème vasogénique en rapport avec une lésion tissulaire nécrotique frontale droite franchissant la ligne médiane avec une importante déviation de la ligne médiane significative vers la gauche mesurée à 13 mm et un engagement sous falcoriel. L'IRM cérébrale retrouve cette vaste plage d'œdème vasogénique frontale droite accompagnant une lésion nécrotico-hémorragique avec prise de contraste annulaire en région frontale para sagittale droite. Le diagnostic de gliome de haut grade est posé. **Conclusion:** Cette patiente de 84 ans a présenté une chute d'origine multifactorielle avec découverte d'un gliome de haut grade. Il faut se méfier des chutes « mécaniques » du sujet âgé et la prise en charge de leurs causes et conséquences doit rester une priorité permanente.

### A3-02-07

#### Programme PAR A CHUTE: programme d'éducation thérapeutique pour la réduction des chutes en gériatrie

C. Guerre (1) ; S. Micheli (2) ; F. Tahir (1) ; V. Mandrillon (1) ; MC. Crouail, (1) ; N. Bilquez, (1) ; C. Boisson, (1) ; N. Marcellin, (1) ; N. Gavillet, (1) ; L. Poncet, (1) ; MA. Berry, (1)  
(1) *Soins de suite et de réadaptation gériatrique, C.H. Jura Sud, Lons-le-Saunier*; (2) *Médecine polyvalente et gériatrique, C.H. Jura Sud, Lons-le-Saunier*

**Introduction:** La chute du sujet âgé est un réel problème de santé publique. Elle constitue un événement multifactoriel, qui implique plusieurs facteurs de risque liés à la personne elle-même, à son

comportement et à son environnement. Elle nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et globale. Le coût économique global lié à la chute de la personne âgée est élevé, il ne doit pas être négligé puisque le vieillissement de la population s'accroît. Au sein du service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) à orientation gériatrique du Centre Hospitalier (CH) de Lons-le-Saunier, les chutes et les diverses fractures secondaires représentent 59% des entrées (soit 238 patients par an) sur 2014. L'Education Thérapeutique (ET) permet une prise en charge globale et personnalisée du patient grâce à sa stratégie éducative. L'ET s'intègre dans le processus de soin, sa finalité est d'améliorer la santé et la qualité de vie des patients, elle est complémentaire de la prise en charge médicale. Le programme « PAR A CHUTE » Programme d'éducation pour la Réduction des Chutes a été conçu par un travail collectif mené par une IDE du SSR dans le cadre du diplôme universitaire Education Thérapeutique du Patient en Gériatrie de l'Université Pierre et Marie Curie. L'objectif principal du programme est de diminuer la fréquence des chutes et réduire le risque de conséquences physiques et psychologiques liées à celles-ci. **Méthodes:** Une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, de cadres de santé, d'infirmières, d'une kinésithérapeute, d'une ergothérapeute, d'aides soignantes, d'un éducateur sportif, d'une diététicienne a constitué le groupe de travail sur le programme « PAR A CHUTE » Les critères d'entrée, les objectifs, le mode d'évaluation ainsi que les modalités de coordination du programme ont été défini en équipe. Une enquête sur les besoins des patients a été réalisée auprès d'un groupe de 30 patients du SSR correspondant aux critères d'entrée dans le programme sur une période donnée. Cette enquête a permis d'évaluer l'intérêt du programme pour les patients et de prendre en compte les besoins de ces derniers, de connaître les causes et les conséquences de leur chute. Les besoins des patients ont permis de concevoir les différents ateliers du programme. Une plaquette informative du programme a été rédigée pour informer les patients et leurs familles. **Résultats:** Le programme « PAR A CHUTE » est mis en place depuis janvier 2016. Il se déroule sur 3 semaines pendant l'hospitalisation. Il est proposé aux patients âgés de plus de 75 ans, chuteurs ou à risque de chute (time up and go test supérieur à 14 secondes) ayant un MMS supérieur à 18, à leur admission. Les aidants ont la possibilité de participer à certains modules. Le programme d'ET se compose de 6 modules, collectifs ou individuels : module diététique, module activité physique, module psychologie, module chaussage, module médicament, module environnement. Les modules s'articulent autour de six facteurs de risque reliés aux chutes et à la perte d'autonomie fonctionnelle (la dénutrition, la peur de chuter, les troubles de la marche et de l'équilibre, les dangers du domicile, la consommation de médicaments, le mauvais chaussage). Le nombre de module est ajustable en fonction des besoins des patients, il est personnalisé. Le programme s'inscrit dans un processus éducatif débutant par un bilan éducatif partagé et se terminant par une évaluation. Le patient est impliqué dans la prise de décision concernant son programme. **Conclusion:** La chute chez la personne âgée est un réel problème de santé publique. Elle peut être assimilée à une pathologie chronique du fait des hospitalisations et des complications tant physiques que psychologiques qu'elle entraîne. Le modèle d'ET du malade chronique peut être ainsi transposable au sujet âgé chuteur. La création de ce programme a permis de mettre en évidence une stratégie éducative. La récente apparition de l'ET dans les projets de filière gériatrique montre une évolution des pratiques. La démarche éducative chez la personne âgée est spécifique en raison des polypathologies associées, des déficiences sensorielles, de la présence des aidants. Ce programme constitue la

dernière étape du parcours de soins du sujet âgé chuteur hospitalisé.

### A3-02-08

#### Développement d'un outil de simple de prédiction du risque de chutes chez les patients âgés

F. Noublanche (1) ; R. Simon (1) ; G. Duval (1) ; H. Rivière (1) ; C. Launay (1) ; O. Beauchet (1) ; C. Annweiler (1)

(1) *Gérontologie clinique, C.H.U - CHU Angers, Angers*

**Introduction:** La chute est un évènement fréquent à l'hôpital avec une prévalence de 2,9 à 13 pour 1000 lits-jours. La chute provoque une prolongation de la Durée Moyenne de Séjour (DMS). Notre objectif était de déterminer si les différentes combinaisons des items (âge>85ans, sexe, polymédication, avoir des troubles cognitifs, et antécédent de chutes) de l'Evaluation Gériatrique Standardisée courte (EGSc) prédisaient la survenue de chutes chez les patients âgés hospitalisés en unités de soins de court séjour. **Méthodes:** 462 patients hospitalisés dans 10 unités du CHU d'Angers, ont été inclus prospectivement dans une cohorte observationnelle entre Avril-Octobre 2013. Les critères d'inclusion étaient être âgé de 65 ans et plus, aucune décision de limiter le traitement, et la volonté de participer. **Résultats:** Deux combinaisons de l'EGSc prédisaient de façon significative la survenue de la chute : la combinaison des troubles cognitifs et des antécédents de chutes (hazard ratio (HR)=2,34 avec P=0,019), et la combinaison de tous les critères (HR=3,73 avec P=0,029). Les distributions de Kaplan-Meier sur la survenue de la chute étaient significativement plus élevées chez les patients hospitalisés qui avaient des troubles cognitifs et des antécédents de chutes (P=0,016), et chez ceux qui avaient tous les items (P=0,019). **Conclusion:** Nos résultats ont montré que l'EGSc prédisait avec succès la survenue de la chute de patients hospitalisés. Parmi les combinaisons de l'EGSc, seuls les troubles cognitifs et les antécédents de chutes étaient associés de façon significative avec un risque de chutes, ce qui est en accord avec la littérature.

### A3-02-09

#### Expérimentation gériatrique au sein d'un service de Chirurgie Orthopédique : retour d'expérience de Paris Nord Est

A. Tan (1) ; R. Nizard (2) ; M. Thuillier (3) ; A. Teixeira (1)

(1) *Service de gériatrie, Hôpital Lariboisière, Paris*; (2) *Service de traumatologie et chirurgie orthopédique, Hôpital Lariboisière, Paris*; (3) *Service de biostatistiques et information médicale, Hôpital Lariboisière, Paris*

**Introduction:** En 2015 dans le cadre des travaux PAERPA, une expertise gériatrique a été lancée au sein des services de chirurgie des Hôpitaux Universitaires du 10ème arrondissement de Paris. Cette expérimentation a débuté en Mai 2015 au niveau du service de Chirurgie Orthopédique. Nous vous présentons les résultats extraits de l'analyse de la première année d'activité. **Méthodes:** L'objectif principal de notre étude est de présenter les profils des patients ayant bénéficiés de cette expertise. L'objectif secondaire est de caractériser les patients retirant le maximum de bénéfices de l'intervention gériatrique. Il s'agit d'une étude mono centrique rétrospective. Elle concerne les hospitalisations de l'année 2015 des sujets âgés de 75 ans et plus, enregistrées prospectivement, au sein du service de chirurgie orthopédique via le service de l'accueil des urgences traumatiques. L'analyse a porté sur les caractéristiques de complexités à l'admission (via un questionnaire de repérage systématique) ainsi que les complexités fonctionnelles [autonomie via les ADL/IADL], médicales [via les comorbidités] et sociales.

Les résultats étaient analysés au regard des complications survenues au décours de la chirurgie, de la durée de séjour et des modes de sortie. **Résultats:** Nous avons pu identifier sur une population de 325 patients 155 patients admis pour une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF). Il s'agissait principalement de femmes (76%), avec une moyenne d'âge de 86,9 ans. La moyenne des ADL était de 4,8/6 et IADL 4/8. Dans cette population près d'un quart des patients ne sortait plus du domicile, toutefois 95% étaient capables de marcher avant la fracture. Les principales complications au décours de la chirurgie étaient en premier lieu l'anémie nécessitant une transfusion (18%), la confusion (8%), la douleur (7,8%) et l'insuffisance cardiaque (4,5%). La durée moyenne de séjour était de 13,4 jours. Le mode de sortie était majoritairement un SSR (76%). Un retour au domicile était organisé dans 16% des cas. **Conclusion:** La fracture du tiers supérieur est un évènement morbide singulier et grave. Nous avons pu définir plusieurs populations parmi laquelle la population fragile qui est celle qui bénéficiera probablement le plus de l'intervention d'une expertise gériatrique dans le service de chirurgie. Le repérage systématique des différentes complexités (fonctionnelles, médicales et sociales) devrait permettre de répondre au défi soulevé par la fragilité d'une certaine population gériatrique.

### A3-02-10

#### Impact des fonctions exécutives sur le risque de chute chez les patients âgés de la consultation multidisciplinaire de la chute

E. Brocquet (1) ; S. Deledicq (2) ; L. Clercin (2) ; J. Labreuche (3) ; F. Puisieux (1)

(1) *Geriatric, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*; (2) *Gériatrie, C.H. de Boulogne-sur-Mer, Boulogne-sur-Mer*; (3) *Unité de biostatistiques, C.H. Régional Universitaire de Lille (CHRU de Lille), Lille*

**Introduction:** La chute chez le sujet âgé fait partie des syndromes gériatriques contre lesquels il faut lutter. Identifier les facteurs qui contribuent au risque de chute est un enjeu de santé publique. Parmi eux se trouvent les fonctions cognitives et notamment les fonctions exécutives. Notre étude a pour objectif d'évaluer la prévalence et la valeur prédictive des fonctions exécutives chez les patients reçus en consultation multidisciplinaire de la chute. **Méthodes:** Etude prospective menée chez 273 sujets consécutifs se présentant à la consultation multidisciplinaire de la chute au CHRU de Lille et ayant un MMSE  $\geq$  24. Parmi eux, 199 ont bénéficié d'une évaluation des fonctions exécutives par la BREF. L'ensemble des facteurs de risque de chute, le statut fonctionnel, les paramètres de marche, de chute et l'état cognitif ont été évalués. **Résultats:** A l'inclusion, les sujets avec des troubles des fonctions exécutives étaient davantage dépendants pour les actes de la vie quotidienne évalués par l'ADL et l'IADL ( $p < 0,05$ ). Leur marche et leur équilibre étaient significativement plus altérés ( $p = 0,017$  et  $p = 0,004$ ). Ils avaient présenté en moyenne 2 chutes dans les 6 derniers mois contre 1 seule chute dans le groupe exempt de troubles exécutifs ( $p = 0,0008$ ). Les scores au MMSE et MOCA étaient plus bas que dans le groupe sans troubles ( $p = 0,0008$  et  $p < 0,001$ ). A 6 mois, les multi-chuteurs ( $\geq$  à 2 chutes dans les 6 mois suivant la consultation) présentaient davantage de troubles des fonctions exécutives que les simples chuteurs et les non chuteurs ( $p = 0,046$ ). A 1 an, il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes. **Conclusion:** Les troubles exécutifs semblent être prédictifs du risque de chute. L'évaluation systématique du contrôle exécutif chez tous les sujets à risque de chute ou chuteurs est nécessaire pour agir sur ce risque et proposer une prise en charge rééducative adaptée.

**A3-02-11****L'atelier chute à l'hôpital de Pau**

M. Sarasibar (1) ; C. Galhaud (2) ; F. Lenormand (1) ; D. Albert (3) ; C. Sans (4)

(1) *Ssr gériatrique, Centre Jean Vignalou, Pau*; (2) *Ssr, clinique jeunes chènes, Pau*; (3) *Médecine gériatrique, Centre Jean Vignalou, Pau*; (4) *Pôle gériatrie, C.H. de Pau, Pau*

**Introduction:** Les chutes sont à l'origine de traumatismes physiques et psychologiques, psychomoteurs et sociaux pouvant amener le patient âgé à une perte complète de son autonomie. Le service de soins de suite et de réadaptation gériatrie a mis en place depuis 2012 un atelier de prévention secondaire des chutes. Le principal objectif de notre étude était d'évaluer l'intérêt de l'atelier chute. **Méthodes:** Etude réalisée en 2015, rétrospective, descriptive, monocentrique, évaluant à 2 temps différents (T1 : début de l'atelier, T2 : fin de l'atelier), les performances motrices (Timed up and go test (TUG), appui unipodal, relevé du sol, vitesse de marche sur 10 m, Test de Tinetti), des patients de plus de 74 ans, ayant participé à l'intégralité des 12 séances proposées à l'atelier chute. **Résultats:** Un total de 35 patients ont été inclus dans l'étude. Le TUG moyen est passé de 26 secondes à 20 secondes ( $p < 10^{-4}$ ). L'appui unipodal, le relevé du sol n'ont pas évolué de manière significative. La vitesse de marche moyen est passé de 16 secondes à 12 secondes ( $p < 10^{-4}$ ), le score de Tinetti moyen est passé de 20 à 23 ( $p < 10^{-4}$ ). **Conclusion:** Notre étude montre une évolution favorable des performances motrices du patient chuteur accueilli dans l'atelier chute. Le travail réalisé par les kinésithérapeutes et psychomotricienne permet d'améliorer la qualité de la marche, de l'équilibre et diminuer ainsi le risque de récurrence de chute.

**A3-02-12****La peur de chuter chez le sujet âgé : revue systématique de la littérature**

C. Bouilly (1) ; F. Bloch (2) ; E. Chaussade (1) ; L. Joffredo (1) ; O. Hanon (3) ; AS. Rigaud (4)

(1) *Gériatrie, Hôpital Broca, Paris*; (2) *Gériatrie, Hôpital Broca (AP-HP), Paris*; (3) *Gériatrie, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris*; (4) *Gériatrie, Hôpital Broca, université Paris Descartes, Paris*

**Introduction:** Différentes études montrent que la peur de chuter conduit à une perte d'autonomie, aggrave les syndromes post-chute ou de désadaptation psychomotrice, limitant la reprise de la marche. La peur de chuter est présente à la fois chez les patients ayant un antécédent de chute (prévalence 32%) et chez les patients n'ayant pas d'antécédent de chute (prévalence 30%). Il paraît important de dépister la peur de chuter dans la population âgée générale. Une prise en charge précoce permettrait de maintenir l'autonomie et de diminuer les coûts liés à la dépendance et les conséquences sociales, l'isolement, le risque d'institutionnalisation, le risque de grabatisation. Aujourd'hui, les conséquences de la peur de chuter sont bien connues mais les facteurs favorisant la peur de chuter le sont moins. Le but de notre étude est de mettre en évidence ces facteurs favorisant. **Méthodes:** Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature : seuls les articles en langue anglaise et française étaient analysés. Nous avons utilisé les moteurs de recherche : PubMed, Medline, Cochrane ainsi que Embase. Nous avons également pris en compte les articles cités dans les références bibliographiques des articles retenus. Les mots clefs retenus étaient « fall », « fair », « elderly », « older adult », « older person »,

« falling » et « accidental falling », « numerical data », « etiology » et « causality ». Nous avons réalisé plusieurs combinaisons de recherche, en utilisant les termes MeSh ou non. Les critères d'inclusion des articles étaient : population âgée de 65 ans et plus, article sur la peur de chuter chez les patients ayant présenté ou non des chutes et vivant au domicile ou foyer logement, articles ciblés sur la prévalence de la peur de chuter et sur les facteurs de risque de survenue de la peur de chuter c'est à dire tout évènement statistiquement associé à un risque de développer une peur de chuter. La qualité méthodologique des études incluses était évaluée par l'échelle validée dérivée de celle présentée par Cook. **Résultats:** Une première recherche a été réalisée en utilisant les termes « fear » AND « accidental falls » AND « age  $\geq$  65 years ». Quatre cent seize articles ont été trouvés. En ajoutant à cette recherche le terme « etiology » cinquante-huit articles en plus ont été trouvés, en ajoutant le terme « causality » : 117 articles ont été trouvés. Après relecture des articles par deux auteurs différents, nous avons retenu à terme trois cent vingt-sept articles. Nous avons réalisé une lecture de ces trois cent vingt-sept articles en les sélectionnant selon les critères d'inclusion pré-définis. Nous avons retenu au final 47 articles. Trente-trois facteurs favorisant la peur de chuter ont été identifiés. Conclusion: Trente-trois facteurs favorisant la peur de chuter ont été mis en évidence au terme d'une revue de la littérature exhaustive. Des méta-analyses par facteur favorisant sont en cours pour sélectionner les facteurs favorisant la peur de chuter afin de créer un nouvel outil de dépistage de la peur de chuter chez la personne âgée.

**A3-02-13****Calcifications ligamentaires des gaines musculaires : un diagnostic étiologique rare de lombo-fessalgies chez le sujet âgé**

S. Hoang (1) ; A. Breining (1) ; A. Monti (1) ; M. Cadi (2) ; E. Pautas (1)

(1) *Gériatrie aiguë polyvalente, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (2) *Service de radiologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*

**Introduction:** Les lombalgies mécaniques sont des symptômes très fréquents chez les sujets âgés, au retentissement fonctionnel parfois majeur et aux étiologies multiples. Un des pièges diagnostiques est de systématiquement les rapporter à une problématique rachidienne. **Méthodes:** Présentation d'un cas clinique avec imagerie didactique. **Résultats:** Une patiente de 97 ans est hospitalisée pour perte d'autonomie au domicile, liée à des douleurs mécaniques étiquetées lombalgies. Ses principaux antécédents sont : HTA, rétrécissement aortique calcifié, néphrectomie gauche il y a 40 ans, cancer du sein bilatéral (carcinome lobulaire infiltrant à droite, carcinome canalaire infiltrant à gauche), DMLA. A l'arrivée dans le service, la patiente se plaint de douleurs lombaires basses mécaniques, d'aggravation récente, très invalidantes pour les levers et pour la station debout, et reproduites aux changements de position dans le lit ou aux transferts lit-fauteuil. L'intensité des douleurs contraste avec un examen du rachis sans douleur à la palpation des épineuses ou des masses paravertébrales. Pas de trajet évoquant une radiculalgie, pas de signe de Lasègue, pas de signe de la sonnette, pas de déficit sensitivo-moteur au niveau des membres inférieurs. Un traitement associant antalgiques de paliers 1 et 3 permet une diminution de l'intensité des douleurs et permet ainsi de préciser leur topographie : barre parasacrée bilatérale, reproduite à la palpation de deux tuméfactions sous-cutanées perçues en externe des ailerons sacrés. Un scanner du rachis et du bassin ne retrouve aucune lésion osseuse, notamment

d'allure secondaire de la néoplasie mammaire comme craint initialement ; en revanche, il met en évidence des calcifications ligamentaires des gaines musculaires fessières dont la topographie correspond parfaitement aux tuméfactions palpées et aux douleurs décrites. L'évolution est progressivement favorable aux traitements antalgiques et une kinésithérapie motrice. **Conclusion:** Ce cas clinique illustre la difficulté sémiologique que peuvent représenter des symptômes aussi fréquents que des lombalgies chez un sujet âgé, difficulté notamment liée aux mobilisations limitées en cas de douleurs très invalidantes. Il permet aussi de décrire et d'illustrer une cause rare de fessalgies mécaniques.

### A3-02-14

#### **Rentabilité clinique d'un bilan biologique systématique d'ostéopathie fragilisante chez des patients hospitalisés pour fracture dans un service de chirurgie orthopédique**

PE. Cailleaux (1) ; P. Leclerc (2) ; D. Biau (2) ; P. Anract (2) ; K. Briot (3)

(1) *Gériatrie, Hôpital Broca, Rue Pascal, Paris, France, Paris;*  
(2) *Chirurgie orthopédique, Hôpital Cochin, Rue du Faubourg Saint-Jacques, Paris, France, Paris;* (3) *Rhumatologie, Hôpital Cochin, Rue du Faubourg Saint-Jacques, Paris, France, Paris*

**Introduction:** Les fractures de faible traumatisme augmentent le risque de refracture et ce risque de refracture expose à l'excès de mortalité. Il est recommandé de mettre en route un traitement antiostéoporotique après toute fracture ostéoporotique, en particulier de localisation sévère, après avoir écarté les autres d'ostéopathies fragilisantes. Un bilan biologique est en général recommandé chez tous sujets fracturés mais il y a peu d'étude sur la rentabilité clinique de ce bilan, en particulier chez les sujets âgés. L'objectif de cette étude est de déterminer la rentabilité clinique de la réalisation d'un bilan d'ostéopathie fragilisante en évaluant la proportion d'ostéoporoses secondaires diagnostiquées grâce au bilan systématique. **Méthodes:** L'étude a été conduite au sein d'une filière fracture qui inclut tous les patients de plus de 50 ans, hospitalisés en chirurgie orthopédique pour fracture de faible traumatisme. Le bilan biologique est réalisé pendant ce séjour en chirurgie, depuis sa mise en place en juillet 2015. Le bilan comporte: numération formule sanguine, une vitesse de sédimentation, CRP, calcémie, phosphatémie, TSH, PTH, PAL totales, dosage de 25-OH vitamine D, créatininémie et une électrophorèse des protéines sériques. Les diagnostics de causes secondaires d'ostéopathies fragilisantes étaient : hypercalcémie, hyperthyroïdie, hyperparathyroïdies primitive, pic monoclonal et carence en vitamine D définie par un taux de 25 OH D<sub>25</sub> ≤ 30 ng/ml. **Résultats:** Entre juillet 2015 et mai 2016, 280 patients (76% de femmes) ont été vus dans la filière fracture ; l'âge âge moyen était de 77,5 ± 10,8 ans, avec 61% de plus de 75 ans. Les fractures de localisation sévère (fémur, bassin, épaule) concernaient 211 patients (75%) de l'ensemble de la filière. 174 sujets (62%) ont eu une fracture de l'extrémité supérieure du fémur ou de la diaphyse fémorale. 244 (87%) des sujets ont au moins une anomalie biologique en rapport avec une ostéopathie fragilisante secondaire. L'anomalie la plus fréquente était une carence en vitamine D chez 56% des sujets avec 20% de sujets avec un taux ≤ 10ng/ml. Une hyperthyroïdie biologique a été observée chez 11% des sujets. Une hypercalcémie (corrigée sur l'albuminémie) a été observé chez 9% des sujets avec dans 3 cas une PTH augmentée, évoquant une hyperparathyroïdie primitive. L'électrophorèse des protéines sériques a retrouvé un pic monoclonal chez un seul patient et une hypogammaglobulinémie chez 54 (23%) patients. La fréquence de

ces anomalies augmente avec l'âge (>75 ans). **Conclusion:** Cette étude montre que chez des sujets hospitalisés pour des fractures non vertébrales en majorité sévères, le bilan biologique est rentable sur le plan clinique et permet d'écarter d'autres causes d'ostéopathies fragilisantes en particulier endocriniennes. Cette étude pose la question de la rentabilité clinique de l'EPP systématique chez des patients avec fractures non vertébrales, probablement moins intéressante que dans le cas des fractures vertébrales.

### A3-02-15

#### **Myosite à inclusion: l'Alzheimer du muscle?**

J. Balmer (1) ; M. Le Crane (1) ; L. Lechowski (2) ; JL. Le Quintrec (3)

(1) *Médecine gériatrique 3, AP-HP, hôpital Sainte Péline, Paris;*  
(2) *Médecine gériatrique 2, AP-HP, hôpital Sainte Péline, Paris;*  
(3) *Médecine gériatrique 3, AP-HP, Hôpital Sainte Péline, Paris*

**Introduction:** Cas clinique : patiente de 87 ans, ancienne institutrice, atteinte depuis 2006 d'une démence mixte. 2008 myalgies et troubles de la déglutition avec CPK à 9 fois la normale: diagnostic de myosite à inclusion. La biopsie musculaire confirme le diagnostic. Réalisation d'une myotomie du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO) qui permettra une amélioration transitoire des troubles de la déglutition. Juin 2014 : premier épisode de pneumopathie d'inhalation puis hospitalisations itératives pour des épisodes similaires. 07/03/2016 : hospitalisation en urgence pour déshydratation majeure. Malgré une réhydratation et une prise en charge adaptée, plusieurs épisodes de pneumopathies d'inhalation surviennent, empêchant toute alimentation. La patiente décède le 24/05/2016. **Méthodes:** La Myosite à inclusion ou Inclusion Body Myositis (IBM); Prévalence entre 1/1 000 000 et 1/14 000 en population générale, triplée chez les plus de 50 ans. 2 hommes pour 1 femme. Clinique : comparativement aux autres myosites, âge de survenue plus tardif, lenteur de progression et atteinte asymétrique, avec atrophie précoce des muscles fléchisseurs des doigts et des quadriceps. Difficultés à se lever d'une chaise, à monter les escaliers et historique de chutes. Pas d'atteinte des muscles oculomoteurs, pas de troubles neuropsychiques. Troubles de la déglutition chez 2/3 des patients. Absence de réponse à la corticothérapie; Examens complémentaires : élévation inconstante de la VS et des CPK. L'IRM met en évidence une inflammation musculaire. L'EMG retrouve un tracé myogène aspécifique. Seule la biopsie musculaire confirme le diagnostic : infiltrats inflammatoires endomysiaux, lésions dégénératives myocytaires à type d'atrophie, de vacuoles bordées et d'inclusions, et plus rarement nombre élevé de fibres COX -. Facteurs étiologiques : probables facteurs génétiques de susceptibilité (Génotype HLA-DR3 et 8-1 CMH), rôle de l'anticorps anti-IBM-43 contre la protéine musculaire 5-nucleotidase 1A ; possibles facteurs environnementaux. Prise en charge des troubles de la déglutition : une étude sur la myotomie du SSO dans l'IBM conclut à une efficacité significative sur les blocages, la dysphagie et la déglutition. Traitements actuels de l'IBM : ne permettent qu'un ralentissement de la maladie. • La prise en charge repose essentiellement sur la rééducation fonctionnelle; • Tentatives de traitement par methotrexate, immunoglobulines, échanges plasmatiques ou cyclophosphamide, d'efficacité très inconstante. • Bimagramab, inhibiteur de la voie de la myostatine: des essais de phase II en décembre 2014 retrouvent une augmentation significative du volume des cuisses à l'IRM et de la distance de marche sur 6 minutes. Un essai international de phase II/III (RESILIENT) est actuellement en cours. **Résultats:** IBM :

peut-on parler d'Alzheimer du muscle? • Il existe des similitudes histologiques : on retrouve dans les inclusions de l'IBM la plupart des protéines des maladies neurodégénératives:  $\beta$ -amyloïde et  $\beta$ APP ; protéine tau phosphorylée, prion protein, ApoE, parkine...De plus, on retrouve dans les 2 maladies des réactions inflammatoires et une dégénérescence par lésions intracellulaires.

• Les cas de maladie d'Alzheimer associée à l'IBM sont très rares dans la littérature. Cette rareté pourrait s'expliquer par le caractère exceptionnel, en pratique, de l'histologie cérébrale. **Conclusion:** La myosite à inclusions est une pathologie musculaire dégénérative du sujet âgé d'individualisation récente. De nombreuses similitudes histologiques avec la maladie d'Alzheimer font envisager une pathogénie commune. Seul le suivi sous traitement de patients ayant simultanément les 2 pathologies permettrait de confirmer ou non cette hypothèse. Pour cela, il faut savoir évoquer une myosite à inclusion et demander une biopsie musculaire devant un tableau clinique compatible avec ce diagnostic.

### A3-02-16

#### Une fuite artérielle active sur un pseudo anévrisme en post chirurgie d'une fracture pertrochanterienne chez un patient de 95 ans

T. Parent (1) ; C. Bioteau (2) ; S. Drevet (3) ; G. Gavazzi (4) ; J. Tonetti (5)

(1) C.H.U Grenoble Alpes, La Tronche; (2) Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, Avenue Maquis du Grésivaudan, La Tronche, France, La Tronche; (3) Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, La Tronche; (4) Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble; (5) Traumatologie, CHU Michallon, Grenoble

**Introduction:** Le pseudo anévrisme artériel se définit par rupture de la continuité de la paroi artérielle créant une poche circulante contenu par les tissus adjacents. Les étiologies sont pour la majorité traumatique ou post cathétérisme. Cette complication peut être immédiate et s'exprime pendant l'intervention par une hypotension ou un choc ou bien à distance avec une symptomatologie trompeuse: Œdème, tuméfaction de jambe, masse pulsatile, syndrome douloureux vague, anémie. **Méthodes:** Un patient de 95 ans est hospitalisé pour une fracture pertrochantérienne droite isolée dans les suites d'une chute. Il a pour antécédents une HTA, un AVC hémorragique diagnostiqué en Septembre 2015, une DMLA et une presbycusie non appareillée. Il ne prend aucun traitement au long cours hormis des collyres ophtalmiques. Il vit seul à domicile. Sur le plan fonctionnel, il nécessite une aide partielle à la toilette et à l'habillage, a également une incontinence partielle. Il marche avec un déambulateur au sein de son appartement. Il présente des chutes à répétition depuis 6 mois avec une découverte d'un AVC hémorragique lors de sa 1ère chute. Il bénéficie de la pose d'un clou gamma droit. Les suites opératoires sont marquées par un syndrome confusionnel. Les investigations retrouvent : • Une anémie aigue à 71g/L compliquée d'une souffrance myocardique devant une ascension des troponines à 0,2 $\mu$ g/mL et d'un passage en ACFA régressif après transfusion de 2 culots globulaires. • Le scanner cérébral réalisé montre une disparition de l'hématome et des suffusions hémorragiques en comparaison au scanner datant de 6 mois. A J7 de la chirurgie persiste ce syndrome confusionnel. A l'examen clinique, le patient est apyrétique, tachycarde avec une hémodynamique conservée. On retrouve avec une majoration de l'hématome au niveau de la jambe droite remontant jusqu'aux lombes. La mobilisation est douloureuse. Les pouls pédieux

sont perçus. Il n'y a pas d'extériorisation digestive. L'ECG est en rythme sinusal. Le bilan biologique retrouve une absence de rendement transfusionnel avec une anémie à 75g/L. **Résultats:** Devant une anémie aigue post opératoire précoce associée à une majoration d'hématome du site opératoire, nous faisons l'hypothèse d'une confusion sur un saignement actif artériel post chirurgical. L'anticoagulation prophylactique par HBPM est suspendu devant la récurrence d'anémie aigue. Il est à nouveau transfusé de 2 culots globulaires. L'angioscanner de cuisse retrouve une fuite artérielle active au niveau d'un pseudo anévrisme au dépend de l'artère fémorale profonde droite. Une embolisation en urgence de ce pseudoanévrisme est réalisée en radiologie interventionnelle. L'évolution est favorable avec une régression de la confusion et retour à son état antérieur sur le plan cognitif, une reprise de la marche avec déambulateur avec un périmètre de marche à 50m. **Conclusion:** Les complications vasculaires de la chirurgie de hanche sont exceptionnelles mais graves notamment du fait de la symptomatologie parfois frustrée et donc de leur difficulté diagnostique. Devant l'aggravation d'un hématome associée à une anémie aigue dans les suites opératoires, un pseudo anévrysme artérielle doit être recherché. Le diagnostic peut être recherché par échographie doppler, scanner, IRM mais le diagnostic définitif est posé par l'angiographie. Les techniques thérapeutiques incluent la chirurgie, l'embolisation endovasculaire, la compression échoguidée, l'injection de thrombine échoguidée selon la localisation et l'importance des lésions présentées.

### A3-02-17

#### Etude Fall-Aging-Sleep : Apnées du sommeil, chutes et sarcopénie chez les patients gériatriques

A. Monti (1) ; M. Girard-Bon (2) ; M. Doulazmi (3) ; R. Pham (2); A. Breining (1) ; V.H. Nguyen (2) ; E. Pautas (1) ; J. Mariani (2) ; K. Kinugawa (2) ; DHU FAST

(1) Court séjour gériatrique, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine; (2) Unité d'explorations fonctionnelles du sujet âgé, Hôpital Charles Foix, GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix- APHP, Ivry-sur-Seine; (3) Cnrs umr 8256 biological adaptation and aging, Université Pierre et Marie Curie, Paris

**Introduction:** Les troubles du sommeil augmentent le risque de chute chez les patients âgés. Le projet FALL-A-SLEEP étudie l'association entre troubles du sommeil et la sarcopénie, ici les chutes et la sarcopénie chez les patients souffrant de syndrome d'apnées du sommeil (SAS) et non apnéiques. **Méthodes:** Inclusion des patients de 75 ans et plus hospitalisés en court séjour gériatrique puis transférés en service de soins de suite ou réhospitalisés à distance de l'événement aigu, à partir de Mars 2015. Les patients dépendants pour tous les actes de la vie quotidienne, ou présentant des troubles cognitifs sévères, ou une espérance de vie à court terme étaient exclus. Chaque patient a bénéficié d'un questionnaire sur son sommeil (eg échelle de somnolence d'Epworth, ESS), d'une polygraphie ventilatoire (PV, SAS défini par un index apnées-hypopnées-IAH > 15/h), d'une mesure de sa force de préhension (dynamomètre) et d'une évaluation de sa performance physique (« Short physical performance battery », SPPB), et d'une absorptiométrie biphotonique aux rayons X avec mesure de l'index de masse musculaire (IMS). Ces mesures étaient effectuées en situation médicale stabilisée. **Résultats:** Sur les 45 patients pour lesquels une analyse complète était disponible (âge moyen 81.9 ans, 33 femmes). Entre les patients SAS (n=28, IAH=39.7/h) et non-SAS (n=17, IAH =4.6/h), la sieste était plus fréquente chez

les SAS (65.51% vs 29.41%,  $p=0.023$ ) mais le score ESS (5.9 vs 4.9,  $p=0.275$ ) n'était pas différent. L'autonomie/ADL (5.56 vs 5.71,  $p=0.883$ ), les comorbidités/Charlson score (1.7 vs 2.47,  $p=0.301$ ), et la fragilité/Rockwood score (4.37 vs 4.29,  $p=0.861$ ) n'étaient pas différents entre ces deux groupes. Les chutes (77.7% vs 56.25%,  $p=0.137$ ), le score SPPB (5.3/12 vs 7.3/12,  $p=0.0771$ ), IMS (7.03kg/m<sup>2</sup> vs 6.17,  $p=0.603$ ), la force de préhension (17.83kg vs 17.97,  $p=0.799$ ) et la sarcopénie définie par EWGSOP (60.9% vs 61.5%,  $p=0.96$ ) n'étaient pas différents. La durée pour se lever/s'asseoir 5 fois (21.15s vs 12.73s,  $p=0.05$ ), était significativement différente.

**Conclusion:** Ces résultats préliminaires de l'étude FALL-A-SLEEP montrent que les patients gériatriques souffrant d'apnées du sommeil ne présentent pas plus de chutes ou de sarcopénie. L'inclusion dans la cohorte Fall-Aging-Sleep se poursuit avec notamment la réalisation systématique d'une absorptiométrie biphotonique aux rayons X.

### A3.4. DOULEUR – SOINS PALLIATIFS ET FIN DE VIE

#### A3-04-18

##### Appropriation de l'échelle ALGOPLUS par les soignants

M. Vieillard (1)

(1) Centre Gerontologique Departemental, Marseille

**Introduction:** Du fait du vieillissement de la population mondiale, le dépistage et la prise en charge de la douleur chez la personne âgée non communicante sont primordiaux. Les objectifs étaient d'étudier l'appropriation de l'échelle d'hétéro évaluation ALGOPLUS par les équipes soignantes pour les patients âgés non communicants, de vérifier la faisabilité d'une systématisation des évaluations par ALGOPLUS et d'étudier le ressenti des soignants sur ALGOPLUS.

**Méthodes:** Un programme d'amélioration de qualité a été mis en place dans deux structures gériatriques marseillaises (court séjour gériatrique de l'hôpital Nord et aux soins de suites et de réadaptation de la Phocéenne). Deux audits externes auprès des soignants ont été pratiqués à 3 mois d'intervalle après une formation dédiée à la douleur du sujet âgé non communicant et à l'utilisation des outils pertinents dont ALGOPLUS. Cette échelle permet en 5 items et une minute d'identifier un patient non communicant algique. **Résultats:** 236 patients et 48 soignants ont été inclus. Dans les deux audits, l'échelle la plus utilisée pour les non communicants restait l'échelle numérique (81% et 66%). La formation a permis au SSR une utilisation plus systématique d'ALGOPLUS pour les patients non communicants (4% versus 24%  $p=0.006$ ). Tout service confondu, après la formation, 75% des soignants affirmaient leur souhait d'utiliser ALGOPLUS pour les patients non communicants et 87% ont trouvé la séance de formation sur ALGOPLUS bénéfique.

**Conclusion:** Trois points essentiels ressortent de notre étude : définir de façon précise ce qu'est un sujet non communicant, réaliser des formations régulières aux soignants et proposer une algorithmique simple d'utilisation des outils d'évaluation de la douleur.

#### A3-04-19

##### Arrêt des traitements curatifs en phase terminal chez des patients âgés en unité de lits identifiés soins palliatif: expérience d'un hôpital périphérique

D. Mengue (1) ; L. Traoré (2) ; A. Nabalma (1) ; Groupe thématique "éthique et fin de vie"

(1) Soins de suite, lisp, CH. Avallon, Avallon; (2) Ehpad,ussr, CH.Avallon, Avallon

**Introduction:** Les lits identifiés soins palliatifs sont devenu incontournable dans la prise en charge des patients en fin de vie. Très souvent la prise en charge des patients en fin de vie imminente ou en phase terminale se fait dans ces structures dédiées. L'évolution de la population, les avancées scientifiques, l'efficacité des thérapeutiques ont pour conséquences le vieillissement des populations. Les personnes hospitalisées dans ces structures sont de plus en plus âgées et donc très souvent poly pathologique et poly médiquées. Cette poly médication est inutile en fin de vie imminente et peut être pourvoyeuse d'inconfort et d'effets secondaires non bien faisant. La loi définit les procédures à mettre en place en cas de décisions d'arrêt des traitements curatifs. Elle condamne, par ailleurs, toute forme d'acharnement thérapeutique. Si la prise en charge des symptômes d'inconfort est un acquis dans ces unités de lits identifiés soins palliatifs, l'application de la loi quant à l'arrêt des traitements reste imparfaite. L'objectifs de notre étude était d'évaluer la mise en place des soins palliatifs au stade ultime de la maladie fin de vie très imminente (48 h avant le décès) dans une unité de lits identifié soins palliatifs. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude mono centrique, rétrospective, conduite dans une unité de lits identifiés soins palliatifs d'un hôpital périphérique de proximité. Nous avons fait une analyse de dossiers médicaux des 107 derniers décès survenus en cours de l'hospitalisation. **Résultats:** l'âge moyen des patients inclus était de 73,5, avec 65,4% de personnes de plus de 75 ans, 52,38% étaient des femmes et 88,9% avait comme pathologie initiale un cancer. 93,4% étaient dépendants pour toutes les activités de la vie quotidienne, avec un GIR moyen à 2. Des troubles nutritionnels ont été retrouvés chez 83,81 % des patients étudiés et chez 88,57% des troubles de la conscience. 59% ont bénéficié d'une simplification des traitements. Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre la perte d'autonomie, les troubles nutritionnels, les troubles de la conscience et la simplification des traitements ( $p \leq 0,05$ ). La durée de séjour < 15 jours semblait, elle aussi, entraîner plus souvent une réévaluation des thérapeutiques ( $p=0,02$ ). La décision d'arrêter les traitements inutiles en phase ultime a été tracée dans 18,10% des dossiers. **Conclusion:** si l'application de la loi quant à l'arrêt des traitements inutiles en fin de vie imminente semble correctement respectée, la traçabilité de cette décision reste à améliorer dans cette unité.

#### A3-04-20

##### Prescription de tramadol chez les patients âgés hospitalisés : une étude dans un hôpital général français

G. Ficheur (1) ; L. Ferret (1) ; S. De Courrèges (1) ; E. Boulanger (2) ; M. Luyckx (3) ; S. Quenton (1) ; R. Beuscart (1) ; E. Chazard (1) ; JB. Beuscart (2)

(1) Ea 2694, Université Lille 2, Lille; (2) Gériatrie, C.H. Régional Universitaire de Lille, Lille; (3) Service de pharmacie, C.H. Denain, Denain

**Introduction:** Le tramadol est souvent utilisé dans la prise en charge médicamenteuse de la douleur chez les patients âgés, mais il existe

peu de données sur sa sécurité d'emploi dans la pratique quotidienne chez ces patients. L'objectif de cette étude était de décrire la prescription du tramadol chez les patients âgés hospitalisés, en mettant l'accent sur les interactions médicamenteuses cliniquement significatives et les effets indésirables digestifs. **Méthodes:** A partir de la base de données d'un hôpital général, nous avons extrait les informations concernant les patients âgés de 75 ans et plus hospitalisés entre 2011 et 2013. Les prescriptions d'antalgiques ont été détectées automatiquement. Les interactions médicamenteuses cliniquement significatives impliquant le tramadol ont été détectées d'après le registre Theriaque. Les effets indésirables digestifs ont été indirectement détectés par l'administration d'un traitement laxatif ou d'un antiémétique ayant suivi l'administration de tramadol. Une revue de chaque cas déterminait le lien entre l'effet digestif et le tramadol en utilisant l'algorithme de Kramer. **Résultats:** 7 362 séjours ont été inclus avec un âge moyen de  $83,8 \pm 5,3$  ans. Une administration de tramadol a été identifiée dans 16,2% (n= 1 092) des séjours concernant les patients âgés de 75 ans et plus, ce qui représentait 83,4% des administrations d'antalgiques de palier 2 (n=1,309). Les interactions médicamenteuses impliquant le tramadol étaient fréquentes (n=415 ; 38,0% des administrations de tramadol) mais très peu concernaient des interactions médicamenteuses contre indiquées ou déconseillées (n=11). La plupart des interactions médicamenteuses étaient "à prendre en compte" et concernaient essentiellement des associations aux benzodiazépines ou à des médicaments abaissant le seuil épileptogène. Un total de 322 effets indésirables digestifs ont été associés à l'administration de tramadol d'après l'algorithme de Kramer. Ces effets indésirables concernaient 27,0% (n=295) des 1,092 séjours avec administration de tramadol. **Conclusion:** Le tramadol est fréquemment administré chez les personnes âgées hospitalisées et est associé à des effets indésirables digestifs chez plus d'un patient sur quatre.

#### A3-04-21

##### **Expérience de l'utilisation de l'échelle DN4 pour le diagnostic des douleurs neuropathiques chez les personnes âgées, dans un Service de Soins de Longue Durée (SLD)**

E. Rasolomanana (1) ; L. Rakotoarisoa (1) ; J. Marzel (1) ; YA. Ahmed (1) ; S. Razafindrainibe (1) ; N. Baptiste (1) ; DR. Rakotoarisoa (1)

(1) *Grumbach- gérontologie 2, Hôpital Georges-Clémenceau-Groupe Hospitalier Henri Mondor-Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Champcueil*

**Introduction:** L'évaluation de la douleur fait partie des critères de qualité et de certification des établissements de santé. La douleur neuropathique a une prévalence estimée autour de 8% chez les personnes âgées. L'échelle DN4 est l'outil validé pour son diagnostic. Nous avons voulu rapporter l'expérience de l'utilisation de cet outil DN4 pour le diagnostic de la douleur neuropathique des patients hospitalisés en unités de SLD. **Méthodes:** Cette étude prospective a été réalisée chez les patients hospitalisés en SLD. Des audits cliniques et de dossier ont été réalisés. Une fiche de recueil de données individuelles et l'échelle DN4 ont été utilisées. Le recueil de données a été fait au mois de février 2016, l'analyse statistique au mois de mars et l'interprétation des données au mois de mai 2016. **Résultats:** Patients douloureux : 71 sur 188 (37.76 %). Douleur chronique : 66/71(92.95%), douleur aiguë : 5/71(7.04%), présence de syndrome démentiel : 58/71(81.69%). Statut cognitif indéfini : 4/71(5.63%). La passation de l'échelle DN4 pour l'évaluation de la douleur est possible chez 38 patients

sur 71(53.52%). Parmi ces 38 patients : 14 (36.84%) souffrent de douleurs neuropathiques diagnostiquées. 12 (85.71%) ont de troubles cognitifs. Les comorbidités à l'origine de ces douleurs neuropathiques sont : Diabète (6 patients), AVC (3 patients), Arthropathies (3 patients), autres causes (maladie de Parkinson, escarres) (2 patients), aucune étiologie n'a été retrouvée chez 1 patient. La passation de l'échelle DN4 n'a pas été possible et ou difficile chez 33 patients douloureux sur 71 (46.47%). Parmi ces 33 patients : 31 (93.93%) ont un syndrome démentiel au stade sévère avec des troubles de comportement. 2 patients (6.06%) ont des troubles de communication. 2 (6.06%) présentent des signes de douleur neuropathique probable et la passation de l'échelle DN4 n'est pas complète. **Conclusion:** Nous avons constaté que la passation du DN4 n'est pas toujours possible chez les patients douloureux en USLD. Les troubles cognitifs avec des troubles du comportement et la difficulté de communication sont les causes de la difficulté de cette passation. Les pathologies neurologiques et le diabète dominent l'étiologie des douleurs neuropathiques dans notre série. Les troubles du comportement survenant lors des soins pourraient nous orienter vers l'existence de douleur neuropathique. L'évaluation régulière de la douleur, le traitement des étiologies quand c'est possible et l'adaptation thérapeutique restent les moyens à notre disposition pour la prise en charge de la douleur notamment chez les patients chez qui le diagnostic des douleurs neuropathiques n'a pas été possible.

#### A3-04-22

##### **Des céphalées inhabituelles**

A. Fouqué (1) ; L. Regnier (1) ; X. Sui Seng (1) ; J. Doucet (1) ; N. Kadri (1) ; AA. Zulfiqar (1)

(1) *Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen*

**Introduction:** La maladie de Horton est une maladie inflammatoire se caractérisant par une artérite des gros vaisseaux, dont le diagnostic reste néanmoins difficile, du fait de la non spécificité des signes cliniques, notamment chez le sujet âgé. **Méthodes:** Nous vous illustrons cette problématique par ce cas clinique. **Résultats:** Nous avons reçu au sein de notre unité une patiente de 87 ans, pour la prise en charge d'une altération de l'état général. Elle est suivie uniquement pour une hypertension artérielle traitée et un syndrome anxio-dépressif traité. A l'interrogatoire, la patiente signale une asthénie franche depuis environ 3 semaines avec une fièvre depuis 48heures. Par ailleurs, elle signale des céphalées fronto-temporales pulsatiles évoluant depuis 3 semaines. A l'examen clinique, aucun signe méningé n'est retrouvé mais deux épisodes de vomissements en jet ont nécessité la réalisation d'un scanner cérébral éliminant une hypertension intracrânienne ou toute autre anomalie. Le bilan biologique retrouve une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles avec une CRP à 277 mg/L se majorant à 405 mg/L en 5 jours avec une hausse de la VS à 120mm à la première heure. Nous ne retrouvons aucun point d'appel clinique infectieux, avec des hémocultures, un examen cyto bactériologique des urines et une radiographie des poumons revenant normales. Devant cette persistance de céphalées fronto-temporales avec un contexte inflammatoire biologique sans point d'appel clinique infectieux, nous suspectons donc une artérite à cellules géantes ; ceci conforté par la présence d'une claudication de la mâchoire et hyperesthésie du cuir chevelu fluctuante, sans tuméfaction des artères temporales, sans diminution des pouls ou sans signes ophtalmologiques. De plus, la patiente ne se plaint pas de douleurs

inflammatoires au niveau de la ceinture scapulaire et pelvienne ; aucun signe articulaire n'est objectivé. Nous avons ainsi demandé une échographie doppler des artères temporales retrouve un halo caractéristique permettant la réalisation d'une Biopsie des Artères Temporales dont les résultats vont dans le sens d'une maladie de Horton avérée. Nous avons ainsi démarré une corticothérapie orale avec une posologie à moins de 0.7mg/Kg/jour, équivalent à 40mg per os le matin par jour. Nous avons noté une agressivité consécutive à la corticothérapie, ce qui nous a conduits à une diminution de la posologie à 35mg per os le matin par jour, permettant une régression de cette agressivité. Ceci a été accompagné d'une supplémentation vitamino-calcique. La corticothérapie s'est révélée efficace sur le plan clinico-biologique avec disparition des céphalées et diminution progressive de la CRP. Nous avons constaté plusieurs effets indésirables de la corticothérapie notamment l'agitation/agressivité, une HTA secondaire traitée par AMLOR 5mg, une thrombocytose à 644 G/L, une constipation. La supplémentation potassique n'a pas été instaurée compte tenu de la dernière kaliémie étant dosée à 4.2 mmol/L. Une surveillance de la kaliémie et des glycémies a été instaurée. **Conclusion:** Un interrogatoire précis (quand cela est possible) permet d'orienter vers un examen clinique précis. De plus, la présence de céphalées persistantes chez le sujet âgé doit faire demander un bilan biologique inflammatoire.

### A3-04-23

#### Promotion des droits des patients âgés en fin de vie: étude pilote du projet PROPRIEL

JP. Rwabihama (1) ; V. Dinot (2) ; N. Assiobo (3) ; DR. Rakotoarisoa (4) ; A. Tchamegni (5) ; T. Grego (6) ; J. Anastase (7) ; P. Herpe (8) ; G. Ambime (8) ; R. Layese (2) ; E. Boutin (2) ; MT. Rabus (7) ; JG. Perilliat (3) ; N. Oubaya (2) ; J. Belmin (9)

(1) Université paris-est, dhu a-tvb, imrb-ea 7376 cepia (clinical epidemiology and ageing), créteil, AP-HP, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, Site Dupuytren, Draveil; (2) Service de santé publique, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, site Henri Mondor, Créteil; (3) Service de médecine gériatrique a1, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, site Dupuytren, Draveil; (4) Service de gérontologie 2, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, site Georges-Clémenceau, Champcueil; (5) Service de gériatrie, GHU Pitié Salpêtrière-Charles Foix, Pôle gériatrique Paris Val-de-Marne, site Charles Foix, Ivry-sur-Seine; (6) Service de médecine gériatrique a2 (usld), Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, site Dupuytren, Draveil; (7) Service de médecine gériatrique b2, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, site Dupuytren, Draveil; (8) Service de médecine gériatrique a2, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, site Dupuytren, Draveil; (9) Service hospitalo-universitaire de gériatrie, GHU Pitié Salpêtrière-Charles Foix, Pôle gériatrique Paris Val-de-Marne, site Charles Foix, Ivry-sur-Seine

**Introduction:** La loi relative aux droits de malades et à la fin de vie est peu appliquée. Promouvoir sa mise en œuvre chez le sujet âgé hospitalisé alors qu'elle vient d'être modifiée, demande une meilleure connaissance de ses dispositifs par les équipes médicales et paramédicales exerçant en milieu gériatrique, souvent confrontées à des situations complexes de fin de vie. L'objectif de cette étude pilote était de tester les connaissances des soignants sur les dispositifs encadrant la fin de vie du sujet âgé et la faisabilité d'une

étude interventionnelle visant à promouvoir les droits de patients en fin de vie. **Méthodes:** Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale analytique menée auprès de professionnels de soin de trois hôpitaux gériatriques de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (Charles Foix, Joffre Dupuytren et George Clemenceau). Un questionnaire semi-ouvert élaboré par une équipe de gériatres et portant principalement sur les notions de personne de confiance, de directives anticipées (parties fermées) et du contexte décisionnel en fin de vie (partie ouverte) a été distribué aux personnels soignants de ces 3 hôpitaux. Le critère de jugement principal était un seuil de connaissances de ces dispositifs défini selon un niveau minimal de connaissances aux notions abordées ( $\geq 13$  bonnes réponses/19). Les facteurs associés à une bonne connaissance ont été analysés par régression logistique. **Résultats:** 301 professionnels de soin ont répondu à l'enquête ; ils étaient âgés de  $40 \pm 10$  ans, avec une majorité de femmes (73%) et de personnel paramédical (83%). La connaissance des dispositifs encadrant la fin de vie était meilleure auprès du personnel médical que du personnel paramédical (OR=5,32 ; IC95%=2,50-11,31 ;  $p < 0,001$ ), des personnels du secteur des soins aigus que du secteur de soins de réadaptation ou de longue durée (OR=2,69 ; IC95%=1,33-5,46 ;  $p = 0,006$ ). 55% des professionnels de soin ont confondu la personne de confiance avec la personne à prévenir. Si 90% des participants savaient que les directives anticipées sont à consulter en cas d'état d'aggravation, 32% d'entre eux ont considéré qu'il fallait aussi les consulter avant d'envisager la sortie d'hospitalisation d'un patient. 61% des participants ont préféré l'aspect consultatif des directives anticipées à leur nouvel aspect contraignant. Enfin, le thème prédominant des expériences difficiles de fin de vie relatives était les difficultés avec la famille. **Conclusion:** Cette étude souligne une connaissance insuffisante des dispositifs encadrant la fin de vie en milieu gériatrique. Une étude interventionnelle multicentrique pourrait permettre d'évaluer une stratégie d'amélioration des connaissances de soignants sur les droits des patients âgés en fin de vie et son impact sur la qualité des soins palliatifs.

### A3.6. ETHIQUE

#### A3-06-24

##### La maltraitance, un mal évitable

R. Moulias (1)

(1) Fédération 3977 contre la maltraitance, Paris

**Introduction:** Traiter-mal ne concerne pas que le secteur médico-social mais aussi l'hôpital, le domicile, la cité. Le gériatre et le gérontologue sont toujours concernés : la victime fragile ou dépendante est en situation de faiblesse, car elle a besoin d'assistance humaine pour vivre. **Méthodes:** L'écoute et l'analyse pluridisciplinaire et l'accompagnement de milliers d'appels annuels depuis des années par les centres de la fédération 39 77 contre la maltraitance (ex ALMA et HABEO) permet de mieux comprendre le phénomène de maltraitance. **Résultats:** La maltraitance résulte de l'emprise d'un proche, d'un professionnel ou d'une structure sur une personne qui ne peut agir ou décider par elle-même. L'inconscience des besoins, l'ignorance des réponses, l'impossibilité de faire sont les premières causes de maltraitements non intentionnelles. Elles sont plus structurelles qu'individuelles. Les abus de pouvoir (abus de précautions, soins défensifs, imposition de ses utopies, etc), sont des maltraitements non -mal intentionnés d'une grande fréquence. Ce traiter -mal corrigible qui est souvent structurel doit être clairement différencié des actes volontaires relevant de l'abus de faiblesse, qui

relèvent de la délinquance. Mais les frontières sont souvent délicates dans les situations complexes notamment intra-familiales, où se mêlent affections, abus de pouvoir, intérêts financiers, psychopathologie. La classification classique n'apporte aucune aide dans la mesure où les situations de maltraitance peuvent être regroupées selon le lieu (Domicile, Hôpital, EHPAD, Cité) en tableaux "syndromiques" ayant les mêmes facteurs de risques, les mêmes conséquences et probablement la même prévention (ce point reste à démontrer faute de preuves). Le témoin professionnel de maltraitements -en particulier médecin et soignant- est dans une position difficile. Le traître mal concerne souvent les soins, sur lesquels il a un devoir d'agir. Il n'a pas été formé à dépister, ni même à voir les maltraitements. Le secret professionnel ne le dédouane pas de l'obligation de protéger son patient. Alerter peut l'exposer à des sanctions et à des représailles, se taire le met dans son tort. Le témoin professionnel a intérêt à ne jamais rester seul et demander conseil (intérêt des centres d'écoute associatifs pluridisciplinaires respectant une éthique incluant confidentialité et neutralité qui peuvent relayer l'alerte vers celui qui a la responsabilité d'intervenir. Chaque type de situation de maltraitance relève d'une intervention et d'une prévention adaptées. Le concept de "bienveillance" a été lancé dans un esprit de prévention, mais présente un risque de dérive visant à masquer la maltraitance. La première nécessité de la bienveillance est de savoir reconnaître la maltraitance. Toutes les maltraitements non mal-intentionnés sont susceptibles de prévention valorisantes basées sur la prise de conscience, la réflexion sur le sens du soin - aussi bien pour la "base" que pour tous les niveaux de la hiérarchie. La formation des médecins à déceler et faire face à la maltraitance est une nécessité qui n'est pas assez prise en compte pour l'instant à d'heureuses exceptions près. **Conclusion:** Des progrès récents ont été réalisés dans la prise de conscience et la prévention de la "maltraitance ordinaire", au moins dans de nombreux EHPAD et SLD. Mais les situations complexes exigent une analyse pluridisciplinaire. Le médecin même formé au dépistage et à la prévention ne doit pas rester seul, une analyse pluridisciplinaire étant souvent nécessaire. Le témoin a le devoir de tenter de faire cesser la situation. Il peut se faire aider en consultant un centre d'écoute pluridisciplinaire spécialisé.

### A3-06-25

#### Réflexions sur l'échec de la discussion éthique en gériatrie

S. Moulias (1) ; M. Pépin (1) ; A. Caplier (1) ; L. Teillet (1)  
(1) Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt

**Introduction:** Habermas a mis en avant les règles de la discussion éthique, pour pouvoir avancer dans des situations de tension, sans mettre en danger les différents participants et en particulier le patient, qui est censé être au centre des discussions de soins. Nous relatons un cas d'échec de la discussion éthique, qui a conduit à une décision unilatérale de limitation de soins. Nous proposons une réflexion sur un phénomène de plus en plus fréquent. **Méthodes:** Cas clinique : patient de 85 ans polyvasculaire en HAD pour antibiotiques IV en suite de chirurgie, hospitalisé pour troubles de la vigilance sur probable surdosage en pénicilline. Patient non présenté au réanimateur par les urgences sans notion de limitation de soin dans le dossier. En UGA, discussion avec les néphrologues, qui posent l'indication d'une dialyse qui pourrait traiter le patient du problème aigu. Refus de le prendre en néphrologie et pas de place en dialyse. Les réanimateurs acceptent de faire une dialyse « one shot » sur KT jugulaire, qui n'améliore pas le patient, mais

refusent de le prendre en réanimation, vu le délai du coma et le peu d'autonomie fonctionnelle à domicile. Nouveau passage du néphrologue, qui confirme l'indication à la dialyse, qu'il ne peut pas faire techniquement, et qui refuse de participer à une discussion de limitation de soin, devenue incontournable vis l'état du patient et le temps qui passe. A ce stade, la famille demande à ce qu'il n'y ait pas d'acharnement et se dit soulagée de la décision prise. Le patient décède paisiblement quelques jours plus tard. **Résultats:** Les règles de la discussion éthiques en soins comprennent le respect de la personne (ses valeurs, sa personnalité), de l'intégrité scientifique (les maladies présentées, leurs niveaux d'évolution) et du contexte et la mise en application des principes de multidisciplinarité des discutants, de circularité de la parole et de non reproductibilité de la discussion. Ici le néphrologue a refusé le dialogue, mettant en échec la multidisciplinarité et la circularité. Il a aussi imposé un point de vue de « sauveur potentiel de la situation aiguë » et a refusé de participer à une limitation de soin pourtant inéluctable et demandée par la famille du patient. **Conclusion:** Cette situation n'est malheureusement pas isolée et nous rencontrons de plus en plus de collègues, qui ne souhaitent pas discuter autour de la prise en charge d'un patient. Ils donnent leur avis, mais ne veulent pas participer à un échange pouvant conduire à une autre issue que leur décision. Ceci pose plusieurs problèmes. D'abord celui de la connaissance du code de déontologie, mais aussi celle de la loi Léonetti. Il apparaît souvent que limitation de soins soit associée à l'image de la mort. Ceci pose aussi une nouvelle fois le problème des ordres du discours : le néphrologue, tout comme souvent le cardiologue ou l'oncologue, se sent souvent porteur d'un droit de vie et de mort sur le patient (pas dialyse = la mort/dialyse = la vie) qui en pratique s'avère souvent faux, beaucoup de patients survivant sans traitement ou au contraire mourant malgré un traitement bien conduit.

### A3-06-26

#### Visée éthique de la loi du 2 février 2016, relative au droit des malades et à la fin de vie, dite loi Clays-Léonetti

S. Moulias (1)

(1) Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt

**Introduction:** La nouvelle loi du 2 février 2016, relative au droit des malades et à la fin de vie, dite loi Clays-Léonetti, ouvre plusieurs pistes de réflexions pour les professionnels. Sa visée éthique est importante à percevoir car elle permet d'en comprendre le sens et de se l'approprier. Et il n'est pas toujours aisé de s'approprier une loi. **Méthodes:** Analyse de contenu. **Résultats:** Cette nouvelle loi interpelle différents principes éthiques : la bienfaisance et la non malfaisance, de façon tout à fait attendue, mais aussi ceux d'autonomie du patient et de sa vulnérabilité reconnue par les professionnels. Elle met aussi en avant les principes de responsabilité et de compétence. Elle renforce la notion légale de personne de confiance, tout en affirmant la possibilité d'écrire ses directives anticipées à chaque citoyen. **Conclusion:** Cette nouvelle loi illustre parfaitement les avancées de notre société, en permettant au patient de s'exprimer dans ses derniers instants, quel que soit son état, en obligeant le médecin à l'écouter, mais aussi en l'obligeant à prendre en compte la vulnérabilité majeure du patient. Elle permet à ce dernier de rester un sujet de soin, même dans ces derniers instants, et non un objet de prise en charge.

**A3-06-27****La réduction phénoménologique de Edmond HUSSLER : attitude éthique et pratique**

H. Lombard (1)

(1) *Vaucluse Gériatrie, Avignon*

**Introduction:** Devant un problème éthique ou clinique en particulier dans la relation avec le patient, le soignant peut d'adresser à la phénoménologie, un des axes de la philosophie, pour adapter son attitude et arriver à résoudre la difficulté éthique ou clinique qui se présente à lui ou même à son équipe. **Méthodes:** Travail personnel en philosophie et en éthique. **Résultats:** La réduction phénoménologique se divise en trois temps qui rythment la réflexion du soignant : 1) revenir à la chose elle-même, c'est à dire l'intentionnalité. 2) mettre entre parenthèses c'est à dire créer le pont d'intersubjectivité décrit par Husserl qui permet à l'empathie de se manifester. 3) la suspension du jugement (épochè), regarder comme si c'était la première fois Elle permet d'ouvrir l'esprit, la réflexion Elle est la base de l'intuition salvatrice. **Conclusion:** La pratique rigoureuse de la réduction phénoménologique de Edmond Husserl apporte une aide non négligeable au soignant devant un problème éthique ou clinique.

**A3-06-28****Il était une foi (s) : mise à l'épreuve de la laïcité en milieu gériatrique**

S. Moulias (1) ; JM. Cabaret (2) ; V. Cousin (2) ; C. Mouly (2) ; C. Colling (2) ; H. Robbani (2) ; T. Beziel (2) ; K. Assandé (2) ; S. Marie (2) ; E. Bertrand (3) ; L. Teillet (4)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt* ; (2) *Du "problèmes éthiques soulevés par la prise en charge des personnes âgées", Université Versailles Saint-Quentin, Guyancourt Cedex* ; (3) *Gestion des risques, CHU Bichat, Paris* ; (4) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*

**Introduction:** Contexte : La laïcité est l'une des valeurs fondatrices de la société française depuis 1946. Cependant, notre société évolue et nous sommes désormais souvent témoins de situations mettant à l'épreuve la laïcité en gériatrie. Objectif : Dans le cadre de l'enseignement du D.U. problèmes éthiques liés à la prise en charge du sujet âgé, et afin de prévenir les mises à l'épreuve de la laïcité, notre groupe pluridisciplinaire a décidé de mener une réflexion sur la façon de garantir le libre exercice de la foi en milieu gériatrique au regard des lois et des règles institutionnelles. **Méthodes:** bibliographie, méthode KJ, diagramme de Pareto. **Résultats:** Les principales questions auxquelles il nous fallait répondre pour trouver des moyens d'atteindre l'objectif étaient les suivantes : Comment pratiquer sa foi dans le respect des règles de la vie en collectivité ? Comment avoir une alimentation compatible avec la religion ? Comment lutter contre la discrimination ? Quelle approche du soin au regard des pratiques religieuses ? Le groupe a ensuite émis des propositions, si possible inédites et innovantes, afin de répondre à chacune de ces questions. Seules les propositions jugées à la fois efficaces, faciles à mettre en œuvre et pérennes dans le temps ont été retenues. **Conclusion:** Trois solutions répondant à ces impératifs ont été proposées afin de garantir le libre exercice de sa foi en milieu gériatrique. • Sur le thème de l'alimentation, une application permettrait à toute personne âgées de commander le repas de ses souhaits en conformité avec sa religion auprès de restaurants ou de structures de restaurations en capacité d'adapter

la texture des aliments aux exigences de son état de santé ; • Pour prévenir la discrimination, la création d'un mooc laïc, destiné à mieux connaître les rituels de soins de chaque religion permettrait de former le personnel par e.learning sur les principales religions et les spécificités des soins liés à la pratique religieuse en appui sur les ministres des différentes religions. • Enfin pour pratiquer sa foi, l'utilisation de lunettes permettrait la participation à un culte virtuel et à la mise en relation avec sa communauté religieuse tout en restant dans un espace privé, la chambre.

**A3.9. GÉRONTECHNOLOGIE****A3-09-29****Dispositif MSanté d'informations grand public, et de formation, dans la prévention de la fragilité et du bien vieillir auprès des séniors**

A. Bidault Diallo (1) ; C. Pean (1) ; E. Martin (1) ; C. Janvier (1) ; A. Morand (1) ; A. Sourd (1)

(1) *Gériatrie, Centre Médico Chirurgical du Mans - Pôle Santé Sud, Le Mans*

**Introduction:** L'Association Prévention Fragilité Bien Vieillir, créée sous le régime de la loi 1901, a pour objet la promotion de la prévention de la fragilité et du bien vieillir auprès des séniors, afin d'améliorer leur qualité de vie. L'objectif était la création d'un dispositif MSanté proposant des informations et conseils, ouvert au grand public, accessible sur tout objet connecté (ordinateur, tablettes, smartphone), et mettant en lien avec les acteurs du territoire Sarthois habilités. **Méthodes:** A l'initiative d'une équipe pluridisciplinaire qualifiée en gériatrie composée d'un médecin gériatre, d'une infirmière, d'une assistante sociale, d'une ergothérapeute et de 2 psychologues, associée à un professionnel de la communication et de la création graphique Web, une première étape a consisté à rechercher et connaître les acteurs du territoire puis collecter les informations proposées par ceux-ci pour les mettre en ligne. La plateforme d'informations a ensuite été modélisée et adaptée en fonction des acteurs et des besoins du grand public. **Résultats:** La population ciblée était le grand public, en particulier les séniors, du département de la Sarthe et des départements limitrophes. Les facteurs de fragilité ciblés étaient: 1) la prévention de l'isolement des personnes vieillissantes en proposant au public un lien vers les activités proposées localement (Mairie, Particuliers), en faisant connaître les associations qui transportent les personnes à mobilité réduite, et en sollicitant les associations ou réseaux existants (ex: liens vers bénévoles voisins); 2) la détection de tout signe précurseur d'un trouble de la mémoire en orientant vers les conseils du médecin référent, en mettant en lien des organismes régionaux de détection de la maladie d'Alzheimer ou tout trouble de la mémoire, et proposant des solutions de soutien aux aidants; 3) l'information sur l'existence de moyens d'aide (physiques, matériels, financiers) aux personnes dépendantes ou fragilisées en mettant en lien vers les organismes départements et régionaux, vers les réseaux d'associations et d'intervenants médicaux existants pour aider dans la réalisation des actes de la vie quotidienne et l'assistance des personnes fragilisées, et dans la gestion financière et administrative des personnes âgées; 4) la proposition de solutions face à des signes de dépression en informant sur les réseaux médicaux de gérontopsychiatrie et en les mettant en lien; 5) la prévention de la dénutrition et les problèmes d'équilibre alimentaire en orientant le public vers des conseils d'équilibre alimentaire (calcul d'IMC, etc...) et les équipes compétentes; 6) la prévention de l'apparition

de chutes et permettre de corriger des troubles de la marche; 7) l'optimisation du domicile en mettant en lien des partenaires qui proposent des solutions afin de faciliter la mobilité, en proposant des nouvelles technologies permettant un maintien sécurisé au domicile et en conduisant vers des réseaux qui facilitent la prise en charge financière de tout aménagement. **Conclusion:** La plateforme est un outil d'empowerment permettant de sensibiliser les usagers sur les signes de fragilité avant que ceux-ci n'apparaissent. Elle ne collecte pas d'informations privées sur des pathologies. Elle se veut être un système intégratif des acteurs de prévention du vieillissement sans entrer en concurrence avec ceux-ci. Elle pourrait dans un futur proche faciliter le repérage et la prise en charge de la fragilité, et permettre la connaissance et un lien privilégié des usagers avec les acteurs du territoire Sarthois.

### A3.11. NUTRITION – DIABÈTE – MÉTABOLISME

#### A3-11-30

##### Enquête Dénutrition Hôpital Charles Foix - 2015

C. Schonheit (1) ; F. Dugue (2) ; V. Curtis (1) ; B. Granger (2) ; A. Meziere (1)

(1) *Ssr orthogériatrique, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine;*  
(2) *Département de biostatistiques, santé publique et information médicale, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*

**Introduction:** La dénutrition protéino-énergétique est fréquente et grave chez les sujets âgés. La dénutrition en milieu hospitalier gériatrique est une problématique en rapport avec une origine médicale dans 50% des cas et une origine logistique ou organisationnelle pour les 50% restant. L'hospitalisation est un facteur aggravant de la dénutrition. Sa détection est donc primordiale à l'hôpital. Une première enquête sur le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition à l'hôpital Charles Foix (CFX) a été réalisée en 2012 mais basée uniquement sur les critères anthropométriques de diagnostic de la dénutrition avec un risque de sous-estimation. L'objectif de cette seconde étude est d'évaluer l'état nutritionnel, la qualité des mesures des critères diagnostiques (IMC et Albumine sérique) et de la prise en charge médicale et diététique (prescriptions médicales et actes diététiques informatiques) des patients âgés hospitalisés à CFX. **Méthodes:** Il s'agit d'une enquête observationnelle transversale réalisée un jour donné, le 19 mai 2015. Tous les patients hospitalisés sur CFX en court séjour, SSR et SLD (extraction du logiciel Gilda) ont été inclus, à l'exclusion de ceux de l'unité de Soins Palliatifs. Les données ont été recueillies par des membres de l'ELAN CFX, avec d'une part un recueil centralisé et en ligne des données Actipidos pour le poids, la taille, l'IMC, les prescriptions médicales diététiques et les actes diététiques, et d'autre part une extraction des résultats biologiques (Albumine sérique et CRP) datant de moins d'un mois. **Résultats:** 431 patients ont été inclus dont 44% de CS, 21% de SSR et 35% de SLD, d'âge moyen 85 ans. La mesure du poids du séjour en cours était tracée chez 93% des patients, et de la taille chez 58% des patients (en baisse significative par rapport à 2012) avec une grande variabilité selon les services d'hospitalisation. Chez 66% des patients, l'IMC était disponible. L'albumine sérique datant de moins de 1 mois était disponible chez 46% des patients. 53% des patients étaient considérés comme dénutris selon les critères de la HAS, avec une prévalence plus élevée en court séjour et en augmentation par rapport à 2012 en rapport avec l'albuminémie prise en compte en 2015. 75% des patients diagnostiqués dénutris bénéficiaient d'une prescription médicale diététique sur Actipidos,

taux de prescription plus élevés en SSR, SLD et Oncogériatrie. Parmi les patients chez qui la prescription médicale est tracée, 95% bénéficiaient d'une intervention diététique tracée sur Actipidos avec grande variabilité selon les services et de façon moindre en court séjour. **Conclusion:** La prévalence de la dénutrition est élevée chez les patients hospitalisés à CFX. La détection de la dénutrition est une pratique de routine à CFX même si des axes d'amélioration des pratiques existent, notamment la mesure de la taille qui reste insuffisante.

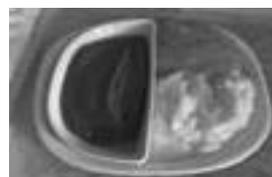
#### A3-11-31

##### « De belles assiettes » !

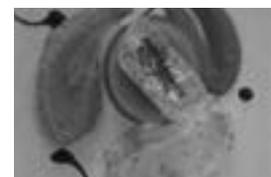
N. Bernard (1) ; S. Julliard (1) ; C. Rougier (1) ; A. Alves (1) ; C. Arvieux (1) ; S. Campos (2) ; P. Van Cuyck (2) ; S. Vidal (3) ; D. Palacin (4) ; B. Gatta-Cherifi (3) ; M. Hessamfar (1) ; F. Bonnet (1)

(1) *Médecine interne et maladies infectieuses, Hôpital Saint-André - Groupe hospitalier Saint-André - CHU de Bordeaux, Bordeaux;*  
(2) *Service de diététique, Hôpital Saint-André - Groupe hospitalier Saint-André - CHU de Bordeaux, Bordeaux;* (3) *Clan, CHU - Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux;* (4) *Service des cuisines, Groupe hospitalier Pellegrin, Bordeaux*

**Introduction:** Notre unité de soins, au sein du service de médecine, compte 16 lits dont 3 LISP (Lits Identifiés de Soins Palliatifs). Nous y accueillons des patients pour lesquels l'alimentation peut être difficile : anorexie, problèmes de déglutition ... que ce soit dans un contexte de grand âge ou de pathologie grave (infections, maladies de système, cancers...). Le projet présenté ici s'inscrit dans une démarche d'humanisation des soins avec la volonté de replacer le temps du repas au cœur de la prise en charge du patient. Il s'agit d'offrir ainsi aux patients, grâce à l'implication de l'équipe soignante, une présentation appétissante et individualisée des plateaux repas. **Méthodes:** Pendant quelques mois, certains membres de l'équipe (infirmier(e)s et aides-soignantes) ont pris l'habitude de « relooker » les plats, en reconditionnant les aliments venant de la cuisine, grâce à des emporte-pièces amenés par un des membres de l'équipe et le rajout d'éléments colorés (ketchup, réduction de vinaigre balsamique...). Les premières réflexions étonnées et enthousiastes des patients nous ont encouragé à poursuivre.... Le CLAN du CHU de Bordeaux, sensibilisé au problème de la dénutrition chez les personnes âgées, a immédiatement soutenu ce projet et aidé à sa mise en œuvre (notamment sur les aspects de sécurité et d'hygiène). Ce projet a été présenté à l'appel d'offre de la Fondation de France « Humanisation des soins » (résultat en attente) pour l'achat du matériel nécessaire à la poursuite du projet et la réalisation d'un « book » permettant de diffuser cette pratique au sein d'autres unités du CHU. **Résultats:** Les personnes ciblées sont les personnes âgées dénutries, les patients en LISP, et les personnes touchées par le cancer et dénutries. Au maximum, cela concernera 3 patients « à la fois » de l'unité par jour et ce, sur le repas de midi (ce nombre étant limité par le temps nécessaire aux soignants pour effectuer la préparation du plateau, une dizaine de minutes environ). Un exemple de préparation :



Avant



Après

**Conclusion:** Ce travail représente pour nous un moyen supplémentaire d'accompagner au mieux les patients hospitalisés, en considérant l'alimentation comme partie intégrante des soins.

Le but de ce projet est aussi « expérimental » et innovant, avec l'idée : • de travailler en pluridisciplinarité dans l'équipe et avec nos partenaires (cuisine, diététiciennes, CLAN,...), • de partager notre expérience avec d'autres unités, • et de maintenir la qualité dans la prise en charge globale du patient, comme un moteur de motivation et de cohésion dans l'équipe ! Nous effectuerons une évaluation du travail, à 6 mois, évaluation surtout axée sur le ressenti du patient et de ses proches.

### A3-11-32

#### Utilisation des compléments nutritionnels oraux dans la population gériatrique : évaluation des pratiques professionnelles

M. Renoud-Grappin (1) ; B. Gruat (1) ; J. Vermorel (2) ; J. Gauthier (2) ; C. Roux (2) ; C. Mouchoux (1)

(1) Pharmacie, Hospices Civils de Lyon, Villeurbanne;  
(2) Diététique, Hospices Civils de Lyon, Villeurbanne

**Introduction:** La dénutrition chez la personne âgée (PA) constitue un risque important de morbi-mortalité. Sa prise en charge est donc un enjeu dans la prise en soins de la PA. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les compléments nutritionnels oraux (CNO) représentent la 3ème ligne « de traitement » dans la prise en charge de la dénutrition chez la PA après les conseils diététiques et l'alimentation enrichie. A ce jour, aucune étude n'a réalisé une évaluation des pratiques professionnelles autour de l'utilisation des CNO chez la PA hospitalisée. Notre objectif était donc de réaliser un état des lieux de la prise en charge de la dénutrition (ou risque de dénutrition) par les CNO au sein d'un établissement de médecine interne du vieillissement. **Méthodes:** Pour cela, une enquête prospective basée sur une évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée. Tous les patients ayant eu un avis diététicien durant leur séjour suggérant la prescription de CNO sur une durée de 3 mois ont été inclus. Plusieurs critères ont été évalués : l'évaluation nutritionnelle avant prescription de CNO, la prescription et sa conformité par rapport à l'avis diététicien, la délivrance du CNO, la surveillance et la réévaluation des CNO. Les résultats étaient exprimés sous forme de moyenne pour les variables quantitatives et de pourcentages pour les variables qualitatives. **Résultats:** Au total, 50 patients, dont 36 femmes, ont été inclus. Parmi eux, 28% étaient hospitalisés en service de court séjour et 72% en service de soins de suite et réadaptation. La moyenne d'âge était de 84 +/- 8ans. Pour l'évaluation nutritionnelle, le poids actuel, l'indice de masse corporelle, la perte de poids, l'albuminémie, la pré-albuminémie et l'évaluation des ingesta ont été retrouvés respectivement dans 100, 94, 78, 100, 96, 90 % des cas. La prescription était conforme à l'avis diététicien à 72%, tant sur le CNO prescrit que sur le nombre de prises. La délivrance des CNO était faite à l'heure prescrite seulement chez 20% des patients. La traçabilité de l'observance et de la tolérance étaient respectivement de 50% et 38%. La réévaluation comprenant la mesure du poids et le dosage de la préalbumine a été réalisée de façon hebdomadaire chez 12% et 0 % des patients. Néanmoins pour 52% et 36% d'entre eux, ces indicateurs ont été mesurés à une fréquence supérieure à une fois par semaine. **Conclusion:** L'évaluation nutritionnelle est optimale dans notre établissement puisque le poids est mesuré dans 100 % des cas et l'IMC calculé dans 94% des cas. Ces critères anthropométriques sont essentiels pour estimer l'état nutritionnel

du patient et semble être un examen de routine pour l'équipe soignante. L'albumine est également dosée à 100% à l'entrée ; cela confirme donc son intérêt dans l'évaluation de l'état nutritionnel en complément de la mesure du poids. Les prescriptions sont en majorité complètes avec le type de CNO, le nombre quotidien et les horaires de prises. La surveillance de la prise et de la tolérance est à améliorer puisque seulement la moitié des dossiers comportent une notion d'observance et seulement 38% pour la tolérance ainsi que la réévaluation des CNO. Cette étude met en exergue la nécessité de promouvoir la traçabilité de l'observance et de la tolérance des CNO dans le dossier patient informatisé via la création de cibles nutrition mais aussi de favoriser l'évaluation de l'efficacité de la prise de CNO par la mesure du poids auprès des équipes soignantes.

### A3-11-33

#### Association entre malnutrition, chimiothérapie et devenir des patients âgés atteints d'un cancer. Travail réalisé sous l'égide du Groupe expert en nutrition et gériatrie (GEGN)

P. Caillet (1) ; E. Liuu (2) ; A. Raynaud-Simon (3) ; M. Bonnefoy (4) ; B. Lesourd (5) ; C. Jeandel (6) ; M. Ferry (7) ; O. Guérin (8) ; G. Berrut (9) ; Y. Rolland (10) ; E. Paillaud (1)

(1) Gériatrie médecine interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (2) Service gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers; (3) Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris; (4) Gériatrie, CHU Lyon Sud, Lyon; (5) Gérontopôle, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand; (6) Gérontologie, C.H.U. de Montpellier, Montpellier; (7) {street\_address}, Valence; (8) Ucog, Hôpital de Cimiez, Nice; (9) Pole de gérontologie clinique, C.H.U de Nantes, Nantes; (10) Gériatrie, Hôpital Garonne, Toulouse

**Introduction:** Le but de cette revue systématique était de déterminer 1-la prévalence de la malnutrition chez les sujets âgés atteints d'un cancer et avant chimiothérapie, 2- d'analyser les facteurs de risque de dénutrition associés à la chimiothérapie et 3-les conséquences de la dénutrition sur le devenir des patients traités par chimiothérapie. **Méthodes:** Une recherche Medline de toutes les études anglaises et françaises retrospectives, prospectives, observationnelles ou interventionnelles, publiées entre 2005 et 2015, concernant la prévalence de la dénutrition avant chimiothérapie, les conséquences de cette dénutrition et les facteurs de risque nutritionnel liés à la chimiothérapie chez les patients  $\geq 65$  atteints d'un cancer solide. **Résultats:** Un tiers et plus des malades âgés sont dénutris avant la chimiothérapie. Une perte de poids de  $\geq 10\%$ , durant les 3 à 6 derniers mois, survient chez 8 à 40% des patients, un index de masse corporelle (IMC) $<21$  kg/m<sup>2</sup> est retrouvé chez 10.7 à 23%. La dénutrition est plus fréquente dans les cancers digestifs (28 à 75%) par rapport aux cancers non digestifs (8 à 46.9%) et dans les cancers métastatiques (64 à 76.5%). Au cours de la chimiothérapie, une perte de poids est observée chez 40 à 91.6% des patients en fonction de la localisation du cancer. Les symptômes digestifs les plus fréquents pouvant altérer l'état nutritionnel sont la sécheresse buccale, la nausée, les douleurs épigastriques, la diarrhée et constipation. Un Mini-Nutritional-Assessment score bas est associé à un arrêt précoce de la chimiothérapie et à un risque augmenté de décès. **Conclusion:** La malnutrition est très souvent associée à la maladie cancéreuse du sujet âgé et elle impacte le devenir du patient. Peu d'études épidémiologiques spécifiques du sujet âgé atteint d'un cancer ont été réalisées.

**A3-11-34****Enquête d'incidence de la dénutrition des personnes âgées sur 5 jours en UHU au CHU de Bordeaux**

A. Lafargue (1) ; M. Moueza (2) ; D. Couquiaud (3) ; V. Sincholle (1) ; C. Pedezeret (3) ; M. Floccia (1) ; F. Fernandez (1) ; J. Darboucabe (4) ; I. Faure (4) ; C. Ramage (5) ; M. Graveleau (5) ; G. Valdenaire (5) ; S. Robert (6) ; MN. Videau (7) ; N. Salles (8) (1) *Gériatrie, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (2) *Emg st andré, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (3) *Emg pellegrin, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (4) *Unité d'hospitalisation des urgences, Hôpital Saint-André - Groupe hospitalier Saint-André - CHU de Bordeaux, Bordeaux*; (5) *Unité d'hospitalisation des urgences, Groupe hospitalier Pellegrin - CHU de Bordeaux, Bordeaux*; (6) *Unité d'hospitalisation des urgences, Groupes hospitaliers Pellegrin et St André - CHU de Bordeaux, Bordeaux*; (7) *Gériatrie, Hôpital Saint-André, Bordeaux*; (8) *Pole gérontologie clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*

**Introduction:** La prise en charge de la dénutrition du sujet âgé à l'hôpital doit être la plus précoce possible et constitue un des enjeux du Programme National Nutritionnel Santé en sensibilisant les personnels soignants à son dépistage et à sa prise en charge. **Méthodes:** L'étude a été réalisée par chaque équipe mobile de gériatrie (EMG) présente sur les UHU (Unité d'Hospitalisation des Urgences) à l'hôpital Saint André et à l'hôpital Pellegrin à Bordeaux. Tout patient de plus de 75 ans hospitalisé au sein de ces unités a été inclus. Les critères de non inclusion concernaient : les patients en soins palliatifs ou ayant refusé de participer à cette étude. Pour chaque patient, étaient recueillis : le poids (kg), la taille (m - taille mesurée par la distance « talon-genou » avec application de la formule de Chumlea), l'IMC (kg/m<sup>2</sup>), la perte de poids sur le dernier mois et/ou sur les 6 derniers mois conformément aux critères diagnostiques de dénutrition de la HAS 2007, la circonférence du mollet (cm), le MNA, le motif d'hospitalisation initial, la principale comorbidité, la capacité à se servir seul, à manger seul, le lieu de vie habituel, l'ADL de Katz avant hospitalisation (/6), le Braden (/23). Une analyse descriptive a été réalisée (calcul de : moyennes et écart-type pour les variables quantitatives, pourcentages pour les qualitatives) avec comparaison des données du groupe dénutri versus groupe non dénutri par le test de Student pour les variables quantitatives et par le test du Khi deux pour les qualitatives, après vérification de leurs conditions d'application respectives. **Résultats:** Sur 62 patients hospitalisés, 43 ont été inclus (6 refus de patient, 5 situations palliatives, 8 patients transférés dans un autre service de MCO ou sortis de l'hôpital). La moyenne d'âge était de 85 ± 7 ans, 93 % vivaient au domicile, 7 % en EHPAD. 5 % étaient diabétiques, 25 % insuffisants cardiaques, 39 % avaient des troubles cognitifs, 22 % des troubles psychiatriques, 13 % avaient besoin d'aide pour s'alimenter, 42 % pour être servi au quotidien. Le Braden moyen était de 15 ± 3, l'ADL moyen de 3,3 ± 1,9. L'IMC moyen était de 25 ± 6 kg/m<sup>2</sup>, 35 % des patients avaient une perte de poids significative conformément aux critères HAS, le MNA moyen était de 19 ± 5. 49 % des patients avaient un MNA entre 17 et 23,5, 35 % un MNA < 17/30. La circonférence moyenne du mollet était de 31,5 ± 5 cm, 16 patients avaient une circonférence < 31 cm. Les pathologies neurodégénératives, les insuffisances d'organe (cardiaque, rénale, pulmonaire) représentaient les principales comorbidités. Au total, 58 % des patients étaient dénutris et 86 % nécessitaient une prise en charge active nutritionnelle (dénutris + à risque de dénutrition). Le MNA avait une sensibilité de 60 % (IC95% [41 ;77]), une spécificité de 100 %. La perte de poids une sensibilité de 88 % (IC95% [66;

97]) avec une spécificité identique. 32 % des patients étaient hospitalisés pour pathologie infectieuse, 10 sur 13 étaient dénutris. 27 % d'admission pour chute(s) avec 7 patients sur 12 dénutris, 10 % d'AVC tous dénutris, 7 % de troubles du comportement dont 5 sur 7 dénutris. 100 % des patients provenant d'EHPAD étaient dénutris. Concernant le groupe de patients dénutris : l'ADL moyen avant hospitalisation était significativement plus bas (2,8 ± 1,9 vs 3,9 ± 1,7, p = 0,03), le Braden moyen également (11 ± 3 vs 16 ± 3, p = 0,05), ainsi que l'IMC et la circonférence du mollet (respectivement : 23 ± 6 kg/m<sup>2</sup> vs 28 ± 5 kg/m<sup>2</sup>, p = 0,007 et 29 ± 4 cm vs 34 ± 5 cm, p = 0,005). **Conclusion:** Ce travail réalisé par les EMG prend tout son sens dans la mission primaire de sensibiliser et aider à la bonne pratique gériatrique. A l'heure où les UHU représentent un mode d'entrée fréquent des personnes âgées au sein de l'hôpital, et devant ce constat que plus d'une personne sur deux est dénutrie à son arrivée, il est primordial que nous travaillions, soutenus par le CLAN, pour une amélioration de la prise en charge nutritionnelle de ces patients.

**A3-11-35****Les modalités de mise en œuvre d'une nutrition entérale transitoire par Sonde Naso-Gastrique dans la prise en charge de la dénutrition en médecine aigüe gériatrique ?**

E. Fercot (1) ; L. Marty (2) ; Y. Lepley (3) ; C. Bouteloup (4) ; Y. Boirie (5) ; B. Lesourd (3) ; S. Dadet (3) (1) *Court séjour gériatrique, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (2) *Anthropologie, Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand*; (3) *Gérontopôle, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand*; (4) *Service de médecine digestive et hépatobiliaire, CHU Estaing, Clermont-Ferrand*; (5) *Service de nutrition clinique, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand*

**Introduction:** La dénutrition peut concerner 30 à 70% des personnes âgées en milieu hospitalier. Le recours à la nutrition entérale par Sonde Naso-Gastrique (SNG) est envisagé par certaines recommandations nutritionnelles (Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme, Haute Autorité de Santé) pourtant elle semble peu utilisée en unité de médecine gériatrique aigüe. L'objectif de notre étude était donc d'identifier ses modalités de mise en œuvre en milieu gériatrique. **Méthodes:** Nous avons réalisé une étude qualitative multicentrique à partir d'entretiens individuels et de focus groupe de gériatres, de soignants et de patients à qui une SNG a été proposée ou qui avait déjà été traités par SNG. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits mot à mot dans un verbatim jusqu'à saturation des données. Le codage et l'analyse thématique ont permis l'extraction des grands concepts répondant à l'objectif. **Résultats:** Dix médecins gériatres, 11 soignants et 6 patients ont été entendus en entretiens individuels et en focus groupe. Il apparaît que de nombreux concepts influencent la décision médicale. La dénutrition seule ne semble pas être perçue comme une pathologie individualisable mais plutôt comme une comorbidité grevant le pronostic. Si le dépistage précoce est considéré comme essentiel, la prise en charge et le suivi semblent plutôt relever des structures d'aval. Seules quelques indications paraissent justifier le recours à la SNG, souvent en thérapie adjuvante, lorsqu'un réel bénéfice est attendu et que le projet nutritionnel s'intègre dans un projet de soins global. L'information et le consentement sont des obligations légales mais c'est surtout la participation active du patient qui semble primordiale. La position des familles en tant qu'aidants rend nécessaire leur participation au projet nutritionnel. La mise en œuvre d'une SNG semble freinée par l'appréhension

des complications et les difficultés pratiques pour des équipes soignantes souvent peu formées à la nutrition. De plus, les troubles cognitifs fréquents ainsi que l'espérance de vie incertaine laissent souvent craindre une forme d'obstination déraisonnable pour des équipes dont les objectifs de prise en charge sont le confort et la qualité de vie alors que le bénéfice attendu paraît incertain. Enfin, médecins et soignants semblent penser que la mise en place d'une SNG relève d'une décision multidisciplinaire dans cette population. **Conclusion:** La mise en œuvre d'une nutrition par SNG en médecine gériatrique aiguë reste donc une question complexe car au-delà du raisonnement médical, elle repose sur l'intrication des paramètres médico-psycho-sociaux propres à la personne âgée. Ainsi elle semble envisageable dans le cadre d'un projet de soin global, décidé de manière pluridisciplinaire au sein d'équipes formées, avec pour objectif le confort et la qualité de vie du patient.

### A3-11-36

#### Une cause rare de dysphagie facile à traiter

E. Schmitt (1) ; PE. Gavand (2) ; L. Pienar (3) ; G. Kaltenbach (1)  
(1) Médecine interne gériatrique, CHU, Strasbourg; (2) Médecine interne, CHU, Strasbourg; (3) Service d'hépatogastro-entérologie, CHU, Strasbourg

**Introduction:** Une patiente âgée de 82 ans a été admise dans le service de médecine interne gériatrique dans un contexte de perte de poids de 3 kg et de douleurs épigastriques associées à une dysphagie évoluant depuis 3 mois. Elle avait comme antécédent principal un tabagisme actif à 60 paquets années compliqué d'une BPCO post-tabagique. Il n'y avait pas d'asthénie associée mais une dénutrition protéino-énergétique avec une albuminémie à 34 g/L et une pré-albumine à 0.18 mg/L. L'examen clinique était sans particularité et la patiente avait bénéficié d'un scanner thoracique deux semaines auparavant qui ne retrouvait pas d'argument pour un cancer pulmonaire. **Méthodes:** Pour établir le diagnostic, la patiente a bénéficié d'une gastroscopie qui retrouve une masse dans l'estomac en faveur d'un phytobézoard gastrique. Le phytobézoard est un conglomérat de débris végétaux qui s'accumulent au niveau digestif et, dans le cas de cette patiente, au niveau gastrique. Une scintigraphie gastrique a aussi été réalisée et n'a pas montré de gastroparésie. Un traitement par érythromycine pendant 2 jours et prise orale quotidienne de 750 ml de Coca-Cola® pendant 4 semaines a été initié. **Résultats:** Le traitement a permis l'élimination complète du bézoard et la correction des paramètres biologiques nutritionnels. La patiente n'a dans les suites plus présenté de dysphagie et a repris 1 kg. **Conclusion:** Ce cas nous rappelle qu'un bézoard gastrique peut se révéler être une cause de dysphagie chez le patient âgé, même si cela reste rare, et être à l'origine d'une dénutrition et d'une altération de l'état général. La dysphagie n'est pas un mode fréquent de révélation de cette affection. Dans la série de Iwamuro et al., elle était présente chez 3 des 31 patients. Les symptômes les plus fréquents dans cette série étaient les douleurs abdominales, la sensation de plénitude gastrique et le déconfort abdominal. Le bézoard est mieux décrit chez les sujets jeunes mais les personnes âgées sont également atteintes du fait de la diminution de la motilité gastrique dans les contextes de neuropathie, traitement par IPP, gastrite chronique, déshydratation et d'antécédents de chirurgie abdominale. Une des options thérapeutiques est la dissolution du bézoard par le Coca-Cola®. Il s'agit d'un traitement non invasif et pouvant être plutôt bien toléré même chez les patients âgés. Plusieurs protocoles d'administration existent en prise unique ou sur plusieurs jours. Si

ces traitements restent inefficaces, le bézoard peut être éliminé par des méthodes endoscopiques ou chirurgicales. Il est important de rechercher et de traiter le cas échéant une cause favorisante comme une gastroparésie ou un trouble du comportement alimentaire.

### A3-11-37

#### Anomalies de l'hémogramme liée à une hypovitaminémie B12 : Etude rétrospective cas-témoins portant sur 783 patients

H. Bailly (1) ; M. Piccard (1) ; A. Putot (1) ; J. Gauthier (1) ; P. Manckoundia (1) ; P. Jouanny (1)  
(1) Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon

**Introduction:** La carence en vitamine B12 est associée à des anomalies hématologiques dont la plus connue est l'anémie macrocytaire arégénérative mégaloblastique. D'autres anomalies comme une thrombopénie ou une pancytopenie peuvent également se rencontrer. Il n'est pas rare également de rencontrer une hypovitaminémie B12 sans anomalie hématologique : le caractère pathologique de tels résultats est alors sujet à discussion. L'objectif de notre étude était de déterminer la fréquence des anomalies hématologiques associées à une hypovitaminémie B12. **Méthodes:** Le dosage systématique de la vitamine B12 a été réalisé chez tous les patients âgés hospitalisés en gériatrie (hôpital de jour et gériatrie aiguë) dans le cadre du bilan d'entrée de 2009 à 2014. La fréquence d'une anémie (hb < 12g/dL pour les femmes, 13g/dL pour les hommes), de la thrombopénie (plaquettes < 150 000/mm<sup>3</sup>), de la leucopénie (leucocytes < 4000 / mm<sup>3</sup>), ainsi que les caractéristiques de la lignée érythrocytaire (Volume Globulaire Moyen VGM, Teneur Corpusculaire Moyenne TCMH, Index de Distribution des Hématies IdH) ont été comparés à l'entrée chez les patients présentant une hypovitaminémie B12 (taux plasmatique < 200pg/mL) ou un taux plasmatique normal (entre 200 et 1000pg/mL). **Résultats:** Les anomalies de la lignée érythrocytaire ont été étudiées chez 9058 patients, dont 783 porteurs d'une hypovitaminémie B12 (8,6%) : la macrocytose était plus souvent présente chez les patients porteurs d'une hypovitaminémie B12 (12,8 contre 8,8%, p=0,006), cependant 84,4% des patients porteur d'une hypovitaminémie B12 étaient normocytaires, 2,8% normocytaires. Le TCMH était plus souvent élevé chez les patients présentant une hypovitaminémie B12 (26,9 contre 20,8%, p=0,0001). Bien qu'inconstante, l'anémie était également plus fréquente en cas d'hypovitaminémie B12 (48% contre 38,7%, p<0,0001). Il n'existait pas de différence entre les groupes concernant le taux de thrombopénie ou de leucopénie. En cas d'hypovitaminémie B12, le VGM microcytaire dans 5,1 % des cas, normocytaires dans 79,5% et macrocytaire dans 15,4% des cas. **Conclusion:** L'hypovitaminémie B12 est une situation fréquente responsable d'anomalies hématologiques fréquentes. L'anémie n'est cependant présente que dans moins de la moitié des cas : la découverte d'une hypovitaminémie B12 doit alors être interprétée en fonction des autres signes notamment neurologiques avant de décider d'un éventuel traitement. Lorsqu'elle est présente, l'anémie est le plus souvent normocytaires, vraisemblablement associée à une carence martiale ou un syndrome inflammatoire : le dosage de la vitamine B12 ne doit donc pas se limiter au bilan d'anémie macrocytaire.

### A3.14. PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES

#### A3-14-38

##### Audit sur l'adéquation des traitements anti-hypertenseurs en EHPAD

X. Lenoir De La Cochetiere (1)

(1) *Maison Ferrari - ordre de Malte, Clamart*

**Introduction:** Les missions 5 et 6 du médecin coordonnateur s'inscrivent dans l'amélioration des pratiques médicales et du suivi des résidents. C'est à ce titre que j'ai souhaité faire un audit des résidents suivis pour une HTA ou recevant des traitements potentiellement hypotenseurs de l'EHPAD Ferrari dont je suis le médecin coordonnateur. **Méthodes:** Sur la base des dernières recommandations de la HAS, analyse de tous les traitements anti-HTA soit 81 résidents sur 158 présents avec: • prise de TA par l'équipe d'infirmière durant une semaine; • analyse de la différence entre prises des MT et moyenne des prises par IDE; • étude du taux de résidents diagnostiqués hypertendus dans le passé et ne prenant plus de traitement; • étude du taux de résidents ayant des TA en dessous du chiffre minimal conseillé (128); • étude du taux des résidents ayant des TA au-dessus du chiffre maximal souhaité (150); • taux de recommandation de changements; • taux de recommandations acceptées par les médecins traitants : baisses, hausses, changements. **Résultats:** 34 recommandations de changements (traitement trop efficace, pas assez efficace, hors normes) soit 42% dont 30 (88%) acceptées par les médecins traitants avec 57% de baisses de traitement, 20% de hausse et 23% de changement. **Conclusion:** L'HTA est fluctuante avec l'âge et peut être diminuée par la poly-médication ou l'évolution cardiaque. Il est donc essentiel de bien suivre la tension artérielle et de ne pas hésiter à diminuer et même stopper les traitements. Cette attention doit toucher particulièrement les personnes atteintes de troubles cognitifs chez lesquels l'hypotension ne fera qu'aggraver les symptômes.

#### A3-14-39

##### D'où vient ce thrombus ?

A. Groshenny (1) ; Y. Benhatchi (1) ; J. Perisse (2) ; E. Schmitt (3) G. Kaltenbach (4) ; T. Vogel (2)

(1) *Gériatrie - UF 7166, Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg;* (2) *gériatrie, CHU de Strasbourg, Strasbourg;* (3) *Médecine interne gériatrique, CHU, Strasbourg;* (4) *Médecine interne gériatrique, CHU de Strasbourg, Strasbourg*

**Introduction:** Les AVC sont une pathologie fréquente dont l'étiologie est le plus souvent cardio-embolique ou athéromateuse mais des causes rares sont possibles. **Méthodes:** Il s'agit d'un rapport de cas concernant une patiente ayant présenté un AVC dont le bilan étiologique a mis en évidence une cause rare d'AVC. **Résultats:** Nous rapportons le cas d'une patiente de 91 ans, ayant pour seuls antécédents une HTA contrôlée sous traitement et une AOMI sous antiagrégant plaquettaire, ayant présenté un AVC ischémique temporo-pariétal gauche. Le bilan étiologique de première intention s'est révélé négatif. Cependant il a été remarqué des difficultés pour les prélèvements sanguins qui étaient particulièrement visqueux et coagulaient rapidement dans les tubes. La NFS révélait un hémocrite à 50 % et une thrombocytose à 550 G/L. La recherche de la mutation V617F du gène Jak2 s'est révélée positive. Il n'a pas été introduit de traitement spécifique de l'hémopathie étant donné des taux relativement peu élevés

de plaquettes et d'hémoglobine. **Conclusion:** La polyglobulie vraie ou maladie de Vaquez par mutation du gène Jak2 peut se compliquer d'événements thrombotiques veineux ou artériels, liés à l'hyperviscosité, l'hypervolémie, l'atteinte des plaquettes, et ce risque augmente nettement avec l'âge. De plus, il existe des formes frontalières avec la thrombocythémie essentielle, selon le pourcentage d'expression du variant V617F, et les signes hématologiques peuvent ne pas être francs. Les causes rares d'AVC ne doivent pas être méconnues et justifient d'élargir le bilan si les examens de premières intentions ne retrouvent pas d'étiologie.

#### A3-14-40

##### Syndrome Platypnée-orthodéoxie : Ne faut il y penser plus souvent ?

L. Meyrignac (1) ; J. Le Saint (2) ; C. Jouzier (2) ; S. Drevet (3) ; N. Zerhouni (3) ; G. Gavazzi (4)

(1) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, La Tronche;* (2) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble-Alpes, La Tronche;* (3) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, La Tronche;* (4) *Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble*

**Introduction:** Le syndrome de platypnée-orthodéoxie (SOP) est une maladie rare caractérisée par une dyspnée et une désaturation en oxygène de plus de 4% lors du passage à la position verticale et une amélioration dans la position couchée. Les conditions nécessaires sont l'existence d'un facteur prédisposant (ouverture du Foramen ovale, Anévrisme du septum interauriculaire), et d'un facteur déclenchant qui peut être tout fait banal soit modifiant les rapports anatomiques de l'oreillette droite soit modifiant les pressions intra auriculaires favorisant ainsi le passage de sang veineux de l'oreillette droite à l'oreillette gauche (shunt vrai). **Méthodes:** Nous rapportons un cas de SOP survenu à l'occasion d'une embolie pulmonaire et en discutons ses enseignements. Il s'agit d'une patiente de 85 ans adressée pour une suspicion d'accident vasculaire cérébral (AVC) devant un syndrome confusionnel et une parésie faciale. ; ses antécédents associent AVC (x2), anévrisme aortique et carotido-ophtalmique, un carcinome basocellulaire du pied gauche. Elle présente une syncope aux urgences au levé dont la prise en charge met en évidence une désaturation à 75% ; le diagnostic d'AVC massif est écarté mais il existe une aggravation d'une hypodensité insulaire G Un angioscanner thoracique montre alors de multiples défauts segmentaires en relation avec des embols multiples pulmonaire plurifocaux; la prise en charge nécessite 15 l/mn d'Oxygénothérapie mais la patiente n'est pas retenue pour une thrombolyse et est traitée par Eliquis®. Le doppler veineux est négatif. Après les 48 premières heures de prise en charge les besoins en oxygène se réduisent mais persiste une oxygénodépendance importante à 9l/mn ; Il est constaté une nouvelle désaturation sévère à nouveau au levé (SaO2 70%) sous Oxygène ; une nouvelle TDM ne retrouve aucune nouvelle embolie pulmonaire. L'épreuve aux bulles confirme l'existence d'un Foramen Ovale Perméable et conduit au diagnostic de platypnée orthodéoxie. La fermeture du FOP n'est pas réalisée d'emblée considérant que les conditions locales vont s'améliorer; Après une semaine sans amélioration du shunt, de la persistance de PO la fermeture du FOP est programmée mais la patiente présente un accident aux anticoagulants. **Résultats:** 2 niveaux de réflexion concerne ce cas clinique ; le premier considérant les 2 conditions nécessaires à la survenue d'un SOP : un facteur anatomique sous la forme d'une communication interauriculaire via un défaut septal auriculaire,

foramen ovale perméable, ou anévrisme du septum interauriculaire; et un facteur fonctionnel : conditions qui causent l'ouverture de la communication interauriculaire avec/sans augmentation de la pression dans l'oreille droite. Notre patiente cumulait 2 facteurs de risque et probablement au moins un facteur déclenchant. Les Antécédents d'AVC de la patiente peut se faire poser la question d'une même origine près de 10 ans auparavant. L'existence d'un foramen ovale perméable est en effet une anomalie fréquente retrouvé dans près de 25%. La littérature récente semble retrouver plus de nouveaux cas dans des populations âgées. La seconde réflexion concerne le délai d'intervention de fermeture du FOP qui ne semble pas adéquate dans notre cas; il semble en effet que la procédure percutanée rapportée dans la littérature soit tout à fait bien supportée même par des patients vulnérables et dépendants avec de très bon résultats. **Conclusion:** Compte tenu des facteurs de risque spécifiques du SOP s'accumulant avec l'âge, il est possible qu'il existe un sous diagnostic des SOP responsables de syncope, d'hypoxémie ou participant à des chutes. Il semble aussi que le rapport bénéfice /risque de la procédure de fermeture par voie per cutanée soit suffisamment élevé pour le proposer largement et rapidement.

#### A3-14-41

##### **Atteinte cardiaque, rénale et digestive: penser à l'amylose!**

M. Dubos (1) ; J. Auclair (1) ; M. Gedon (1) ; M. Rainfray (2)

(1) Médecine Gériatrique 1, Hôpital Xavier Arnoz - Groupe hospitalier sud - CHU de Bordeaux, Pessac; (2) Gériatrie, CHU - Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux

**Introduction:** L'amylose systémique sénile (SSA) est une pathologie rare responsable de décompensation cardiaque tardive chez les sujets âgés. **Méthodes:** Mme D. est une patiente de 92 ans, vivant seule à domicile et autonome (ADL 6/6, IADL 7/8). Son principal handicap est une malvoyance compliquant une dégénérescence maculaire liée à l'âge. En décembre 2015, elle présente une insuffisance cardiaque globale dans les suites d'une bronchite résolutive sous diurétiques. L'échocardiographie révèle une myocardiopathie hypertrophique, sans troubles de la cinétique avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche conservée. En mars 2016, la patiente est hospitalisée pour anorexie avec perte de poids non chiffrée, épigastralgies, hématomes spontanés et apparition d'une insuffisance rénale. L'examen clinique montre un Indice de Masse Corporelle à 19,7 kg/m<sup>2</sup>, une Tension Artérielle à 95/57 mmHg, une fréquence cardiaque à 88 battements par minute, une saturation à 97%. On note la présence de signes de décompensation cardiaque droite avec des œdèmes des membres inférieurs importants associés à une turgescence jugulaire ainsi qu'une masse épigastrique sensible. On ne palpe pas d'adénopathies. Le bilan biologique montre une insuffisance rénale sévère (créatinine 110 µmol/l, clairance 19 ml/min selon cockcroft) compliquée d'une acidose (réserve alcaline 25 mmol/l), une hyponatrémie à 127 mmol/l, une hypoprotidémie à 51 g/l et une hypoalbuminémie à 23,4 g/l. Le bilan urinaire montre une protéinurie (1,91 g/l sur échantillon avec ratio protéinurie/créatininurie 444,2 mg/mmol). Devant le syndrome néphrotique, il est suspecté une glomérulonéphrite extra-membraneuse paranéoplasique. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien montre seulement un épanchement péritonéal diffus, sans lésion tumorale. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale, révèle une oesophagite ulcérée sévère, une gastrite fundique érythémateuse et un ulcère duodénal Forrest 3. L'évolution est marquée par une dégradation rapide de l'état général avec une anorexie sévère

associée à des nausées et des éructations invalidantes. Le 29/03, la patiente présente un œdème aigu du poumon massif. Malgré la mise en route d'un traitement diurétique, la patiente décède d'une défaillance hémodynamique. L'anatomopathologie des biopsies gastriques montre une chorion infiltré par une substance amorphe éosinophile, biréfringente en coloration rouge congo en faveur d'une amylose. Au total, cette patiente présentait donc une SSA avec atteinte cardiaque, rénale et digestive. **Résultats:** SSA correspond à des dépôts protéiques de dérivés de transthyréline (TTR) normale dans les tissus (1). Une série autopsique rapporte la présence de dépôts d'amylose chez 25% des patients de plus de 85 ans (2), avec une prédominance masculine. L'atteinte clinique la plus fréquente est la myocardiopathie hypertrophique, s'exprimant sous la forme de décompensation cardiaque, de troubles de la conduction (1,3). L'échocardiographie et l'IRM permettent d'avoir une présomption diagnostique (4). Le diagnostic de certitude est fait par l'histologie et l'immunomarquage (1). Le traitement repose sur celui de l'insuffisance cardiaque. Des thérapeutiques spécifiques (stabilisateurs de TTR, thérapies ciblant l'ARN) sont en cours de développement (5). **Conclusion:** Chez un patient âgé, il faut évoquer une SSA devant des décompensations cardiaques tardives chez un sujet sans antécédent cardio-vasculaire. Bibliographie: 1. Damy T, Presse Médicale. 2013. 2. Tanskanen M, Ann Med. 2008. 3. Pinney JH, J Am Heart Assoc Cardiovasc Cerebrovasc Dis. 2013. 4. Bodard Q, Age Ageing. 2016. 5. Dubrey S, Postgrad Med J. 2015.

#### A3-14-42

##### **Initiation du traitement anticoagulant efficace dans le cadre d'une fibrillation atriale : bridging or not bridging ?**

E. Liuu (1) ; ML. Bureau (1) ; A. Caupenne (1) ; A. Jamet (1) ; A. Petard (1) ; C. Pradere (1) ; M. Priner (1) ; F. Seite (1) ; C. Cornillon (1) ; I. Merlet (1) ; AS. Delelis-Fanien (1) ; I. Migeon-Duballet (1) ; S. Valero (1) ; F. Bellarbre (1) ; M. Paccalin (1)

(1) Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers

**Introduction:** L'anticoagulation en prévention thrombo-embolique, dans le cadre d'une fibrillation atriale non valvulaire (FANV), comporte deux stratégies thérapeutiques : instauration directe d'un anticoagulant oral ou instauration d'héparine avec relais AVK (méthode dite «bridging »). La deuxième solution est justifiée en période péri-opératoire devant un haut risque thrombo-embolique. Peu d'études sont disponibles en population gériatrique. L'objectif de cette étude est de rapporter les pratiques de prescription pour l'initiation d'anticoagulation efficace chez le patient âgé hospitalisé atteint de FANV, et la survenue des événements thromboemboliques et hémorragiques. **Méthodes:** étude rétrospective observationnelle monocentrique dans le pôle de gériatrie du CHU de Poitiers, du 31/10/14 au 31/10/15 ; patients ≥75 ans, avec FANV et initiation d'une anticoagulation pour cette indication pendant l'hospitalisation. Les paramètres recueillis étaient : les critères socio-démographiques, les données cliniques et biologiques, les scores CHA2DS2-VASc et HAS-BLED, une prescription anticoagulante (bridging ou non), des événements indésirables (EI) ischémiques et hémorragiques au cours du séjour. **Résultats:** durant cette période, 904 patients avec FANV ont été hospitalisés dont 77 répondaient aux critères d'inclusion, d'âge moyen 88,3 ans. Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'insuffisance rénale (88,3% avaient une clairance selon Cockcroft < 60 mL/min, 26 % < 30 mL/min), l'anémie dans 50,6% des cas ; des troubles cognitifs étaient connus dans 14,3%. Les scores moyens CHA2DS2-VASc étaient de 5,2, HAS-BLED de 2,2, comparables

dans les trois bras. Près de 2/3 des patients étaient traités par AVK seul, 24,7 % par bridging, et un anticoagulant oral direct (AOD) était initié dans < 8%. Il n'y avait pas plus d'antécédent d'AVC ischémique dans le bras traité par bridging. La grande majorité des effets indésirables survenaient dans le bras AVK seul, avec la survenue de cinq décès, un événement ischémique et neuf événements hémorragiques (81,8%). **Conclusion:** des disparités existent sur les habitudes de prescription entre les praticiens. Les AOD sont sous-prescrits. Contre toute attente, le bridging n'était pas plus associé à la survenue d'EI au cours du séjour a contrario des AVK. Des études prospectives multicentriques permettraient de mieux définir la stratégie optimale pour cette population gériatrique.

#### A3-14-43

##### Apnée du sommeil et prise en charge de l'AVC chez le sujet âgé

E. Achour (1)

(1) *Gérontologie clinique, Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*

**Introduction:** le Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) est une affection chronique caractérisée par la survenue d'apnée ou d'hypopnée pendant le sommeil. Sa prévalence dans la population générale est de l'ordre de 5% mais augmente avec l'âge pour atteindre 30 à 80% chez les plus de 70 ans [1]. Les conséquences physiopathologiques induites par l'hypoxie intermittente et la fragmentation du sommeil sont conséquents. Les phénomènes de stress oxydatifs, d'altération de la réponse vasculaire et d'inflammation au niveau vasculaire et systémique entraînent une augmentation de l'épaisseur intima-média, une rigidité artérielle ainsi que des phénomènes d'athérosclérose responsable des complications cardiovasculaires. **Méthodes:** nous proposons une revue de la littérature sur le risque d'accident cérébrovasculaire chez les patients atteints de SAOS et l'impact sur la prise en charge rééducative chez le sujet âgé. **Résultats:** Chez l'adulte jeune, le risque d'AVC lors de la présence d'un SAOS modéré à sévère est 3 fois plus important et se risque persiste avec le vieillissement. Après un AVC, plusieurs travaux montrent une prévalence explosive du SAOS. La mise en place d'un traitement précoce permettrait d'améliorer la mortalité et la récupération fonctionnelle. **Conclusion:** Lors d'un AVC, la recherche d'un SAOS devrait être systématique et la prise en charge adaptée permettrait une amélioration de la récupération fonctionnelle en post AVC.

#### A3-14-44

##### AVC et Horton : caractéristiques de l'imagerie

F. Ketz (1) ; A. Monti (1) ; A. Velentza (1) ; A. Breining (1) ; A. Léger (2) ; H. Le Petitcorps (1) ; E. Pautas (1)

(1) *Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (2) *Neurologie vasculaire, Hôpital de la Salpêtrière - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Paris*

**Introduction:** L'artérite de Horton est la vascularite la plus fréquente avec une incidence qui augmente après 50 ans. Elle peut se compliquer d'AVC dans 2,7 à 7,4% des cas. Le diagnostic différentiel entre AVC sur athérosclérose et AVC secondaire au Horton est parfois difficile à établir. **Méthodes:** Nous rapportons le cas d'une patiente qui présente un AVC concomitant d'une découverte de maladie de Horton. Présentation d'un cas clinique avec imagerie typique. **Résultats:** Une patiente de 90 ans est hospitalisée pour bilan d'altération de l'état général. On retrouve une anémie inflammatoire avec CRP isolée à 51mg/L. Devant

l'abolition du pouls temporal gauche, on réalise une biopsie de l'artère temporale (BAT). Quelques heures après la réalisation de la BAT, la patiente présente un déficit de l'hémicorps gauche avec dysarthrie et paralysie faciale gauche. Elle est transférée dans un service d'urgences neurovasculaires en vue d'une éventuelle thrombolyse. L'IRM cérébrale en urgence montre un AVC sylvien superficiel droit aigu, sans argument pour une atteinte macrovasculaire inflammatoire. Cependant, une IRM cérébrale à 24 heures post-thrombolyse retrouve de nombreux emboles et lacunes plaidant plutôt en faveur d'un mécanisme inflammatoire pro-thrombotique. Les résultats de la BAT confirment quelques jours après le diagnostic de Horton et une corticothérapie à la dose d'1mg/kg est donc introduite. **Conclusion:** L'AVC est une complication rare de la maladie de Horton. Il existe des éléments à l'imagerie permettant d'orienter le diagnostic en faveur d'une origine inflammatoire.

#### A3-14-45

##### Embolie pulmonaire chez le sujet âgé : diagnostic et prise en charge

S. Aouadi (1) ; R. Khemkhem (1) ; H. Gharsalli (1) ; E. Guermazi (1) ; S. Maâlej (1) ; L. Elgharbi (1)

(1) *service de pneumologie D, Hôpital Abderrahmen Mami de pneumo-physiologie, Ariana, Tunisie*

**Introduction:** l'embolie pulmonaire (EP) constitue une pathologie potentiellement mortelle à court terme, et qui pose souvent des problèmes de diagnostic positif et de prise en charge thérapeutique. But : Préciser les caractéristiques radio-cliniques, biologiques et évolutives de l'EP chez les sujets âgés. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 50 patients hospitalisés entre 2011 et 2015 pour EP confirmée par angioscanner thoracique. Deux groupes ont été identifiés : un groupe de sujets âgés de plus de 65 ans (23 patients) et un groupe de sujet âgés de moins de 50 ans (27 patients). **Résultats:** L'âge moyen des sujets âgés était de 73 ans. Les comorbidités étaient plus fréquentes dans le groupe des sujets âgés avec une différence significative (78% vs 44%, p=0,03). Les principales comorbidités retrouvées chez les sujets âgés étaient l'hypertension artérielle (30%), les pathologies respiratoires chroniques (26%) et la fracture du col du fémur (13%). L'alitement était plus fréquent dans le groupe des personnes âgées (44% vs 11, p=0,04). Le délai entre le début des symptômes et le diagnostic positif de l'EP était plus long chez les sujets âgés (16 vs 5 jours). Sur le plan clinique, la douleur thoracique était moins fréquente chez les sujets âgés (34%, 60%, p=0,045). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant les autres signes cliniques. A l'électrocardiogramme, les signes droits étaient plus fréquents chez les personnes âgées (21% vs 11% p=0,07). A la gazométrie du sang artériel une hypoxie et une hypocapnie étaient observées dans respectivement 69% et 73% des cas des sujets âgés. Ces anomalies étaient plus marquées chez les sujets âgés. Aucune différence n'a été retrouvée entre les deux groupes concernant les anomalies radiologiques. Un transfert en réanimation était nécessaire chez 13% des sujets âgés. Sur le plan thérapeutique, tous les patients des deux groupes ont été mis sous anticoagulant. Les complications à type d'accidents hémorragiques étaient plus fréquentes chez les personnes âgées (21% vs 4%). Le décès était noté chez un sujet âgé. **Conclusion:** Un plus long délai diagnostique et un risque plus important de complications hémorragiques liées au traitement caractérisent l'EP chez le sujet âgé.

### A3.19. SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

#### A3-19-46

#### L'oubli du syndrome de Morgagni-Stewart-Morel : une illustration des phénomènes de mode en Médecine ?

J. Barré (1) ; A. Brangier (1) ; PY. Paré (1) ; R. Hureauux-Huynh (1) ; G. Duval (1) ; C. Annweiler (1)

(1) *Gérontologie clinique, C.H.U - CHU Angers, Angers*

**Introduction:** En 1765, Giovanni Morgagni décrivait un syndrome associant hyperostose frontale interne, obésité et hirsutisme. Ce tableau a ensuite été enrichi en 1928 (Stewart) puis 1930 (Morel) par la description de symptômes neuropsychiatriques ; définissant ainsi le syndrome de Morgagni-Stewart-Morel qui fera l'objet en 1961 de la publication d'une série de 100 cas. **Méthodes:** Ce syndrome est depuis tombé dans l'oubli et reste relativement peu évoqué en routine clinique. Pourtant, des cas rapportés continuent d'être publiés occasionnellement, et ne mettent pas en évidence d'éléments disqualifiant les observations initiales. **Résultats:** L'histoire de ce syndrome nous apparaît représentative des phénomènes de mode en Médecine, autorisant une lecture sociologique de la pensée médicale quand elle s'efforce d'interpréter l'origine des symptômes psycho-comportementaux. **Conclusion:** Nous observons à travers d'autres exemples passés, comme l'importance accordée au magnésium en neuropsychiatrie dans les années 1970, que l'apogée de certains concepts repose autant sur leur pouvoir de « séduction » que sur la solidité des publications scientifiques. Mais que, en revanche la disqualification secondaire de concepts initialement surévalués peut également s'avérer tout aussi excessive.

#### A3-19-47

#### Approche sociologique des cris des patients déments

R. Scandiuzzi (1)

(1) *CSG, HDPMB- Sallanches, Sallanches*

**Introduction:** « Une société est faite d'individus et de groupes qui communiquent entre eux » Les cris traduisent la souffrance et la vulnérabilité tant physique que psychologique des patients, leur douleur physique ou psychique, ou simplement les limites cognitives qu'ils rencontrent. Certains auteurs ont proposé une fiche de décryptage clinique du sens des cris, centrée sur le patient, afin d'aider les équipes soignantes dans leur travail quotidien. **Méthodes:** Les approches de la sociométrie, de la sociologie et de la dynamique des groupes par J. L. MORENO, K. LEWIN, BALES, S.MOSCOVICI et R. MUCCHIELLI ont défini l'ensemble des phénomènes psycho-sociaux qui se produisent dans les groupes et l'ensemble des méthodes qui permettent d'interagir sur les personnalités, et sans doute les cris, par le moyen des phénomènes qui régissent les groupes. **Résultats:** Les différentes atteintes physiques, psychiques ou cognitives des patients « crieurs », leurs personnalités, leurs perceptions et leurs représentations de leur environnement, interviennent dans les relations interindividuelles qu'ils construisent et dans la dynamique des groupes auxquels ils appartiennent. Le sens des cris, est influencé par de multiples facteurs environnementaux tenant du contexte social et familial, d'éléments physiques et architecturaux, des spécificités des relations entre les différents acteurs qui entourent le patient, et des mécanismes de défense qui protègent chaque individu dans ses relations interindividuelles. La fluctuation des atteintes cognitives dans les processus démentiels, les fluctuations environnementales, les fluctuations comportementales et émotionnelles des patients,

des aidants familiaux et professionnels, le moral de l'ensemble des groupes patients-soignants-familles et leurs expressions tant verbales que non verbales, interagissent sur les sens des cris et sur leur localité. Chaque soignant a une perception individuelle de son rôle propre, au-delà des connaissances pratiques et théoriques concernant sa pratique professionnelle. C'est dans l'inconscient individuel et par le jeu des émotions, que chacun investit la tâche qui lui est attribuée, avec les normes déterminées par les valeurs, les représentations et les émotions entre croisées dans les groupes. Les buts collectifs, les émotions collectives recherchent un état d'efficacité et d'harmonie entre les capacités et les besoins des patients, des aidants professionnels et familiaux pour l'établissement d'un équilibre interne marqué par les vicissitudes de l'existence et un système de relation stable, épanouissant et harmonieux avec l'environnement qui pourra favoriser la compréhension du sens des cris et influencer sur celui-ci. **Conclusion:** La prise en charge des cris des patients sollicite en plus de la prise en charge individualisée du patient, le fonctionnement de l'ensemble des groupes qui l'entoure dans l'unité de soins où il séjourne. Malgré toute la subjectivité de cette approche, il paraît intéressant d'imaginer que les processus relationnels relevant de la dynamique des groupes puissent intervenir sur le sens des cris et sur leur compréhension. On peut imaginer que la communication au sein des groupes, avec toutes ces spécificités, adaptée et accompagnée, puisse permettre de limiter les représentations personnelles et d'intégrer toutes les dimensions des relations interindividuelles pour analyser les sens des cris avec encore plus d'objectivité.

#### A3-19-48

#### Pleine conscience et maladie d'Alzheimer : amélioration du bien-être et de la qualité des interactions au sein du binôme personne âgée-aidant

I. Tournier (1) ; D. Ferring (1)

(1) *Inside, University of Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Luxembourg*

**Introduction:** Les publications concernant la notion de pleine conscience (mindfulness) augmentent de façon exponentielle depuis 2000 et sont dominées par deux cadres théoriques majeurs. Le premier, proche des pratiques de méditation, définit la pleine conscience comme le fait de porter son attention sur le moment présent, de façon posée et sans jugement. Le second, plus lié aux notions de traitement de l'information, perçoit la pleine conscience comme la capacité à appréhender une situation avec un regard nouveau et non pas seulement en fonction d'automatismes et de routines. A l'heure actuelle, la majorité des interventions liées à la notion de pleine conscience est basée sur l'approche méditative, proposant par exemple des exercices de respiration ou de méditation. Des bénéfices ont été montrés concernant entre autres l'anxiété, la dépression et la qualité de vie auto-rapportée dans différentes populations, dont les personnes âgées atteintes d'une démence ou de troubles cognitifs légers, mais aussi chez leurs aidants. Dans le contexte de l'interaction personne âgée-aidant, les bénéfices de la pleine conscience sur le bien-être psychosocial seraient à la fois directs et indirects. On peut ainsi avancer une amélioration de la capacité à faire face au stress, mais aussi un bénéfice lié à l'amélioration de la qualité des interactions entre la personne aidante et la personne aidée. Dans le contexte de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée, cela relève notamment de la capacité de l'aidant à être attentif aux aspects verbaux et non verbaux de communication, et cela en restant tant que faire se peut dans l'instant présent et le non-jugement.

Notre objectif est d'identifier, à travers les deux approches de la pleine conscience, les mécanismes par lesquels cette dernière peut améliorer le bien-être et la qualité des interactions au sein du binôme personne aidée-aidant. Ces aspects seront proposés dans un modèle intégratif heuristique prenant en compte à la fois les caractéristiques de la personne âgée et celles de l'aidant.

### A3-19-49

#### **Le réseau ASDES : une réponse à la complexité des soins des personnes âgées**

A. De Malherbe (1) ; H. Brugerolles (2) ; S. Moulias (3) ; T. Cudennec (3) ; S. Emery (2) ; M. De Saint Martin (2) ; C. Herve (2)

(1) *Asdes, Nanterre*; (2) *Cash, Asdes, Nanterre*; (3) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*

**Introduction:** Historique: Le réseau ASDES (Accès aux Soins, aux Droits et Education à la Santé) a été créé en 2000 sur le territoire de l'hôpital de Nanterre, pour répondre à un besoin d'accès aux soins d'une population particulièrement vulnérable. Il s'agit d'une association loi 1901 missionnée par l'ARS (Agence Régionale de Santé). En 2014, ses missions ont été élargies et correspondent à son activité actuelle. Il participe à la coordination des soins et à l'appui aux professionnels de santé pour les personnes en situation complexe âgées, atteintes de cancer ou en soins palliatifs, en lien avec la maison médicale de Notre du Lac. **Méthodes:** Objectif : Le réseau ASDES permet aux personnes concernées de bénéficier de la prise en charge la plus adaptée à ses besoins de santé et médico-sociaux. **Résultats:** Organisation en réseau: ASDES est une structure plastique et dynamique innovante, faisant de lui un acteur territorial essentiel. Il porte une expertise en oncologie, en gériatrie, et en soins palliatifs en lien avec la maison médicale Notre Dame du Lac. Il participe à l'accès aux soins des personnes vulnérables. Ses prises de décisions s'effectuent de manière collégiale lors d'un staff et concernent l'inclusion dans le réseau et l'élaboration du programme personnalisé de soin, en collaboration étroite avec les médecins traitants. Il a à cœur la connaissance du patient, de ses besoins et de sa temporalité. Il effectue des visites à domicile pour une évaluation pluridisciplinaire médicosociale incluant la connaissance du lieu de vie des personnes. Il vient en appui et se coordonne avec les partenaires, et en particulier les CLIC, MAIA, SSIAD, HAD, services hospitaliers et services municipaux, départementaux. Il est ouvert sur la ville et l'hôpital par l'élaboration de projets communs, notamment en éducation thérapeutique. Le réseau est un lieu de recherche et de formation des professionnels de santé et des usagers. **Conclusion:** Conclusion et perspectives: ASDES est un réseau de santé qui répond au besoin de coordonner le parcours des personnes en situation complexe du territoire du centre des Haut de Seine. Il propose une approche multidisciplinaire et multiprofessionnelle, en lien avec les acteurs médicosociaux de ville et de l'hôpital. Il vise à valoriser et à pérenniser son action guidée par des valeurs de lien et du prendre soin.

### A3-19-50

#### **Ressenti des personnes âgées sur les déterminants de leur entrée en établissement d'hébergement et sur le rôle du médecin traitant**

AS. Villain (1) ; I. Donnio (2)

(1) *Médecine générale, Saint-Malo*; (2) *Psychologue, EHESP - Ecole des hautes études en santé publique, Rennes*

**Introduction:** Lors de l'entrée en établissement le consentement de la personne âgée doit être recherché et respecté. Mais le plus souvent, la décision d'entrer en établissement n'est pas prise par le résident lui-même. Notre étude vise à s'attacher au ressenti de la personne âgée sur les déterminants l'ayant conduite à une entrée en établissement et à définir les rôles que pourrait avoir le médecin traitant, pour une meilleure prise en compte des souhaits de la personne âgée. **Méthodes:** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de personnes âgées entrées depuis moins de 3 mois dans un établissement ou vivant à domicile, sur liste d'attente pour un établissement d'hébergement ; puis une analyse par regroupement thématique a été réalisée. **Résultats:** Quinze entretiens ont été réalisés. Des déterminants ressentis comme rationnels sont retrouvés, ainsi que des déterminants liés au domicile, à soi ou à l'entourage. Le rôle du médecin traitant est variable, le plus souvent fonction de son rôle habituel dans sa relation avec la personne âgée et peu remis en question. **Conclusion:** Le processus de décision peut être associé à une gestion des risques et le ressenti d'une décision personnelle ou non est complexe. Le médecin généraliste doit contribuer à délivrer le plus tôt possible une information sur l'entrée en établissement ainsi que sur les solutions alternatives, dans le cadre d'une réflexion plus générale sur la perte d'autonomie. Son rôle est également de veiller au respect des choix de la personne âgée et la remise du certificat médical à l'inscription doit être l'aboutissement de la réflexion.

## A3.24. TROUBLES VÉSICOSPHINCTÉRIENS

### A3-24-51

#### **La rupture intra-péritonéale de vessie : un diagnostic difficile**

J. Haber (1) ; D. Mutelica (1) ; T. Vogel (1) ; G. Kaltenbach (1) ; P. Karcher (1)

(1) *Pôle de gériatrie, Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg*

**Introduction:** La rupture intra-péritonéale de vessie associée au sondage urinaire à demeure est une pathologie rare et grave. Elle pose un véritable problème diagnostique en raison de l'absence de signes pathognomoniques et d'une évolution insidieuse. Le retard diagnostique observé est en moyenne de 4 à 5 jours. **Méthodes:** Nous rapportons l'observation d'une patiente de 85 ans, aux antécédents d'AVC ischémique avec une hémiplégié séquellaire et porteuse d'une sonde urinaire à demeure pour une vessie neurologique. La patiente résidait en USLD, elle présentait des troubles cognitifs d'origine vasculaire. La patiente a présenté, 48 heures après le changement de sa sonde urinaire, une douleur abdominale prédominant en fosse iliaque gauche. La patiente était apyrétique, la palpation abdominale avait mis en évidence un abdomen sensible en FIG sans défense, il n'y avait pas de globe vésical, cependant on notait une oligurie et une hématurie macroscopique. Le toucher rectal retrouvait un fécalome et le bilan biologique, un syndrome inflammatoire (CRP 70mg/l) et une fonction rénale normale.

L'échographie abdominale était normale et ne retrouvait pas d'épanchement intra-abdominal. Après 48 h, la patiente a présenté une défense abdominale diffuse, la biologie montrait une majoration de la CRP à 300mg/l ainsi qu'une hyperleucocytose. **Résultats:** Le diagnostic de péritonite est envisagé. Une rupture intra-péritonéale de vessie a été diagnostiquée au TDM abdominopelvien réalisé en urgence. La patiente a été opérée en urgence avec une suture de la plaie vésicale par voie laparotomique. **Conclusion:** Le sondage vésical à demeure fragilise la paroi vésicale d'une part, l'âge est associé à une augmentation de pression intravésicale d'autre part. La rupture intra-péritonéale de vessie doit être évoquée devant toute douleur abdominale associée à une hématurie chez des patients âgés porteurs de sonde urinaire à demeure.

### A3.25. URGENCE/SOINS INTENSIFS

#### A3-25-52

#### **Pertinence du retour à domicile après une consultation aux urgences**

B. Heck (1) ; J. Gauthier (1) ; S. Da Silva (1) ; H. Bailly (1) ; P. Manckoundia (1) ; P. Jouanny (1)

(1) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon*

**Introduction:** Le recours aux urgences est très majoritairement lié à des motifs de soins ne mettant pas en jeu le pronostic vital. D'ailleurs un nombre significatif de consultants y compris âgés ne sont pas hospitalisés après le passage aux urgences. Le but de cette étude est de décrire les caractéristiques et la pertinence du recours des personnes âgées consultant aux urgences et retournant à domicile. **Méthodes:** Etude descriptive prospective réalisée aux urgences du CHU de Dijon entre mars et mai 2015, incluant tous les patients de 75 ans et plus. Le recueil de données regroupe les caractéristiques socio-démographiques et médicales. La pertinence de la consultation est évaluée par le médecin traitant sur un échantillon aléatoire de patients retournant à domicile. **Résultats:** Sur 2312 patients inclus, 595 sont rentrés à domicile sans hospitalisation. Ils étaient en moyenne plus jeunes ( $84,1 \pm 5,7$  vs  $84,7 \pm 5,7$  ans ;  $p=0,055$ ), et venus de façon spontanée aux urgences (OR= 4,12 IC95% [2,01±8,41]  $p=0,0001$ ). Leur durée de séjour aux urgences était significativement plus faible ( $5,6 \pm 2,7$  vs  $6,0 \pm 4,1$  heures ;  $p=0,018$ ). Sur un échantillon aléatoire de 94 patients, la moyenne de pertinence de la consultation était de 6,8 sur 10. Ces patients étaient autonomes, avec peu de comorbidités (Score de Charlson moyen  $6,03 \pm 2,05$ ). 46,8% avaient des troubles cognitifs et 41,6% ont pu avoir accès à un avis spécialisé. Les consultations les plus pertinentes correspondaient à un recours par la famille (pertinence moyenne à 9) ou par le patient lui-même (pertinence moyenne à 8,5). Les motifs principaux de consultation étaient : l'épistaxis (88,9% des causes ORL), la chute (86,2% des causes traumatologiques), les troubles cognitifs (46,8% des causes neuropsychologiques) et la douleur (60% des symptômes généraux). Le médecin justifiait la pertinence par la nécessité d'examen complémentaires ou d'avis spécialisés. **Conclusion:** Les passages aux urgences avec retour à domicile étaient majoritairement jugés pertinents. Deux profils de patients utilisant les Services d'Accueil des Urgences sont mis en avant : ceux nécessitant un plateau technique sans urgences, venus par défaut d'accessibilité aux soins ambulatoires et ceux présentant une fragilité possiblement sous-évaluée, qui auraient justifié d'une prise en charge hospitalière par la filière gériatrique.

#### A3-25-53

#### **Prise en charge des résidents d'EHPAD dans les services d'urgence: une enquête en région PACA**

M. Rotily (1)

(1) *Unité de recherche UPRES EA3279 - SPMC. Santé Publique : Maladies Chroniques et Qualité de Vie, Faculté de Médecine secteur Timone (Aix-Marseille Université), Marseille*

**Introduction:** La question de la prise en charge gériatrique en situation d'urgence est largement soulignée dans tous les rapports publiés ces dernières années. Au-delà de la nécessaire prévention des hospitalisations en urgence qui passe par une amélioration du fonctionnement et des procédures en EHPAD dans ces situations, il est également nécessaire de s'interroger sur la qualité de la prise en charge aux urgences et la nature des problèmes rencontrés lorsque le médecin traitant a opté pour orienter le résident vers un service d'accueil des urgences (SAU). L'objectif de ce travail est d'analyser les pratiques et les opinions des médecins coordonnateurs d'EHPAD sur le passage des résidents dans les SAU, en particulier sur les modalités de départ vers, et de retour depuis les SAU, ainsi que sur la prise en charge en SAU des personnes souffrant de troubles cognitifs. **Méthodes:** Enquête transversale par questionnaire auprès des médecins coordonnateurs (ou en leur absence, des infirmier(e)s) des 611 EHPAD de la région PACA (base FINES 2015). Questionnaire adressé par courrier électronique, fax et courrier, entre le 15 avril et le 23 août 2015. Au total, jusqu'à quatre relances ont été adressées aux EHPAD. **Résultats:** 292/611 (48%) questionnaires exploitables ont été reçus et analysés. Le plus souvent, le questionnaire a été rempli par le médecin coordonnateur (70%) ou par l'infirmière coordinatrice (30%). La majorité des EHPAD a déclaré avoir entre 40 et 80 lits d'hébergements ; plus du tiers des EHPAD a déclaré avoir plus de 80 lits ; quasiment tous les EHPAD ont déclaré avoir un dossier médical informatisé et 80% d'entre eux ont déclaré avoir signé une convention avec un service de l'hospitalisation à domicile. 85% des EHPAD déclarent adresser leurs urgences strictement dans le secteur public (85%) ; 93% déclarent avoir adressé au moins 1 à 2 résidents dans un SAU au cours des 30 derniers jours, 2/3 un résident souffrant de troubles cognitifs. Un contact téléphonique préalable du médecin avec le SAU est déclaré « toujours réalisé » dans moins d'un tiers des cas. Dans plus de 95% des EHPAD, les résidents sont accompagnés d'une fiche de liaison (ou DLU) et de la dernière prescription de médicaments. L'adressage direct en service (sans passer par le SAU) reste exceptionnel (4,2% des EHPAD). Concernant le retour du résident après un passage au SAU, un compte rendu est déclaré systématique par 18% des EHPAD. L'envoi d'une prescription faxée par le SAU à l'EHPAD est exceptionnel. Près de deux EHPAD sur trois déclarent ne jamais ou parfois disposer des médicaments prescrits par le SAU au retour du résident. Le retour du résident à l'EHPAD après 19.00 heures ou le week-end est déclaré fréquent respectivement par 27% et 14% des EHPAD. Au total, 41% des EHPAD déclarent ne pas être satisfaits de la gestion des résidents en SAU et à l'inverse, seuls 3% déclarent en être très satisfaits ; 60% des EHPAD déclarent ne pas être satisfaits de la gestion des résidents présentant des troubles cognitifs. La moitié des EHPAD estime que le retour en EHPAD de ces résidents est plus difficile. La présence d'un gériatre dans les SAU est perçue comme nécessaire pour la prise en charge de ces patients. Le contact téléphonique préalable est reconnu comme une nécessité pour 96% des EHPAD. L'admission directe de ces patients dans un service de gériatrie est également plébiscitée (97,3% d'opinions positives).

**Conclusion:** Cette enquête montre que le niveau d'opinion des médecins coordonnateurs des EHPAD de la région PACA sur la prise en charge des résidents dans les services d'urgence n'est pas optimal, en particulier pour ceux souffrant de troubles cognitifs. L'organisation des urgences pour ce public comme les procédures de prise en charge en EHPAD méritent d'être améliorées. Mais surtout, une meilleure communication entre EHPAD et SAU est absolument nécessaire. Des systèmes d'information comportant au minimum une messagerie sécurisée doivent être mis en œuvre pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

### A3-25-54

#### Impact d'une prise en charge précoce par un gériatre sur la prise en charge des résidents d'EHPAD adressés aux urgences

D. Parra (1) ; S. Gachet (1) ; C. Vanhaecke Collard (1)

(1) *Gériatrie, Centre Hospitalier Alpes Léman, Route de Findrol, Contamine-sur-Arve, France, Contamine-sur-Arve*

**Introduction:** Des recommandations récentes ont été émises par la HAS pour réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD. En effet, les structures d'accueil des urgences sont inadaptées à la prise en charge de cette population fragile. Malgré tout, ces patients représentent 9 à 37% des patients admis dans les services d'urgence hospitalière. Ces admissions ont essentiellement lieu en journée et en semaine. A partir de ce constat, nous avons évalué l'impact de la prise en charge de cette population fragile dès son admission aux urgences par un gériatre. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée du 01/01 au 30/04/2016 réalisée au sein des urgences du Centre hospitalier Alpes Léman. Les patients adressés par des EHPAD en semaine de 9h à 18h ont bénéficié dès leur admission d'une prise en charge par un gériatre qui au terme d'un examen clinique prescrivait un bilan complémentaire si besoin. Le reste de la prise en charge était ensuite confiée aux urgentistes. Cette population et leur prise en charge a été comparée à la même population admise sur la même période l'année précédente. L'objectif principal était de déterminer l'impact de ce protocole sur la durée de séjour aux urgences. Les autres objectifs étaient d'évaluer l'influence cette prise en charge sur la prescription d'examen complémentaires, leur délai de réalisation et le devenir des patients. **Résultats:** Au total, 30 patients ont été inclus dans ce protocole et ont été comparés aux 53 patients admis l'année précédente aux urgences dans des conditions comparables. Les deux groupes de patients étaient comparables en termes de sexe, d'âge, de nombres de traitements. Les motifs d'admission et le CCMU de ces patients étaient également comparables. La durée moyenne de séjour aux urgences de ses patients est passée de 8h08 à 5h35 soit une diminution de 2h27 ( $p = 0.003$ ). Le délai moyen avant la prise en charge par un médecin a été réduite de 1h05 ( $p = 0.006$ ). Le délai avant la réalisation du bilan biologique était significativement diminué de 0h50 ( $p=0.046$ ). Les délais moyens avant la réalisation de radiographies standard et de scanner/échographie étaient respectivement diminués de 0h42 et de 2h18 mais la différence n'était pas significative. Le délai moyen entre la réalisation du dernier examen complémentaire et la sortie du service d'urgence a été diminuée de 1h14 mais la différence entre les 2 groupes n'est pas significative ( $p = 0,06$ ). Au terme du séjour aux urgences, il n'y a pas d'influence de ce protocole sur le taux d'hospitalisation de ces patients, ni sur la durée du séjour hospitalier pour les patients hospitalisés. Le taux de ré-admission à 1 mois des patients non hospitalisés n'est pas non plus significativement différent entre les 2 groupes. **Conclusion:** Les patients âgés résidents en EHPAD

sont probablement la population gériatrique la plus fragile. Leur admission aux urgences doit être évitée au maximum en favorisant une prise en charge dans leur établissement ou en favorisant une admission directe en service d'hospitalisation. Certains passages aux urgences resteront cependant incontournables et alors leur prise en charge par un gériatre dès leur admission permettrait de réduire significativement le délai de prise en charge et la durée de séjour aux urgences.

### A3-25-55

#### Evaluation et Prise en charge de la douleur de la personne âgée par l'infirmière de l'Unité de Médecine d'Urgence de la Personne Âgée (MUPA) du CHU de Limoges : Etude d'une Cohorte de 510 patients

N. Malien (1) ; N. Quincampoix (2) ; MF. Jumeau (2) ; D. Reynaud (2) ; C. Josse (2) ; M. Perrier (3) ; T. Mergans (2) ; P. Kajeu (2) ; S. Guérin (2) ; M. Castelli (2) ; T. Dantoine (4) ; A. Tchalla (5)

(1) *Médecine d'Urgence de la Personne Agée, CHRU Limoges, Limoges;* (2) *Médecine d'urgence gériatrique de la personne âgée, C.H.U de Limoges, Limoges;* (3) *Pôle clinique médicale et gérontologie clinique, C.H.U de Limoges, Limoges;* (4) *Geriatric, CHU, Limoges;* (5) *Médecine d'urgence de la personne âgée, C.H.U de Limoges, Limoges*

**Introduction:** Le vieillissement de la population vient augmenter la prévalence de la douleur chez la personne âgée. La douleur est une préoccupation du quotidien des soignants. Dans le cadre de la nouvelle unité de médecine d'urgence de la personne âgée initiée au CHU de Limoges depuis Novembre 2014, une équipe de gériatres et d'infirmières sont présents aux urgences pour évaluer les personnes âgées poly pathologiques admises pour une urgence non vitale. Les infirmiers réalisent une évaluation dont le retour d'expérience permet de tirer plusieurs enseignements. Ainsi notre objectif était de comparer l'évaluation de la douleur par les infirmières au Poste d'Accueil d'Orientation (PAO) des urgences versus celle des infirmières spécialisées en gérontologie à la MUPA. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude de cohorte prospective portant sur 510 personnes âgées de 75 ans et plus, poly pathologiques arrivant aux urgences et réalisée sur 3 mois. Cette étude a été réalisée du 1er septembre au 30 novembre 2015. Les patients bénéficiaient d'une évaluation de la douleur par la grille ALGOPLUS. Ils bénéficiaient également d'une évaluation de la fragilité avec la grille SEGA, de leur autonomie fonctionnelle et des actions de préventions pouvaient être instaurées. Le recueil des données a été réalisé par les infirmières de l'équipe MUPA en s'appuyant sur des informations livrées par le patient, confirmées par le référent familial et les professionnels de santé intervenant auprès de celui-ci. **Résultats:** Sur les 510 patients, la moyenne d'âge était de 87 ans, dont 68 % des femmes. 74% provenaient du domicile avec pour 33% une chute comme motif d'admission. Sur ces 510 personnes 82.40% étaient très fragiles. 461 (90,4%) avaient bénéficié de l'évaluation EVA au PAO alors que 510(100%) avaient pu bénéficier de l'évaluation par la grille Algoplus par l'infirmière de la MUPA. L'évaluation réalisée par les IDE du PAO était positive dans 27.60% des cas alors qu'elle était positive dans 47% des cas ( $P < 0,05$ ) qui représente 91% des personnes très fragiles ( $SEGA > 11$ ). Sur la totalité des patients, 30.4% sont rentrés à leur domicile avec un score ALGOPLUS à zéro. **Conclusion:** Par son expertise, l'infirmière spécialisée en Gérontologie de la MUPA évaluait tous les patients âgés admis pour douleur avec un score ALGOPLUS statistiquement significativement plus élevé que l'évaluation classique de la douleur

réalisée au PAO. L'infirmière gérontologue a donc une expertise d'évaluation avec l'utilisation des outils adaptés à la personne âgée poly pathologique et surtout très fragile avec souvent des troubles cognitifs et du comportement. La qualité de la prise en soins de la douleur passe par une approche globale de la personne âgée et l'évaluation reste une étape incontournable. Préserver l'autonomie et la qualité de vie du patient doit rester une priorité absolue.

### A3-25-56

**Hyponatrémie comme biomarqueur de chute grave du sujet âgé admis aux urgences : Résultats de l'étude "MUPA-CHUTE" portant sur 600 patients âgés admis en Unité de Médecine d'Urgence de la Personne Agée (MUPA) au CHU de Limoges**  
S. Boyer-Delmas (1) ; C. Gayot (1) ; T. Dantoine (2) ; A. Tchalla (2)  
(1) *Ifr 145 geist: ea 6310 havae (handicap, activité, vieillissement, autonomie, environnement), Université de Limoges, Limoges;*  
(2) *Service de médecine gériatrique, CHU Limoges, Limoges*

**Introduction:** L'hyponatrémie est l'un des troubles électrolytiques le plus fréquent chez le sujet âgé. Plusieurs études ont montré que l'hyponatrémie est associée à une morbi-mortalité très importante chez le sujet âgé. Environ une personne sur trois chute chaque année avec des conséquences cliniques graves pour les chuteurs et un coût très élevé pour la collectivité. L'hyponatrémie peut être un déterminant important pour les chutes, fractures et admissions aux urgences. L'association entre l'hyponatrémie et la prévalence du risque de chute chez le sujet âgé admis aux urgences est peu étudiée. Ainsi, l'objectif de cette étude est de déterminer la prévalence des chutes chez le sujet âgé admis en Unité de Médecine d'Urgence de la Personne Agée (MUPA). **Méthodes:** Nous avons réalisé une étude transversale sur une période de 3 mois sur une population de patients âgés de 75 ans et plus admis à la MUPA du CHU de Limoges. Tous les patients admis dans cette unité avaient bénéficié de l'évaluation gérontologique comprenant le repérage de fragilité, l'évaluation de l'autonomie, les facteurs sociodémographiques, les chutes, les comorbidités, les traitements, et les données biologiques notamment la natrémie (Hyponatrémie définie par une concentration en sodium dans le sérum inférieure à 136 mmol/L). Le critère de jugement était la comparaison de la prévalence des chutes chez les patients présentant une hyponatrémie versus ceux avec une natrémie normale. L'analyse statistique a été réalisée par une régression logistique univariée puis multivariée au seuil de significativité de 0.05. **Résultats:** Sur 600 patients inclus, l'âge moyen est 87 +/- 5.9 et 65.3% sont des femmes. La prévalence des chutes est de 24.7% 95% CI (21.5% à 28.5%). La prévalence de l'hyponatrémie est de 7.6% 95% CI (2.9% à 13.1%) chez les patients non chuteurs et 20% 95% CI (16.5% à 23.5%) chez les patients admis pour chute. L'hyponatrémie (inférieure à 136 mmol/L) était statistiquement associée à un risque élevé de chute (OR ajusté = 3.7 95% CI (1.6-8.3) et significative (p inférieur à 0.01). **Conclusion:** L'hyponatrémie peut être considérée comme un facteur de risque important de survenue de chutes chez le sujet âgé. Elle peut être considérée comme un biomarqueur de chute aux urgences. Ainsi la natrémie aux urgences doit permettre de mieux cibler cette population à risque pour des stratégies de préventions secondaires de chutes. Pour conforter ce résultat, d'autres études de haut niveau de preuve doivent être conduites sur le sujet.

### A3-25-57

#### Diagnostic d'AVC en gériatrie : Facteurs prédictifs d'un retard diagnostic

C. Canali-Sirven (1) ; M. Harboun (2)

(1) *SSR gériatrie, Hopital La porte verte, Versailles ;* (2) *Chef de service médecine aiguë et SSR gériatrique, Hopital La porte verte, Versailles*

**Introduction:** 200 000 personnes ont été hospitalisées en 2009 pour un AVC en France. Parmi eux, 21 % avaient plus de 85 ans. Il a été montré l'importance des Unités de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires (USINV) dans la prise en charge rapide de l'AVC permettant une diminution de 30 % de la mortalité ou de la dépendance et ce même pour les patients âgés. Les imageries cérébrales sont moins utilisées chez le patient âgé, rendant alors le diagnostic difficile. La Haute Autorité de Santé (HAS) a travaillé à l'élaboration d'indicateurs de pratique clinique (IQSS). Nous nous sommes aperçus d'un nombre important de diagnostic tardif (c'est-à-dire AVC avéré plus de 24h après le début des symptômes) chez les personnes âgées hospitalisées en gériatrie. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle, cas-témoins, multicentrique (L'Hôpital de la porte verte à Versailles et le centre hospitalier de Versailles) incluant tous les patients dont le diagnostic principal était un AVC entre le 1er Janvier et le 31 décembre 2014. Ont été inclus les patients de plus de 75 ans, comportant un AVC en diagnostic principal en fin d'hospitalisation d'un service de gériatrie en aval des urgences du Centre Hospitalier Versailles. 2 groupes ont été constitués : Un groupe de diagnostic précoce (diagnostic d'AVC posé dans les 24 premières heures) et un groupe de diagnostic tardif : (diagnostic posé plus de 24 h après le début des symptômes). Une évaluation gériatrique a été menée comprenant : l'autonomie du patient, le statut nutritionnel, les comorbidités, la fonction rénale, l'état cognitif. Les données d'imagerie ont été relevées et analysées. L'objectif principal de notre étude est de déterminer les facteurs prédictifs d'un diagnostic tardif intra-hospitalier d'AVC chez les patients de plus de 75 ans par une analyse uni et multi-variée. **Résultats:** (Les résultats définitifs seront présentés pour les JASFGG en Novembre 2016 après avoir colligé l'ensemble des données IQSS AVC du Centre Hospitalier de Versailles et de l'Hôpital La Porte). Les résultats préliminaires montrent que les patients du groupe diagnostic tardif étaient plus âgés, plus dépendant, plus poly-pathologiques et plus souvent atteint de démence. Ces patients vivent plus souvent en EHPAD. Dans ce groupe, le moment du début des symptômes est difficile à retrouver (non retrouvé dans la majorité des situations). Dans le groupe diagnostic tardif, le motif d'hospitalisation ne correspondait pas à un signe de localisation neurologique dans environ 60 % des cas : chutes (20%), troubles de la marche récent (10 %), malaise (10%), confusion (7%). Un signe de localisation neurologique était présent dans 40 % des cas. Tous les patients du groupe du diagnostic précoce ont eu une imagerie dans les premières 24 h (IRM cérébrale dans 10 % des cas) vs 14 % des patients du groupe diagnostic tardif (100 % de TDM cérébral). **Conclusion:** Environ un quart des AVC survient chez des patients âgés de plus de 75 ans. Même si les USINV prennent en charge des patients plus en plus âgés, n'hésitant plus à thrombolysé des patients de plus de 80 ans, il existe un accès plus difficile à une imagerie optimale pour les patients les plus âgés, plus poly-pathologiques, vivant en EHPAD. La symptomatologie chez ces patients peut être atypique retardant le diagnostic. Les conséquences seront en dehors du risque de mortalité, l'augmentation de la dépendance et des coûts pour la

société

**A3.26. AUTRES****A3-26-58****Du retour des limbes**

C. Pages (1) ; S. Schambach (2) ; S. Sirvain (3) ; T. Fraisse (4)

(1) *Court Séjour Geriatrique, Centre hospitalier Ales Cevennes, Ales*; (2) *Court séjour gériatrique, CH ales cevennes, Brignon*; (3) *Court séjour gériatrique, C.H. Alès-Cévennes, Alès*; (4) *Service de gériatrie, CH Alès-Cévennes, Alès*

**Introduction:** Mme S, 82 ans, est hospitalisée en service de médecine gériatrique pour confusion fébrile. Elle a pour antécédents une HTA traitée par olmésartan et une goutte par fébuxostat. Elle est autonome au domicile et a voyagé récemment aux Antilles pour une croisière. Elle aurait fait 6 mois auparavant un épisode de confusion après des soins dentaires et prise d'amoxicilline et un épisode de somnolence lors de la prise de colchimax il y a 5 mois. Mme S bénéficie à nouveau de soins dentaires traités par amoxicilline et prednisone. Au quatrième jour de traitement, elle est confuse avec fièvre à 38.6. Il n'y a pas de déficit focal, ni de mouvements anormaux ou de syndrome méningé. **Méthodes:** Les examens complémentaires initiaux (TDM cérébrale, Numération Formule Sanguine, CRP) sont normaux. L'analyse du Liquide Céphalo Rachidien (LCR) est en faveur d'une méningite lymphocytaire aseptique devant une hyperprotéinorachie à 0.53 (N<45) associée à une hypercellularité (13 cellules nucléées) lymphocytaire (77%). Les examens bactériologiques et virologiques (HSV VZV Enterovirus) de première ligne sont négatifs. A l'électroencéphalogramme (EEG) il n'y a pas de foyer de ralentissement ni d'argument en faveur d'une encéphalite. L'IRM séquences T1 T2 FLAIR, est elle aussi non contributive. Une bithérapie intraveineuse par Aciclovir + Cefotaxime est débutée. L'évolution dans le service est défavorable avec des troubles de la vigilance se majorant allant jusqu'au coma aréactif. Une enquête de pharmacovigilance ne retrouve pas de critères d'imputabilité pour les traitements utilisés. Le bilan étiologique est complété par des sérologies Lyme, Chlamydia, Bartonella, EBV, HIV, CMV ainsi que les arboviroses (Dengue, Chikungunya, West Nile, Toscana) qui sont négatives. L'EEG de contrôle retrouve un foyer de ralentissement bi-frontal. Le scanner TAP à la recherche d'une origine paranéoplasique, est négatif, de même que les anticorps antineuronaux (notamment anti Hu, anti Yo et anti NMDA). La recherche de cryoglobulines est négative. Les anticorps antinucléaires sont à la limite de la significativité. Les anticorps anti-TPO et anti thyroglobuline reviennent positifs, respectivement à 155 UI/mL (5 x Normale) et 306 UI/mL (2,5 x Normale). **Résultats:** L'ensemble du bilan nous fait retenir le diagnostic d'encéphalite auto-immune de Hashimoto. La TSH était normale à 2.35  $\mu$ UI/ml. La patiente est traitée par 2 mg/kg/j de méthylprednisolone IV. Le tableau clinique régressera de façon spectaculaire dans les premières 24h avec une récupération de la vigilance et une regression du syndrome confusionnel sans récurrence ultérieure au cours du suivi (M4 actuellement); **Conclusion:** L'encéphalite auto-immune d'Hashimoto (ou à anticorps anti TPO) est une cause rare et méconnue d'encéphalite aseptique. Elle est évoquée devant un tableau encéphalitique (le plus fréquent étant une encéphalopathie subaiguë myoclonique), une méningite aseptique associée à la présence sanguine d'anticorps anti TPO.

**A3-26-59****Découverte fortuite d'un situs ambiguus**

M. Jaffrenou (1)

(1) *interne en medecine, brest*

**Introduction:** Patiente de 85 ans hospitalisée pour déshydratation et insuffisance rénale fonctionnelle. Réalisation d'une radiographie de thorax retrouvant un croissant aérique sous diaphragmatique contrastant un examen clinique abdominal normal, Un scanner abdominal est demandé. **Méthodes:** Présentation d'un cas de Situs Ambiguus de découverte fortuite à l'âge adulte: Images du TDM abdominal (sd polymalformatif). **Résultats:** Définition du Situs Ambiguus; -un foie médian; -polysplénie à droite; -un estomac à droite avec une stase gastrique plus importante probablement du à un croisement du duodénum avec l'artère hépatique et la veine porte, -vésicule biliaire antérieur. Aucune anomalie au niveau thoracique, La patiente ne se plaignait d'aucun symptômes digestif; Elle a eu une appendicectomie dans les années 50 donc ceci a du poser des problèmes au chirurgien même quand ce syndrome est détecté. Il n'ya manifestement pas de morbidité particulière associée contrairement aux formes avec une asplénie. Ce type de malformation ne modifie en rien les activités quotidiennes d'un adulte bien portant ni d'augmentation de la morbi mortalité. Au jours d'aujourd'hui, un dépistage ne servirait à rien. **Conclusion:** Le spectre d'anomalies du syndrome d'hétérotaxie est très vaste et il est difficile de catégoriser les patients sous la classe asplénie ou polysplénie. Une évaluation radiologique complémentaire avec échographie et tomographie (thoracique et abdominale) permet une description complète des anomalies, en prenant soin de suivre une liste d'éléments clés.

**A3-26-60****L'association de maladies auto-immunes chez le sujet âgé: à propos d'un cas**

M. Somaï (1) ; F. Daoud (1) ; I. Rachdi (1) ; Z. Aydi (1) ; L. Baili (1) ; B. Ben Dhaou (1) ; F. Boussema (1)

(1) *Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie*

**Introduction:** Les maladies auto-immunes spécifiques d'organes ou systémiques sont l'apanage des femmes jeunes et peu fréquentes chez le sujet âgé. L'association de plusieurs d'entre elles chez un homme âgé est encore moins fréquente. **Méthodes:** Nous rapportons l'observation d'un sujet âgé, 72 ans, cumulant au moins quatre maladies auto-immunes, de par sa rareté. **Résultats:** Observation: Il s'agissait d'un homme âgé de 72 ans ancien tabagique sévère suivi pour un diabète type 2 sous glibenclamide et pour une polyarthrite rhumatoïde réfractaire, érosive et séropositive depuis 6 ans sous sulfasalazine 1.5g/J, a été hospitalisé pour une faiblesse musculaire et asthénie associée à une xérophtalmie, xérostomie et la notion de photosensibilité. L'examen a objectivé un déficit musculaire proximal, érythème malaire et une polyarthrite périphérique des grosses et des petites articulations. Un lupus érythémateux systémique probablement médicamenteux induit par la sulfasalazine devant la notion de photosensibilité, le rash malaire, la positivité des anticorps antinucléaires, des anti-DNA natifs et des anti-histones positifs. Ce LES était compliqué d'une atteinte neurologique périphérique objectivée par l'électromyogramme, montrant une neuropathie axonale à prédominance sensitive des quatre membres et une biopsie neuro-musculaire concluant une atteinte neurogène avec dégénérescence axonale. Un syndrome

de Gougerot-Sjogren (SGS) a été retenu devant le syndrome sec oculo-buccal subjectif et un test de Schirmer et un Break-Up Time anormaux, une sialadénite grade 4 de Chisholm-Mason et des facteurs rhumatoïdes positifs. Une faible cytolysé hépatique a été objectivée sur le bilan biologique. L'enquête étiologique a conclu à une hépatite auto-immune certaine avec un score à 7 de l'International Autoimmune Hepatitis Group (IAIHG) de 2008, devant des anticorps antinucléaire >1/80, des anticorps anti-muscle lisse > 1/80 de type anti-actine, dosage pondéral de IgG supérieur à 1.1 fois la normale, négativité de la sérologie des hépatites virales associé à des anticorps anti-mitochondrie Mi2. Le patient a été mis sous corticothérapie 3 boli de méthylprednisolone de 1g/J, 3 jours de suite relayés par prednisone per os à 1mg/kg/J après 1 mois de corticothérapie le bilan hépatique et le bilan immunologique se sont normalisés alors une dégression de la corticothérapie a été entamée et un traitement par azathioprine à 150 mg/J a été débuté comme traitement de fond. Un bilan lésionnel de la PR a objectivé un poumon rhumatoïde avec une pneumopathie infiltrante diffuse fibrosante et deux nodules pulmonaires. Après un an de recul le patient était en rémission pour son LES et son hépatite auto-immune et gardait les séquelles du poumon rhumatoïde. **Conclusion:** La concomitance de plusieurs maladies auto-immunes comme dans le syndrome auto-immun multiple reste rare chez l'homme de plus 65 ans. Notre observation rapportait la rareté de cette concomitance avec une maladie auto-immune systémique par excellence, le LES avec atteinte neurologique périphérique, une maladie auto-immune rhumatismale inflammatoire essentiellement articulaire avec atteinte systémique, le poumon rhumatoïde, une exocrinopathie auto-immune non spécifique d'organe, le SGS et une maladie auto-immune spécifique d'organe, l'hépatite auto-immune.

### A3-26-61

#### Un étrange oedème unilatéral du membre supérieur : à propos d'un cas de syndrome RS3PE frontière avec une PPR

C. Bougeois-Sarran (1)

(1) *Gérontologie 4, Hôpital Emile-Roux, Limeil-Brévannes*

**Introduction:** Le syndrome RS3PE (Remitting Seronegative Symetrcal Synovitis with Pitting Edema) ou polyarthrite

oedémateuse bénigne du sujet âgé, se caractérise souvent par des oedèmes des membres supérieurs, volumineux, blancs, mous et symétriques. Quelques cas unilatéraux ont été décrits. Le diagnostic est alors un vrai challenge. De plus de nombreux éléments cliniques, biologiques et d'imagerie peuvent rendre la distinction difficile entre un syndrome RS3PE et une présentation atypique de PPR. **Méthodes:** Nous avons identifié et avons caractérisé un cas de RS3PE avec une présentation initiale atypique : un oedème unilatéral du membre supérieur. Nous avons par la suite exécuté une recherche systématique de la littérature pour identifier d'autres cas de patients avec ce type de présentation. Devant les difficultés à différencier pour notre cas un RS3PE d'une PPR, nous avons réalisé une revue de la littérature afin de comprendre le lien étroit qui peut exister entre un syndrome RS3PE et une PPR. **Résultats:** Le cas clinique est une femme de 95ans, qui a comme antécédent principaux une hypertension artérielle, un décollement de rétine, un AVC frontal droit. Elle présente brutalement un oedème unilatéral du membre supérieur droit, volumineux, mou et indolore, sans autre symptôme. De multiples explorations ont été réalisées à la recherche d'une étiologie sans succès. Secondairement une altération de l'état général, des douleurs des ceintures, un oedème du membre supérieur controlatéral et un syndrome inflammatoire sont apparus. Le diagnostic a alors été évoqué et confirmé par une échographie articulaire et par la disparition des symptômes sous corticothérapie. La présentation unilatérale du syndrome RS3PE a été peu décrite dans la littérature, nous avons retrouvé 6 cas seulement. Le diagnostic différentiel entre une PPR et un RS3PE peut être difficile, les manifestations périphériques ne sont pas rares dans les PPR avec présence d'oedème dans 8 à 12% des cas. Un RS3PE peut précéder ou suivre une PPR et pour certains auteurs le RS3PE ne serait qu'une forme clinique particulière de PPR. **Conclusion:** Tandis que RS3PE est presque toujours une maladie symétrique des extrémités supérieures, il peut rarement présenter d'une façon unilatérale. De façon générale la frontière entre le syndrome RS3PE et une forme particulière de PPR est encore sujet à discussion.

5<sup>ème</sup> Congrès Francophone

# Fragilité du sujet âgé & Prévention de la perte d'autonomie

Rencontres Scientifiques sur la Sarcopénie

**PARIS • Jeudi 16 et Vendredi 17 Mars 2017**

Les salons Hoche - 9 Avenue Hoche, 75008 Paris



## APPEL A COMMUNICATION

Symposium • communication orale et poster

**avant le 16 novembre 2016**

Inscription • Appel à communication

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



# Congrès National 2016

DES UNITÉS DE SOINS,  
D'ÉVALUATION ET DE  
PRISE EN CHARGE\*

# Alzheimer

[www.uspalz.com](http://www.uspalz.com)

\*Consultations Mémoire, UHR,  
Accueils de jour, PASA, Unités  
de soins spécialisés en EHPAD,  
MAIA, UCC, plateforme  
de répit, SIAAD, CMRR.

## Paris

Mercredi 14 et jeudi 15 décembre 2016

Palais des Congrès  
d'Issy-les-Moulineaux

Métro : Mairie d'Issy ligne 12

