

# L'ANNÉE GÉRONTOLOGIQUE

---

VOLUME 31, 2017

TOME II

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

*27-28-29 Novembre 2017*

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



---

© 2017 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 2-35440-032-2

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

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

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

# L'ANNÉE GÉRONTOLOGIQUE

## VOLUME 31, 2017

### 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**

E-mail : [serdi@serdi-publisher.com](mailto:serdi@serdi-publisher.com)

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

**2017**

**37<sup>ème</sup> Journées Annuelles de la  
Société Française de Gériatrie et Gérologie**  
27-28-29 Novembre 2017  
*Centre de Conférence Paris Marriot Rive Gauche*  
*Paris • France*

***I - Editorial***

- Editorial: 37<sup>ème</sup> Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérologie . . . . . 2

***II - Communications orales***

- O1. Pathologies cardiovasculaires / Diabètes . . . . . 3
- O2. Infectieux / Epidémiologie / Santé publique . . . . . 7
- O3. Fragilité . . . . . 12
- O4. Démences . . . . . 16
- O5. Organisation des soins / Nutrition . . . . . 21
- O6. Thérapeutiques en gériatrie . . . . . 25
- O7. Oncogériatrie . . . . . 30

***III - Sessions DESC . . . . . 36******IV - Posters présentés***

- P1. Démences / Epidémiologie - Santé publique . . . . . 41
- P2. Biologie / Chutes / Pathologies de l'appareil locomoteur / Evaluation des pratiques / Fragilité . . . . . 50
- P3. Insuffisance rénale/Organisation des soins/Pathologies cardiovasculaires/Pathologies et risques infectieux/  
Pathologies psychiatriques/Oncogériatrie/Sciences humaines et sociales/Troubles psychologiques et  
comportementaux . . . . . 59
- P4. Nutrition / Diabète / Métabolisme / Thérapeutiques en gériatrie / Troubles trophiques . . . . . 67
- P5. Gérontechnologie / Troubles sensoriels et désafférentation / Urgence / Soins intensifs / Autres / Session  
DESC . . . . . 76

***V - Communications affichées***

- Session posters 1 : Biologie / Chutes / Pathologies de l'appareil locomoteur / Démences / Douleur / Soins palliatifs  
et fin de vie / Epidémiologie - Santé publique / Ethique / Evaluation des pratiques . . . . . 86

- Session posters 2 : Fragilité/Insuffisance rénale/Dialyse/Organisation des soins/Pathologies cardiovasculaires/  
Pathologies et risques infectieux/Pathologies psychiatriques/Oncogériatrie . . . . . 121

- Session posters 3 : Rééducation/ Réadaptation du sujet âgé/Nutrition/ Diabète / Métabolisme/Sciences humaines  
et sociales/Gérontechnologie/ Thérapeutiques en gériatrie/Troubles psychologies et comportementaux /Troubles  
trophiques/Troubles sensoriels et désafférentation/ Troubles vésicosphynctériens/Urgence / Soins intensifs/  
Autres . . . . . 162

## EDITORIAL

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

Le Comité d'Organisation JASFGG 2017

Nous souhaitons que ces 37èmes 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 2016 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 prévention doit prendre aussi une place majeure dans nos activités gériatriques et gérontologiques. La mise en commun de nos approches et structurations Gérontopoles est une véritable opportunité pour nous tous. Tous ces sujets sont au cœur de notre programme. Nous sommes dans l'obligation de réfléchir à la mise à plat des organisations sanitaires et médico-sociales, dans l'intérêt de nos patients. Les débats

promettent d'être riches !

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, 6 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 du 27 au 29 Novembre au centre de conférence Paris Marriott Rive Gauche.

# Communications orales

## O1. PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES / DIABETES

hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris

### O1-1

#### Longueur des télomères et attrition télomérique dans des contextes de stress oxydant et d'inflammation chroniques

S. Toupance (1) ; I. Tzanetakou (2) ; M. Chahine (3) ; P. Konstantopoulos (2) ; S. Gautier (4) ; M. Korou (2) ; C. Lakomy (1) ; I. Doulamis (2) ; C. Labat (1) ; A. Gkogkos (2) ; R. Asmar (3) ; D. Perrea (2) ; A. Benetos (4)

(1) UMRS 1116, INSERM, Vandœuvre-lès-Nancy; (2) Laboratory for experimental surgery and surgical research «n s christeas», National and Kapodistrian University of Athens, Athènes, Grèce; (3) Foundation-medical research institutes, Lebanese University, Beyrouth, Liban; (4) Service de gériatrie, CHRU Nancy, Nancy

**Introduction:** La présence de télomères courts est associée aux maladies cardiovasculaires athérosclérotiques (MCVA) et à une surmortalité chez le sujet âgé. L'hypothèse généralement admise est que l'inflammation chronique et le stress oxydant jouant un rôle clé dans l'attrition des télomères ainsi que dans le développement des MCVA, ils pourraient expliquer l'association entre longueur des télomères (LT) et MCVA. L'objectif de ce travail était de mesurer la LT dans les leucocytes (LTL) et dans le muscle squelettique (LTM) dans trois contextes d'augmentation du stress oxydant et de l'inflammation: MCVA, insuffisance rénale sévère (IRS: clairance < 30 ml/min) et obésité morbide (OM: IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>). La LTM reflétant la LT à la naissance, le rapport LTL / LTM représente l'attrition des télomères au cours de la vie. **Méthodes:** La LTL et la LTM ont été mesurées par Southern Blot dans des échantillons prélevés chez 158 individus (dont 42 femmes) admis pour chirurgie en France (n = 71), en Grèce (n = 52) et au Liban (n = 35). Quatre groupes ont été formés: contrôle (CTL, n = 44), MCVA (n = 62), IRS (n = 47) et OM (n = 34). **Résultats:** Chez tous les sujets, la LTM est plus longue que la LTL. La LTL et le rapport LTL / LTM sont plus courts chez les patients du groupe MCVA (p < 0,01 et p < 0,05 respectivement vs CTL). Aucune différence n'a été observée pour la LTL, la LTM et le rapport LTL/LTM entre les groupes OM et IRS et les sujets CTL. **Conclusion:** Cette étude confirme la présence de télomères plus courts chez les patients atteints de MCVA. En revanche, dans les deux autres contextes de stress oxydant élevé et d'inflammation chronique étudiés, l'attrition et la longueur des télomères n'ont pas été affectées. Nous suggérons que les télomères plus courts observés chez les sujets atteints d'une maladie athérosclérotique ne sont pas le résultat d'une augmentation de l'attrition des télomères par le stress oxydant et l'inflammation liés à la maladie, mais pourraient précéder sa manifestation clinique et jouer un rôle dans son développement.

### O1-2

#### Hypoalbuminémie et risque hémorragique sous anticoagulant oral direct

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

(1) Gériatrie, Hôpital Broca, Paris; (2) Service du professeur

**Introduction:** Les anticoagulants oraux directs (AOD) sont de plus en plus souvent utilisés dans le traitement de la fibrillation atriale chez le sujet âgé. L'hypoalbuminémie s'accompagne d'une augmentation de la fraction libre du médicament qui peut conduire à un effet majoré des anticoagulants. Peu de données sont disponibles établissant un lien entre hypoalbuminémie et hémorragie chez le sujet très âgé traité par un AOD. L'objectif de l'étude est d'évaluer la relation entre l'hypoalbuminémie et la survenue d'une hémorragie dans une population de patients très âgés, hospitalisés en gériatrie, présentant une fibrillation atriale, traités par AOD. **Méthodes:** Entre janvier 2014 et Janvier 2016, 132 patients, hospitalisés en gériatrie aigue ou SSR ont bénéficié de l'instauration d'un traitement par AOD (dabigatran ou rivaroxaban). La prévalence de l'hypoalbuminémie (albuminémie < 35 g/l), les déterminants de celle-ci et le risque hémorragique 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 prévalence de l'hypoalbuminémie était de 56% (n=72). 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 de la créatinine selon Cockcroft était 57.4 ml/min (19.86) et le score moyen de risque embolique CHA2DS2VASc était de 4.17 (1.32). A 6 mois de l'instauration du traitement, 27 hémorragies (21%) ont été constatées dont 7 hémorragies majeures (5,4%). Les principaux déterminants associés à l'hypoalbuminémie étaient l'âge [OR (IC95%) = 3.15 (1.3-7.9), p<0.01] et la survenue d'une hémorragie à 6 mois de l'initiation du traitement [OR (IC95%) = 9.2 (2.7-38.9 p<0.009)]. La relation entre hémorragie et hypoalbuminémie est observée pour les hémorragies mineures [OR (IC95%) = 9.2 (3.4-96.6) p<0.001] mais pas pour les hémorragies majeures [OR (IC95%) = 2.1 (0.3-17) p<0.45]. **Conclusion:** Dans cette population de patients très âgés hospitalisés en gériatrie, la prévalence de l'hypoalbuminémie reste très importante. L'hypoalbuminémie est significativement associée au risque hémorragique sous AOD. Le repérage et la correction de la dénutrition est un élément majeur lorsqu'on initie un traitement par AOD.

**O1-3****Acceptabilité des anticoagulants chez les personnes de plus de 65 ans**

I. Perquy (1) ; E. Belissa (2) ; T. Vallet (3) ; F. Ruiz (4) ; A. Chevallier (5) ; FX. Chedhomme (5) ; AS. RIGAUD (6) ; O. anon (7) ; V. Boudy (2) ; M. Piccoli (1) ; Groupe Rencontres Galénique et Gériatrie (R2G)

(1) *Gériatrie, Hôpital Broca (APHP), Université Paris Descartes, Paris*; (2) *Unité de R&D Galénique, AGEPS, Paris*; (3) *R&D, ClinSearch, Malakoff*; (4) *Direction générale, ClinSearch, Malakoff*; (5) *Pharmacie, Hôpital Broca (APHP), Paris*; (6) *Gériatrie, service du pr. rigaud, Hôpital Broca (APHP), Université Paris Descartes, Paris*; (7) *Gériatrie, service du pr. hanon, Hôpital Broca (APHP), Université Paris Descartes, Paris*

**Introduction :** Si le taux d'observance des anticoagulants semble supérieur au taux d'observance habituel (entre 26 et 59 % d'après la HAS), estimé entre 71 et 88 % respectivement pour les anticoagulants oraux directs (AOD) et les Anti-vitamine K (AVK), les effets indésirables de ces traitements sont la première cause d'hospitalisation pour iatrogénie. Or, l'acceptabilité a été identifiée, notamment par l'Agence Européenne des Médicaments (EMA), comme un des facteurs d'observance des médicaments. A l'initiative de l'AGEPS, cela a inspiré un groupe de travail (Rencontres Galénique et Gériatrie), qui avec le partenariat de la société ClinSearch, a pu mettre en place une large étude observationnelle sur l'acceptabilité des médicaments en milieu hospitalier, conduite dans 9 centres hospitaliers. La méthodologie et les résultats dans la population générale sont précisés dans des travaux dédiés. Une étude ancillaire menée à Broca, visait à évaluer le profil d'acceptabilité des anticoagulants chez le sujet âgé de 65 ans et plus. Les objectifs secondaires s'intéressaient à identifier, d'une part une éventuelle différence d'acceptabilité en fonction de la présence de certains syndromes gériatriques et d'autre part une différence d'acceptabilité entre AVK et AOD. **Méthodes :** Tous les patients de plus de 65 ans, hospitalisés ou en hôpital de jour, ayant un traitement anticoagulant entre le 02/11/2016 et le 31/03/2017 et donnant leur accord pour l'étude étaient inclus. La prise du médicament anticoagulant était observée et un questionnaire standardisé était renseigné après hétéro-évaluation de ce médicament, pris en premier et à part, lorsqu'il y avait plusieurs médicaments. L'analyse statistique a été réalisée en correspondances multiples. **Résultats :** Sur la période, 157 sujets ont accepté de participer à l'étude, 69 % étaient des femmes d'âge moyen de 87 ans résidant majoritairement au domicile (79,6 %) ou en institution (15,9 %). Il y avait des troubles cognitifs chez 47 % des sujets dont 20,4 % à un stade léger, 23,6 % à un stade modéré et 3,8 % à un stade sévère. Parmi les 157 sujets, 23 présentaient des troubles de déglutition (14,6 %). Les traitements observés étaient RIVAROXABAN 20 et 15 mg (respectivement 19,1 et 23,6 % des sujets), WARFARINE 2mg (36,3 %) et FLUINDIONE 20 mg (18,5 %). Ces traitements sont ont été classés dans le profil «Accepté» dans 83,5 % des cas et dans le profil «Non accepté» dans 16,5 % des cas. Dans nos résultats secondaires, une moins bonne acceptabilité des anticoagulants a été retrouvée en présence de troubles cognitifs, ce d'autant plus que l'atteinte était sévère, en présence d'un syndrome de fragilité (par rapport aux sujets pré-fragiles ou robustes), en présence de troubles de déglutition ou lorsque le score IADL (Lawton) était élevé, traduisant une perte d'indépendance fonctionnelle plus importante. De plus, une meilleure acceptabilité a été observée si le patient prenait lui-même le médicament plutôt que s'il lui était administré par un tiers. Enfin,

les AOD semblaient un peu mieux acceptés que les AVK, même si aucune différence significative n'a pu être observée. **Conclusion :** Les anticoagulants sont des traitements qui sont bien acceptés chez les patients âgés. La présence de syndromes gériatriques est associée à une acceptabilité moindre de ces médicaments, ce qui pourrait justifier, pour améliorer l'acceptabilité des médicaments dans cette population vulnérable, de travailler sur des reconditionnements avec des vecteurs universels. Remerciements au groupe de travail R2G: F Abdallah (J. Dupuytren, AP-HP), N Bachalat (J. Dupuytren, AP-HP), V Bloch (F.Widal, AP-HP), I Boulaich (J. Dupuytren, AP-HP), M Depoison (Vaugirard, AP-HP), S Gibaud (Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien), C Guinot (F. Widal, AP-HP), C Lachuer (J. Dupuytren, AP-HP), S Laribe-Caget (Rothschild, AP-HP), P Leglise (J. Dupuytren, AP-HP), C Michel (R. Muret, AP-HP), H Michelon (Ste Périne, AP-HP), M Rabus (J. Dupuytren, AP-HP), AC Ribemont (J. Dupuytren, AP-HP), JP Rwabihama (J. Dupuytren, AP-HP), JH Trouvin (AGEPS, AP-HP).

**O1-4****Concentrations plasmatiques de dabigatran et interactions médicamenteuses : données en vie réelle en gériatrie**

JS. Vidal (1) ; E. Chaussade (1) ; F. Labouree (1) ; I. Hernandez (1) ; M. Piccoli (1) ; H. Jailany (1) ; A. Cohen (1) ; H. Bailly (1) ; O. Hanon (1) ; I. Elalamy (2)

(1) *Service de gériatrie, université paris descartes, Hôpital Broca (AP-HP), Paris*; (2) *Service d'hématologie biologique, Hôpital Tenon (AP-HP), Paris*

**Introduction :** Les anticoagulants oraux directs (AOD) sont de plus en plus souvent utilisés dans la population âgée en raison de leur profil bénéfice/risque favorable. Ils ne nécessitent pas de contrôle du niveau d'anticoagulation et présentent de moins nombreuses interactions médicamenteuses que les anti-vitamines K. Cependant, les AOD comme le dabigatran peuvent interagir avec des médicaments agissant sur la glycoprotéine P (PgP) (verapamil, amiodarone...) et sur la sérotonine (inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRS)), dont les prescriptions sont fréquentes en gériatrie. Une co-prescription d'AOD avec un médicament à risque (inhibiteurs de la PgP, IRS) pourrait donc être responsable d'une augmentation des taux plasmatiques d'AOD et d'un risque hémorragique. Objectif. Evaluer si la co-prescription de médicaments interagissant avec la PgP ou la sérotonine, est associée à une augmentation des taux plasmatiques de dabigatran dans une population de sujets âgés. L'objectif secondaire était de déterminer si la prescription de médicaments interagissant avec la PgP ou la sérotonine était associée à un surrisque hémorragique. **Méthodes :** L'étude a inclus des patients hospitalisés en gériatrie (gériatrie aiguë ou SSR) présentant une fibrillation atriale non valvulaire pour lesquels un traitement par dabigatran venait d'être débuté. Tous les patients prenaient 110mg de dabigatran matin et soir. Les patients ont bénéficié d'une mesure de la concentration plasmatique de dabigatran (hemoclot) ainsi que de la créatinine (avec calcul de la clairance de la créatinine), 8 jours après le début du traitement par dabigatran. Les concentrations résiduelles de dabigatran ont été mesurées le matin, 10 à 14 heures après la prise vespérale de dabigatran et les concentrations de pic de dabigatran 2 à 3 heures après la prise matinale de dabigatran. Les caractéristiques démographiques ont été recueillies ainsi que les antécédents médicaux, les comorbidités et les traitements prescrits dont les inhibiteurs de la PgP (verapamil, amiodarone) et les inhibiteurs de recapture de la sérotonine. Le calcul de l'indice de comorbidités de

Charlson a été calculé. Les patients ont été suivis pendant 1 an avec recueil auprès du médecin généraliste de la survenue d'hémorragies non sévères cliniquement significatives et des hémorragies sévères. **Résultats :** Soixante-huit patient ayant eu un dosage plasmatique de Dabigatran (pic et résiduel) ont été inclus. L'âge moyen était de 85.8 (déviat standard=5.1) ans et 77% (n = 52) étaient des femmes. Le MMS était de 18.2/30 (DS=8.5). Le suivi moyen était de 11.3 mois. Parmi les 68 patients, 36 (53%) prenaient un IRS, 9 de l'amiodarone et 1 patient prenait du verapamil. Au total 39 (57%) patients prenaient au moins un inhibiteur de la PgP ou . Il n'y avait pas de différence significative des caractéristiques entre les patients qui prenaient ou ne prenaient pas d'inhibiteur de la PgP ou d'IRS en dehors d'un score de Charlson plus élevé (Charlson : 7.62 (ds=2.35) vs. 6.17 (ds=1.51), p=0.005). Les taux plasmatiques (pics et résiduels) de dabigatran n'étaient pas significativement différents entre les patients qui prenaient ou ne prenaient pas des inhibiteurs de la PgP ou des IRS (pic 169 ng/ml (ds=143) vs. 189 (DS=129), pT-test = 0.54 ; résiduel 111 ng/ml (ds=120) vs. 110 (ds=83), pT-test=0.94). Au cours du suivi, 13 patients ont eu une hémorragie dont 3 majeures. Il n'y avait pas de différence de fréquence d'hémorragie entre les patients qui prenaient ou ne prenaient pas des inhibiteurs de la PgP ou des IRS (14% (n=4) vs. 23% (n=9),  $\chi^2=0.424$ , p=0.52) **Conclusion :** Dans cette population âgée gériatrique, la prescription concomitante d'inhibiteurs de la PgP ou d'inhibiteurs de recapture de la sérotonine ne modifie pas les taux plasmatiques de dabigatran et n'est pas associé à un surrisque hémorragique.

#### O1-5

##### Événements hémorragiques sous anticoagulants dans une population gériatrique nouvellement traitée pour fibrillation atriale

T. Trebesses (1) ; F. Guerville (2) ; N. Salles (3) ; A. Lafargue (4) ; V. Cressot (5) ; C. Foucaud (6)

(1) Médecin généraliste, Bordeaux; (2) Médecine Gériatrique, Pôle de Gérontologie Clinique - CHU de Bordeaux, Bordeaux; (3) Pole gérontologie clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux; (4) Gériatrie, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux; (5) SSR 2, Pôle gérontologie clinique CHU de Bordeaux, Pessac; (6) Pôle de gérontologie clinique, CHU de Bordeaux, Bordeaux

**Introduction :** L'utilisation des Anticoagulants Oraux Directs (AOD) a fortement augmenté au cours des années 2010 dans la prévention thrombo-embolique de la fibrillation atriale non valvulaire (FANV) notamment. Bien que deux tiers des patients avec FANV aient plus de 75 ans, les études princeps des AOD ont inclus peu de patients âgés, très sélectionnés et probablement non représentatifs de la population gériatrique. Notre objectif principal était de déterminer la fréquence des hémorragies graves sous anticoagulant (AVK versus AOD) dans une population gériatrique nouvellement traitée pour FANV. Les objectifs secondaires étaient de décrire la mortalité, le type de saignements graves, les spécialités des prescripteurs et le respect des indications thérapeutiques. **Méthodes :** Nous avons inclus des patients hospitalisés en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) Gériatrique entre le 1er Janvier 2013 et le 31 Décembre 2014, atteints de fibrillation auriculaire et naïfs d'anticoagulant. Le suivi a été mené de l'initiation du traitement jusqu'au début de l'année 2017, par requête sur le dossier informatisé hospitalier et par appel du médecin traitant. Les hémorragies graves étaient définies comme des hémorragies extériorisées non contrôlable par les moyens usuels, ou associées à une instabilité hémodynamique, ou nécessitant un geste hémostatique urgent,

ou nécessitant une transfusion de culots globulaires ou menaçant le pronostic vital. **Résultats :** Sur 96 patients, 68,75% étaient traités par AVK et 31,25% étaient traités par AOD. Le score HEMORR2HAGES moyen  $\pm$  écart-type était de  $3,24 \pm 1,15$  et  $3,43 \pm 1,38$ , respectivement. La durée de suivi moyenne  $\pm$  écart-type était de  $531 \pm 345$  jours et  $557 \pm 279$  jours, respectivement. Les spécialités des prescripteurs initiaux d'AVK et AOD étaient la gériatrie (81,8% et 66,7% respectivement), la neurologie (6,1% et 23,3% respectivement), la cardiologie (3% et 3,3% respectivement) et la médecine interne/post-urgence (9,1% et 6,6% respectivement). Nous avons constaté 7,6% (5/66) et 0% (0/30) d'accidents hémorragiques graves sous AVK et AOD, respectivement. Les types d'hémorragies étaient : hémopéritoine (20%), hématome sous-dural aigu (20%), rectorragies (20%), hématome du psoas (20%) et hématome thoracique avec déglobulisation (20%). Nous avons constaté 27,3% (18/66) de décès dans le groupe AVK et 10% (3/30) dans le groupe AOD. Aucun décès n'était en rapport avec une hémorragie. Le respect des indications thérapeutiques pour le traitement par AOD est de 16,7% (5/30) selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé et de 100% (30/30) selon les recommandations de l'European Society of Cardiology. Le respect des posologies est de 50% (15/30). **Conclusion :** Dans cette population gériatrique ayant bénéficié d'une prise en charge en SSR, l'incidence des hémorragies graves au cours des 18 premiers mois de traitement par AVK ou AOD pour FANV apparaît faible. Nous comparons actuellement les caractéristiques des patients de chaque groupe pour comprendre les différences de morbi-mortalité observées.

#### O1-6

##### Prévalence et déterminants de l'hypotension orthostatique en auto-mesure chez des patients âgés non déments- impact des traitements médicamenteux

A. Cohen (1) ; H. Rananja (1) ; JS. Vidal (1) ; H. Jailany (1) ; I. Hernandez (2) ; AS. Rigaud (3) ; O. Hanon (2) ; E. Duron (4) (1) Gériatrie, Hôpital Broca, Paris; (2) Service du professeur hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris; (3) Gériatrie, Hôpital Broca, université Paris Descartes, Paris; (4) Service du professeur Hanon et Rigaud, APHP, université Paris Descartes, Hôpital Broca, Paris

**Introduction :** L'hypotension orthostatique (HO) est un facteur de risque majeur de chutes et nécessite d'être recherchée en gériatrie. Le dépistage de l'hypertension en auto/hétéromesure apparaît très fiable et la faisabilité d'un dépistage de l'HO en auto/hétéromesure chez des sujets pouvant être atteints de troubles cognitifs apparaît satisfaisante (75%) (Etude hôpital Broca-en cours). L'objectif de cette étude était de mesurer la prévalence et rechercher les déterminants de l'hypotension orthostatique (HO) en auto-mesure à domicile dans une population de sujets âgés non déments. **Méthodes :** Les patients consultant en centre mémoire, bénéficiant d'une évaluation médicale complète (dont une évaluation cognitive et un test d'HO), âgés de 65 ans et plus, ayant un MMSE  $\geq 25$  et pouvant tenir debout au moins trois minutes, ont été consécutivement inclus. Dans cette étude observationnelle, transversale, mono-centrique (hôpital Broca), l'HO était définie par une baisse de la pression artérielle (PA) systolique d'au moins 20mmHg, et/ou de la PA diastolique d'au moins 10mmHg. Après explications sur les modalités de mesure, un tensiomètre automatique était prêté à chaque patient. La PA devait être mesurée trois fois en position assise puis après une et trois minutes d'orthostatisme, deux

fois par jour pendant trois jours consécutifs. Les mesures étaient reportées sur une feuille de résultats standardisée. Les valeurs retenues pour l'analyse statistique étaient la troisième mesure de la PA assise et de la PA à trois minutes d'orthostatisme. Nous avons considéré que le dépistage était réussi chez les patients ayant réalisé correctement au moins quatre tests d'HO sur six. **Résultats:** Cent cinquante et un patients ont été inclus (âge moyen 75,7 +/- 8,4 ans, 60,3% de femmes) et cent vingt-sept (84%) ont réussi le dépistage. Il n'y avait pas de différence entre les patients ayant réussi et ceux ayant échoué. La prévalence cumulée de l'HO était de 40,9%. Parmi les cinquante-deux patients ayant une HO, trente-quatre (26,8%) ont présenté un épisode, dix (7,9%) deux épisodes, six (4,7%) trois épisodes et deux (1,6%) quatre épisodes. Un faible taux d'albumine sérique ( $p=0,03$ ), un score de risque de dépression (Geriatric Depression Scale) élevé ( $p=0,03$ ), la consommation de benzodiazépine ( $p=0,004$ ), la polymédication ( $p=0,04$ ) étaient associés à la survenue d'une HO. En analyse multivariée, le seul déterminant de l'HO était la consommation de benzodiazépines (OR (IC 95%)=4,48 (1,17-17,8),  $p=0,03$ ). **Conclusion :** L'auto-mesure apparaît comme un moyen fiable pour dépister une HO chez les patients présentant de bonnes fonctions cognitives et la prévalence est plus élevée lorsque les mesures sont répétées. Les déterminants retrouvés sont cohérents avec les données de la littérature. Il n'a pas été mis en évidence d'association avec l'hypertension artérielle et la polymédication anti-hypertensive en raison de biais de sélection. Une étude prospective est nécessaire afin de connaître l'impact clinique de ces résultats

#### O1-7

##### **Impact des médicaments d'anesthésie sur la survenue d'événements cardio-vasculaires après une chirurgie de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez le sujet âgé**

M. Baque (1) ; H. Vallet (2) ; J. Cohen Bittan (3) ; A. Gioanni (3) ; M. VERNY (2) ; M. Raux (4) ; A. Meziere (5) ; B. Riou (6) ; L. Zerah (7) ; J. Boddaert (8)

(1) *Gériatrie, Université Pierre et Marie Curie, Paris;* (2) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris;* (3) *gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris;* (4) *Anesthésie-réanimation, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris;* (5) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine;* (6) *Service d'accueil des urgences, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris;* (7) *Gériatrie, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris;* (8) *Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*

**Introduction :** Les complications cardio-vasculaires (CV) post opératoires sont fréquentes et associées à une surmortalité après une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF). L'objectif de l'étude est d'étudier l'impact des médicaments utilisés en anesthésie sur la survenue de complications CV chez les patients âgés opérés d'une FESF. **Méthodes :** Tous les patients d'au moins 70 ans admis entre 2009 et 2016 dans notre unité péri-opératoire gériatrique (UPOG) pour une FESF ont été inclus. Le critère de jugement principal était la survenue de complications CV. **Résultats :** Cinq cent cinquante neuf patients (âge  $86\pm 6$  ans, CIRS 9 [6-12], 5 [3-6]) ont été inclus. Au cours de la période post-opératoire, 145 patients (26%) ont présenté au moins 1 complication CV. Ces patients étaient plus âgés ( $87\pm 6$  vs  $86\pm 6$ ;  $p=0,02$ ), et plus comorbides (CIRS 10 [7-13] vs 8 [6-11];  $p=0,003$ ) avec notamment plus d'antécédents CV (cardiopathie ischémique 32% vs 14%;  $p<0,001$ , insuffisance cardiaque chronique 37% vs 11%;  $p<0,001$ ). Le remifentanyl, l'etomidate et la transfusion étaient significativement plus utilisés au

cours de l'anesthésie chez les patients présentant une complication CV (10% vs 5% ( $p=0,01$ ), 37% vs 25% ( $p=0,006$ ) and 33% vs 23% ( $p=0,01$ ) respectivement). De plus, ces traitements étaient associés à la survenue de complications CV dans un modèle multivarié de régression logistique (respectivement OR=2.43 [1.13- 5.17],  $p=0,02$ ; OR=1.67 [1.06- 2.61],  $p=0,02$ ; OR=1.70 [1.12- 2.61],  $p=0,01$ ) contrairement à l'âge et aux comorbidités. **Conclusion:** Certains des traitements utilisés au cours de l'anesthésie sont associés à la survenue de complications CV après une chirurgie de la FESF chez le patient âgé. Tous les traitements utilisés au cours du parcours de soin du patient âgé fracturé devraient être pris en compte dans l'analyse du risque iatrogène post opératoire. Sur la base de ces résultats, il semble important que les gériatres et les anesthésistes travaillent de manière collaborative afin d'optimiser les protocoles d'anesthésie chez le patient âgé.

#### O1-8

##### **Santé orale et diabète: comparaison de deux populations issues de l'étude Nutridiab**

L. Radoï (1) ; A. Veille-Finet (1) ; M. Folliguet (1)

(1) *Odontologie, Hôpital Louis-Mourier - APHP, Colombes*

**Introduction :** Le diabète est associé à diverses manifestations orales, mais les résultats des études qui se proposent d'analyser le rôle de cette pathologie comme facteur de risque de l'altération de la santé bucco-dentaire sont contradictoires. Plusieurs auteurs ont montré un lien entre le diabète mal contrôlé et les pathologies parodontales, les caries, la xérostomie, les infections candidosiques et la stomatodynie. **Méthodes :** Nous avons réalisé une étude contrôlée (étude NUTRIDIAB) afin d'évaluer la santé orale de patients diabétiques en comparaison avec celle des patients non diabétiques, résidant dans trois structures gériatriques publiques. Après exclusion des patients qui ont exprimé le refus de participer et de ceux qui présentaient des troubles cognitifs ne permettant pas l'examen oral, 64 patients diabétiques and 54 contrôles furent inclus dans l'étude. Au cours de l'examen oral furent relevées la présence de plaque et de tartre, les dents cariées ou absentes, l'existence d'une xérostomie, les lésions muqueuses ainsi que l'hygiène et la rétention des prothèses amovibles. L'indice CAO (nombre de dents caries, absentes et obturées) et l'Indice d'Hygiène Orale (IHO) furent calculés pour chaque patient. Les informations concernant l'autonomie (GIR), le diabète (type, durée, valeur de l'HbA1c) et les comorbidités furent extraites des dossiers médicaux. Le score CIRS-G total a été calculé pour chaque patient. **Résultats :** L'âge moyen des patients diabétiques (44 femmes and 20 hommes) était de 86 ans et de 86,9 ans pour le groupe contrôle (40 femmes and 14 hommes). Tous les patients présentaient un diabète de type 2. La valeur moyenne de l'HbA1c dans le groupe diabétique était de 6.8% et la durée moyenne du diabète était 16.5 ans. Le GIR moyen était de 1,8, sans différence significative entre les patients diabétiques et non diabétiques. Pour 48,3% des patients le CIRS-G était inférieur ou égal à 20; il était supérieur à 20 pour 51,7% des sujets, sans différence significative entre les diabétiques et les non diabétiques. Globalement la santé orale était médiocre dans les deux groupes. Nous n'avons pas observé de différences significatives entre les patients diabétiques et ceux non-diabétiques en termes d'IHO, de nombre de caries, de dents manquantes, de xérostomie ou de lésions muqueuses. Cependant, l'indice carieux (CAO) était plus élevé chez les diabétiques (24.1) que chez les non diabétiques (22.3). Le niveau d'HbA1c et la durée du diabète n'étaient pas corrélés significativement avec le CAO ou l'IHO. Néanmoins,



l'indice CAO était supérieur chez les patients qui présentaient un diabète depuis plus de 10 ans. Nous avons observé des corrélations significatives, d'une part, entre l'indice CAO et le GIR et, d'autre part, entre l'indice CAO et le CIRS-G. **Conclusion :** La santé orale des personnes âgées en institution est altérée, en lien avec le degré d'autonomie et le nombre de pathologies générales. Les patients diabétiques ont un état bucco-dentaire plus mauvais que les autres résidents, surtout lorsque la pathologie est de longue durée.

### O1-9

#### Patients âgés diabétiques de type 2 suivis en médecine générale: niveau de contrôle glycémique et facteurs associés aux hypoglycémies

G. Imhoos (1) ; A. Raynaud-Simon (1) ; M. Sanchez (1)

(1) Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris

**Introduction :** Le diabète de type 2 du sujet âgé est un problème important de santé publique. Il s'agit d'une population hétérogène à haut risque de sur-traitement et d'hypoglycémies. **Méthodes:** Nous avons réalisé une étude observationnelle dont le but était d'évaluer le niveau de contrôle glycémique et les facteurs associés aux hypoglycémies, chez les patients diabétiques de type 2 âgés de 70 ans et plus, suivis par le médecin généraliste. **Résultats :** Cent patients diabétiques de type 2 (dont 49 vivant en EHPAD, âge moyen 81 ans, 14,5 années d'évolution du diabète en moyenne) ont été inclus sur une durée de 16 mois. Le niveau de contrôle glycémique intensif (défini par une HbA1c basse) était associé à un état comorbide sévère et de dépendance évoluée ( $p < 0,001$ ) ainsi qu'à un statut nutritionnel précaire avec amaigrissement récent ( $p = 0,003$ ). Nous avons constaté une absence de réévaluation thérapeutique chez la plupart de ces patients. Le niveau d'HbA1c bas n'était par contre pas associé à un niveau de pression thérapeutique élevé ni aux hypoglycémies. Le niveau de pression thérapeutique élevé correspondant à un traitement antidiabétique dit «intensif» était associé à la présence de complications chroniques ( $p = 0,006$ ), une polymédication générale ( $p = 0,009$ ) et aux hospitalisations au cours des 6 derniers mois ( $p = 0,02$ ). Dix-neuf pourcent de patients avaient présenté des hypoglycémies au cours des 6 derniers mois (ressenties ou objectivées). Les facteurs associés de manière significative aux hypoglycémies étaient le traitement par insuline et le niveau de pression thérapeutique intensif ( $p = 0,002$ ), la présence de complications chroniques du diabète et la survenue d'événements aigus intercurrents ( $p = 0,03$ ). **Conclusion:** Au total, le traitement antidiabétique intensif semble être un facteur de risque d'hypoglycémie indépendamment du niveau de contrôle glycémique en terme d'HbA1c, notamment en raison d'une variabilité glycémique d'autant plus importante que le diabète est compliqué ou que le patient est fragile. La définition d'une cible thérapeutique avec valeur d'HbA1c minimale pourrait favoriser la désintensification du traitement d'autant plus que le patient est poly-pathologique. Cette désescalade thérapeutique serait préférable et peu risquée compte tenu du bénéfice limité d'un traitement intensif au regard de l'espérance de vie.

## O2. INFECTIEUX / EPIDÉMIOLOGIE / SANTÉ PUBLIQUE

### O2-1

#### Grippe saisonnière et vaccination: Enquête au sein d'une filière gériatrique hospitalière

S. Hesse (Monaco) (1) ; A. Morisot (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 gérontologie clinique Rainier III, C.H. Princesse GRACE, Monaco, Monaco

**Introduction :** En 2014-2015, en France, la couverture vaccinale du personnel des collectivités de personnes âgées est d'environ 23% [Institut Veille Sanitaire: Bilan saison grippe 22/05/2015 - BEH N°32-33 13/10/2015]. Au Centre de Gérontologie Clinique Rainier III, elle est de 25% chez les professionnels (soignants et non-soignants), et 80% chez les patients. Afin de mieux comprendre la désaffection observée concernant ce vaccin, une enquête a été menée en Septembre 2015 auprès de tous les professionnels. Une campagne d'information affichée a ensuite été réalisée, et en septembre 2016 une nouvelle enquête a été menée. **Objectif:** Affiner notre évaluation sur les connaissances et la perception des professionnels concernant la grippe et la vaccination. Évaluer l'impact des campagnes d'information et les points à améliorer afin de promouvoir la vaccination. **Méthodes :** Auto-questionnaire anonyme sur la grippe, les choix en terme de prévention et de vaccination, l'influence des campagnes d'information. **Distribution et collecte:** Sept-Oct 2016, auprès des professionnels du Centre Rainier III (Soins de longue durée, Soins de suite et réadaptation, Gériatrie aiguë, Unité cognitivo-comportementale et Centre Mémoire). Données collectées et analysées par l'Unité de Recherche du Centre Rainier III, et comparées à l'enquête de 2015. **Résultats :** - Taux de réponse: 36.5% (373 professionnels, 136 questionnaires collectés). - Catégories représentées: Aide-soignant (46%), IDE (24%), Médecin (7%), Psychologue (4%), Cadre de santé (4%), Pharmacie (3.5%), Agent administratif (2%), Secrétaire médicale (2%), Agent d'entretien (2%), Kinésithérapeute (2%), Agent hôtelier (1%), Animation (1%). Fonction non communiquée (1.5%). - Démographie: 81% femmes. <30 ans (24%), 30-40ans (20%), 40-50ans (32%), 50-70ans (21%), Non communiqué (3%). >> Hormis 3 catégories socio-professionnelles qui demeurent sous-représentées, l'échantillon de l'enquête 2016 est mieux représentatif de la population réelle du service, et les répondants semblent plus en confiance (moins de questionnaires incomplets, ne précisant pas la fonction ou l'âge). - 38% des répondants prévoyaient de se faire vacciner. Couverture vaccinale réelle en 2016-2017: 24%. - Méthodes de prévention choisies en cas de non vaccination: Cure de Vitamines/Phytothérapie/Régime Diététique (48%), Rien (31%), Vaccin homéopathique (15%), Lavage plus fréquent des mains/ Eviter le contact aux autres (6%). - Pourquoi ne pas choisir le vaccin traditionnel ? (n=76) : Efficacité partielle (24%), Craintes des effets secondaires [fièvre, fatigue...] (23%), Inefficacité (12%), Contre la vaccination en général (14%), Ce n'est que du business (12%), Dangereux pour la santé (6%), Influence de l'entourage (5%). >> Lien entre Age et Vaccination (88% des <30ans ne se vaccinent pas). - 64% des répondants ont pris connaissance de la campagne d'information de 2015-2016. Parmi eux, 60% estiment avoir appris des choses, 52% indiquent que cela n'a pas modifié leur positionnement. - 20% des répondants confient ne pas se sentir suffisamment informés concernant le vaccin contre la grippe, et plébiscitent une continuité de l'information et de la formation.

**Conclusion :** Les professionnels de moins de 30ans semblent moins sensibles à l'importance de la vaccination. Certaines catégories professionnelles se sentent moins concernées par la nécessité de se vacciner. Or, elles ont un contact direct avec les patients, même si elles ne sont pas dans « le soin » (animation, équipe hôtelière). Un manque de confiance en la vaccination en général est observé. Les professionnels sont demandeurs d'informations scientifiques concrètes et robustes (bibliographies, études épidémiologiques, détails sur composition du vaccin) pour justifier la vaccination. La couverture vaccinale est meilleure dans les unités où médecins et cadres de santé veillent le plus à l'information. Ces enquêtes constituent une baseline pour mesurer l'amélioration de la qualité de l'information et de la couverture vaccinale dans l'avenir.

## O2-2

### L'atypie sémiologique, facteur de risque de mortalité des bactériémies chez le sujet âgé

C. Hyernard (1) ; A. Breining (2) ; S. Duc (3) ; C. Cazanave (4) ; M. Lambert (5) ; F. Bonnet (6) ; P. Duffau (7) ; F. Camou (8) ; M. Rainfray (3) ; C. Roubaud-Baudron (3)

1) Hôpital Xavier Arnoz - Groupe hospitalier sud - CHU de Bordeaux, Pessac; (2) Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (3) Gérontologie clinique, Hôpital Xavier Arnoz - Groupe hospitalier sud - CHU de Bordeaux, Pessac; (4) Maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Pellegrin Bordeaux, Bordeaux; (5) Médecine interne et post-urgences, Hôpital Pellegrin Bordeaux, Bordeaux; (6) Médecine interne et maladies infectieuses, Hôpital Saint-André - Groupe hospitalier Saint-André - CHU de Bordeaux, Bordeaux; (7) Médecine interne et immunologie clinique, Hôpital Saint-André - Groupe hospitalier Saint-André - CHU de Bordeaux, Bordeaux; (8) Réanimation médicale, Hôpital Saint-André - Groupe hospitalier Saint-André - CHU de Bordeaux, Bordeaux

**Introduction :** L'absence de signes typiques, lors d'une infection chez les sujets âgés, peut retarder leur diagnostic et aggraver leur pronostic. Les bactériémies ont un pronostic particulièrement sévère dans cette population. L'objectif de ce travail était de déterminer les facteurs de risque de mortalité des bactériémies du sujet âgé, et les facteurs associés à une sémiologie atypique. **Méthodes :** Une étude observationnelle prospective de 2016 à 2017, au Centre Hospitalo-Universitaire de Bordeaux a recruté les patients de plus de 75 ans présentant une bactériémie. Une clinique atypique correspondait à l'absence de température  $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$  ou  $< 36^{\circ}\text{C}$ , de frissons ou de sepsis sévère. La mortalité et le niveau d'autonomie étaient analysés à 1 semaine (S1) et 3 mois (M3). Les facteurs de risques indépendants de mortalité et de présentation atypique étaient déterminés par régression logistique binaire. **Résultats :** 131 patients ont été inclus (âge moyen  $85 \pm 5,6$  ans, 46,6% de femmes). La mortalité à S1 était de 9,2% et à M3 de 41,4%. En analyse multivariée, à S1, l'atypie sémiologique tendait à être associée au décès (odds ratio (OR)=3,44, intervalle de confiance 95% (IC) (0,82-14,49),  $p=0,092$ ) et l'infection par une bactérie à Gram négatif était protectrice (OR=0,08, IC95% (0,01-0,41),  $p=0,003$ ). A M3, l'atypie sémiologique (OR=3,97, IC95% (1,34-11,77),  $p=0,013$ ), l'infection nosocomiale (OR=5,69, IC95% (2,04-15,87),  $p=0,001$ ), l'insuffisance cardiaque (OR=4,79, IC 95% (1,87-12,28),  $p=0,001$ ) et une néoplasie active (OR=3,20, IC95%(1,13-9,06),  $p=0,029$ ) étaient associés à la mortalité. Les patients n'avaient pas recouvré leur niveau d'autonomie initial à 3 mois (score ADL à 2,9 vs 3,6,  $p=0,052$ ). Les sujets diabétiques ou infectés à *S. aureus* avaient plus souvent une clinique atypique. **Conclusion :** Cette étude confirme

le mauvais pronostic vital et fonctionnel des bactériémies du sujet âgé. Cela doit conduire à une prise en charge globale et rééducative rapide en plus du traitement antibiotique. La sémiologie atypique est associée à une surmortalité. Des hémocultures devraient être envisagées devant une symptomatologie inexpliquée chez un patient âgé, notamment diabétique.

## O2-3

### Procalcitonine et C-réactive protéine pour le diagnostic de sepsis chez les sujets âgés après chirurgie orthopédique

C. Villain (1) ; V. Hélène (2) ; C. Chenevier-Gobeaux (3) ; J. Cohen-Bittan (2) ; P. RAY (4) ; G. Gavazzi(5) ; A. Breining (6) ; L. Epelboin (7) ; M. VERNY (2) ; B. Riou (8) ; F. Khiami (9) ; J. Boddaert (10)

(1) Unité péri-opératoire de gériatrie, chu pitié-salpêtrière-charles foix, aphp, INSERM U-1018, CESP Equipe 5, EpRec, UVSQ, Villejuif, Paris; (2) Unité péri-opératoire de gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (3) Service de biochimie, Cochin, Paris; (4) Service d'accueil des urgences, Hôpital Tenon, Paris; (5) Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble; (6) Gériatrie, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine; (7) Service de maladies infectieuses et tropicales, Centre Hospitalier Andrée Rosemon, Cayenne, Guyane Française; (8) Service d'accueil des urgences, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (9) Orthopédie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (10) Unité péri-opératoire de gériatrie, chu pitié-salpêtrière-charles foix, aphp, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris

**Introduction :** Différents biomarqueurs pourraient être utiles pour le diagnostic de sepsis chez le sujet âgé en période post-opératoire mais peu de données sont actuellement disponibles. L'objectif de cet étude était de comparer les performances de la procalcitonine (PCT) et de la C-réactive protéine (CRP) pour le diagnostic de sepsis après chirurgie orthopédique urgente chez le sujet âgé. **Méthodes :** De juillet 2009 à juillet 2013, tous les patients admis au sein de notre Unité Péri-Opératoire de Gériatrie après une chirurgie orthopédique urgente étaient inclus dans cette étude. Les patients étaient exclus en cas d'antibiothérapie débutée durant la période pré-opératoire, en cas d'infection pré-opératoire ou si la PCT n'avait pas été mesurée. Les variables cliniques et biologiques ont été recueillies prospectivement. Les dossiers médicaux ont été revus par trois experts afin d'affirmer le diagnostic de sepsis bactérien. Les aires sous la courbe ROC (AUC) et les seuils de spécificité à 90% ont été analysés pour les taux bruts de PCT et de CRP, ainsi que pour leurs variations relatives. **Résultats :** Deux cents vingt-neuf patients sur 527 ont été inclus dans cette analyse (médiane d'âge (1er-3ème quartiles) 86 (81-90) ans, CIRS 9 (7-12), ADL 5.5 (3.5-6.0), 75% de fracture de hanche), dont 40 ont présenté un sepsis bactérien (dont 23 pneumopathies, 8 infections urinaires, délai médian après admission 2 jours). Pour le diagnostic de sepsis bactérien, les AUC étaient de 0.65 IC95% [0.57-0.70] pour le taux brut de PCT, 0.65 [0.59-0.71] pour les variations de PCT, 0.68 [0.61-0.74] pour le taux brut de CRP et 0.70 [0.64-0.76] pour les variations de CRP. Les seuils de spécificité à 90% étaient de 0.75 $\mu\text{g/L}$  et +62% pour le taux brut et les variations de PCT respectivement et de 222mg/L et +111% pour le taux brut et les variations de CRP respectivement. **Conclusion :** Les performances de la PCT et de la CRP sont faibles dans le diagnostic de sepsis bactérien chez le sujet âgé après chirurgie orthopédique urgente. Les variations de ces biomarqueurs semblent cependant plus intéressantes que leur taux brut.

**O2-4****Intérêts de l'évaluation gériatrique basée sur l'index pronostique multidimensionnel (MPI) : étude multicentrique du projet européen MPI\_AGE**

T. Brunet (1) ; M.L. Bureau (1) ; A. Cruz-Jentoft (2) ; F. Mattace-Raso (3) ; M. Polidori (4) ; E. Topinkova (5) ; M. Paccalin (1) ; A. Pilotto (6) ; MPI\_AGE Project Investigators (1) *Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers*; (2) *Gériatrie, CHU Ramón y Cajal, Madrid, Espagne*; (3) *Gériatrie, Erasmus Universitair Medisch Centrum, Rotterdam, Pays-Bas*; (4) *Ageing clinical research, dpt, CHU de Cologne, Cologne, Allemagne*; (5) *Gériatrie, Université Charles, Prague, République Tchèque*; (6) *Department of geriatric care, orthogeriatrics & rehabilitation, frailty area, E.O. Galliera Hospital, Genova, Italie*

**Introduction :** Le projet européen MPI\_AGE a pour objectif de valider à l'échelon européen l'index pronostique multidimensionnel MPI avec pour critère principal l'analyse de la survie à 1 an des patients au décours d'une hospitalisation en Gériatrie. Les autres critères de jugement sont la durée de séjour, les taux de réhospitalisation et d'institutionnalisation à 1 an. **Méthodes :** Projet mené de avril 2015 à mars 2016. Evaluation gériatrique standardisée (EGS) de patients consécutifs hospitalisés en médecine gériatrique, basée sur l'outil pronostique MPI qui répertorie : autonomie (ADL, IADL), risque d'escarre (échelle d'Exton-Smith-ESS), statut cognitif (Short Portable Mental Status Questionnaire SPMSQ) et nutritionnel (Mini-Nutritional Assessment short form MNA-SF), comorbidités (Cumulative Illness Rating Scale CIRS), nombre de médicaments chroniques et lieu de vie. Patients répartis en 3 groupes de risque de mortalité selon le score composite MPI: MPI 1- bas risque ( $\leq 0,33$ ), MPI 2- risque modéré (0,34-0,66), MPI 3- risque élevé ( $> 0,66$ ). L'analyse de la survie à 1 an a été réalisée avec courbe de Kaplan Meyer et test de logrank ainsi qu'un modèle de Cox regression ajusté sur l'âge, le sexe et le centre. Une régression logistique a été réalisée pour les autres critères de jugement. **Résultats :** 1142 patients inclus (âge moyen 84,1 $\pm$ 7,4 ans, 60,8% de femmes), 168 classés MPI-1 (14,1%), 503 MPI-2 (44,0%) et 470 MPI-3 (41,2%). Le suivi moyen était de 12,3 mois. Le score MPI était prédictif de la mortalité à 1 an (MPI-1= Hazard Ratio de référence 1,0; MPI-2=HR 2,79 ; 95%IC : 1,56-4,97, MPI-3=HR 6,49 ; 95%IC : 3,69-11,4, log-rank p <0,0001). Le score MPI était également prédictif de la durée de séjour MPI 1=7,9 $\pm$ 5,6 jours vs. MPI 2=13,5 $\pm$ 10,2 jours vs. MPI 3=16,5 $\pm$ 13,6 jours (p <0,0001), de réhospitalisation (MPI-1=Odds Ratio 1,0 référence; MPI-2=OR 1,71 ; 95% IC : 1,17-2,48, MPI-3=OR 1,54 ; 95% IC : 1,04-2,26) et d'institutionnalisation (MPI-1=OR 1,0 référence; MPI-2=OR 2,2 ; 95%IC : 1,3-3,8, MPI-3=OR 1,7 ; 95%IC : 0,9-2,9, p=0,002). **Conclusion :** Cette étude internationale souligne l'intérêt de l'outil MPI pour objectiver l'EGS, classer les patients gériatriques et adapter au mieux leur prise en charge.

**O2-5****Vulnérabilités sociales et risque de mortalité chez le sujet âgé : résultats de la cohorte PAQUID (Psychosom Med 2017)**

N. Simo-Tabue (1) ; R. Stoykova (2) ; M. Cogne (3) ; C. Meillon (2) ; H. Amieva (2) ; JF. Dartigues (2) ; M. Tabue Teguo (2)  
(1) *Geriatrics, C.H. Saint-Cyr, Villeneuve-sur-Lot*; (2) *InsERM umr 1219, Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Bordeaux*; (3) *Chu de bordeaux, Université de Bordeaux, Bordeaux Cedex*

**Introduction :** Les vulnérabilités sociales (isolement social et sentiment de solitude) sont des caractéristiques des individus très corrélées mais différentes. Elles sont liées toutes les deux à un risque d'événements défavorables au cours du vieillissement. Nous constatons que très peu d'études ont été réalisées en considérant les deux indicateurs (isolement social et sentiment de solitude) chez la même personne. L'objectif principal de notre étude était de déterminer l'association entre le fait de vivre seul (considéré comme proxy de l'isolement social), le sentiment de solitude et la prédiction de mortalité au sein d'un échantillon de la population française constitué de sujets âgés de 65 ans et plus participant à l'étude PAQUID **Méthodes :** Le sentiment de solitude était évalué par l'item 14 du CES-D : «<durant la semaine écoulée, je me suis senti seul>> Les sujets sont considérés comme exprimant un sentiment de solitude s'ils répondent « Assez souvent (trois à quatre jours) » ou « Fréquemment, tout le temps (cinq à sept jours) » à cette question. L'isolement social était défini par le fait de vivre seul. Afin de pouvoir utiliser dans nos analyses ces définitions, nous avons dans un premier temps réalisé une étude clinique de validation de l'item-14 comme proxy du sentiment de solitude en comparant à l'outil de référence (les 3-items de la UCLA loneliness scale) sur 50 malades suivis en hospitalisation de jour de centre mémoire recherche et ressource (CMRR) du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Les résultats de ce travail préliminaire montre une corrélation (Spearman test  $r = 0.696$ ,  $p < .001$ ) et une concordance (Kappa coefficient = 0.88) significative entre les deux mesures. Ces résultats supposent que les deux mesures sont substituables entre-elles. **Résultats :** Parmi les 3620 inclus dans ce travail, 3082 soit 85.1 % étaient décédés au suivi à 22 ans. Parmi les personnes vivant seul, 24.9 % se sentait seule versus 5.6 % chez les autres. Les sujets exprimant un sentiment de solitude étaient significativement plus âgés, de sexe féminin (82.7 % versus 53.8 %) et de faible niveau d'étude. Les sujets ayant un sentiment de solitude étaient beaucoup plus nombreux parmi les sujets isolés (382/1 535 soit 24.9 %) que parmi les sujets non isolés (116/2 085 soit 5,6 %). Par la suite des analyses de par le modèle Cox à entrée retardées ont été réalisées en uni- et multi-variés. Les résultats mettent en évidence une association positive entre le sentiment de solitude, vivre seul et l'incidence de la mort après 22 ans de suivi. (HR 1.14, 95%CI 1.05-1.23;  $p = .002$  et HR 1.20, 95% CI 1.08 - 1.33;  $p = .001$  respectivement). Nous avons par la suite inclus les deux variables dans le même modèle. Les HRs restent inchangés, ceci signifie que les deux variables sont prédictrices indépendamment de mortalité. Nous avons par également testé l'interaction entre les variables et elle est non significative ( $\beta = 0.08$ , RR= (0.85; 1.40),  $p = .48$ ). Compte-tenu de la durée du suivi et de potentiel changement d'état des personnes au cours du suivi, nous avons utilisé un modèle statistique dit « variable dépendant du temps » pour mieux évaluer la prédiction de la mort (en prenant en compte les différentes variations d'état). Les résultats obtenus confirment la valeur prédictive des deux variables sur la mortalité (HR 1.14, 95%CI 1.05-1.25;  $p = .002$  et HR 1.23, 95% CI 1.11 - 1.37;

$p=.001$  respectivement). Lorsque nous procédons à un ajustement aux comorbidités (angor, conséquences AVC, diabète, problèmes respiratoire) sans les symptômes dépressifs, la capacité prédictive des variables se maintient (HR 1.11, 95% CI 1.00–1.23;  $p=.05$ , and HR 1.09, 95% CI 1.00–1.18;  $p=.05$  respectivement). **Conclusion :** Cette étude de prédiction nous a permis de montrer la capacité prédictive de deux variables (vivre seul et sentiment de solitude) relativement simple d'utilisation par toutes les personnes pouvant intervenir au près de la population des personnes âgées. L'isolement social et le sentiment de solitude peuvent donc être considérés comme des indicateurs simples de fragilité ou de vulnérabilité sociale.

## O2-6

### Prophylaxie de la grippe nosocomiale : une stratégie préventive multimodale est elle suffisante ? Etude prospective réalisée pendant la période d'épidémie grippale 2016/2017 dans un service de gériatrie

D. Nizigiyimana (1) ; C. Landelle (2) ; D. Gantz (2) ; C. Masson (2) ; J. Lupo (3) ; S. Levet (2) ; MR. Mallaret (4) ; G. Gavazzi (5)

(1) Clinique de gériatrie, CHU Michallon, Grenoble; (2) Unité de contrôle des infections, CHU Michallon, Grenoble; (3) Laboratoire de virologie, CHU Michallon, Grenoble; (4) Hygiène hospitalière et gestion des risques, CHU de Grenoble, La Tronche; (5) Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble

**Introduction :** La grippe est une pathologie grave chez le sujet âgé et se développe régulièrement sous la forme d'épidémie nosocomiale ou institutionnelle malgré de nombreux efforts pour la prévenir; il s'agit néanmoins d'utiliser de nombreux moyens qui sont rarement coordonnés. Notre objectif a été de décrire la saison grippale 2016/2017 dans un service de gériatrie qui a mis en place l'ensemble des mesures préventives. **Méthodes :** Une stratégie multimodale a été mise en place dans une unité de gériatrie de 32 lits (CHU de Grenoble), dont un secteur de médecine aiguë avec 24 lits et un secteur de SSR avec 9 lits; elle comprenait éducation sur la grippe et promotion de la vaccination contre la grippe du personnel soignant, identification rapide des cas de grippe par PCR et isolement des cas de grippe, traitements curatifs, préventifs puis préemptifs par oseltamivir, usage systématique du masque pour tout le personnel soignant et les visiteurs (évalués 2 fois par semaine) et étude prospective de tous les cas de grippe. Tous les patients hospitalisés ont été inclus. La grippe nosocomiale a été définie par un intervalle de temps entre l'admission et le début des symptômes > 72 heures. **Résultats :** 234 patients ont été hospitalisés entre le 01.12.16 et le 19.02.17; 174 en médecine aiguë et 60 en SSR. Parmi les 174 patients en médecine aiguë, 98 (56%) ont présenté des symptômes respiratoires et ont été testés pour la grippe. 26 (27%) patients étaient positifs pour la grippe A: 5 (19%) étaient nosocomiales. Parmi les 26 cas de grippe, 16 patients étaient vaccinés et 4 n'étaient vaccinés (statut vaccinal inconnu pour 6). Parmi les 5 cas de grippe nosocomiale, 1 patient était vacciné et 2 n'étaient vaccinés (statut vaccinal inconnu pour 2). 35 (20,1%) patients ont été traités par Tamiflu® 75 mg et 49 patients (28,2%) par Tamiflu® 30 mg. Les 26 patients qui ont présenté une grippe ont été traités par Tamiflu® pendant une durée médiane de 6 jours (interquartiles: 5-8,25); 58 patients ont également bénéficié de Tamiflu® prophylactique pendant une durée médiane de 6 jours (interquartiles: 4-8,25). Parmi 60 patients en SSR, 28 (46,7%) ont présenté des symptômes respiratoires et ont été testés pour la grippe. 12 (42,9%) patients

étaient positifs pour la grippe A; 3 (25%) étaient nosocomiales. Parmi les 12 cas de grippe, 4 patients étaient vaccinés et 3 n'étaient vaccinés (statut vaccinal inconnu pour 5). Parmi les 3 cas de grippe nosocomiale, 1 patient n'était pas vacciné (statut vaccinal inconnu pour 2). 16 (26,7%) patients ont été traités par Tamiflu® 75 mg et 16 patients (26,7%) par Tamiflu® 30 mg. Les 12 patients qui ont présenté une grippe ont été traités par Tamiflu® pendant une durée médiane de 6 jours (interquartiles: 3-9); 21 patients ont également bénéficié de Tamiflu® prophylactique pendant une durée médiane de 6 jours (interquartiles: 4-8,5). Le taux de vaccination contre la grippe du personnel soignant était de 53% (26/49) pour la médecine aiguë et de 43,5% (10/23) pour le SSR. La compliance à l'usage systématique du masque était de 83% (168/203) pour le personnel soignant et de 75% (41/55) pour les visiteurs pour les 2 unités. **Conclusion :** Malgré la mise en œuvre d'une stratégie multimodale, et la mise sous Tamiflu® prophylactique de la majorité des patients à risque, un taux conséquent de cas de grippe nosocomiale reste présent. Le niveau de compliance pour l'usage systématique du masque était élevé pour le personnel soignant et devrait être encore encouragé pour les visiteurs. L'efficacité de la stratégie multimodale pourra être évalué sur plusieurs saisons grippales et l'efficacité de l'administration de d'oseltamivir prophylactique en systématique en comparant avec d'autres services n'ayant pas mis en place cette mesure. La vaccination contre la grippe des professionnels reste la mesure la moins suivie nécessitant d'être encore renforcée.

## O2-7

### Endocardite du sujet âgé : évaluation gériatrique et morbidité à 3 mois (étude ElderI-IE)

C. Roubaud Naudron (1) ; E. Forestier (2) ; M. Paccalin (3) ; C. Boubakri (4) ; G. Sost (5) ; S. Schambach (6) ; B. Moheb (7) ; C. Patry (8) ; E. Averty (9) ; T. Basileu Zozio (10) ; M. Chuzeville (11) ; MC. Laurain (12) ; JL. Novella (13) ; G. Gavazzi (14) ; C. Selton (15) ; AEPEI, GInGER

(1) Pôle de Gériatrie Clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux; (2) Maladies infectieuses, CH Métropole Savoie, Chambéry, France; (3) Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers; (4) Médecine interne et gériatrie, Centre Antonin Balmes, Montpellier; (5) Gériatrie, CHU de Rennes, Rennes; (6) Court séjour gériatrique, CH des Cévennes, Brignon; (7) Unité Mobile de Gériatrie, C.H. Annecy Genevois, Metz-Tessy; (8) Gériatrie, APHP, Paris; (9) Gériatrie, CH Métropole Savoie, Chambéry, France; (10) Unité mobile de gériatrie, CHU, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe; (11) Gériatrie, Hospices Civils de Lyon, Lyon; (12) Service de gériatrie, CHU de Nancy, Nancy; (13) Umg, Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex; (14) Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble; (15) Service de cardiologie, CHU de Nancy, Nancy

**Introduction :** Un tiers des EI survient chez des patients de plus de 70 ans avec des données bactériologiques et pronostiques propres à cette population. Cependant leurs caractéristiques « gériatriques » sont peu connues (autonomie, états cognitif et nutritionnel). L'objectif de notre étude a été de décrire les caractéristiques des sujets âgés atteints d'EI, en se focalisant sur leurs données gériatriques au cours de l'infection et d'en évaluer l'impact sur la prise en charge thérapeutique et la morbi-morbidité à 3 mois. **Méthodes :** Etude observationnelle prospective ayant inclus dans 14 centres français entre le 1/3/2015 et le 1/4/2016 des patients ≥ 75 ans atteints d'EI certaine ou possible. Une évaluation gériatrique a été réalisée la première semaine suivant le diagnostic d'EI, puis 3 mois après pour les sujets vivants. **Résultats :** Parmi les 111

patients inclus (moyenne d'âge 83.1±5.1 ans, 53% hommes), la plupart des patients vivaient à domicile (88%) avant la survenue de l'endocardite avec un bon niveau d'autonomie (ADL 5.1±1.7). Lors de la première semaine d'hospitalisation, les statuts fonctionnel (ADL 3.2±2.1), cognitive (MMSE 20.2±7.2) et nutritionnel (MNA<17 in 40%) sont altérés. L'EI a été certaine chez 80 patients (72.7%), sur prothèse chez 35 patients (31.5%) (dont 5 TAVI). *Staphylococcus aureus* (27.9%) et les streptocoques d'origine digestive (36%) ont été les bactéries les plus impliquées. La prise en charge chirurgicale était indiquée chez 36 (32%) patients mais n'a pas été réalisée chez 18 d'entre eux en raison de l'état général du patient (11 cas, 61.1%) et/ou de ses capacités fonctionnelles (6 cas, 33.3%). Les patients opérés avaient un meilleur statut fonctionnel et moins de comorbidités (MNA 20.9±4.8 vs 17.4±5.9, p=0.03, CIRS-G 9.2±4.3 vs 15.2±7, p<0.001). A 3 mois, 29 patients (26.1%) sont décédés. Aucune donnée infectiologique ni cardiologique de l'EI n'a influencé significativement la mortalité. Les paramètres gériatriques associés à une surmortalité (analyse bivariable) ont été le score OMS (RR 1.8 (1.1-3.0), p=0.01), le score ADL à J0 (RR 0.7 (0.5-0.9), p=0.002), et le score MNA (RR 0.9 (0.8-1.0), p=0.006). La mortalité à 3 mois a été supérieure chez les patients non opérés alors qu'il y avait une indication théorique (52.9%, p=0.02), par rapport aux patients opérés (16.3%), et aux non opérés sans indication (24.3%). Les 55 patients évalués à 3 mois ont récupéré une bonne autonomie (ADL 4.7±1.8). 43 (81.1%) marchaient et 45 (81.8%) étaient revenus dans leur lieu de vie habituel. Leur MMS moyen a été de 23.8±5.7. **Conclusion :** L'endocardite infectieuse est responsable chez le sujet âgé d'une altération de l'autonomie et du statut nutritionnel. Ces deux éléments sont d'ailleurs associés à une prise en charge moins agressive et un moins bon pronostic.

## O2-8

### Données pharmacocinétiques de l'utilisation de l'ertapénème par voie sous cutanée chez le patient âgé de plus de 75 ans, résultats préliminaires de PHACINERTA

C. Roubaud Baudron (1) ; R. Legeron (2) ; J. Ollivier (2) ; V. Cressot (1) ; N. Monéger (1) ; A. De Thezy (1) ; I. Bourdel-Marchasson (1) ; E. Thiel (1) ; MN. Videau (1) ; A. Lafargue (3) ; C. Cazanave (4) ; F. Bonnet (5) ; D. Kobeh (1) ; G. Pinganaud (1) ; D. Breilh (2)

(1) *Pôle de Gériatrie Clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (2) *Université de Bordeaux, INSERM 1034, Pharmacokinetic and Pharmacodynamic, Bordeaux*; (3) *Gériatrie, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (4) *Maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Pellegrin Bordeaux, Bordeaux*; (5) *Médecine interne et maladies infectieuses, Hôpital Saint-André - Groupe hospitalier Saint-André - CHU de Bordeaux, Bordeaux*

**Introduction :** L'utilisation de la voie sous cutanée (SC) pour l'administration d'antibiotiques est fréquente en France, en particulier en gériatrie, comme alternative à la voie intraveineuse (IV). Il existe cependant très peu de données PKPD dans la littérature validant une telle pratique. L'émergence des entérobactéries sécrétrices de  $\beta$ -lactamases à spectre étendu (EBLSE) nécessite l'emploi de plus en plus fréquent de carbapénèmes, en particulier d'ertapénème. L'objectif de cette étude était de déterminer les données PK/PD de l'ertapénème dans la population âgée spécialement concernée par la voie SC (accès veineux précaire, état d'agitation...) et les infections à EBLSE. **Méthodes :** PHACINERTA est une étude observationnelle prospective, monocentrique, ayant inclus entre août 2014 et août 2016 des patients âgés de plus de 75 ans traités par ertapénème depuis au moins 48h (état d'équilibre) par voie

IV ou SC. La mesure des concentrations d'ertapénème sériques (H0, H+0,5h et H+2,5h) a été réalisée par chromatographie en phase liquide couplée à la spectrométrie de masse. Les aires sous la courbe (ASC) pour chaque voie (IV, SC) ont été calculées puis comparées. La tolérance et l'efficacité ont également été étudiées. **Résultats :** Dix patients (âge moyen 87±7.0 ans) traités par voie SC et 11 patients (88±5.0 ans) traités par voie IV ont été inclus dans l'étude. Les 3 mesures de l'ertapénème ont été réalisées chez tous les patients. Les concentrations résiduelles moyennes (H0) n'étaient pas significativement différentes entre la voie IV (11±8 ug/mL) et la voie SC (11±7 ug/mL) ; en revanche les concentrations maximales à la fin de la perfusion (H+0,5) étaient 6 fois plus élevées dans le groupe IV (186±98ug/mL) par rapport au groupe SC (29±22ug/mL) et 2 fois plus élevées 2 heures après (IV 101±34 versus SC 58±36ug/mL). Les ASC n'étaient pas différentes entre les 2 voies (986±302 versus 887±212 ug/ml\*h, p=0.27). Les données de tolérance et d'efficacité sont en cours d'analyse. **Conclusion :** Les premiers résultats de cette étude originale de PK/PD chez le sujet âgé sont en faveur d'une utilisation possible de la voie SC pour la délivrance de l'ertapénème en alternative à la voie IV. La simplicité d'utilisation de la voie SC pourrait permettre de raccourcir les hospitalisations voire de les éviter dans cette population.

## O2-9

### Prise en charge de l'infection à *Clostridium difficile* chez le sujet âgé : résultats de l'enquête nationale CLOdi

A. Caupenne (1) ; I. Ingrand (2) ; M. Lauda-Maillet (1) ; M. Priner (1) ; P. Ingrand (2) ; G. Gavazzi (3) ; M. Paccalin (1) ; Intergroupe SPILF-SFGG

(1) *Médecine Gériatrique, CHU de Poitiers, Poitiers*; (2) *Epidémiologie et biostatistique, pôle biologie, pharmacie et santé publique, CHU de Poitiers, Poitiers*; (3) *Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble*

**Introduction :** Les infections à *Clostridium difficile* (ICd), sont de plus en plus prévalentes chez les sujets âgés hospitalisés, avec une incidence estimée à 2,28 cas/10 000 patients-jour. Le risque de récurrence est évalué entre 10 et 30% à 3 mois et la mortalité reliée à l'ICd varie de 5 à 40%. L'objectif principal de l'enquête française CLOdi est de déterminer le pronostic de l'ICd chez le sujet âgé. Nous rapportons ici les données observationnelles recueillies au cours du séjour hospitalier ainsi que les pratiques thérapeutiques et leur adéquation aux recommandations européennes publiées en 2013. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective, multicentrique sous l'égide de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) et de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Les inclusions ont été réalisées entre Mars 2016 et Mars 2017 chez des patients  $\geq 75$  ans hospitalisés dans 31 centres hospitaliers français. Le questionnaire en ligne s'intéressait aux critères cliniques, marqueurs biologiques et à la prise de la charge de l'ICd. **Résultats :** Cent-quatre vingt-deux patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de 87,2 ans. L'ICd était considérée comme nosocomiale dans 74% des cas. Cent-quarante-quatre patients (79%) avaient au moins un marqueur d'ICd sévère et 38 (21%) au minimum trois critères. Quarante-quatre (24%) présentaient une augmentation de la créatininémie d'au moins 50%, 34 (19%) une hypokaliémie < 3,5 mmol/l et 99 (54%) une dénutrition sévère. Sur le plan thérapeutique, 55% des patients ont reçu une antibiothérapie par métronidazole, 30% par vancomycine et 15% par fidaxomicine. Moins de la moitié des patients a reçu un traitement en adéquation avec les recommandations. Dix-

sept pourcents des patients sont décédés au cours de l'épisode infectieux aigu et l'ICd a récidivé dans 11% des cas au cours du même séjour. **Conclusion :** Il s'agit de la première étude française s'intéressant à l'ICd chez le sujet âgé. Les taux de récurrence et de mortalité sont proches des données de la littérature. Néanmoins, nos résultats mettent en évidence un manque d'adéquation des pratiques thérapeutiques en regard des recommandations.

### O3. FRAGILITÉ

#### O3-1

##### Le suivi par les médecins généralistes, de leurs patients fragiles évalués

B. Chicoulaa (1) ; E. Escourrou (1) ; F. Durrieu (2) ; S. Oustric (1) (1) *Département universitaire de médecine générale, Faculté de Médecine Rangueil, Toulouse;* (2) *Département universitaire de médecine générale, Faculté médecine de Rangueil, Blagnac*

**Introduction :** Le repérage en soins premiers des patients âgés potentiellement fragiles, et leur évaluation sur des plateformes hospitalières sont maintenant bien codifiés. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) et la mise en place d'un plan personnalisé de soins (PPS) en soins premiers de ces patients commencent à se structurer. Le défi des prochaines années pour les médecins généralistes (MG), sera d'assurer le suivi de ces patients fragiles évalués. L'objectif de notre travail était d'identifier par les MG leurs difficultés à mettre en place un PPS, et à assurer le suivi médical de leurs patients fragiles. **Méthodes :** Nous avons interrogé par le biais d'un questionnaire en ligne, les MG de notre bassin de santé dont les patients fragiles avaient été évalués sur une plateforme hospitalière et qui avaient reçu un plan de soin. Les principales thématiques portaient sur les éventuelles difficultés, les freins possibles à la mise en place du PPS, la négociation et le suivi des objectifs avec le patient. **Résultats :** Nous avons eu 62 réponses sur 161 MG interrogés, de septembre à décembre 2016. 64 % des MG interrogés qui avaient des attentes avant la 1ère EGS, ont été aidés dans le suivi par les conclusions de l'EGS et du PPS. La réalisation de la première EGS et les messages transmis semblent influencer le suivi du médecin et le ressenti du patient. L'adhésion des patients au PPS est estimée selon les MG interrogés à 58 %, et 49,6 % des patients ont accepté une réévaluation à 1 an. La plus grande difficulté pour les MG interrogés était que 33 % des patients évalués n'avaient pas compris l'intérêt médical de l'EGS. **Conclusion :** Une amélioration de la communication envers les patients fragiles évalués en amont et aval de l'EGS semblerait pouvoir améliorer le suivi de ces patients.

#### O3-2

##### Santé perçue et risque de fragilité chez les 75+: résultats de la cohorte 3C-Bordeaux

M. Tabue Teguo (1) ; S. Pilleron (2) ; S. Ajana (2) ; C. Helmer (2) ; JF. Dartigues (2) ; C. Feart (2)

(1) *Inserm umr 1219, Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Gérontopôle, CHU de Toulouse;* (2) *Inserm umr 1219, Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Bordeaux*

**Introduction :** La fragilité est un syndrome gériatrique permettant d'identifier des personnes âgées présentant des capacités de résistance diminuées face aux agents agresseurs. Elle a pour conséquence d'accroître chez l'individu le risque de survenue d'événements de santé défavorables (dépendance, hospitalisations,

d'entrée en institution et de mortalité). La santé perçue est une mesure subjective de l'état de santé globale d'une personne. Elle peut refléter certains aspects de santé qu'il est difficile de saisir cliniquement. Comme la fragilité, elle est prédictive d'événements de santé défavorables. A notre connaissance, aucune étude longitudinale ne s'est intéressée à ce jour à l'association entre la santé perçue et la fragilité. Notre objectif était d'étudier l'association entre la santé perçue et le risque de fragilité à 4 ans chez des sujets âgés de la population générale. **Méthodes :** Les données sont issues de la cohorte Trois-cités (3C, centre de Bordeaux). Au total, 382 sujets âgés de 75 ans et plus, vus en 2009-2010 et réexaminés quatre ans plus tard ont été inclus. La santé perçue était recueillie par autoévaluation lors d'entretiens face-à-face réalisés par des psychologues. La fragilité était définie par la présence d'au moins trois des cinq critères suivants: perte de poids non-intentionnelle, fatigue, faiblesse musculaire, lenteur et sédentarité. Des régressions logistiques ajustées sur les facteurs de confusions ont été réalisées afin d'évaluer l'association entre la santé perçue et le risque de fragilité à 4 ans. **Résultats :** A l'inclusion, l'échantillon était de 382 participants, d'âge moyen 81,1 ( $\pm$  3,9) ans et constitué de 61,8% de femmes. Parmi eux, 51 (13,42%) sont devenus fragiles au suivi à 4 ans. Les analyses ajustées sur les facteurs sociodémographiques et cliniques ne montrent pas d'association significative entre la santé perçue et le risque de fragilité à 4 ans (rapport de cote (OR)=1,33 ; Intervalle de Confiance (IC) 95% : 0,7-2,6). De même, aucune association n'est observée entre la santé perçue et les composantes de la fragilité, soit : perte de poids non-intentionnelle OR=0,47 IC95%(0,12 – 1,83), fatigue OR=1,55 IC95% (0,82 – 2,91), Faiblesse musculaire OR=1,01 IC95% (0,49 – 2,09), lenteur OR=1,60 IC95% (0,91 – 2,81) et sédentarité OR=0,94 IC95% (0,48 – 1,87). **Conclusion :** Dans cet échantillon de personnes non fragiles âgées de 75 ans et plus, la santé perçue n'est pas associée significativement au risque de fragilité à 4 ans. La possible redondance de l'information captée par la perception de sa propre santé d'un individu et la fragilité, majoritairement physique comme identifiée dans ce travail, expliquerait en partie ce résultat. Des études portant sur de plus grands échantillons permettront de confirmer ou d'infirmer ce résultat.

#### O3-3

##### Rôle des hospitalisations sur les transitions entre états de fragilité dans la cohorte GAZEL

B. Landré (1) ; P. Aegerter (2) ; M. Goldberg (3) ; M. Zins (3) ; J. Ankri (2) ; M. Herr (2)

(1) *Umr 1168 vieillissement et maladies chroniques, INSERM, Villejuif;* (2) *Inserm umr 1168 vieillissement et maladies chroniques et gh paris ile-de-france ouest, aphp, Université Versailles St Quentin, Paris;* (3) *Umr 1168 vieillissement et maladies chroniques et ums 11 cohortes épidémiologiques en population, INSERM, Villejuif*

**Introduction :** Les individus fragiles sont à risque d'événements de santé (chute, hospitalisation, perte d'autonomie, décès) lorsqu'ils sont soumis à un stress, du fait d'une perte de réserve physiologique dans différents systèmes de l'organisme au cours du vieillissement. La fragilité est un processus multifactoriel et dynamique qui dépend de facteurs sociodémographiques et biomédicaux. La survenue d'une hospitalisation peut être considérée comme une conséquence de la fragilité mais également comme un facteur de risque potentiel de fragilité. A ce jour, peu d'études décrivent le rôle des hospitalisations sur le risque de devenir fragile ou de ne pas

recupérer d'un état de fragilité, avec des données d'hospitalisation déclaratives et succinctes. Dans ce contexte, l'objectif de ce travail était d'identifier le rôle des hospitalisations et de leurs caractéristiques sur la survenue de transitions entre états de fragilité au cours de trois années de suivi d'une population âgée de 58 à 73 ans au début du suivi. **Méthodes :** Cette étude s'inscrit dans le cadre de la cohorte GAZEL (20625 salariés d'EDF-GDF suivis depuis 1989) et porte sur les sujets ayant au moins deux points de suivi sur la période 2012-2014 (N=12980). La fragilité a été évaluée à l'aide de 16 questions (questionnaire de Strawbridge), portant sur quatre dimensions de la fragilité : physique (faiblesse musculaire, perte d'équilibre), nutritionnelle (perte de poids, d'appétit), cognitive (plainte mnésique) et sensorielle (difficultés auditives et visuelles). Un sujet était considéré comme fragile s'il présentait des difficultés dans au moins deux dimensions. Différentes transitions ont été considérées : de robuste à fragile, de fragile à robuste, de robuste à décédé et de fragile à décédé. Les hospitalisations survenues au cours des années 2012 et 2013 ont été documentées grâce à l'appariement des données de la cohorte aux données du Système National d'Information Interrégime de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) incluant le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Les hospitalisations de plus de 24h ont été caractérisées en termes de durée de séjour, de diagnostic principal retenu, de degré de sévérité de l'état clinique (de 0 à 4), de mode d'entrée et de recours à la chirurgie. Des modèles multi-états ajustés sur les caractéristiques sociodémographiques et les comorbidités ont été utilisés pour analyser le rôle des hospitalisations survenues entre deux points de suivi sur le risque transition entre états de fragilité ou vers le décès. **Résultats :** La prévalence de la fragilité était de 13% en 2012, de 14% en 2013 et de 16% en 2014. Sur les trois années cumulées, 2958 transitions entre états ont été observées, parmi lesquelles 1511 transitions de robuste à fragile et 1194 transitions de fragile à robuste, ainsi que 253 décès. Au total, 20,7% des individus ont été hospitalisés au moins une fois au cours du suivi. Le fait d'avoir été hospitalisé au moins une fois entre deux points de suivi n'était pas associé aux transitions de robuste à fragile (HR =1,17 [0,98-1,39] et de fragile à robuste (HR =0,88 [0,71-1,08]). Cependant, la prise en compte des caractéristiques des hospitalisations a permis d'observer que de multiples hospitalisations dans l'année, la sévérité de l'état clinique, le fait d'être entré par les urgences ou un séjour sans chirurgie augmentait le risque de transition de robuste à fragile. Avoir eu une chirurgie ou relever du diagnostic principal « affection ostéo-articulaire » diminuait les chances de récupération de fragile à robuste. La durée de séjour n'était pas significativement associée aux différentes transitions entre états de fragilité. **Conclusion :** Ce travail montre que les hospitalisations jouent un rôle sur le risque de fragilité. Les caractéristiques des hospitalisations décrites dans cette étude permettent de préciser les situations à risque de devenir fragile ou de ne pas récupérer d'un état de fragilité.

### O3-4

#### **Fragilité et insuffisance rénale chronique chez le sujet âgé : étude d'une cohorte prospective**

SM. Badr (1) ; LA. Bertholon (2) ; V. Nonnonhou (3) ; A. Thierry-Wolak (4) ; JL. Novella (5) ; R. Mahmoudi (2)

(1) Service de gériatrie et de médecine interne, CHU de Reims - Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex; (2) Médecine interne et gériatrie, CHU, Reims; (3) Médecine interne et gériatrie, CHU de Reims - Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex; (4) Unité d'aide méthodologique, CHU, Reims; (5) Umg, Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex

**Introduction :** L'insuffisance rénale chronique (IRC) est associée à des troubles métaboliques et à un stress physiologique pouvant prédisposer à la fragilité. L'objectif principal de cette étude était de déterminer la prévalence et les caractéristiques des sujets fragiles présentant une IRC. L'objectif secondaire était de déterminer si l'IRC était associée à la fragilité. **Méthodes :** Une étude prospective transversale unicentrique a été réalisée dans un service de court séjour gériatrique entre février 2015 et juin 2016. La fragilité a été évaluée selon les critères de Fried et par la grille multidimensionnelle Modified Short Emergency Geriatric Assessment (SEGAm). La fonction rénale a été estimée selon l'équation du Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) et l'IRC a été définie par une clairance de la créatininémie < 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. L'association entre la fragilité et l'IRC a été étudiée par une régression logistique. **Résultats :** L'âge moyen des 250 patients inclus était de 84.5 ± 6.8 ans et 62.5% étaient des femmes. Dans cette cohorte, 34.3% des patients présentaient une IRC. La prévalence des patients fragiles avec une IRC était de 60.2 % selon Fried et de 81.3 % selon SEGAm. Les sujets avec une IRC présentaient une charge de comorbidité plus élevée (p < 0.0001) et une forte prévalence de la faiblesse musculaire selon les critères de Fried (p = 0.025) comparé à ceux sans IRC. L'IRC était associée à la fragilité selon SEGAm (OR 1.772, 95% CI 1.121-2.801, p = 0.014). **Conclusion :** La fragilité est fréquente chez les patients âgés atteints d'IRC. Cette étude est en faveur d'une association entre l'IRC et la fragilité selon SEGAm.

### O3-5

#### **Repérage de la fragilité chez les aidants informels de personnes âgées de 70 ans et plus autonomes**

S. Arlotto (1) ; AC. Durand (2) ; DS. Denicolai (3) ; S. Gentile (4); S. Bonin-Guillaume (5)

(1) Gériatrie, Assistance Publique-hopitaux Marseille, Marseille; (2) Laboratoire de santé publique ea3279, Faculté de Médecine secteur Timone (Aix-Marseille Université), Marseille; (3) 35 rue george, 13 386 marseille, Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail sud-est, Marseille; (4) Laboratoire de sante publique, Assistance Publique-hopitaux Marseille, Marseille; (5) Gériatrie, Assistance Publique-hopitaux Marseille, Marseille

**Introduction :** Peu d'études se sont intéressées au fardeau d'aidants de personnes âgées (PA) partiellement autonomes. L'objectif est d'étudier l'association entre fragilité de l'aidant et fardeau ressenti. **Méthodes :** Une étude prospective est en cours auprès d'aidants de PA ≥ 70 ans, retraitées, en GIR 5-6, vivant à domicile, ayant fait une demande d'aide auprès de la Carsat Sud-Est. Ils sont réévalués après 3 mois. Les données sociodémographiques, médicales, les activités réalisées, le fardeau (Mini-Zarit), la fragilité (questionnaires FIND et GPST) sont recueillis auprès de l'aidant. Les PA sont évaluées

par les travailleurs sociaux selon les procédures de la Carsat et par l'échelle FRAGGIRE et un plan d'aide leur est proposé. **Résultats :** Les premiers résultats portent sur 155 des 897 « couples PA-aidants » ciblés. Les aidants ont en moyenne 61,2 ans ( $\pm 14,7$ ) ; 63,2% sont des femmes ; 54,8% sont un enfant et 25,8% un conjoint. Le score moyen du mini-Zarit est de  $2,7 \pm 1,5$  (maximum 7) ; 40% ont un fardeau élevé ( $> 3$ ). Selon FIND, 46,4% sont fragiles. Les PA sont des femmes (82,6%), avec un âge moyen de 81,1 ans ( $\pm 5,9$ ). Selon FRAGGIRE, 57,2% sont fragiles (score 40 - 60) et 37,5 % très fragiles ( $> 60$ ). **Conclusion :** Le fardeau est important chez les aidants de PA, même en l'absence de pathologies lourdes, ou à pronostic réservé ou de dépendance. Leur prise en charge est ainsi justifiée. Les PA vues pour une demande d'aide sont fragiles. Une collaboration étroite apparaît indispensable entre travailleurs sociaux et sanitaires.

### O3-6

#### Prévalence de la fragilité chez le sujet âgé venant à l'officine. Données sur 4090 patients âgés, hors EHPAD

M. Rhalimi (1) ; A. Rauss (2) ; E. Housiaux (3) ; C. Detuncq (4) ; A. Muller (5) ; F. Comby (6) ; C. Wehrlé (7) ; N. Davoust (8)

(1) Pharmacie, CH bertinot juel, Chaumont-en-Vexin; (2) ARCOSA, Limeil-Brévannes; (3) Officine, Pharmacie, Saint-Sauveur-de-Montagut; (4) Filière officine, UFR Médecine Pharmacie, Rouen; (5) Directeur adjoint responsable des stages officinaux, Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques, Montpellier; (6) Chimie thérapeutique et chimie organique, Faculté de Pharmacie, Limoges Cedex; (7) Professeur past - pharmacie pratique, Faculté de Pharmacie de Strasbourg, Strasbourg; (8) Filière officine, Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques, Rennes

**Introduction :** La prise en charge de la fragilité des patients âgés est devenue essentielle, il faut donc repérer les patients et en connaître la prévalence pour adapter les moyens à mettre en œuvre. La prévalence de la fragilité en ville est peu connue. Dans le cadre d'une étude mettant en œuvre un bilan de médication dédié aux patients âgés nous avons déterminé cette prévalence.

**Méthodes :** 217 étudiants de 6e année (pharmacien à la fin de l'année) de 6 facultés de pharmacies françaises ont inclus pendant des plages horaires de 3 à 4 heures tous les patients âgés de 65 ans et plus se présentant à la pharmacie. Pour tous les patients, des caractéristiques usuelles sont recueillies, le milieu de vie (urbain, rural), la personne qui vient chercher les médicaments, le nombre de médicaments pris par jour, qui gère les médicaments pour le patient. Le volet A du score SEGA déjà utilisé dans l'étude EGO1 est retenu pour caractériser la fragilité, le TOST (test d'orientation temporo-spatiale) est réalisé. Les centres sont répartis entre ceux ayant vus plus de 10 patients ou non; les plages de recrutement sont répartis entre matin et après-midi. Une analyse spécifique aux essais randomisés en cluster est menée pour les comparaisons entre le groupe intervention et le groupe non-intervention. **Résultats :** Au total, 4090 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge est de  $77,6 \text{ ans} \pm 7,6$  (m  $\pm$ SD) avec un range de 65 à 104. On observe, 60,1% de femmes; 25,4% de ces patients vivent en milieu rural (ville d'habitation de moins de 2000 habitants); 43,5% des patients ont été inclus le matin et 56,5% l'après-midi; 9,4% des patients ne répondent pas à au moins 1 des 4 questions simples sur leur orientation spatio-temporelle (TOST); le nombre de médicaments pris chaque jour par ces patients est de  $5,4 \pm 3,5$  (m  $\pm$ SD) avec un extrême à 35 (vérifié). Une différence entre le groupe intervention

et le groupe non-intervention sur la fragilité oblige à travailler sur le groupe non intervention pour décrire la prévalence de la fragilité (2777 patients): 29% des patients sont fragiles et très fragiles (17,5% sont fragiles et 11,5% très fragiles). On retrouve une plus grande fragilité chez les femmes 32,1% (contre 24,4%) du fait d'un âge plus élevé des femmes par rapport aux hommes. Il n'y a pas plus de patients fragiles qui viennent le matin que l'après-midi; les petits centres (10 patients et moins) n'ont pas moins de patients fragiles que les gros centres. 73,3% des patients qui ne répondent pas correctement aux 4 questions du TOST sont fragiles (contre 23,6%). Les patients qui viennent seuls à la pharmacie sont moins fragiles que ceux qui viennent avec un aidant ou quand c'est l'aidant seul qui vient (respectivement 17% 56,8% et 66,2%). 89,7% des patients qui ont leur médicament géré par un professionnel de santé sont fragiles. Par contre 16,6% qui gèrent seul leur médicament sont fragiles et ils représentent 44,4% de l'effectif global des patients fragiles. **Conclusion :** Si globalement environ 30% des patients âgés qui vivent chez eux et viennent à la pharmacie sont fragiles, la prévalence de la fragilité varie finalement suivant qui vient (la personne seule ou avec un aidant ou un aidant seul) et les réponses au TOST. Ce qui retient notre attention pour la prise en charge de ces patients c'est le pourcentage de patients fragiles qui gèrent seul leur (grand nombre) de médicaments. La prise en charge optimale des patients fragiles passent assurément par une diffusion large de la prévalence de la fragilité. Les outils de repérage de la fragilité doivent être diffusés et utilisés afin que les patients puissent bénéficier de prestations spécifiques.

### O3-7

#### Evaluation de la fragilité chez les aidants informels de patients atteints de maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés

S. Chauvelier (1) ; JS. Vidal (1) ; D. Krabchi (1) ; F. Moulin (1); A. Cohen (1) ; H. Jailany (1) ; L. Caillard (1) ; ML. Seux (1) ; O. Hanon (2) ; AS. Rigaud (3) ; E. Duron (4)

(1) Gériatrie, Hôpital Broca, Paris; (2) Service du professeur hanon, aph, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris; (3) Gériatrie, Hôpital Broca, université Paris Descartes, Paris; (4) Service du professeur Hanon et Rigaud, APHP, université Paris Descartes, Hôpital Broca, Paris

**Introduction :** Les aidants informels des patients atteints de démence sont déprimés, à risque de surmortalité, négligent leur propre santé et ont des conditions socio-économiques défavorables. Toutefois, la prévalence du syndrome de fragilité selon les critères de Fried n'a pas été étudiée dans cette population. L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence et les déterminants de la fragilité chez les aidants informels des patients atteints de démence. **Méthodes :** Des sujets consécutifs, aidants informels de patients atteints de démence, acceptant de bénéficier d'une évaluation médico-psycho-sociale exhaustive en hôpital de jour (hôpital Broca) ont été inclus. La fragilité a été définie selon les critères de Fried. Ces critères comprennent : • Une perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou  $\geq 5\%$  du poids) en 1 an ; • Une sensation d'épuisement ; • Une vitesse de marche lente ( $< 0,8$  m/s) ; • Une faible force de préhension ( $< 20\%$  de la norme attendue pour l'âge, le sexe et l'indice de masse corporelle de la personne) ; • Une sédentarité ou faible activité physique (faible dépense énergétique  $< 383$  kcal/semaine pour les hommes ou 270 kcal/semaine pour les femmes). Les sujets présentant plus de 3 facteurs sont considérés comme fragiles, 1 ou 2 facteurs comme pré-fragiles, 0 comme robustes. Un examen complet avec recueil des antécédents, des



traitements était réalisé. Le risque de chute était évalué par le get-up and go test (risque si >20 secondes). L'évaluation nutritionnelle était réalisée grâce au Mini Nutritional State Assessment (MNA) ; Une évaluation neuropsychologique complète était réalisée avec évaluation de la risque de dépression par l'échelle de Pichot (/13) et d'anxiété par l'échelle de Goldberg (/9). La charge ressentie par les aidants était évaluée par l'auto-questionnaire de Zarit (/88). Les 3 groupes fragiles, pré-fragiles et robustes ont été comparés en Anova. **Résultats :** Soixante-cinq sujets (âge moyen (SD) : 72.3 (19.1), 58.1% de femmes, 89.1% de conjoints) ont été inclus: 26 étaient fragiles, 30 pré-fragiles, 9 robustes. Les aides dispenses étaient les suivantes: aide à la prise médicamenteuse, préparation des repas, courses, toilette, habillage, mise en place de protection urinaires dans 75.4%, 84.6%, 83.1%, 38.5%, 35.4%, 13.8% des cas, respectivement. Cinquante-deux pourcent des aidants souffraient de troubles du sommeil et 21.3% d'une baisse d'appétits. Dix-neuf pourcents prenaient des traitements antidépresseurs et 21% des sédatifs. L'examen clinique a mis en évidence des anomalies neurologiques, cutanées, cardiaques dans 27.1%, 15.3%, 19.3% des cas, respectivement. Le score moyen à l'échelle de Zarit (SD) était de 41.9 (18.4)/88. Les déterminants de la fragilité étaient un niveau d'anxiété élevé selon l'échelle de Goldberg (p=0.02), un fort risque de dépression selon l'échelle de Pichot (p=0.05), un score bas au MNA (p=0.04), une baisse d'appétit (p=0.008) et des temps de réalisation du get up and go test plus élevés (p=0.002). **Conclusion:** Les aidants de patients atteints de troubles cognitifs majeurs sont le plus souvent fragiles ou pré-fragiles selon les critères de Fried. Les déterminants majeurs de la fragilité sont les syndromes antidépresseurs qu'il convient de dépister particulièrement dans cette population pour mettre en place une réponse appropriée dont des interventions multimodales qui ont fait la preuve de leur efficacité.

### O3-8

#### Fragilité sociale et non recours aux soins

Auteurs : M. Nagues (1) ; D. Paccard (1) ; O. Zmuschi (1) ; F. Guérenne (1)

(1) Daamas, Carsat Languedoc-Roussillon, Montpellier

**Introduction :** Au vu des inégalités importantes observées en matière d'accès aux soins, l'Assurance Maladie identifie et accompagne les situations de renoncement aux soins. Celles-ci concernent des personnes identifiables et ce, par opposition à la notion de non recours aux soins, qui est plus diffuse et qui nécessite une démarche d'analyse approfondie afin de repérer les assurés sans aucune consommation de soins sur de longues durées. Le non recours aux soins altère en effet les conditions du bien vieillir et du maintien de l'autonomie des seniors. L'absence de suivi médical et de participation à des campagnes de prévention chez des seniors se traduit pour des personnes atteintes de pathologies par des traitements plus longs et plus lourds avec, éventuellement, un impact sur leur espérance de vie en bonne santé, et des répercussions sur leur qualité de vie. Pour l'Assurance Maladie ces parcours de soins sont plus coûteux. **Méthodes :** Les Observatoires régionaux des situations de fragilité des Carsat ont mis en exergue l'absence de corrélation entre les territoires prioritaires d'intervention ciblés au vu de la fragilité sociale des seniors (indicateur composite combinant la précarité économique, l'isolement et l'âge des seniors) et les territoires sur lesquels est observé un non recours aux soins. Pour confirmer ce diagnostic territorial, ont été croisées à titre expérimental en Languedoc-Roussillon les bases de données nominatives Maladie et Retraite du Régime Général relatives à la

fragilité sociale de plus de 1 000 retraités et à leur accès aux droits et aux soins. **Résultats :** Il ressort de cette analyse nominative que les données Maladie illustrant les difficultés d'accès aux droits et aux soins (non recours aux soins, absence de médecin traitant déclaré) des retraités ne sont effectivement pas corrélées avec les données Retraite illustrant leur fragilité sociale (exonération de la CSG, nombre de trimestres cotisés...). A contrario, il existe une très forte corrélation entre le non recours aux soins des seniors sur les 12 derniers mois et le non recours aux soins sur les 24 derniers mois, le non recours aux soins et l'absence de médecin traitant déclaré. Au niveau national plus de 5% des seniors de plus de 55 ans du Régime Général n'ont eu recours à aucun soin sur les 12 derniers mois (actes professionnels, pharmacie, hospitalisations...). **Conclusion :** Les déterminants du non recours aux soins pour les seniors dépendent de l'autonomie au sens large des personnes, des comportements de santé forgés par l'éducation et les habitudes, leur environnement. Le décret en Conseil d'Etat du 14 mars 2017 pris en application de l'article 6 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, vise par le croisement nominatif des bases de données Maladie/Retraite/Famille à affiner le repérage des retraités à risque de fragilité sur le champ de la santé et du social au travers des Observatoires régionaux des situations de fragilité. Afin de faciliter un accès réel et pour tous aux droits et aux soins sera proposée aux seniors repérés à risque de fragilité une offre de service conjointe Maladie/Retraite destinée à maintenir leur autonomie et leur maintien à domicile : - une information de premier niveau sur les comportements adaptés à la santé (intérêt du médecin traitant, examens de santé, ateliers prévention, hygiène de vie,..) et la sensibilisation à l'accès aux droits de santé; - une évaluation globale de la situation de la personne et une orientation accompagnée vers les services relais dans le cadre d'un accompagnement individuel.



### O3-9

#### Etude EMMAP : efficacité clinique des ateliers « Equilibre En Mouvement » sur la fonctionnalité musculaire et la mobilité des personnes âgées : une étude contrôlée, en vie réelle

A. Raynaud-Simon (1) ; A. Bichon (2) ; S. Djerroud (2) ; L. Fernandez (2) ; I. Dufour (2) ; C. Mairesse (3) ; C. Flouquet (4) ; O. Hanon (5)

(1) Département de gériatrie, Hôpital Bichat APHP, faculté de médecine Denis Diderot, Paris; (2) Gérodiff, Gérontopôle d'Ile-de-France, Paris; (3) Prif, Prévention Retraite IDF, Gentilly; (4) Caisse nationale assurance vieillesse, CNAV, Paris-19E-Arrondissement; (5) Service du professeur hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris

**Introduction :** Le PRIF (Prévention Retraite Ile-de-France) propose aux retraités franciliens, des ateliers concernant divers aspects du bien vieillir. En particulier, les ateliers « Equilibre en mouvement » proposent des exercices et des conseils personnalisés pour prévenir la perte d'équilibre et les chutes. Chaque retraité participe à un atelier par semaine pendant 12 semaines. L'objectif de cette étude est de mesurer l'efficacité de ces ateliers sur la fonction musculaire.

**Méthodes :** Etude observationnelle, prospective, comparative sur groupes parallèles. Le groupe intervention participe aux ateliers «Equilibre en Mouvement », le groupe contrôle participe aux ateliers « Mémoire ». Le critère principal de jugement est la variation de la vitesse de marche entre la première session (semaine 1) et la dernière session des ateliers (semaine 12), qui sera comparée entre les deux groupes. Le nombre de sujets nécessaires pour montrer une amélioration de 10 % de la vitesse de marche est de 540 (270 par groupe). Les autres paramètres mesurés comprennent : la station unipodale, le get-up-and-go (GUG) test, les 5 levers de chaise, la force de préhension et le SSPB. Sur le plan nutritionnel, l'IMC, la circonférence du mollet (CM), la masse grasse et la masse maigre (impédancemétrie). Un questionnaire déclaratif estime le niveau d'activité physique, les apports alimentaires et la survenue de chutes. **Résultats :** Les données concernant les 184 premiers sujets inclus dans les deux ateliers montrent un âge à  $73 \pm 7,4$  ans, femmes 85 % et 37,5 % des sujets ont chuté dans les 12 derniers mois. Vitesse de marche  $1,2 \pm 0,3$  m/s, test unipodal  $13,8 \pm 9,3$  secondes, GUG  $9,3 \pm 3,3$  secondes, 5 levers de chaise  $11,7 \pm 4,4$  secondes, la force de préhension  $23,8 \pm 7,6$  kg, SSPB  $9,6 \pm 1,9$ . Sur le plan nutritionnel, l'IMC est à  $26,7 \pm 5,1$ , la CM à  $36,8 \pm 4,0$ , masse grasse  $31,1 \pm 9,1$  % du poids corporel, masse maigre 68,5%. **Conclusion :** Les caractéristiques des retraités inclus montrent qu'il s'agit d'une population à risque de chute (plus d'un tiers des patients sont tombés dans les 12 mois précédant le début de l'étude), avec une fonction musculaire modérément altérée, ce qui en fait une population cible pour les interventions de prévention des chutes. Les résultats finaux détermineront si les ateliers Equilibre en Mouvement du PRIF permettent d'améliorer la fonction musculaire.

#### O4. DÉMENCES

##### 04-1

##### Apport de l'enregistrement oculomoteur au diagnostic différentiel entre démence à Corps de Lewy et maladie d'Alzheimer (PHRC OculoMACL)

M. Verny (1) ; A. Morize (2) ; L. Lacomblez (3) ; B. Dieudonné (4) ; C. Maes (4) ; C. Zacharias (5) ; L. Volpe-Gillot (6) ; S. Benisty (7) ; F. Mahieux (8) ; S. Lehericy (9) ; MO. Habert (10) ; F. Lamari (11) ; K. Kinugawa (12) ; S. Greffard (4) ; Z. Kapoula (2)

(1) Centre de gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière (AP-HP)- DHU FAST, UPMC et UMR8256 (CNRS) Paris, Paris; (2) Laboratoire iris, physiopathologie de la vision et motricité binoculaire cnrs fr, Université Paris Descartes, Paris; (3) Centre des essais thérapeutique neurologique, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris; (4) Centre de gériatrie, cmrr et dhu fast, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (5) Consultation mémoire de gériatrie, Hôpital Rothschild Assistance Publique-Hopitaux de Paris, Paris; (6) Service de neuro-psycho-gériatrie espace imagine, hopital Leopold Bellan, Paris; (7) Consultation mémoire, Les Invalides, Paris; (8) Consultation mémoire, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris; (9) Institut du cerveau et de la moelle épinière (icm), upmc, umr 1127 inserm, cnrs umr 7225, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière, Paris; (10) Service de médecine nucléaire, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris; (11) Service de biochimie, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris; (12) Unité d'explorations fonctionnelles du sujet âgé, Hôpital Charles Foix, GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix- APHP, Ivry-sur-Seine

**Introduction :** La démence à corps de Lewy (DCL) est la deuxième cause de démence neurodégénérative souvent difficile à différencier, au stade précoce, de la maladie d'Alzheimer (MA). Ce diagnostic

est pourtant important pour assurer une bonne prise en soins de ces patients. Des enregistrements de l'oculomotricité faciles à réaliser pourraient être utiles car certaines mesures pourraient objectiver les fluctuations attentionnelles des patients présentant une DCL. Objectif principal : améliorer le classement diagnostique entre DCL et MA en utilisant des mesures de l'oculomotricité. **Méthodes :** étude prospective multicentrique avec recrutement de patients présumés atteints de DCL ou de MA et suivi sur 12 mois. Diagnostic de référence posé par un comité d'experts sur les données cliniques et neuropsychologiques, l'IRM cérébrale, le DAT scan et une TEMP (perfusion cérébrale) ainsi qu'une analyse du LCR, à l'issue du suivi mais en aveugle des résultats des enregistrements oculomoteurs. Ces enregistrements ont été aussi effectués en aveugle des diagnostics. Les critères d'évaluation des enregistrements oculomoteurs : 1) Variabilité des temps de latence des saccades réflexives ; 2) Moyenne des temps de latences des saccades réflexives ; 3) Taux de saccades expresses qui devrait être significativement diminué dans les cas de DCL. Analyse statistique en régression logistique (analyses univariée puis multivariée). **Résultats :** Patients inclus: 75 (objectif initial:100). Age moyen  $80,5 \pm 6,17$ , 41% d'hommes. Score médian de l'échelle de MATTIS : 125 (Q1-Q3 : 114-134). Diagnostic final disponible pour 66 patients : 34 MA pure, 6 MA et vasculaire, 10 DCL pure, 1 DCL et vasculaire, 3 MA et DCL et 12 autres ; Données oculomotrices complètes disponibles pour 61 patients. Analyse portant sur 27 MA +/- vasculaire (avec profil de biomarqueurs du LCR compatible) vs 11 DCL +/- vasculaire et 12 autres. Test comparant les distributions des variables liées aux saccades horizontales (Mann-Whitney) statistiquement significatif pour la tâche GAP Horizontal pour les moyennes, le coefficient variation et le pourcentage de latences type express et pour la tâche Overlap Horizontal pour les moyennes. Etude du pouvoir discriminant faite avec un modèle de régression logistique multinomial avec les variables liées aux saccades horizontales (toutes étudiées en quantitatives). L'analyse multivariée porte sur 46 patients. Le modèle sélectionne une variable discriminante : le coefficient de variation dans la tâche GAP. La variable permet de discriminer les DCL des MA d'une part ( $p = 0,007$ ) et des « autres diagnostics » d'autre part ( $p = 0,046$ ). En définissant un seuil de coefficient de variation à 0,37 pour les DCL, la sensibilité serait de 90% et la spécificité de 72%. **Conclusion :** L'analyse des paramètres d'enregistrement oculomoteur semble permettre une amélioration de la sensibilité du diagnostic DCL vs MA à un stade précoce de la maladie dans une population très âgée avec un examen simple de réalisation qui pourrait trouver sa place en pratique clinique et permettre d'éviter la réalisation d'examen plus complexe et plus coûteux.

**O4-2****Relation entre dépôts amyloïdes cérébraux et autonomie au quotidien chez les sujets âgés non déments. Analyse longitudinale de l'étude MAPT**

M. Lilamand (1) ; M. Cesari(2) ; C. Cantet (3) ; P. Payoux (4) ; S. Andrieu (5) ; B. Vellas (2)

(1) *Gériatrie, Hôpital Bichât (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), Paris*; (2) *Université de toulouse - paul sabatier, Institut du Vieillissement, Gérontopôle, INSERM UMR 1027, Toulouse*; (3) *Gérontopôle, chu de toulouse, UMR 1027 Inserm / Université de Toulouse III, Toulouse*; (4) *Service de médecine nucléaire, C.H.U Toulouse - Casselardit Ancely, Toulouse*; (5) *Epidémiologie, UPS, Toulouse*

**Introduction :** Les plaques amyloïdes jouent un rôle central dans la maladie d'Alzheimer et affectent l'évolution des fonctions cognitives des sujets âgés. Néanmoins, l'évolution longitudinale des perturbations des activités du quotidien chez les sujets ayant des dépôts amyloïdes intracérébraux demeure mal connue à ce jour. Dans cette étude, nous nous sommes attachés à évaluer l'évolution au fil du temps des performances pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) en fonction de la présence de plaques amyloïdes au TEP scanner. **Méthodes :** Etude observationnelle longitudinale impliquant 269 sujets 70 ans et plus vivant à domicile, non déments, participant à l'étude Multidomain Alzheimer Prevention Trial et qui ont accepté de réaliser un TEP scanner au florbétapir. Une analyse à l'aide de modèles mixtes a été réalisée pour évaluer l'évolution sur 36 mois des performances pour les IADL évaluées par l'outil ADL-PI, en fonction de la présence de plaques amyloïdes (ie, Standardized Uptake Value  $\geq 1.17$ ) sans et avec ajustements pour l'âge, le sexe, le statut ApoE et le groupe de randomisation de l'étude. Des analyses complémentaires ont été réalisées pour étudier l'évolution de performances dans des sous-domaines des IADL. **Résultats :** Parmi nos participants (femmes=60%, âge moyen=75±4 ans), 102 (37.9%) présentaient une charge amyloïde cérébrale positive. Les sujets amyloïdes négatifs ont présenté une amélioration significative du score ADL-PI total ( $p=0.04$  après 36 mois). La différence d'évolution entre amyloïdes positifs et amyloïdes négatifs n'était pas significative ( $\beta=-0.95\pm 0.53$  après 36 months,  $p=0.08$ ). Ces changements dans les performances pour les IADL à 3 ans persistaient dans les modèles ajustés ( $\beta=-1.04\pm 0.53$ ,  $p=0.07$ ). Les sujets amyloïdes positifs présentaient également plus de difficultés dans les tâches impliquant la mémoire de l'échelle ADL-PI ( $\beta=-0.45\pm 0.24$ ,  $p=0.06$ ) par rapport au groupe amyloïde négatif. **Conclusion :** Les participants âgés présentant des plaques amyloïdes au TEP scanner ont montré des performances moindres pour les IADL que les sujets amyloïdes négatifs après 3 ans de suivi. De futures études sont nécessaires pour mieux préciser les relations entre dépôts amyloïdes et autonomie des personnes âgées.

**O4-3****Association entre maladie d'Alzheimer et infection à Helicobacter pylori : de l'inflammation gastrique à l'inflammation cérébrale ?**

G. Albaret (1) ; E. Sifré (1) ; P. Floch (1) ; S. Layé (2) ; A. Aubert (2) ; N. Salles (3) ; F. Mégraud (1) ; P. Lehours (1) ; C. Roubaud Baudron (1)

(1) *Inserm u1053, Université de Bordeaux, Bordeaux*; (2) *Inra 1286, Université de Bordeaux, Bordeaux*; (3) *Pôle de gérontologie clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*

**Introduction :** L'origine de la maladie d'Alzheimer (MA) reste inconnue. Plusieurs hypothèses ont été soulevées: la cascade amyloïde, l'hypothèse inflammatoire mais aussi le rôle potentiel de certaines infections. Plusieurs études épidémiologiques ont mis en évidence une augmentation de la prévalence et de l'incidence de la MA chez les patients infectés par Helicobacter pylori. Le lien physiopathologique reste néanmoins indéterminé. Notre hypothèse de recherche est que la gastrite chronique secondaire à l'infection par H. pylori induit une majoration de l'inflammation systémique et cérébrale, pouvant activer ou favoriser la cascade amyloïde. **Méthodes :** Des souris C57Bl6 âgées de 6 semaines ont été infectées par H. pylori (Hp, n=15), par H. felis (Hf, n=13) ou non infectées (NI, n=9). Les estomacs, les cerveaux et le sang ont été prélevés après 18 mois d'infection. L'inflammation gastrique a été estimée par histologie (coloration H&E). La surface astrocytaire, reflet de la neuroinflammation, a été évaluée par immunohistochimie (Ac anti-GFAP). La production systémique et cérébrale de cytokines (IL1B, TNF $\alpha$ , IL-6, INF $\gamma$ , IL17a, IL-4, IL-10) ont été analysées respectivement par ELISA et de manière semi quantitative par Protein array. **Résultats :** Après 18 mois, l'infection entraîne une inflammation gastrique sévère (Hf>Hp) et une augmentation de la surface astrocytaire au niveau cérébral comparée aux souris NI ( $8.0\pm 2.2\%$  (Hf),  $6.0\pm 1.2\%$  (Hp) versus  $5.6\pm 2.4\%$  (NI),  $p=0.02$ ). La majorité des cytokines cérébrale étudiées semblent augmentées suite à cette infection (Hf>Hp). L'analyse de l'inflammation systémique est discordante par rapport à l'inflammation gastrique et cérébrale. En effet seule l'infection à Hp tend à être associée à une augmentation de l'inflammation systémique. **Conclusion :** Ces résultats apportent de nouveaux éléments majeurs sur le lien entre l'infection à Helicobacter et la MA. La gastrite chronique induite par cette infection semble en effet avoir un impact significatif sur la neuroinflammation. Ce lien entre estomac et cerveau pourrait court-circuiter le compartiment systémique : par le biais du « Gut-Brain axis » ?

**O4-4****Modifications morphologiques cérébrales liées à l'exposition aux médicaments anti-vitamine K chez le sujet âgé: une analyse VBM exposée/non exposée**

A. Brangier (1) ; S. Celle (2) ; G. Ferland (3) ; F. Roche (2) ; M. Dinomais (4) ; C. Annweiler (1)

(1) *Gériatrie, CHU Angers, Angers*; (2) *Service de physiologie clinique et de l'exercice, C.H.U de Saint-Étienne, Saint-Priest-en-Jarez*; (3) *Centre de recherche, Institut Universitaire De Geriatrie De Montreal - Pavillon Alfred-Desrochers, Montréal, Canada*; (4) *Service de rééducation et réadaptation fonctionnelle, Les Capucins Réadaptation Spécialisée et Soins de Longue Durée, Angers*

**Introduction :** Les traitements anti-vitamine K (AVK) sont couramment utilisés chez les personnes âgées en prévention

du risque cardio-embolique et dans le traitement des maladies thromboemboliques veineuses. Ils induisent une diminution de la biodisponibilité cérébrale en vitamine K, pourtant impliquée dans la physiologie neuronale. Des études suggèrent un risque neurocognitif lié à la prise d'AVK. Notre objectif était de déterminer si durée d'exposition aux AVK était associé à des modifications morphologiques cérébrales. **Méthodes :** Les participants âgés de 60 ans et plus recrutés dans l'étude GAIT à Angers ont été inclus dans cette analyse, en l'absence de troubles cognitifs sévère (MMSE<10/30), de dépendance à la marche, de syndrome confusionnel, de troubles visuels et de dépression sévère. Ils ont été réparti en deux groupes, exposés et non exposés aux AVK. Les deux groupe ont été appariés sur l'âge +/- 2ans, le sexe et le type d'IRM 1,5 ou 3 Tesla. Le facteur étudié était la durée d'exposition aux AVK (exprimée en jour). Le critère de jugement était l'existence d'une atrophie cérébrale focale en analyse VBM (logiciel DARTEL) à partir d'IRM cérébrale. L'âge, le sexe, le niveau d'éducation, les antécédents de fibrillation atriale, le type d'IRM et le volume intracrânien étaient considérés comme covariable. **Résultats :** 54 participants ont été inclus. 18 patients étaient exposés aux AVK (durée moyenne d'exposition de 2122±1799 jours), 36 patients n'étaient pas exposés au traitement. 3 clusters ont été identifiés, correspondant à une association positive statistiquement significative entre la durée d'exposition aux AVK et une atrophie cérébrale focale. Un cluster était situé au niveau de l'opercule (gyrus frontal inférieur), un au niveau du gyrus frontal moyen et un au niveau du précunéus dans le lobe pariétal. **Conclusion :** La durée d'exposition aux AVK était associée à des atrophies cérébrales focales, plus particulièrement dans trois zones distinctes du cerveau, indépendamment de l'existence d'une fibrillation atriale.

#### O4-5

##### Quel lien entre les apnées du sommeil et atteinte des fonctions cognitives chez le sujet âgé

J. Attier-Zmudka (1) ; B. Bertheaux (1) ; JM. Serot (2) ; A. Legrand (3) ; Y. Douadi (4) ; C. Sorel (5) ; S. Dao (6) ; I. Gyselinck (1) ; O. Balédent (7)

(1) *Gériatrie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (2) *Griatrie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (3) *Gériatrie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (4) *Pneumologie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (5) *Cardiologie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (6) *Radiologie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (7) *Bioflowimage, Université de Picardie Jules Verne, CHU Amiens, Amiens*

**Introduction :** La population âgée est rarement incluse dans les protocoles de recherche. Le syndrome d'apnée du sommeil est fréquent chez les sujets âgés en particulier chez ceux présentant une altération cognitive. Le cerveau et son système vasculaire ne peuvent être dissociés du cœur et les poumons, qui fournissent de l'énergie et l'oxygène. Ce travail se propose d'identifier la réelle prévalence du syndrome d'apnée du sommeil ainsi que ses corrélations avec l'état cognitif des sujets âgés. **Méthodes :** En nous basant sur un examen clinique, une évaluation gériatrique et neuropsychologique, des prélèvements sanguins, l'imagerie par résonance magnétique morphologique, la mesure de la pression artérielle et l'électrocardiogramme de 24 heures chez 95 patients, âgés de 75 ans et plus, présentant une altération cognitive, nous avons analysé la relation entre les paramètres cognitifs, cardiaques et respiratoires. **Résultats :** Une différence significative entre les hommes et les femmes a été observée pour différents items: âge,

tabagisme, surpoids, anémie, atrophie cérébrale globale, stade de démence, infarctus du myocarde, sténose carotidienne et traitement  $\alpha$ 1-bloquant. La polygraphie a révélé un syndrome d'apnée du sommeil chez 68 % des participants. Toutes les corrélations entre paramètres respiratoires mesurés par la polygraphie et les variables décrivant l'état cognitif des patients étaient statistiquement significatives. **Conclusion :** Cette étude met en évidence l'écart entre les données épidémiologiques disponibles concernant les personnes âgées et nos résultats obtenus par une étude globale des patients âgés de 75 ans et plus, ce travail montre que la prévalence du syndrome d'apnée du sommeil est beaucoup plus élevée que celle rapportée dans la littérature. Par ailleurs, l'association syndrome d'apnée du sommeil et déclin cognitif apporte un nouvel éclairage sur l'étiopathogénie des maladies neurodégénératives, leur diagnostic, leur prévention et leur traitement.

#### O4-6

##### Etude Eval'vie : impact d'une intervention d'aménagements et de formations en EHPAD sur les résidents et les professionnels C. Reintjens (1) ; K. Charras (2)

(1) *Pôle interventions psychosociales, Fondation Médéric Alzheimer, Paris*; (2) *Pôle intervention psychosociale, Fondation Médéric Alzheimer, Paris*

**Introduction :** Combiner une approche d'aménagement des espaces et une démarche de formation visant à aider les professionnels à mieux comprendre et à dialoguer avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer résidant dans les EHPAD était l'objectif majeur qui a présidé à la conception du programme « Eval'vie ». Cette étude a donc été élaborée sur base du programme original « Eval'zheimer » qui, lui, était destiné aux unités spécifiques. Un véritable corpus scientifique et pratique était né de cette expérience initiale. Etendre à l'ensemble d'un établissement en était la suite logique. **Méthodes :** Afin de répondre aux exigences scientifiques en matière d'évaluation, nous avons procédé à une expérimentation de type essai contrôlé randomisé par grappe en simple aveugle. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de l'intervention sur : la qualité de vie, le stress et la cognition des résidents, les aspects organisationnels et le bien-être des professionnels. L'expérimentation comprend une intervention sur deux établissements comparée aux modalités traditionnelles de fonctionnement de deux autres établissements (groupe contrôle). Pour les outils d'évaluation des résidents, ont été sélectionnés : la qualité de vie (poids, profil de Duke), un inventaire des troubles du comportement (ISDC), cognition (RL/RI 16, empan, figure de Rey, TMT et fluences verbales), l'autonomie (index de Barthel) ainsi qu'un questionnaire de satisfaction. Pour les outils d'évaluation des professionnels : les risques psychosociaux (JCQ de Karasek) et le BMS 10 pour l'épuisement professionnel. Des évaluateurs indépendants ont été recrutés en vue de procéder aux évaluations dans les établissements. Les formations du programme à destination des professionnels se sont déroulées en six séances, dont une entièrement consacrée à l'aménagement de l'espace. Le programme de formation a porté une attention particulière aux problématiques de vieillissement rencontrées dans les EHPAD et a été dispensé par le même formateur pour une durée de 30 heures échelonnées sur une période de 3 mois. Chaque session de formation a accueilli 15 à 20 professionnels, à raison de deux sessions par séance et par établissement. **Résultats :** Suite aux aménagements réalisés dans les établissements expérimentaux et aux formations dispensées aux professionnels, nous observons des scores moyens à plusieurs

tests en faveur du groupe expérimental, en comparaison au groupe contrôle. Résultats des tests résidents (N=83) : Au niveau cognitif, les résultats montrent que les fonctions mnésiques des résidents faisant partie du groupe expérimental se maintiennent alors qu'elles tendent à diminuer pour les résidents faisant partie du groupe contrôle. Au niveau comportemental nous pouvons noter que l'anxiété diminue pour le groupe expérimental alors qu'il est stable pour le groupe contrôle. En revanche, nous constatons que l'estime de soi diminue pour le groupe expérimental alors qu'il se maintient sur le groupe contrôle. Résultats professionnels (N=66): l'estimation des professionnels du nombre de tâches et de la rapidité nécessaire pour effectuer celles-ci diminuent pour le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle. Les professionnels déclarent que le soutien de leur hiérarchie augmente pour le groupe expérimental alors que ce sentiment stagne dans le groupe contrôle. Le développement des compétences est perçu comme étant plus important pour le groupe expérimental que pour le groupe contrôle. Enfin, les résultats au score de burnout montrent une diminution des scores moyens pour le groupe expérimental et stagnent pour le groupe contrôle. **Conclusion** : Ces résultats suggèrent que le maintien des capacités cognitives pour les résidents du groupe expérimental provient de l'intervention. Le changement d'environnement vers des aménagements adaptés laisserait ainsi plus d'autonomie aux résidents, et les changements de pratique des professionnels par l'intermédiaire des formations bénéficieraient également à la préservation du fonctionnement cognitif des résidents. Les résultats observés pour les professionnels concernant l'impact du programme sur le bien-être au travail, montrent qu'ils ont tiré bénéfice du Programme au niveau de la planification de leurs tâches, des relations avec leur hiérarchie, du développement de leurs compétences, et de la fatigabilité professionnelle.

#### O4-7

##### **La capacité de décision des patients âgés hospitalisés: validation d'un test portant sur leur choix de retour à domicile**

M. Romdhani (1) ; P. Koskas (2) ; C. Peyneau (1) ; R. Abbas (3) ; N. Houenou Quenum (1) ; G. Sandrine (2) ; O. Drunat (4)

(1) *Psychogériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris* ;  
 (2) *Psychogériatrie, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris* ;  
 (3) *Département d'épidémiologie et recherche clinique, cic-ec 1425, Groupe Hospitalier Paris Nord Val de Seine, AP-HP, Hôpital Bichat, Paris* ;  
 (4) *Service de psycho-gériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris*

**Introduction** : Juger de la capacité à décider du retour à domicile des patients est une problématique quotidienne en gériatrie, notamment en cas de troubles cognitifs. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt du Dream of Home-test (DROM-test) pour l'aide à la décision du retour à domicile des patients âgés hospitalisés. **Méthodes** : Le DROM-test est composé d'un questionnaire de 10 questions et de 4 vignettes sondant les 4 dimensions entrant en jeu dans le processus de décision : comprendre, raisonner, appréhender et choisir. Il a été construit selon un consensus formalisé auprès d'un comité de lecture pluridisciplinaire. Cette étude observationnelle prospective a été menée sur 6 mois dans 2 services de gériatrie parisiens. 102 patients de 70 ans et plus ont été inclus. La décision du retour à domicile du patient exprimée dans le test a été comparée à la décision d'un comité d'experts (neurologue, gériatre, psychiatre). Celui-ci disposait de données médicopsychosociales figurant dans le dossier du patient. **Résultats** : L'étude montre que la dimension choix du test est discriminante pour un seuil de score à 6,68/20

( $p = 0,017$ ). Le pourcentage de variance expliquée du test est à 0,46. Les décisions du comité d'experts et des médecins référents étaient significativement différentes ( $p = 4,24.10^{-6}$ ). Les valeurs discriminantes des dimensions choix, compréhension, raisonnement et appréhension du test sont respectivement de 64,6%, 59,6%, 53,6% et 52,1%. **Conclusion** : Une des 4 dimensions du test a montré sa validité, mais toutes les questions des vignettes n'étaient pas assez discriminantes et doivent être améliorées. Une étude complémentaire prévoit de comparer le DROM-test au devenir effectif des patients après leur hospitalisation.

#### O4-8

##### **Caractéristiques cognitives, physiques, nutritionnelles et fonctionnelles des «oldest-old», les personnes très âgées**

F. Durrieu (1) ; E. Escourrou (1) ; B. Chicoulaa (1) ; S. Oustric (1) ; V. Gardette (2) ; S. Andrieu (2)

(1) *Département universitaire de médecine générale, Faculté de Médecine Rangueil, Toulouse* ; (2) *UPS, Epidémiologie, économie de la santé, santé publique,, Université Paul Sabatier, INSERM, CHU Toulouse, Toulouse*

**Introduction** : Le nombre de personnes très âgées, âge supérieur à 90 ans, est en augmentation progressive. En 2040, leur nombre est estimé supérieur à 1.600.000 en France, soit le triple de la population actuelle. Sept personnes très âgées sur dix vivent à leur domicile ou celui de leurs enfants. Cette population nouvelle constitue un défi pour le médecin généraliste et le gériatre en matière de prévention et d'organisation du parcours de soins. « The 90+ study », « the vitality 90+ study » sont deux exemples des nombreuses cohortes récentes de personnes très âgées visant à comprendre et décrire au mieux cette population. Nous nous sommes intéressés aux caractéristiques actuelles de cette population dans le but de pouvoir adapter nos pratiques à leurs besoins. **Objectif** : Etablir les caractéristiques des personnes très âgées sur le plan cognitif, physique, nutritionnel et fonctionnel. **Méthodes** : Revue systématique de la littérature selon les critères PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses). Quatre bases de données ont été explorées (PubMed, Cochrane, ISI Web of Science et Pascal). L'étude a été menée par deux médecins chercheurs. Une première étape concernait la sélection des articles sur le titre. Après une sélection en autonomie, les deux chercheurs se sont réunis pour valider les articles retenus. Les articles retenus ont ensuite été lus par chacun des deux chercheurs en totalité. Une analyse qualitative pour chaque article était réalisée et résumée sous forme de tableau. Les chercheurs se sont réunis pour statuer sur les articles à conserver pour répondre à l'objectif de l'étude. Pour être inclus, les articles devaient être des études épidémiologiques descriptives type suivi de cohorte, avec un descriptif concernant les variables d'intérêt pour les personnes de plus de 90 ans, dont la population d'étude était tirée de la population générale. Les articles devaient être soit en français, soit en anglais sans limite de temps. Les articles avec des cohortes spécifiques à l'étude d'une pathologie, les cas cliniques, les essais thérapeutiques étaient exclus. **Résultats** : Résultats préliminaires (les résultats définitifs seront disponibles pour le congrès). Les données ont été exportées le 19 mai 2017 par les deux chercheurs. Après exclusions des doublons, 2522 références ont été retenues et sont en cours d'analyse. Premiers résultats : vingt deux à 25% des sujets âgés de plus 90 ans présentaient des critères cliniques de démence, majoritairement de type Alzheimer. Concernant les caractéristiques nutritionnelles et physiques: 7 à 10 % des personnes très âgées étaient dénutris et près de 40% en surpoids,

une session d'activité physique par semaine était observé chez plus de la moitié des sujets. L'incidence de la dépendance augmente de 8,3% pour les 90-94 ans à 25% pour les plus de 95 ans. **Conclusion:** La caractérisation du profil des personnes très âgées permettrait de mieux appréhender cette population afin d'adapter nos propositions de soins, notamment en terme de prévention.

#### O4-9

##### **Virages maniaques pharmaco-induits chez le sujet âgé : revue systématique de la littérature**

J. Mercier (1) ; P. Krolak-Salmon (2) ; A. Lepetit (3)

(1) *Court séjour gériatrique, Hôpital des gériatrique des Charpenne, Villeurbanne*; (2) *Centre de recherche clinique «vieillesse, cerveau, fragilité», Hôpital gériatrique des Charpenne, Villeurbanne*; (3) *Unité Cognitivo-comportementale, Hôpital gériatrique des Charpenne, Villeurbanne*

**Introduction :** Le terme de « virages pharmaco-induits » (VPI) a évolué au cours des quarante dernières années. La première définition a été donnée par l'équipe de Krauthammer en 1978 et la dernière version dans la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5). Les VPI sont rares mais potentiellement dangereux chez les sujets âgés, qui sont fragiles, polypathologiques et polymédiqués. Cependant, à l'heure actuelle, les données sont limitées sur les VPI, plus particulièrement dans la population gériatrique. L'objectif de cette revue est de fournir une description des VPI dans la population gériatrique. **Méthodes:** Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature chez les sujets âgés de plus de 65 ans, comme le veut la définition de l'OMS, sur les célèbres bases de données MEDLINE, PsycINFO et Cochrane, à partir de la date de leur création jusqu'à Mai 2016. La sélection des cas a été faite à partir de plusieurs algorithmes contenant les termes «chemically-induced», «drug-induced», «substance-induced», «secondary» et «mania», «hypomania» et «aged», «elderly», «geriatric». Seuls les articles publiés en anglais, et dont le résumé concernait un cas de VPI chez un patient âgé de plus de 65 ans, ont été sélectionnés. Enfin, des articles supplémentaires ont été inclus via les bibliographies de chaque article sélectionné. Pour chaque cas, les données démographiques, les antécédents personnels et familiaux thymiques, le traitement impliqué, le contexte (introduction, augmentation, intoxication ou sevrage), le délai d'apparition, la durée de l'épisode, le traitement et l'évolution (guérison, récurrence, dépression, troubles neurocognitifs) ont été recensés. Les variables catégorielles sont exprimées en pourcentage et les variables continues en moyenne ou médiane (minimum-maximum). Les pourcentages ont été calculés sur les valeurs disponibles uniquement. **Résultats :** Ce travail a permis d'identifier 106 patients âgés de plus de 65 ans dont 87 cas de manie et 19 cas d'hypomanie. L'âge moyen de survenue est de 73 ans (65-93). Les antécédents personnels thymiques ne sont pas systématiques (58%) et sont principalement représentés par la dépression unipolaire (54%). Les antibiotiques, les antidépresseurs, les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et les stéroïdes sont les classes médicamenteuses les plus impliquées (60%) et la majorité des médicaments ne sont pas des psychotropes (69%). Dans la plupart des cas, le VPI est secondaire à l'introduction ou à l'augmentation du traitement imputé (92%), quelques cas surviennent au décours d'un sevrage. Le délai médian de survenue est de 8 jours (30 minutes-6 mois) et 76% des cas surviennent dans le premier mois de traitement. L'arrêt du traitement imputé est la mesure à prendre, quand cela est possible, car elle est très souvent efficace (76%).

Cependant, un traitement spécifique est parfois nécessaire et est le plus souvent efficace (83%). Enfin, la durée médiane du VPI est de 8 jours (1-153) et l'épisode dure moins de 2 mois pour 96% des patients. **Conclusion :** Les VPI sont rares mais potentiellement graves chez les sujets âgés, fragiles, polypathologiques et polymédiqués. Leur diagnostic nécessite une recherche minutieuse des antécédents psychiatriques. Les classes médicamenteuses les plus impliquées sont les antidépresseurs, les antibiotiques, les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et les stéroïdes. Idéalement, le traitement imputé doit être arrêté puis une surveillance étroite thymique est préconisée afin de poser l'indication d'un traitement spécifique.

#### O4-10

##### **Vers une stratégie nationale de repérage et de diagnostic des troubles cognitifs - Approche commune du Collège de Médecine Générale et des spécialistes des troubles neurocognitifs**

P. Krolak-Salmon (1) ; L. Letrilliart (2) ; M. Ceccaldi (3) ; S. Andrieu (4) ; B. Brochet (5) ; P. Vandel (6) ; A. Leperre-Desplanques (7) ; J. Ankri (8) ; M. Clanet (9) ; PL. Druais (10))

(1) *Centre mémoire ressource recherche de Lyon, Hôpital des Charpenne, Lyon*; (2) *Dmg, UCBL1, Lyon*; (3) *Neurologie, APHM, Marseille*; (4) *Epidémiologie, UPS, Toulouse*; (5) -, *Fédération Française de Neurologie, Paris*; (6) *Psychiatrie, CHU, Besançon*; (7) *Hôpital des charpenne, HCL, Lyon*; (8) *Inserm umr 1168, vieillissement et maladies chroniques, Université Versailles St Quentin, Paris*; (9) -, *Plan Maladies Neurodégénératives, Paris*; (10) -, *Collège de Médecine Générale, Paris*

**Introduction :** Les troubles neurocognitifs conduisant vers un déficit cognitif, fonctionnel et comportemental sont repérés tardivement et sous-diagnostiqués dans les pays occidentaux. **Méthodes :** Or de nombreuses mesures s'inscrivant dans une démarche d'accompagnement et de prévention secondaire et tertiaire visent à préserver une qualité de vie honorable, prévenir les complications et crises comportementales en anticipant les stades avancés des maladies. Le diagnostic de certaines pathologies doit en outre conduire vers des soins spécifiques et une information sur la recherche. **Résultats :** Pour la première fois, les représentants du Collège de Médecine Générale, de la Fédération des Centres Mémoire Ressources Recherche, de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, de la Fédération Française de Neurologie, de la Société de Psychogériatrie de Langue Française et la gouvernance du Plan « Maladies Neuro-Dégénératives » proposent une stratégie graduée et personnalisée de repérage et de diagnostic des troubles neurocognitifs impliquant la médecine générale et les spécialistes des troubles cognitifs. **Conclusion:** Cette stratégie émane d'un travail s'inscrivant dans le cadre de la mesure 1 du plan « Maladies Neuro-Dégénératives » et de la nouvelle action conjointe européenne « Act on dementia », puis d'un séminaire tenu au Collège de Médecine Générale conduit en mars 2017.

## 05. ORGANISATION DES SOINS / NUTRITION

### O5-1

#### Profil de risque de dénutrition chez les personnes âgées au domicile : étude transversale chez les plus de 75 ans

MA. Sanchez (1) ; PE. Hay (2) ; A. Letty (3) ; S. Sanchez (4)

(1) Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées, Service de Santé des Armées, Paris; (2) Directeur Médical Pôle Séniors, Korian, PARIS; (3) Secrétaire générale, Institut du Bien Vieillir, Paris; (4) Pôle IMEP, Centre Hospitalier de Troyes, Avenue Anatole France, Troyes, France, Troyes

**Introduction :** La nutrition est une préoccupation majeure dans la prise en charge des personnes âgées (PA), aussi bien pour celles vivant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), que pour celles vivant à domicile. En effet, elle serait de l'ordre de 4 % à domicile et pourrait aller jusqu'à 50 % en institution. Dans ce contexte l'objectif de notre étude était d'établir des profils alimentaires (données socio-démographiques, contenu du frigo, contenu des repas) plus ou moins à risque à partir de données longitudinales auprès d'un échantillon de personnes âgées vivant à domicile. **Méthodes :** Nous avons réalisé une étude de cohorte longitudinale par questionnaire standardisé. Celui-ci comprenait 6 parties : la première recueillait les données personnelles des PA interrogées par des aides à domicile, la seconde des questions relatives aux goûts alimentaires, la troisième aux habitudes de consommation en dehors des repas, la quatrième à l'organisation des repas, la cinquième à la composition du petit-déjeuner et du goûter, la sixième à la composition du déjeuner et du dîner. Après une phase descriptive des individus interrogés et de leurs consommations, une analyse factorielle multiple a été menée pour comprendre les différentes façons de consommer et ainsi établir des profils. **Résultats :** Au total 605 PA tirés au sort dans différentes agences de maintien à domicile de la PA (Azaé) ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire, trois fois au cours d'une même semaine, du mois de juin au mois de septembre 2015. Le groupe 1 comprend 62 individus (10,3%), le groupe 2, 208(34,4%), le groupe 3, 167 (27,6%), et le groupe 4, 168 (27,8%). La classe 1 mange globalement moins à tous les repas que les autres. La variable APA était lié à la classe 1 : 21,6 % des personnes de la classe 1 ont déclarées bénéficier de l'APA et 5,4 % avaient déclaré ne pas bénéficier de l'APA. On pourrait définir cette classe comme la plus à risque de dénutrition. La classe 2 prend plus de boisson chaude au petit déjeuner et au goûter mais mange globalement moins à tous les repas, notamment moins de fruits. La classe 2 pourrait être défini comme une la classe à risque de dénutrition modérée. La classe 3 mange globalement mieux à tous les repas notamment des fruits, des légumes et des protéines. Elle consomme moins de boissons fraîches. Cette classe est celle qui se rapproche le plus d'une classe non dénutrie dont la consommation quantitative est celle de la moyenne du groupe étudié. La classe 4 mange de tout, et plus que la classe 3. 53 % des individus de la classe 4 étaient des hommes. Les individus de cette classe déclaraient plus souvent ne pas bénéficier de l'APA (30,6%). Cette classe est la classe ayant l'alimentation la plus riche et la plus variée, elle est la moins à risque de dénutrition. **Conclusion :** L'analyse factorielle apporte des résultats complémentaires aux analyses descriptives réalisées. Elle permet de mettre en évidence des profils de mangeurs qui diffèrent par la quantité des produits consommés aux différents repas et par la qualité des aliments. Ainsi, ces résultats permettent, lorsqu'on connaît la classe d'appartenance d'un individu, de lui proposer

des aliments plus adaptés à son profil. Nos résultats indiquent que plus les patients sont dépendants, plus le risque de dénutrition est important.

### O5-2

#### Quels sont les profils de mangeurs des personnes âgées en milieu hospitalier ?

V. Van Wymelbeke (1) ; E. Houde (1) ; M. Saint-Jalmes (1) ; C. Buisson (2) ; I. Martin (3)

(1) Recherche Pôle Personnes Âgées, C.H. Regional Universitaire Dijon, Dijon; (2) Service diététique, C.H. Regional Universitaire Dijon, Dijon; (3) Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon

**Introduction :** Chez la personne âgée, la dénutrition, pathologie reconnue, est préoccupante de par sa fréquence et de par sa gravité. La dénutrition correspond à un déficit des apports nutritionnels par rapport aux besoins, en termes de calories et/ou de nutriments et de micronutriments. Elle représente 30 à 70 % des patients à l'hôpital où la pathologie, les modalités environnementales et les conditions alimentaires imposées ne favorisent pas un bon état nutritionnel. Ce travail avait pour but de montrer la variabilité des consommations alimentaires au sein de différents services de gériatrie du CHU de Dijon (Soins aigus, SSRG et EHPAD) afin d'identifier les profils de mangeurs. **Méthodes :** Cette étude a été réalisée entre mai et août 2016 et de janvier à février 2017 (N°ID RCB 2014-A00775-42). Pour chaque personne, chaque repas a été pesé par composante sur une journée et les valeurs nutritionnelles ont été calculées à partir des tables du Ciqual ou des valeurs nutritionnelles des recettes conçues spécifiquement par le service de la restauration hospitalière. Les groupes de profils ont été identifiés en fonction de leur capacité ingestive c'est-à-dire le volume ingéré des aliments par rapport à celui servi et en fonction des quantités de protéines ingérées par rapport à celles servies et aussi par rapport aux recommandations nutritionnelles (soit 30 kcal/kg de poids et 1.2 g/kg de poids de protéines respectivement). Les caractéristiques des personnes ont été relevées (poids, âge) et l'état nutritionnel a été évalué par le bilan sanguin d'entrée (albuminémie, préalbumine, CRP). **Résultats :** Au total, 82 personnes ont été incluses (61 femmes et 21 hommes, 88.6 ± 6.1 ans, range : 73-100 ans). Parmi elles, 51 personnes recevaient un régime en texture normale, 10 en texture hachée et 21 en texture mixée ; 70 (95%) personnes avaient un taux d'albumine <35g/L (range 37-12g/L), 55 (75%) personnes avaient un taux de préalbumine <0.25g/L. (range : 0.38-0.1 g/L)(bilan manquant pour 9 personnes). Le taux de CRP variait entre 159 et <3 mg/L. En moyenne 1700g de nourriture était servie par jour : 21 (25.6%) personnes mangeaient plus de 1700g (mangeurs normaux), 37 (45.1%) ingéraient entre 1700 et 1300g (petits mangeurs) et 24 (29.3%) consommaient moins de 1300g (très petits mangeurs). La répartition en ANC, quantités servies et quantités consommées par groupe de mangeurs pour les protéines et les calories est indiquée dans le tableau ci-dessous. **Conclusion :** Les volumes proposés en restauration posent de réelles difficultés dans la prise en charge de la dénutrition en milieu hospitalier. Ils répondent aux recommandations afin d'assurer les apports nutritionnels en particulier caloriques et protéiques. Cependant, rares sont les personnes âgées susceptibles de pouvoir ingérer les volumes proposés. De plus, cette présentation inadaptée aux capacités ingestives d'une population déjà dénutrie peut provoquer un découragement et un refus de l'ensemble du repas. En conséquence, les besoins ne sont pas couverts et ce système alimentaire un état nutritionnel déjà très fragilisé. Il est donc

nécessaire de proposer à la fois une démarche nutritionnelle et des volumes adaptés pour ces patients-résidents.

Quantités d'aliments+CNO servis par jour	effectifs (n)	ANC Protéines (1,2 g/Rg poids)	Quantités Protéines servies (g)	Quantités protéines consommées (g)	ANC calories (30kcal/kg poids)	quantités calories servies (kcal)	quantités calories consommées (kcal)
Tres petits mangeurs <1300g	24	74,9	79,3	54,1	1873,0	1824,7	1258,2
Petits mangeurs 1300-1700g	37	77,3	93,8	73,4	1993,1	2120,7	1714,2
Mangeurs>1700g	21	98,0	101,5	88,2	2450,0	2297,4	2057,2

### O5-3

#### Enrichir l'alimentation traditionnelle des personnes âgées vivant en EHPAD avec des protéines végétales pour améliorer les apports énergétiques et protéiques

V. Van Wymelbeke (1) ; I. Maître (2) ; P. Manckoudia (3) ; C. Annweiler (4) ; PY. Paré (4) ; G. Artigas (5) ; I. Grabska-Kobylecka (6)

(1) *Recherche Pôle Personnes Âgées, C.H. Regional Universitaire Dijon, Dijon*; (2) *Usc 1422 grappe, inra, univ. bretagne loire, Ecole Supérieure d'Agricultures - ESA, Angers*; (3) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon*; (4) *Department of neuroscience, division of geriatric medicine and memory clinic, Angers University Hospital, UPRES EA 4638, University of Angers, Angers*; (5) *Aie, c/hospital, Emporhotel, Palamos, Espagne*; (6) *Medical university of Łódź, Experimental and clinical physiology department, Łódź, Pologne*

**Introduction :** Avec l'avancée en âge, les besoins sont inchangés mais l'appétit diminue et la capacité à ingérer des quantités « normales » devient difficile fragilisant ainsi l'état nutritionnel. Les solutions de densification énergétique peuvent permettre de réduire les volumes proposés tout en assurant une couverture nutritionnelle à la fois en quantité et en qualité. Ce travail a pour but de comparer des déjeuners identiques en volumes mais se différenciant par leur contenu calorique et protéique et leur consommation (calories et protéines) par des personnes âgées vivant en EHPAD dans trois pays Européens (France, Espagne, Pologne). **Méthodes :** Ce travail a été réalisé dans le cadre du projet FP7 OPTIFEL. Chaque participant a reçu deux repas ; une fois par semaine, en session répétée (quatre repas au total). Chaque composante des repas : le potage, le poulet avec l'aide culinaire et la purée de carottes a été pesée. Le repas expérimental a apporté 91 kcal et 22.6g de protéines (mélange de blé et pois) de plus que le repas contrôle. Les caractéristiques des participants ont été relevées (poids, âge) et l'état nutritionnel a été évalué par le MNA. **Résultats :** Sur l'ensemble du groupe (203 inclusions dans 14 EHPAD, 83,8 ± 8,3 ans, 151 femmes, 53 hommes), 198 participants ont été suivis ; 43.3% étaient à risque de dénutrition ou dénutris et 54.2% non dénutris (2.5% données manquantes). Le volume d'aliments consommé n'a pas été différent entre les deux conditions (en moyenne 417.2g ±152.4g) mais les quantités d'énergie et de protéines ingérées ont été significativement plus élevées dans la condition expérimentale par rapport à la condition contrôle (+57.4 kcal et +15.3 g de protéines pour les participants à risque de dénutrition ou dénutris et +42.2 kcal et +14.4 g de protéines pour les participants non dénutris). Les apports en protéines par kilo de poids ont évolué entre la condition contrôle et la condition expérimentale de 0.35g/kg de poids à 0.61g/kg de poids dans le groupe dénutri ou à risque de dénutrition et de 0.39g/kg de poids à 0.60g/kg de poids dans le groupe non dénutri. **Conclusion :** Au cours de l'avancée en âge, l'utilisation de solutions d'enrichissements est intéressante pour apporter des « calories cachées » dans des volumes alimentaires restreints. De plus, ces plats enrichis peuvent être substitués ou être donnés en plus des compléments nutritionnels oraux afin d'éviter les effets de lassitude

et de conserver le plaisir à manger.

### O5-4

#### Intérêt de l'évaluation médico-économique et économique de technologies pour la prévention des chutes graves de résidents d'EHPAD: Exemple à partir des caméras cryptées EDAO-LCS

AR. Sawadogo (1) ; C. Thébaud (2) ; L. Luquel (3) ; L. Kermeche (4) ; AL. Priou (5) ; C. Gayot (6) ; T. Dantoine (7)

(1) *Observatoire des Mutations Institutionnelles et Juridiques (OMIJ), Université de Limoges, Limoges Cedex 1*; (2) *Observatoires des mutations institutionnelles et juridiques (omij), Université de Limoges, Limoges Cedex 1*; (3) *Gériatrie, Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias, Ballainvilliers*; (4) *Gériatrie, EHPAD la Gentilhommière, Boussy-Saint-Antoine*; (5) *Gériatrie, EHPAD la Rosaie, Croissy, France, Croissy*; (6) *Ifr 145 geist: ea 6310 havae (handicap, activité, vieillissement, autonomie, environnement), lim, Université de Limoges, Limoges*; (7) *Geriatric, CHU, Limoges*

**Introduction :** L'incidence des chutes est plus élevée en institution qu'à domicile (1,7 chutes par lit et par an [0,6-3,6] contre 0,65 chutes [0,3-1,6] à domicile) [1]. Ceci impose des restructurations et surcoûts (recrutement de nouveaux personnels, plans de prévention) et est responsable d'une augmentation des dépenses de l'assurance maladie. Une étude multicentrique randomisée (GET BETTER) a révélé que 50% des chutes surtout nocturnes n'étaient pas dépistées par les professionnels paramédicaux et que l'usage d'un système de détection systématique des chutes par caméra vidéo « intelligente » (caméra EDAO) analysant les comportements individuels par l'entremise d'un logiciel d'analyse comportementale qui émet une alerte en cas de situation à risque telles que les chutes, le temps anormalement long dans les toilettes, diminue le taux de chutes graves [2] [3]. Afin d'envisager un large déploiement de cette technologie au sein d'EHPAD de l'AGIRC-ARRCO, une évaluation économique a été réalisée à partir de 3 EHPADs (241 chambres équipées de caméras cryptées) en 2015. **Méthodes :** Analyse Coût Bénéfice (ACB) de la mise en place de deux stratégies (achat et entretien des caméras versus surveillance par des professionnels soignants) et des coûts évités en termes d'hospitalisations induites par les chutes grâce à la caméra EDAO mais aussi en termes de coûts en professionnels rémunérés, et Analyse Coût Efficacité (ACE), évaluant l'ampleur de la diminution du nombre total d'hospitalisations non programmées par chute évitée grâce à la présence des caméras et le gain net annuel obtenu par l'AGIRC-ARRCO depuis l'installation des caméras dans les EHPADs. **Résultats :** 1208 chutes ont été recensées dont 10 par les caméras et 12 par les professionnels de santé se sont soldées par des hospitalisations. Le différentiel de taux d'hospitalisation par résident consécutif à ces chutes est de 0,096 en faveur du dépistage fait par la caméra EDAO, représentant 107 440,421 € d'économie du point de vue de la collectivité en 2015, sur l'ensemble des résidents hébergés dans les 3 établissements. L'analyse du point de vue de l'AGIRC-ARRCO a montré un gain annuel net plus conséquent de 190 770,7 €, correspondant au montant à investir annuellement en termes de professionnels paramédicaux et/ou en programme de prévention pour éviter les hospitalisations pour chutes. **Conclusion :** Concernant la diminution du taux de chutes graves, cette étude confirme l'impact positif de l'étude GET-BETTER menée en Limousin. Les caméras vidéo allègent la charge de travail des professionnels de santé opérant la nuit en les avertissant immédiatement de la survenue d'évènements indésirables liés aux chutes. Ils interviennent plus rapidement et évitent la station



prolongée au sol. Il en résulte d'importantes économies au plan sociétal et pour l'AGIRC-ARRCO et l'assurance maladie. Ces caméras EDAO constituent donc une alternative intéressante dans ce contexte de rareté des ressources tant humaines que financières, tout en améliorant la qualité de vie des résidents et en sécurisant le travail des soignants. Bibliographie: [1]: Laurence Z. RubensteinU « Falls in older people: epidemiology, risk factors, and strategies for prevention »; *Age Ageing* 2006; 35 (Suppl 2): ii37-41. [2]: Thierry Dantoine ; « Nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) et démences : Système de vidéo-vigilance LCS et Maladie d'Alzheimer en unité de réadaptation cognitivo-comportementale » ; présenté le 23 Novembre 2016 à Paris. [3] : Redaction Silver Economie ; 6 septembre 2012 ; « Démonstration du dispositif EDAO de Link Care Services ».

### O5-5

#### Effet sur l'équilibre d'un tee-shirt comportant des fibres céramiques; Etude interventionnelle, randomisée, prospective, en double aveugle, contrôlée contre placebo dans une population âgée

E. Cantegril (1) ; AL. Jaquot (2) ; F. Puisieux (3)

(1) *Geriatrics, CHV, Valenciennes*; (2) *Rééducation, CHV, Tourcoing*; (3) *Geriatrics, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*

**Introduction :** La chute chez la personne âgée est un événement fréquent et grave. La prévention repose sur l'identification des facteurs de risque et la correction des facteurs modifiables. Les technologies pour la santé et l'autonomie sont consacrées à la promotion des nouvelles technologies dans le champ du vieillissement. La chute fait partie des domaines de recherche. Il a été découvert que les vêtements comportant des fibres céramiques pourraient améliorer l'équilibre. Le but de ce travail était de comparer l'effet sur l'équilibre et la marche, évalué par le test de Tinetti, d'un tee-shirt comportant une membrane céramique à un tee-shirt « placebo » chez des sujets âgés présentant un trouble de l'équilibre. **Méthodes :** Notre étude interventionnelle, randomisée, prospective, en double aveugle, contrôlée contre placebo, a été réalisée chez des patients chuteurs recrutés à l'Hôpital gériatrique «Les Bateliers». Les tests ont été réalisés au laboratoire d'analyse du mouvement de l'Hôpital Roger Salengro. De juillet 2013 à octobre 2016, 60 patients de plus de 65 ans ayant un Tinetti supérieur ou égal à 12 ont été inclus, après recueil d'un consentement éclairé. Deux types de tee-shirt étaient à notre disposition : céramique ou placebo, de même aspect, même poids, même texture. Un test de Tinetti, une posturographie et une analyse du mouvement étaient réalisés avec leurs propres vêtements, puis avec l'un des deux tee-shirts. Nous avons étudié les écarts entre les scores en condition « avec tee-shirt » et « sans tee-shirt » dans chaque groupe, afin d'évaluer l'effet du tee-shirt placebo ou céramique. **Résultats :** 30 patients ont été inclus dans chaque groupe (placebo et céramique). Il existait une amélioration significative dans les deux groupes secondaire au port du tee-shirt ( $p < 0,0001$ ). Pour le critère de jugement principal, le test de Tinetti, il existait une amélioration de  $-3,50 \pm 2,05$  points sur 35 contre  $-3,67 \pm 2,71$  dans le groupe placebo. Les écarts observés entre la condition « sans tee-shirt » et la condition avec «tee-shirt» n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes ( $p=0,79$ ). Pour les sous scores du Tinetti, les deux groupes s'amélioraient sans différence significative entre les deux groupes. Pour la posturographie, seule la vitesse de déplacement du centre de pression diminuait de manière significative secondairement au

port du tee-shirt céramique. Pour l'analyse du mouvement, seul le déplacement latéral maximal du centre de pression s'améliorait. **Conclusion :** Nous n'avons pas montré de tendance à l'amélioration de l'équilibre secondaire au port de ce tee-shirt, en utilisant le test de Tinetti comme critère de jugement principal. Cependant, les résultats concernant la posturographie sont encourageants et une analyse plus fine des autres paramètres sont en cours. Par ailleurs il existe un effet placebo avec une amélioration significative quel que soit le tee-shirt.

### O5-6

#### Evaluation de la qualité de vie à domicile : Iers résultats de l'étude Better Qol in California (B-Qol / Cali)

Auteurs : P. Lambert (1) ; T. Lambert (2) ; F. De La Fuente (3)

(1) *SENIORGROWTH, San Francisco, États-Unis*; (2) *Innovation, KLEPXYDRA, Serris*; (3) *Innovation, SENIORGROWTH, San Francisco, États-Unis*

**Introduction :** Le tsunami du vieillissement rend urgent le virage ambulatoire. Si l'expertise médicale et hospitalière sont essentielles pendant les soins aigües, elle ne peut pas traiter les problématiques du quotidien. Il est donc indispensable de valoriser une approche centrée sur la personne et son écosystème, d'investir dans la prévention et de refondre tout notre système. Or, dans ce contexte inédit, la culture gérontologique est paradoxalement peu répandue. Le défi porte donc sur la promotion et le soutien apportés à de nouveaux modes d'organisations transversales et intégratives capables d'optimiser toutes les ressources locales disponibles en conciliant, de façon pertinente et financièrement accessible, les moyens humains (informels ou professionnels) avec la technologie. Via un outil numérique de recueil de données adossé à une plateforme sécurisée de management des risques péjoratifs de la qualité de vie (QdV), cette étude-pilote vise dans un premier temps à mieux comprendre les besoins ainsi objectivés des seniors (et de leur entourage si nécessaire) pour pouvoir en conséquence, y répondre de façon adaptée et efficace par ordre de risques identifiés à traiter en priorité. **Méthodes :** Sur trois mois, évaluation multidimensionnelle (56 questions) à domicile de 253 seniors volontaires (41% d'hommes - 59% de femmes, 48% âgés de 60 à 75 ans - 52% de plus de 75 ans, âge moyen 74,8 ans). Evaluation par un tiers bénévole ou salarié (assistantes sociales, coordinateurs de soins ou de services à la personne), en présence ou pas d'un aidant familial. En fonction des réponses apportées, un indice global de QdV ainsi que des indices de QdV par catégorie (bien-être physique, bien-être mental, nutrition, famille et entourage, habitat et environnement, activités et loisirs) sont calculés sur la base de 100. La QdV est appréciée de la manière suivante : très basse de 0 à 39, basse de 40 à 59, moyenne de 60 à 79, bonne de 80 à 100. Etude-pilote monocentrique observationnelle descriptive avec un volet qualitatif sur l'outil (résultats en cours d'exploitation) et un volet quantitatif. **Résultats :** La moyenne de l'indice global de QdV est de 86/100 et  $< 79$  pour 25% des cas. Celle pour la QdV - Nutrition est de 83/100 et  $< 79$  pour 25% des cas. Pour la QdV - Famille et entourage, elle est de 82/100 et  $< 79$  pour 38% des cas. Et pour la QdV - Activités et loisirs, elle est de 80/100 et  $< 79$  pour 38% des cas. 27% des personnes interrogées vivent seules. Les principales pathologies déclarées sont : insuffisance cardiaque (30%), diabète (26%), ostéoporose (16%), maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (16%), dépression (11%). L'analyse croisée de certaines des données ainsi recueillies révèlent que selon les caractéristiques de la population étudiée : 1) Les mêmes risques

péjoratifs de la QdV peuvent avoir un écart de taux important. Par exemple, selon qu'on examine la population totale ou les 27% de personnes vivant seules : le risque induit par le manque d'interactions sociales - isolement passe de 24% à 37% et le risque induit par un état dépressif passe de 11% à 25%. 2) L'ordre d'importance de ces risques péjoratifs de la QdV peut être différent. Ainsi les principaux sont : - Pour la population totale : les problèmes administratifs (47%), l'absence d'activités sociales (45%), les troubles du sommeil (35%), les douleurs (30%), l'incontinence (22%), la chute (18%), les troubles cognitifs (17%); - Pour les 26% de diabétiques : les problèmes administratifs (54%), les douleurs et l'incontinence (35%), le fait de vivre seul(e) (32%), les troubles cognitifs (27%), la chute (25%), le fait d'avoir moins de 3 repas quotidiens (25%); - Pour les 11% de personnes pour lesquelles un diagnostic médical de dépression a été préalablement posé : les troubles du sommeil (68%), les douleurs (60%), l'absence d'activité sociale (57%), le fait d'avoir moins de 3 repas quotidiens (57%), le fait de vivre seul(e) (46%). **Conclusion:** Suite à ces différentes mesures, par corrélation et selon les spécificités de la population examinée, cette étude-pilote a permis d'identifier et de hiérarchiser les risques péjoratifs de la QdV sur lesquels une action préventive est encore possible pour améliorer la QdV. Ces risques concernent 3 catégories principales : la nutrition, la famille et entourage, puis les activités et loisirs. Pour conforter ces premiers résultats, cette étude va devenir multicentrique et intégrer une cohorte plus importante.

#### O5-7

##### **Intérêt de la Télémedecine pour l'évaluation des patients présentant des Hypertopies Déformantes Acquises (HDA)**

V. Cressot (1) ; I. Indaburu (1) ; P. Gassie (2) ; A. Lafargue (3) ; P. Dehail (2) ; N. Salles (3)

(1) SSR 2, Pôle gérontologique clinique CHU de Bordeaux, Pessac; (2) Service de médecine physique et rééducation, Groupe hospitalier Pellegrin, Bordeaux; (3) Pôle gérontologique, Pôle gérontologique clinique CHU de Bordeaux, Pessac

**Introduction :** L'Hypertonie Déformante Acquise (HDA) est une pathologie fréquente chez les patients âgés les plus dépendants. En EHPAD, 22% des résidents présentent au moins une localisation. Il s'agit par ailleurs d'une population pour laquelle l'accès à des consultations spécialisées est limitée, ce qui majore le risque de défaut de soins. Nous faisons l'hypothèse que l'évaluation par l'intermédiaire de la télémedecine apporte les mêmes informations et permet de définir les mêmes modalités de prise en charge que le permettrait une consultation en présentiel. **Méthodes :** Nous avons réalisé une étude prospective, mono-centrique (au CHU de Bordeaux), entre Juin 2015 et Décembre 2016. Nous avons inclus tous les patients de plus de 65 ans, pour lesquels une consultation de télémedecine a été demandée pour le motif « HDA ». Pendant la téléconsultation, l'évaluation clinique a été réalisée, les objectifs de prise en charge ont été définis par le biais d'une échelle de type GAS et un traitement a été proposé. Dans un second temps, lors de la venue du patient en HDJ, la même évaluation a été réalisée, les objectifs redéfinis ainsi que le traitement. Nous avons ensuite comparé les évaluations des 2 temps. **Résultats :** Nous avons inclus 32 patients âgés (85,2+/-7,8 ans), dépendants (GIR 1 et 2), présentant plusieurs localisations d'HDA (2,8 en moyenne). Pour ces 32 patients, 78 objectifs ont été définis lors de la téléconsultation. Seuls 20 patients ont été vus en HDJ en moyenne 26 jours après la première évaluation. Les objectifs de prise en charge n'ont été modifiés que pour 1 patient, des modifications thérapeutiques

minimes ont été proposées pour 5 patients (changement de muscles cibles). Il n'y a pas de différence significative entre le T-score initial en télémedecine et en évaluation présenteielle, ni entre le T-score final en télémedecine et en évaluation présenteielle. **Conclusion :** La consultation par télémedecine pour l'évaluation des patients porteurs d'HDA est un moyen efficace pour définir les objectifs de la prise en charge et les modalités thérapeutiques. Elle permet d'éviter des déplacements coûteux et inconfortables pour cette population fragile. Une étude médico-économique reste à mener.

#### O5-8

##### **Interet de l'échographie de poche en unité de gériatrie aiguë**

N. Azulay (1) ; C. Arlaud (2) ; E. Ferrer (2) ; S. Gonfrier (3); JM. Turpin (4) ; L. Van Elslande (5) ; O. Guérin (4) ; C. Raffaelli (1)

(1) Département d'ultrasons, C.H.U de Nice, Nice; (2) Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice; (3) Usld, Hopital de Cimiez, Nice; (4) Ucog, Hopital de Cimiez, Nice; (5) Court séjour gériatrique sud, Hôpital Cimiez, Nice

**Introduction :** Les progrès en terme de portabilité et de simplicité d'utilisation des nouveaux appareils d'échographie font poser la question de leur utilité dans les services de court gériatriques, où le profil polyopathologique des patients nécessite une vision d'ensemble rapide et hiérarchisée. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'impact sur la prise en charge des patients d'un bilan écho-Doppler systématique à l'aide d'un mini-échographe portable sur la prise en charge des patients en court séjour gériatrique. **Méthodes :** Nous avons réalisé une étude descriptive transversale interventionnelle en service de court séjour gériatrique du CHU de Nice durant une période de 6 mois. Après recueil du consentement, chaque patient bénéficiait d'un bilan échographique et Doppler couleur à l'aide d'un mini-échographe portable (iViz, Sonosite, Seattle, USA). L'objectif était fixé de réaliser le bilan dans les 72 premières heures d'hospitalisation. Le bilan réalisé au lit des patients portait sur une liste de 15 cibles pour un objectif de durée maximale de 15 minutes. L'impact sur la prise en charge était jugé en fin de séjour par un comité d'experts et classé en quatre catégories : - immédiat, lorsque le bilan entraînait un changement de prise en charge diagnostique ou thérapeutique durant l'hospitalisation. - non immédiat, lorsque le bilan modifiait la prise en charge au long cours des patient, ou entraînait un changement de prise en charge en dehors de l'hospitalisation. - absent, lorsque le bilan n'entraînait aucun changement dans la prise en charge hospitalière ou ambulatoire. - négatif, lorsque le bilan suspectait un diagnostic infirmé par les explorations ultérieures. Les images recueillies étaient ré-interprétées à distance afin de bénéficier d'une double lecture. **Résultats :** 501 patients ont été inclus au cours d'une période de 6 mois. La moyenne d'âge des patients inclus était de 86 ans, et le score de Charlson pondéré médian était de 7. La durée moyenne du bilan échographique était de 13 minutes et 30 secondes. Le bilan avait un impact positif dans 58.5% des cas (35.3% immédiat et 23.2% non immédiat) et un impact négatif dans 0.8% des cas. La concordance inter-observateurs était excellente pour les quinze items recueillis. Il n'existait aucun lien significatif entre le score de Charlson pondéré et l'impact sur la prise en charge du bilan échographique. De même, il n'existait pas de différence significative de durée de séjour entre le groupe "impact immédiat" et les autres. L'examen abdominal a été celui entraînant le plus d'impact immédiat et non immédiat. **Conclusion :** La pratique d'un bilan échographique systématique à l'entrée permet d'améliorer notablement la prise en charge des

patients en court séjour gériatrique. L'absence d'impact significatif sur la durée de séjour, le faible risque d'erreur diagnostique, ainsi que l'innocuité avérée des ultrasons confèrent à ce bilan un très bon rapport bénéfice-risque. De plus, la polyvalence des usages de l'échographie et ses progrès en matière de mobilité sont en adéquation avec le profil polypathologique définissant les patients gériatriques.

### O5-9

#### Evaluation médico-économique du dispositif IDE de nuit mutualisé en EHPAD

M. Pino (1) ; C. Chansiaux-Bucalo (2) ; P. Ghirardello (3) ; B. Boutonnet (1) ; L. Fernandez (1) ; JS. Vidal (1) ; I. Dufour (1) ; O. Hanon (1)

(1) *Gérontopôle d'Ile-de-France, Paris*; (2) *Gériatrie, Centre Hospitalier Rives de Seine, Courbevoie*; (3) *Direction de l'autonomie, offre personnes âgées, Agence Régionale de Santé Ile-de-France, Paris*

**Introduction :** En 2013, l'ARS Ile-de-France a mis en place un dispositif proposant un infirmier (IDE) de nuit mutualisé en EHPAD. L'ARS a missionné le Gérontopôle d'Ile de France (Géront'IF) pour réaliser une évaluation médicale et économique du dispositif. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'impact de l'intervention d'un IDE de nuit mutualisé sur plusieurs EHPAD au sein d'un même territoire (3 à 4 établissements), sur le nombre de journées d'hospitalisation des résidents en EHPAD. Les objectifs secondaires étaient l'impact du dispositif sur le nombre d'hospitalisations et sur la prise en charge en soins palliatifs au sein des EHPAD. **Méthodes :** L'étude a comparé 2 groupes d'EHPAD : • « groupe intervention » : 12 EHPAD ayant bénéficié de l'expérimentation IDE de nuit (n=1200 résidents). • « groupe contrôle » : 15 EHPAD n'ayant pas bénéficié de l'expérimentation (n= 1192 résidents). Les EHPAD du groupe contrôle ont été appariés à ceux du groupe intervention en terme de pathologies (PATHOS moyen pondéré (PMP)) et de perte d'autonomie (GIR moyen pondéré (GMP)). Les mêmes indicateurs ont été recueillis dans les 2 groupes (avec un volet rétrospectif pour la période 2014 à 2016 et un volet prospectif sur 2017). Le taux d'évènements par an pour 100 résidents a été calculé pour chacune des 3 années dans les 2 groupes et comparé par un test non paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney. Le taux global d'évènements sur les trois années a été comparé en fonction des groupes après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels (PMP GMP) (modèle mixte). **Résultats :** L'étude a inclus 2392 résidents. Les deux groupes étudiés étaient comparables pour le nombre de résidents (≈1200), le GMP (690 à 790) avec un GMP moyen de 752 dans le groupe expérimental pour 759 dans le groupe contrôle (p = 0.57) ; et le PMP (180 à 260) avec un PMP moyen à 234 dans le groupe expérimental versus 200 dans le groupe contrôle (p = 0.13). Au cours des 3 ans de suivi, la durée des hospitalisations dans le groupe « IDE de nuit » était significativement plus courte (réduction de 4.1 jours) que dans le groupe contrôle (4.8 jours vs. 8.7 jours, p = 0.01. Le taux global d'hospitalisations était comparable dans les 2 groupes. En revanche, le taux d'hospitalisation après passage aux urgences était diminué de façon significative en 2015 (37% vs. 59%, p = 0,02) et en 2016 (39% vs. 58%, p = 0,03) dans les EHPAD bénéficiant d'une IDE de nuit. Enfin, les résidents en soins palliatifs décédaient moins souvent à l'hôpital et étaient plus souvent pris en charge jusqu'au décès dans l'EHPAD dans le groupe intervention en 2014 (p = 0,004) et 2015 (p = 0,006). **Conclusion :** La mise en place d'un IDE de nuit

mutualisé sur 3 à 4 EHPAD permet de diminuer significativement le nombre de journées d'hospitalisation des résidents ainsi que le nombre d'hospitalisations après un passage aux urgences. Une amélioration de la prise en charge de la fin de vie semble aussi observée. L'étude se poursuit de façon prospective en 2017 afin de conforter ces résultats très positifs.

## O6. THÉRAPEUTIQUES EN GÉRIATRIE

### O6-1

#### Qui vient chercher les médicaments à l'officine ? Qui gère les médicaments à la maison ?

M. Rhalimi (1) ; A. Rauss (2) ; E. Housiaux (3) ; C. Detuncq (4) ; A. Muller (5) ; F. Comby (6) ; C. Wehrlé (7) ; N. Davoust (8)

(1) *Pharmacie, CH bertinot juel, Chaumont-en-Vexin*; (2) *ARCOSA, Limeil-Brévannes*; (3) *Officine, Pharmacie, Saint-Sauveur-de-Montagut*; (4) *Filière officine, UFR Médecine Pharmacie, Rouen*; (5) *Directeur adjoint responsable des stages officinaux, Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques, Montpellier*; (6) *Chimie thérapeutique et chimie organique, Faculté de Pharmacie, Limoges Cedex*; (7) *Professeur past - pharmacie pratique, Faculté de Pharmacie de Strasbourg, Strasbourg*; (8) *Filière officine, Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques, Rennes*

**Introduction :** Lors de la dispensation des médicaments, les pharmaciens d'officine peuvent documenter de façon précise les modalités de leur utilisation. Ce professionnel de santé pourrait être davantage sollicité afin de détecter des Problèmes Liés à la Pharmacothérapie et répondre à de nombreuses interrogations relatives à l'utilisation des médicaments : Par exemple, dans quelle proportion les patients âgés viennent-ils chercher leurs médicaments seuls ? Gèrent-ils leurs médicaments seuls à leur domicile ? Cela est-il compatible a priori avec leur état de fragilité et d'orientation dans le temps et l'espace ? **Méthodes :** Dans le cadre de l'étude randomisée en cluster EGO2, 217 étudiants de 6e année (pharmacien à la fin de l'année) de 6 facultés de pharmacies françaises ont inclus sur la période du 20 mars au 7 avril pendant des plages horaires de 3 à 4 heures tous les patients âgés (65 ans et plus) se présentant à la pharmacie. Un test d'orientation spatio-temporelle (TOST), un bilan de médication qui comprenait un volet « Habitudes vis-à-vis du traitement médicamenteux » et une évaluation de la fragilité via le volet A de la grille SEGA ont été réalisés. **Résultats :** 4090 patients ont été reçus dans les pharmacies. L'âge est de 77,6 ans ± 7,6 (m ±SD) avec un range de 65 à 104; on note que 62% des patients ont 75 ans et plus. 9,4% des patients (DOST+) ne répondent pas à au moins 1 des 4 questions simples sur leur orientation spatio-temporelle (TOST); Le nombre de médicaments pris chaque jour est de 5,4 ± 3,5 (m ±SD) avec un extrême à 35 (vérifié). Dans 70,3% des cas, il n'y qu'un prescripteur et 29,7% plusieurs. Dans 78% des cas c'est le patient seul qui vient chercher ses médicaments, dans 13,9% des cas c'est un aidant seul et dans 8,1% des cas le patient est accompagné d'un aidant. Ces patients âgés peuvent gérer seul leurs médicaments dans 80,7% des cas; être aidé ou géré par un proche dans 11% des cas ou avoir recours à un professionnel de santé pour toute ou partie de la gestion dans 8,3% des cas. Si 91,8% des personnes qui viennent seules à la pharmacie gèrent seules les médicaments, 51,2% des personnes qui viennent accompagnées d'un aidant gèrent seules les médicaments et 35,9% des personnes qui envoient un aidant gèrent seules les médicaments. La gestion des médicaments pour les personnes désorientées (DOST+) pose question: Dans 40% des cas, c'est le patient seul qui vient chercher

ces médicaments. Quand un patient vient chercher ses médicaments seul ou accompagné d'un aidant, dans 50,6% des cas c'est le patient seul (DOST+) qui gère les médicaments à la maison. Pour la fragilité des patients, il est nécessaire de travailler sur le seul groupe non intervention. On constate que 29% des patients sont fragiles ou très fragiles (17,5% sont fragiles et 11,5% très fragiles). 72,6% des personnes âgées fragiles qui viennent seules (43,6% des fragiles) gèrent seules leurs médicaments. **Conclusion :** Les personnes âgées présentent de nombreux facteurs qui peuvent compliquer la prise des médicaments. Nous constatons que, celles-ci, même dans des conditions difficiles (fragilité, DOST+) gèrent bien souvent seules ses médicaments. Certains patients nécessitent une attention particulière, il conviendrait de mettre les officinaux à contribution pour leur remettre systématiquement un plan de posologie et réaliser la répartition des doses administrées.

## O6-2

### Évaluation des pratiques professionnelles portant sur la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées hospitalisées au CHU d'Amiens

L. Mondet (1) ; I. Defouilloy (2) ; A. Terrier-Lenglet (1) ; M. Belhout (1) ; M. Andréjak (3) ; V. Gras (3) ; F. Bloch (2) ; B. Marquant (2) (1) Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens; (2) Gériatrie, CHU Amiens-Picardie, Amiens; (3) Centre régional de pharmacovigilance, CHU Amiens-Picardie, Amiens

**Introduction :** Les personnes âgées (PA) représentent une population particulièrement exposée et sensible aux médicaments (polypathologie, polymédication, modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques). Certains médicaments sont connus pour avoir une balance bénéfice risque défavorable chez la PA et sont définis comme médicaments potentiellement inappropriés (MPI). Depuis la liste de Beers en 1991, différentes listes de MPI ont été créées et notamment la liste de Laroche et les critères STOPP/START qui forment des outils utilisables en pratique courante. Lors de la certification v2010 de notre établissement, une réserve a été émise concernant la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (critère 20b). Depuis différentes actions ont été mises en place comme la réactivation de l'équipe mobile de gériatrie, la création d'un groupe de travail pluridisciplinaire (gériatres, pharmaciens et pharmacologues), le déploiement de la pharmacie clinique, des actions de formation ... L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact des différentes actions mises en place depuis la certification v2010 sur la prescription de MPI chez les PA hospitalisées dans notre établissement. Parmi les objectifs secondaires, les MPI les plus prescrits en sortie d'hospitalisation ont été évalués afin de définir les classes thérapeutiques sur lesquelles focaliser les prochaines sessions de formation. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective comparant deux périodes (avant et après le début des actions menées) incluant les 11 services accueillant le plus de PA. Les ordonnances d'entrée et de sortie d'hospitalisation ont été comparées en utilisant la liste de Laroche adaptée par le groupe de travail pour classer un médicament comme inapproprié. Au total, l'inclusion de 30 patients par service et par groupe était prévue (Patients âgés de 75 ans et plus, hospitalisés pendant au moins 3 jours et non décédés). **Résultats :** Sur la population générale, il n'y a pas eu d'amélioration significative entre les deux périodes sur le critère principal. Seulement 13% des patients bénéficient d'une réduction du nombre de MPI au cours de l'hospitalisation sur la seconde période (S2). Cependant, par service, une réduction du nombre de MPI est observée pour S2 pour certains et notamment

en gériatrie aigue (présence permanente de gériatres, analyse pharmaceutique, conciliation médicamenteuse). Les MPI les plus retrouvés en sortie d'hospitalisation sur S2 sont les médicaments appartenant, selon la classification ATC, aux médicaments du système nerveux (69%), avec majoritairement les anxiolytiques (28%) et les hypnotiques/sédatifs (30%), suivi des médicaments du système respiratoire (18% ; principalement les anticholinergiques inhalés), puis ceux des voies digestives/métabolisme (6% ; gliclazide), et ceux du système cardiovasculaire (5% ; rilménidine). Presque 30% des prescriptions de MPI concernent les apparentés aux benzodiazépines (87% de prescriptions inappropriées pour le zopiclone) et 20% l'oxazépam (72% de prescriptions inappropriées). **Conclusion :** L'optimisation de la prescription médicamenteuse chez la PA reste un enjeu majeur. De nouvelles actions de formation sont prévues dans différents services de notre établissement, en ciblant particulièrement les prescriptions des benzodiazépines et apparentés. De plus, le déploiement de la pharmacie clinique en gériatrie dans une approche pluridisciplinaire montre un intérêt en termes de réduction des prescriptions de MPI dans cette population particulièrement à risque.

## O6-3

### Conciliation des traitements médicamenteux chez le sujet âgé, pensons à la sortie !

A. Besnard (1) ; G. Loggia (2) ; MM. Tanguy (2) ; M. Pierre (2) ; P. Lescure (2) ; P. Descatoire (2) ; A. Muzard (1) ; C. Hecquard (1) ; C. Castel (1) (1) Pharmacie, C.H.U de Caen, Caen; (2) Médecine gériatrique, C.H.U de Caen, Caen

**Introduction :** La iatrogénie constitue un problème majeur de santé publique et ce particulièrement chez le sujet âgé. La polypathologie, fréquente dans cette population, est associée à une consommation élevée de médicaments pouvant être source d'erreurs médicamenteuses (EM). La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) est un processus visant à prévenir la iatrogénie en limitant les EM aux points de transition (admission, transfert, sortie) du patient hospitalisé. Dans une volonté d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé, la CTM de sortie a été mise en place au sein du service de médecine gériatrique aiguë de notre établissement. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'intérêt de la CTM en sortie d'hospitalisation au sein d'un service de médecine gériatrique aiguë. **Méthodes :** Une étude prospective a été menée entre mai et décembre 2016 par un interne en pharmacie au sein du service de médecine gériatrique aiguë d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Tous les patients inclus dans l'étude avaient préalablement bénéficié d'une CTM à l'admission au sein du CHU. Pour chaque patient, dès la sortie d'hospitalisation programmée, un bilan médicamenteux a été réalisé puis comparé à l'ordonnance de sortie. Les divergences ont été relevées et indiquées aux prescripteurs. Le nombre et la nature des divergences, les classes thérapeutiques concernées et leur devenir ont ensuite été analysés. **Résultats :** Sur la période étudiée, 403 CTM de sortie ont été réalisées pour 467 hospitalisations enregistrées (86 %). 18% des CTM effectuées (n=74) comportaient au moins une divergence. Au total, 149 divergences ont été relevées soit en moyenne 2 divergences par patient. Les divergences interceptées correspondaient à des erreurs par omission (n=76; 51%), des non-reprises de médicaments initiaux substitués en raison de leur absence au livret thérapeutique de l'établissement (n=38 ; 26%), des erreurs de posologie (n= 27 ; 18%), des erreurs de

forme galénique (n=5; 3%), des erreurs de rythme d'administration (n=2 ; 1%) et à une erreur de médicament (différence entre le traitement indiqué dans le compte-rendu d'hospitalisation et l'ordonnance de sortie) (n=1; 1%). Les classes médicamenteuses principalement concernées étaient les médicaments des voies digestives et du métabolisme (n=57 ; 38%), les médicaments du système cardiovasculaire (n=21; 14%), les médicaments du système nerveux (n=20 ; 13%), et les médicaments ophtalmologiques (n=15; 10%). Après discussion avec les gériatres, 82% des divergences ont été corrigées sur l'ordonnance de sortie (divergences non intentionnelles). 18% des divergences relevées n'ont pas été modifiées intentionnellement du fait des révisions de traitements (médicaments plus adaptés chez le sujet âgé que d'autres), des résultats biologiques obtenus en fin d'hospitalisation (bilan martial et vitaminique) et des examens complémentaires en attente nécessitant une réévaluation du traitement par le médecin traitant. Au final, l'ensemble des divergences relevées ont été revues par les gériatres. **Conclusion :** La CTM de sortie est difficile à réaliser en raison du temps nécessaire mais apparaît comme étant primordiale pour garantir la continuité des soins. Grâce à elle, un grand nombre de divergences non intentionnelles ont été interceptées dans un service de soins pourtant déjà bien sensibilisé au risque iatrogène. La CTM de sortie permet d'éviter des erreurs pouvant avoir des répercussions cliniques pour le patient ou influencer sur l'adhésion thérapeutique. Dans le service de médecine gériatrique, la CTM de sortie permet de repérer autant de divergences que la CTM à l'admission (18% vs 23%). Sa mise en place est donc essentielle et doit être pérennisée. Aujourd'hui, l'implication et la coopération de l'ensemble des pharmaciens et des gériatres de notre établissement permettent de garantir la pérennité des CTM au sein du service de médecine gériatrique aiguë.

#### O6-4

##### **Standardisation de l'évaluation de l'acceptabilité des médicaments chez les patients de 65 ans et plus suivis à l'hôpital ou en EHPAD**

T. Vallet (1) ; E. Belissa (2) ; V. Boudy (2) ; F. Ruiz (3) ; Rencontres Galénique et Gériatrie (R2G)

(1) R&D, ClinSearch, Malakoff; (2) Unité de R&D Galénique, AGEPS, Paris; (3) Direction générale, ClinSearch, Malakoff

**Introduction :** L'acceptabilité des médicaments est un facteur critique de l'observance mais aussi de la sécurité des traitements. L'acceptabilité revêt une importance capitale pour les populations les plus fragiles que sont les enfants et les personnes âgées. Elle peut être définie comme la capacité et la bonne volonté du patient de prendre, et du donneur de soin d'administrer, un médicament tel que prévu. L'objectif de cette étude était d'identifier les caractéristiques intrinsèques des médicaments ou des patients de 65 ans et plus, suivis à l'hôpital ou en EHPAD, qui influencent l'acceptabilité des traitements. **Méthodes :** Un outil validé (CAST-ClinSearch Acceptability Score test®) a été utilisé pour standardiser la mesure de l'acceptabilité. Pour définir ce score, des observations doivent être réalisées lors de prises de médicaments : résultat de la prise, réaction du patient, temps de préparation et d'administration, utilisation de boisson/aliment pour servir de vecteur ou masquer le goût, altération de l'usage du produit, fractionnement de la prise de la dose prescrite et contrainte liée à la prise. A partir d'un ensemble varié d'évaluations, des combinaisons d'observations reflétant des comportements utilisateurs, une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) permet de définir une cartographie servant

de référentiel d'acceptabilité dans la population étudiée. Une Classification Hiérarchique sur Composantes Principales (CHCP) permet de regrouper les évaluations en classes définissant des profils d'acceptabilité. Pour explorer les facteurs influençant l'acceptabilité, il faut colliger les données sur les caractéristiques des médicaments, des patients et de leur environnement. Sur ce dernier point l'expertise du groupe R2G a permis d'enrichir le recueil de données avec des informations spécifiques aux patients suivis en institutions et identifiées comme facteurs d'acceptabilité. En octobre 2016, une étude observationnelle, multicentrique a été initiée pour collecter ces données. **Résultats :** En six mois, 858 évaluations ont été collectées. Elles portent sur 166 spécialités pharmaceutiques différentes, 69% des patients sont des femmes et l'âge médian est de 87 ans. A partir des combinaisons d'observations collectées, l'ACM forme une cartographie cohérente de l'acceptabilité en trois dimensions. La CHCP constitue deux groupes d'évaluations définis par les observations significativement surreprésentées en leur sein. Une dose prescrite prise en intégralité, une réaction neutre du patient, un temps court définissent le premier groupe avec 81% des évaluations. Le second, 19% des évaluations, est défini par les observations à valence négative : utilisation de boisson/aliment, altération du produit, réaction négative du patient, temps long et dose prescrite prise en partie ou non prise. Deux profils d'acceptabilité se dégagent naturellement, le premier «Accepté» et le second «Non accepté». **Conclusion :** Un référentiel cohérent de l'acceptabilité, chez les patients de 65 ans et plus, suivis à l'hôpital ou en EHPAD, a pu être défini. CAST permet de standardiser l'exploration des facteurs influençant l'acceptabilité, en positionnant sur la carte le barycentre des évaluations liées au facteur d'intérêt (formulations, comorbidités...) et en l'associant à un profil d'acceptabilité. Ce référentiel nous permettra ainsi de comparer les différences d'acceptabilité de médicaments au sein de sous-populations d'intérêt suivies par le groupe R2G. Remerciements au groupe de travail R2G : F Abdallah (J. Dupuytren, AP-HP), N Bachalat (J. Dupuytren, AP-HP), V Bloch (F.Widal, AP-HP), I Boulaich (J. Dupuytren, AP-HP), FX Chedhomme (Broca, AP-HP), A Chevallier (Broca, AP-HP), M Depoison (Vaugirard, AP-HP), S Gibaud (Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien), C Guinot (F. Widal, AP-HP), C Lachuer (J. Dupuytren, AP-HP), S Laribe-Caget (Rothschild, AP-HP), P Leglise (J. Dupuytren, AP-HP), C Michel (R. Muret, AP-HP), H Michelon (Ste Péline, AP-HP), IPerquy (Broca, AP-HP), M Piccoli (Broca, AP-HP), M Rabus (J. Dupuytren, AP-HP), AC Ribemont (J. Dupuytren, AP-HP), JPRwabihama (J. Dupuytren, AP-HP), JH Trouvin (AGEPS, AP-HP)

#### O6-5

##### **Evolution sur 8 ans des principaux problèmes médicamenteux identifiés chez les personnes âgées hospitalisées**

T. Novais (1) ; F. Gervais (2) ; C. Mouchoux (3) ; GT Pharmacie clinique adaptée au sujet âgé, Hospices Civils de Lyon (J. Bonhomme, L. Bourguignon, B. Charpiat C. Darcissac S. Dini, X. Dode, S. Goutelle, L. Malet, B. Mandy S. Parat, C. Pivot) (1) Gt pharmacie clinique adaptée au sujet âgé, hospices civils de lyon, Hopital geriatrique des Charpenne, Villeurbanne; (2) Pharmacie, Hopital geriatrique des Charpenne, Villeurbanne; (3) Centre de recherche clinique «Vieillesse, Cerveau, Fragilité», Hopital geriatrique des Charpenne, Villeurbanne

**Introduction :** L'identification des problèmes médicamenteux (PM) au cours de l'analyse de prescription par le pharmacien a pu être associée à une réduction de la iatrogénie médicamenteuse, de

la durée d'hospitalisation, du taux de réadmission et de la mortalité. L'actualisation des recommandations et la sensibilisation des professionnels de santé à la population gériatrique au cours de ces dernières années a-t-elle fait évoluer les pratiques de prescription et d'analyse d'ordonnance? L'objectif de cette étude est d'identifier les 5 PM les plus fréquemment observés chaque année (tops 5) et les molécules associées afin d'objectiver l'évolution des pratiques de prescription et d'analyse pharmaceutique chez les personnes âgées (PA) hospitalisées entre 2008-2015. **Méthodes :** Analyse rétrospective des PM identifiés par les pharmaciens chez les PA de 75 ans et plus au sein d'un hôpital universitaire à partir de la base Act-IP® de la Société Française de Pharmacie Clinique. Les tops 5 des PM ont été identifiés pour chacune des 8 années. **Résultats :** Au total, 19071 PM ont été identifiés. Entre 2008-2015, 12 PM et molécules associées ont été identifiés à partir des tops 5 annuels (tableau 1). Les principales évolutions des PM sont : 1/diminution de la prévalence: posologies supra-thérapeutiques en benzodiazépines (BZD) apparentées, prescription de trimetazidine depuis 2011 (en lien avec le déremboursement et le retrait d'indications) et absence de laxatif en co-prescription avec les morphiniques ; 2/ augmentation de la prévalence: posologies supra-thérapeutiques et overuse des Inhibiteurs de la Pompe à Proton (IPP), indication de supplémentation en vitamine D non traitée. Entre 2010 et 2012, une augmentation puis une diminution de la prévalence de certains PM (7/12) ont été mises en évidence.

Tableau 1

Prévalence des PM chez la PA hospitalisée entre 2008 et 2015. Les cellules en gras représentent les 5 PM annuels les plus fréquents

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Effectif des PM (n=19071)</b>	1402	1267	1884	1278	1682	2979	5111	3468
<b>Classes thérapeutiques et PM les plus fréquents</b>	<b>Fréquence (%)</b>							
Surdosage/benzodiazépines apparentées (ex : zopiclone)	5,47	3,35	4,58	3,14	2,24	1,55	0,86	0,82
Surdosage/paracétamol	2,56	4,24	5,78	4,74	5,36	4,62	3,96	3,15
Voie et/ou administration inappropriée/paracétamol	1,99	2,61	3,34	4,20	2,97	2,43	1,75	1,56
Médicament non indiqué/trimetazidine	1,92	0,86	2,60	0,81	0,27	0,04	0,02	0,00
Indication non traitée/opioïde (absence de laxatif en co-prescription)	1,49	0,91	0,25	0,39	0,14	0,17	0,14	0,33
Surdosage/fluoroquinolones	1,38	1,45	1,28	0,46	0,44	0,56	0,34	0,33
Surdosage/benzodiazépines	0,77	1,28	0,64	0,83	0,87	0,63	0,51	0,45
Surdosage/autres opioïdes (tramadol)	0,61	0,76	1,90	1,00	1,04	0,69	0,63	0,70
Médicament non indiqué/IPP	0,85	1,11	0,84	1,65	2,53	1,42	0,89	1,79
Surdosage/IPP	0,50	0,54	0,52	1,65	1,46	1,27	1,12	0,99
Non-conformité aux référentiels ou CI/IPP	0,24	0,22	0,30	1,05	2,09	0,84	1,28	1,41
Indication non traitée/Vitamine D	0,02	0,02	0,00	0,00	0,03	0,49	1,33	0,75

**Conclusion :** Les résultats de cette étude traduisent des changements de pratiques médicales et également pharmaceutiques avec une augmentation des interventions pharmaceutiques sur la base Act-IP® et une évolution des PM identifiés au cours des années. Cela pourrait objectiver une amélioration de la formation aux spécificités de la PA en lien avec la diffusion de recommandations et l'utilisation d'outils d'optimisation de la prescription médicamenteuse en gériatrie. Cette étude a permis de cibler des pratiques de prescriptions nécessitant d'être améliorées : 1/paracétamol : utilisation excessive de la voie IV et surdosage ; 2/IPP : utilisation à pleine dose et sur le long terme.

## O6-6

**Acceptabilité des traitements chez les patients à partir de 65 ans suivis à l'hôpital ou en EHPAD**

E. Belissa (1) ; T. Vallet (2) ; F. Ruiz (3) ; A. Dufaÿ Wojcicki (1) ; V. Boudy (1) ; Rencontres Galénique et Gériatrie (R2G)  
(1) Unité de R&D Galénique, AGEPS, Paris; (2) R&D, ClinSearch, Malakoff; (3) Direction générale, ClinSearch, Malakoff

**Introduction :** Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent aujourd'hui 19% de la population française. Elles sont souvent polymédiquées (56 %), >5 spécialités/jours, et les traitements ne sont pas toujours adaptés (utilisation hors AMM, broyage, ouverture). Elles souffrent généralement de comorbidités : troubles cognitifs (20%), sarcopénie (50% >80 ans), ostéoarthrite (60%), dysphagie (16%), qui entraînent des dépendances. Ces spécificités peuvent influencer l'acceptabilité des traitements, avec un impact sur l'observance et donc l'efficacité thérapeutique. L'objectif de l'étude « R2G – acceptabilité » était de déterminer les paramètres ayant un impact significatif sur l'acceptabilité et les formes galéniques les mieux acceptées par les personnes âgées. **Méthodes :** Une étude observationnelle, multicentrique (9 centres hospitaliers) a été initiée en octobre 2016. Un questionnaire standardisé, complété par des professionnels de santé, a permis de collecter des données objectives sur la prise des médicaments des patients de 65 ans ou plus. Des méthodes statistiques multivariées ont défini un cadre de référence (une cartographie et 2 profils d'acceptabilité : « Accepté » et « Non accepté ») pour l'évaluation standardisée de l'acceptabilité dans la population. Le barycentre des évaluations du facteur d'intérêt est positionné sur la carte, associé à un profil d'acceptabilité et une marge d'erreur (ellipse de confiance à 90%). **Résultats :** Aujourd'hui, 858 patients ont été inclus : 69% femmes, âge médian 87 ans, 95% polymédiqués, 65% IADL=4, 17% dysphagiques, 56% troubles de la mémoire et 26% atteintes des membres supérieurs. Aucun impact significatif de l'âge, sexe, polymédication et atteintes des membres supérieurs, sur l'acceptabilité des traitements n'a été observé. En revanche, elle a significativement diminué quand le médicament était administré par une IDE, chez les patients avec un score IADL de 4 et des troubles de la mémoire, malgré un profil d'acceptabilité « Accepté ». Par ailleurs, en présence de troubles de la déglutition ou d'une hospitalisation de long séjour, l'acceptabilité a diminué considérablement et était associée à un profil « Non accepté ». Il est à noter que 53% des patients en hospitalisation de long séjour étaient atteints d'une dysphagie, contre seulement 18% dans le reste de la population. Les comprimés et les gélules ont été bien acceptés dans la population étudiée (100% de l'ellipse dans le profil « Accepté »), mais l'acceptabilité a été diminuée en présence d'une dysphagie pour les deux formes galéniques, comprimés et gélules, avec respectivement 54% et 71% de l'ellipse dans le profil « Non accepté ». En tenant compte de la taille, les petits comprimés (diamètre <8mm) ont été mieux acceptés (100% de l'ellipse dans le profil « Accepté ») que les gros comprimés (72% de l'ellipse dans le profil « Non accepté ») chez ces patients. Cette différence n'a pas été retrouvée chez les patients non dysphagiques. Les comprimés orodispersibles ont été bien acceptés en présence ou en l'absence de troubles de la déglutition (100% de l'ellipse dans le profil « Accepté »). Les poudres pour préparation liquide ont été significativement moins bien acceptées chez les patients dysphagiques (54% contre 100% de l'ellipse dans le profil « Accepté » en l'absence de troubles de la déglutition). Enfin, les formes orales liquides ont été mal acceptées en présence ou l'absence de troubles de la déglutition, avec respectivement 76% et 53% de

l'ellipse dans le profil «Non accepté». **Conclusion :** L'acceptabilité des traitements est influencée par la présence d'une dysphagie. Contrairement à certaines idées reçues, les formes orales liquides ne semblent pas constituer une solution de première intention chez les personnes âgées. Les patients dysphagiques sembleraient mieux accepter les comprimés orodispersibles. Enfin, la taille des comprimés semble avoir un impact significatif sur l'acceptabilité des traitements en présence d'une dysphagie. Remerciements au groupe de travail R2G : F Abdallah (J. Dupuytren, AP-HP), N Bachalat (J. Dupuytren, AP-HP), V Bloch (F. Widal, AP-HP), I Boulaich (J. Dupuytren, AP-HP), FX Chedhomme (Broca, AP-HP), A Chevallier (Broca, AP-HP), M Depoison (Vaugirard, AP-HP), S Gibaud (Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien), C Guinot (F. Widal, AP-HP), C Lachuer (J. Dupuytren, AP-HP), S Laribe-Caget (Rothschild, AP-HP), P Leglise (J. Dupuytren, AP-HP), C Michel (R. Muret, AP-HP), H Michelon (Ste Péline, AP-HP), I Perquy (Broca, AP-HP), M Piccoli (Broca, AP-HP), M Rabus (J. Dupuytren, AP-HP), AC Ribemont (J. Dupuytren, AP-HP), JP Rwabihama (J. Dupuytren, AP-HP), JH Trouvin (AGEPS, AP-HP)

### O6-7

#### La conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie permet-elle de limiter la complexité de la prescription médicamenteuse en court séjour gériatrique ?

S. Kachachi (1) ; M. Dubernet De Bosc (2) ; F. Gervais (3) ; F. Tissot (2) ; D. Fédérico (4) ; P. Kroloak-Salmon (5) ; C. Mouchoux (5) ; E. Jean-Bart (2)

(1) *Médecine gériatrique, Hospices Civils de Lyon, Villeurbanne;*  
(2) *Pharmacie, Hospices Civils de Lyon, Villeurbanne;*  
(3) *Pharmacie, Hôpital Édouard Herriot - HCL, Lyon;* (4) *Cm2r, Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne;* (5) *Centre de recherche clinique «vieillesse, cerveau, fragilité», Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne*

**Introduction :** Optimiser la thérapeutique médicamenteuse des patients âgés est un enjeu majeur pour limiter la iatrogénie médicamenteuse et améliorer l'observance des patients. La complexité de la prescription médicamenteuse chez ces patients fragiles et en perte d'autonomie est un frein à l'observance. Aussi, aux différents points de transition du parcours de santé des patients, le risque d'erreurs médicamenteuses est important. Ainsi, intégrer une démarche associant conciliation médicamenteuse (CM) et prise en soin gériatrique spécialisée doit permettre d'optimiser la thérapeutique et diminuer la complexité des prescriptions. L'objectif était d'évaluer la mise en place d'un processus formalisé et standardisé de conciliation médicamenteuse intégré dans la prise en soin multidisciplinaire des patients âgés hospitalisés en court séjour gériatrique. **Méthodes :** Une étude de type avant-après mono centrique, prospective, en ouvert, a été mise en place dans un service de court séjour gériatrique depuis octobre 2016. Les patients inclus étaient âgés de 65 ans et plus. Après une période contrôle de 2 mois, l'intervention consistait en la réalisation d'une CM à l'entrée et à la sortie ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire gériatrique. Le critère de jugement principal était l'évolution de la complexité de la prescription entre l'admission et la sortie exprimée par le medication regimen complexity index (MRCI). Les critères de jugement secondaires comprenaient notamment l'évolution de l'exposition médicamenteuse anticholinergique et sédatrice exprimée par le Drug Burden Index (DBI). Plus ces index sont élevés plus respectivement la complexité ou l'exposition médicamenteuse anticholinergique et sédatrice est élevée. L'analyse statistique comparait les groupes sur

les principaux critères de jugement (principal et secondaires) et la recherche de facteurs associés à l'évolution par un modèle ajusté de régression linéaire. **Résultats :** En mai 2017, 163 patients ont été inclus (99 dans le groupe contrôle et 64 dans le groupe intervention). Les patients étaient âgés en moyenne de 86 +/- 6 ans, hospitalisés en moyenne pour 13 +/- 9 j, 52% avaient une infirmière à domicile pour la gestion des traitements, pour 21,6%, le traitement était géré par l'aidant, et 33 % vivaient seul à domicile. A l'admission, le MRCI moyen était de 20,0 +/- 8,8, le DBI de 0,55 +/- 0,57 et le nombre de médicaments de 9,1 +/- 4,0. A la sortie, le MRCI moyen était de 22,3 +/- 7,5, le DBI de 0,56 +/- 0,45 et le nombre de médicaments de 10,1 +/- 3,7. Après ajustement sur l'âge, le sexe, la durée d'hospitalisation et le nombre de médicaments à la sortie, le MRCI à la sortie était significativement plus faible dans le groupe CM (21,0 dans le groupe CM vs 23,3 dans le groupe contrôle  $p<0,0001$ ). De même, le DBI était significativement plus faible à la sortie (0,46 versus 0,63,  $p=0,001$ ). La complexité des prescriptions est aussi diminuée dans les sous-groupes de patients : vivants seul à domicile ( $p=0,004$ ), n'ayant pas d'IDE pour la gestion du traitement ( $p<0,001$ ), ayant un MMSE<20 ( $p<0,001$ ) ou ayant été hospitalisés dans les 6 mois ( $p<0,001$ ). **Conclusion :** Les premiers résultats de l'étude montrent que la mise en œuvre d'une démarche de CM associée à une prise en soin gériatrique spécialisée permet de limiter la complexité de la prescription et l'exposition médicamenteuse anticholinergique et sédatrice. Celle-ci a aussi permis de renforcer le lien des professionnels de santé rencontrés au cours de son parcours de soins. Toutefois, cette activité étant chronophage, l'analyse par sous-groupe permet d'essayer d'identifier s'il existe un bénéfice chez certains patients plus à risque. Ainsi, le déploiement de la démarche pourrait être envisagé en routine sur des patients ciblés.

### O6-8

#### Alertes iatrogéniques concernant les psychotropes dans les prescriptions ambulatoires des sujets âgés

N. Liu (1) ; A. Breining (2) ; A. Monti (2) ; C. Tourette (3) ; E. Pautas (2)

(1) *Gériatrie, Hôpital Henri-Mondor (AP-HP), Créteil Cedex;*  
(2) *Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine;* (3) *Dhu fast, APHP, Paris*

**Introduction :** La polymédication, très fréquente chez le sujet âgé (SA), et parfois justifiée car corollaire de la polyopathie, augmente le risque iatrogénique. La iatrogénie médicamenteuse est ainsi à l'origine d'environ 20% des hospitalisations du SA. Le programme d'optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA) de la HAS comporte des indicateurs de pratique clinique «Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie» destinés aux professionnels de santé. Le but de notre étude est d'identifier les facteurs associés aux alertes iatrogéniques (AI) concernant les traitements psychotropes sur les ordonnances de patients âgés. **Méthodes :** Etude observationnelle prospective descriptive et analytique des ordonnances ambulatoires de patients âgés de 75 ans et plus, inclus à l'occasion d'une hospitalisation non programmée dans un service de court séjour gériatrique, sur une période d'un an et appartenant à la cohorte AGER du DHU FAST (APHP et UFR de Médecine Pierre et Marie Curie), pour lesquels un recueil prospectif systématique d'informations cliniques et thérapeutiques est fait, permettant une analyse rétrospective adaptée aux objectifs de l'étude. Données recueillies systématiquement dans la base : âge, sexe, poids et Indice de Masse Corporelle, échelle d'autonomie (ADL 6), scores de fragilité et de comorbidités, pathologies

chroniques et actives, données biologiques (clairance de créatinine, CRP, albuminémie). Données recueillies pour l'étude : nombre total de médicaments et nombre de psychotrope(s), prescription de neuroleptique(s) ou de benzodiazépine (BZD) à demi-vie longue sur l'ordonnance habituelle de ville. Analyse statistique : descriptive des prescriptions présentant au moins une des AI étudiées, analyse univariée puis multivariée des caractéristiques des patients associés à la présence d'AI. **Résultats** : Ont été analysées les ordonnances ambulatoires de 892 patients (âge moyen  $86 \pm 5,6$  ans, 69% de femmes, 13,6% vivant en institution). Le nombre moyen de médicaments était de  $7 \pm 3,6$ , 130 prescriptions (14,6%) présentaient au moins une AI psychotropes : 49 (5,5%) comportaient une BZD à demi-vie longue, 76 (8,5%) comportaient plus de 3 psychotropes et 39 (4,4%) comportaient un neuroleptique malgré une démence connue (15% des ordonnances de patients déments). Les facteurs associés à ces prescriptions entrant dans les alertes iatrogéniques psychotropes sont en cours d'analyse. **Conclusion** : Les AI de la HAS relatives aux traitements psychotropes ont été retrouvées au sein de 14,6 % des prescriptions ambulatoires de 892 patients hospitalisés en gériatrie aigue. Une analyse des facteurs liés à ce type d'AI est en cours et nous permettra de mieux caractériser les patients âgés exposés à ces prescriptions potentiellement iatrogènes dans le but d'amener une démarche de prévention, essentielle dans cette population fragile.

#### O6-9

##### **Évitabilité des effets indésirables graves chez la personne âgée : analyse des données du centre régional de pharmacovigilance de Grenoble de 2005 à 2015**

M. Lepelley (1) ; P. Gibert (2) ; S. Chanoine (2) ; R. Yannick (3) ; M. Mallaret (3) ; G. Gavazzi (4)

(1) *Pharmacovigilance, Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Avenue Maquis du Grésivaudan, La Tronche, France, La Tronche*; (2) *Pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche*; (3) *Pharmacovigilance, C.H.U Grenoble Alpes, La Tronche*; (4) *Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble*

**Introduction** : Les effets indésirables médicamenteux (EIM) représentent un fardeau sanitaire et économique, en particulier chez la personne âgée de par sa vulnérabilité et ses comorbidités nécessitant une polymédication. Le risque de survenue d'EIM et d'hospitalisation liée à un EIM augmentent avec l'âge. Un à deux tiers des EIM sont prévisibles et évitables dans cette population. L'objectif de ce travail était d'identifier les caractéristiques des EIM évitables ou non chez la personne âgée. **Méthodes** : Nous avons analysé de façon rétrospective tous les cas graves d'EIM concernant les patients âgés de 75 ans et plus, notifiés au centre régional de pharmacovigilance de Grenoble entre le 01/01/2005 et le 31/12/2015. L'évitabilité des EIM a été codée à l'aide de l'échelle d'Olivier et al. **Résultats** : Au total, 966 notifications d'EIM graves ont été analysées. La moyenne d'âge était de  $82,1 \pm 5,2$  ans, 56,5% des patients étaient de sexe féminin. Parmi ces EIM, 27,7% (n=268) étaient évitables et 319 erreurs médicamenteuses sont survenues, majoritairement au cours de la prescription (68,7%) et de la dispensation de médicaments (29,9%). Les patients qui ont présenté un EIM évitable étaient significativement plus âgés que ceux qui avaient présenté un EIM non évitable. Les troubles vasculaires (hémorragies, hématomes...), rénaux (insuffisance rénale aiguë) et les anomalies de l'hémostase étaient significativement plus fréquents en cas d'EIM évitables. Les médicaments responsables des EIM évitables étaient des anti thrombotiques, des médicaments

agissant sur le système rénine-angiotensine, des analgésiques, des antigoutteux et des anti-inflammatoires. Une interaction médicamenteuse est plus fréquente en cas d'EIM évitable (21,6%), comparé aux EIM inévitables (1,9%). **Conclusion** : D'après ce travail, près d'un quart des EIM graves sont évitables chez la personne âgée, conformément à ce qui a été montré auparavant. La prescription et le suivi biologique de médicaments anti thrombotiques et du système rénine-angiotensine sont des étapes à risque qui méritent une vigilance particulière. La collaboration active entre la pharmacovigilance, la pharmacie clinique et la gériatrie permettrait de réduire la survenue d'EIM évitables.

#### O7. ONCOGÉRIATRIE

##### O7-1

##### **Mini Data Set en OncoGériatrie**

E. Paillaud (1) ; P. Caillet (1) ; T. Cudennec (2) ; F. Pamoukdjian (3); V. Fossey Diaz (4) ; E. Liuu (5) ; A. Gilles (6) ; R. Boulahssass (7); AL. Couderc (8) ; F. Retornaz (9) ; C. Mertens (10) ; L. Balardy (11) ; F. Rollot-Trad (12) ; L. De Decker (13) ; P. Soubeyran (14)

(1) *Gériatrie médecine interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil*; (2) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (3) *Médecine gériatrique, Hôpital Avicenne, Bobigny*; (4) *gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris*; (5) *Service gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers*; (6) *Service de gériatrie, Antoine Charial Hospital, Francheville*; (7) *Ucog, Hôpital de Cimiez, Nice*; (8) *Service de geriatric, Assistance Publique-hopitaux Marseille, Marseille*; (9) *Unité de coordination en oncogériatrie - unité de soins et de recherche en médecine interne, Centre Gerontologique Departemental- Hôpital Européen, Marseille*; (10) *Service de gériatrie, CHU - Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (11) *Service de gériatrie, C.H.U Toulouse - Casselardit Ancely, Toulouse*; (12) *Ucog, Hôpital Institut Curie, Paris*; (13) *Service de gériatrie, CHU de Nantes - Hôtel-Dieu, Nantes*; (14) *Oncologie médicale, Institut Bergonié, Bordeaux*

**Introduction** : L'objectif de ce travail est la définition d'un minimum de paramètres gériatriques appelé « Mini Data Set Gériatrique » permettant de décrire la population âgée atteinte d'un cancer et d'uniformiser le recueil de données gériatriques à l'inclusion dans les essais thérapeutiques. Ce travail a été réalisé à la demande de l'intergroupe DIALOG regroupant GERICO/Unicancer et UCOG/ Société Francophone d'Onco-Gériatrie. **Méthodes** : Cette évaluation gériatrique minimale doit être simple, courte, et réalisable par les cancérologues, les attachés de recherche clinique ou les infirmières lors de l'inclusion dans les essais thérapeutiques des malades âgés  $\geq 70$  ans atteints d'un cancer. Cette évaluation doit reposer sur des outils de mesure validés et reproductibles et explorer les 7 domaines gériatriques suivants : l'environnement social, le statut fonctionnel, la mobilité, le statut nutritionnel, le statut cognitif, le statut thymique et les comorbidités. La méthode utilisée pour aboutir à la définition de ce Mini Data Set Gériatrique est une méthode de consensus de type DELPHI adaptée (Elaboration de recommandations de bonne pratique » publié par la HAS en décembre 2010). Quatre groupes ont été constitués : 1) un groupe de pilote issu du groupe DIALOG, constitué de 4 oncologues, 3 gériatres, 1 épidémiologiste/méthodologiste ; ce groupe a défini le rationnel scientifique, le processus de consensus, a désigné les experts, organisé le consensus et analysé les résultats. 2) un groupe de cotation de 14 experts gériatres français formés à l'oncogériatrie, a défini la liste initiale des outils à partir des recommandations faites



par les sociétés savantes. 3) Deux groupes national et international de validation de l'outil constitués d'oncologues, de spécialistes d'organes cancérologues, de radiothérapeutes, de chirurgiens, d'infirmières, d'attachés de recherche clinique qui étudieront l'acceptabilité de l'outil. Le processus de consensus a nécessité 6 étapes : 1/ Recherche bibliographique préalable des outils de mesure disponibles par les 7 binômes d'experts gériatres ; 2/ Constitution de la liste initiale des 15[EP1] outils de mesure à utiliser lors d'une réunion plénière; 3/ Cotation individuelle (par email) de la pertinence des outils sélectionnés par chacun des 14 gériatres experts à l'aide d'une échelle analogique visuelle graduée de 1 à 9 avec 3 tours ; 4/ restitution entre chaque tour aux gériatres experts des résultats obtenus pour chaque outil de mesure de l'ensemble du groupe de cotation ; 5/ Présentation finale au groupe de pilotage des résultats des 3 tours de cotation et détermination de la liste finale des 10 outils gériatriques de mesure constituant le Mini Data Set Gériatrique.6/ Evaluation appropriation selon questionnaire de type AGREE. **Résultats** : Après 3 tours de cotation et une réunion plénière : les 10 items suivants constituant le mini data set gériatrique sont : 1. Environnement social : 2 questions : « vivez-vous seul ? » et « avez-vous une personne ou un soignant capable de vous aider ? » 2. Autonomie : activités de base de la vie quotidienne (Activities of Daily Living) (ADL) (anormale si <6/6) et 4 activités instrumentales de la vie quotidienne 4-Instrumental Activities of Daily Living (4-IADL anormale si <4/4); 3. Mobilité : Time Get Up and Go test (TGUG) (anormale si >20sec); 4. Nutrition : perte de poids non intentionnelle de >10% en 6 mois et IMC (< 21); 5. Etat cognitif : rappel des 3 mots et test de l'horloge; 6. Etat thymique : mini-Geriatric Depression Scale (Mini-GDS) (anormale si ≥ 1/4); 7. Comorbidité : updated Charlson index score. **Conclusion** : Le MiniData Set est en cours d'évaluation de son acceptabilité selon un processus appropriation auprès de deux panels d'experts national et international multidisciplinaires de cancérologues, chirurgiens, radiothérapeutes, assistants de recherche clinique et infirmières

## O7-2

### Evaluation de la qualité de vie à distance de la prise en charge initiale d'un cancer du sein chez les personnes âgées

S. Messouak (1) ; H. Bailly (2) ; F. Guinet (1) ; P. Jouanny (2)

(1) *Oncologie, Hôpital Jean Bouveri - Hôpital de Montceau les Mines, Saint-Vallier*; (2) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon*

**Introduction** : Les pathologies cancéreuses concernent majoritairement des sujets âgés, population particulièrement fragile. Les progrès de la prise en charge oncologique a permis une régression de la mortalité globale et une amélioration de du taux de survie des patients. le but de ce travail est d'analyser l'impact de la maladie cancéreuse et de ses traitements sur la qualité de vie des patientes âgées atteintes d'un cancer du sein ainsi que leur vécu à distance de la prise en charge initiale. **Méthodes** : Etude quantitative de cohorte, mono-centrique, descriptive, rétrospective et étude qualitative au sein du service d'oncologie du centre hospitalier de Montceau-les-Mines entre juin et août 2016. Les critères d'inclusion étaient : femme de plus de 65 ans atteinte d'un cancer du sein et suivie depuis au moins 1 an. Les questionnaires de qualité de vie de l'EORTC ont été soumis aux patientes, ainsi qu'une mesure de l'échelle ADL de Katz et de l'échelle de Charlson. Diverses variables médicales (date du diagnostic, extension tumorale, type de traitement et effets secondaires) et socio-démographiques (âge, aide à domicile, lieu et mode de vie) ont également été prises en

compte. Une analyse descriptive de la population étudiée, suivie d'une analyse univariée à la recherche d'associations significatives entre la qualité de vie et les différentes variables mesurées, puis d'une analyse factorielle multivariée. Pour l'étude qualitative, un entretien semi-directif a été réalisé, enregistré et intégralement retranscrit. Les verbatims ont ensuite été analysés par un logiciel d'analyse textuel, permettant de trier les idées émergentes et de les hiérarchiser. **Résultats** : 30 femmes ont été incluses dans l'étude (âge moyen de 81,3±4,9 ans). L'analyse quantitative univariée de la qualité de vie globale auto-évaluée par chaque patiente retrouvait une corrélation négative de celle-ci aux comorbidités ( $r=-0.351$  ;  $p=0.0571$ ), ainsi qu'au nombre d'heures d'aides à domicile dont bénéficiaient les patientes ( $r=-0.614$  ;  $p=0.0002$ ). En termes d'évolutivité de la maladie, le score de qualité de vie était paradoxalement meilleure chez les patientes présentant un stade T1 ( $68.7 \pm 16.8$ ) ou T4 ( $75 \pm 8.3$ ) que chez celles présentant un stade T2 ( $53.7 \pm 19.6$ ) ou T3 ( $55.6 \pm 9.6$ ). L'envahissement des ganglions lymphatiques périphériques semblait associé à une meilleure qualité de vie ( $69.3 \pm 12.4$  vs  $57.0 \pm 21.0$  ;  $p=0.0586$ ). Aucune corrélation n'a été mise en évidence entre les traitements et la qualité de vie. Les patientes ayant eu des effets secondaires neurologiques déclaraient une moins bonne qualité de vie ( $50.0 \pm 18.0$  vs  $67.7 \pm 15.9$  ;  $p=0.0185$ ). L'âge n'était pas corrélé à la qualité de vie. L'analyse multivariée permettait de mettre en évidence 2 axes majeurs : un premier axe « énergie/autonomie » (variables qualité de vie, fonctions émotionnelles, fonctions exécutives et activités sociales opposées à fatigue) ; un second axe « intégrité physique » (variable image corporelle opposée aux symptômes mammaires et brachiaux). Au cours de l'étude qualitative, l'effet secondaire le plus souvent relaté était l'alopécie ( $n=12$  ; 40%). Les éléments les plus marquants de l'histoire de la maladie étaient l'alopécie ( $n=4$  ; 13,3%) suivi par la chirurgie ( $n=3$  ; 10%). Le relativisme était la composante du vécu de la maladie apparaissant le plus souvent ( $n=12$  ; 40%). Certaines patientes ont exprimé un manque de soutien psychologique ( $n=2$  ; 6,7%), tandis que d'autres ont évoqué des traitements trop agressifs ( $n=2$  ; 6,7%). Les éléments déclarés les plus importants de leur qualité de vie étaient la capacité des patientes à effectuer des tâches ménagères ( $n=13$  ; 43,3%), leur capacité à effectuer des marches ou des sorties ( $n=12$  ; 40%) et la présence de l'entourage ( $n=10$  ; 33,3%). Les éléments ayant été les plus impactés par la prise en charge étaient la marche ( $n=13$  ; 43,3%) et les tâches ménagères ( $n=13$  ; 43,3%). **Conclusion** : Cette étude montre que la qualité de vie est possible avec une évaluation positive malgré une évolution tumorale locorégionale plus importante chez les patientes ayant survécu à une situation potentiellement fatale. La nature des traitements ne semble pas avoir d'impact significatif à long terme sur la qualité de vie, mais la survenue de neuropathies chimio-induites est significativement liée à une moins bonne qualité de vie. Les patientes accordent de l'importance à l'alopécie et à l'acte chirurgical dans le vécu de leur maladie, avec parfois un soutien psychologique insuffisant. Le maintien d'une bonne autonomie est important pour assurer une meilleure qualité de vie. Ces résultats nous amènent à réévaluer nos pratiques afin de garantir une meilleure qualité de vie à nos patientes. Il convient en particulier de lutter contre la survenue de neuropathies chimio-induites et la perte d'autonomie.

**O7-3****Peut-on prédire la morbidité et la mortalité postopératoire en situation d'urgence dans le cancer du côlon en occlusion ? Etude de la fiabilité d'un calculateur de risque numérique validé**

M. Collard (1) ; D. Moszkowicz (1) ; T. Cudennec (2) ; AC. Clause (1) ; T. Poghosyan (1) ; K. Vychnevskaja (2) ; R. Malafosse (2) ; F. Peschaud (2)

(1) *Chirurgie digestive, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (2) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*

**Introduction :** Le calculateur numérique de risque chirurgical validé par l'American College of Surgeon (ACS Risk Calculator, SRC), gratuitement accessible en ligne, estime la morbidité postopératoire à partir de données cliniques préopératoires. L'objectif était d'évaluer la fiabilité de ce calculateur chez les patients pris en charge en urgence pour cancer du côlon en occlusion. **Méthodes :** Analyse rétrospective de la morbidité réelle observée chez les patients opérés. Calcul de la morbidité théorique estimée par le SRC et comparaison des morbidités observées et prédites à l'aide du score de fiabilité de Brier (SB). Un SB à 0 représente le modèle prédictif parfait et un SB à 1 le plus mauvais modèle possible. Les facteurs de risque de morbidité postopératoire étaient analysés par modèle de régression logistique. **Résultats :** 69 patients de 75 ans (41-93), ont été opérés en urgence de juin 2001 à août 2015. La tumeur siégeait principalement dans le sigmoïde dans 32 cas (46%) et le colon droit dans 17 cas (25%). Dix-neuf patients ont eu une colectomie droite avec anastomose (28%), 15 une colostomie iliaque de proche amont (22%) et 13 une colectomie subtotalaire avec anastomose (18%), notamment. La tumeur était N+ dans 49 cas (73%). Le score de Brier du SRC était significatif pour la mortalité (9,8% prédite contre 8,7% observée, SB=0,058), la morbidité toutes causes (33,4% contre 40,6%, SB=0,209) et les complications chirurgicales graves (25,5% contre 17,4%, SB=0,131). En analyse multivariée, le SRC était un facteur de risque indépendant de mortalité ( $p=0,02$  OR=1,07[1,02-1,15]) et de morbidité postopératoires ( $p<0,001$  OR=1,16[1,08-1,28]). La perforation colique était un facteur de risque de complication chirurgicale grave ( $p=0,02$  OR=7,7[1,3-51,7]). **Conclusion :** Le SRC est un outil fiable pour évaluer la morbidité chirurgicale du cancer du côlon en occlusion et pourrait permettre d'adapter le geste chirurgical en fonction des risques prédits.

**O7-4****La dénutrition et les comorbidités sont des facteurs prédictifs de mortalité précoce en oncogériatrie**

A. Jamet (1) ; T. Fauchier (2) ; M. Paccalin (1) ; S. Samsou (3) ; P. Bouchaert (4) ; V. Migeot (2) ; JM. Tourani (4) ; S. Valero (1) ; E. Liuu (1)

(1) *Pôle de gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers*; (2) *Pôle biologie, pharmacie et santé publique, CHU de Poitiers, Poitiers*; (3) *Gériatrie, CH Girac, Angoulême*; (4) *Pôle régional de cancérologie, CHU de Poitiers, Poitiers*

**Introduction :** Il existe peu de données concernant le pronostic des patients âgés atteints de cancer. L'évaluation de ces facteurs pronostiques permettrait d'adapter leur prise en charge oncologique et d'améliorer leur qualité de vie. Nous avons donc cherché à identifier les facteurs prédictifs de mortalité précoce en oncogériatrie. **Méthodes :** Les patients âgés de 75 ans et plus atteints de tumeurs solides ou d'hémopathies malignes et évalués en consultations

d'oncogériatrie ont été inclus prospectivement et consécutivement dans la cohorte ANCRAGE. L'évaluation gériatrique standardisée comprenait des données socio-démographiques, ainsi que l'évaluation de l'autonomie, de l'état cognitif (Mini-Mental Status Evaluation, MMSE), de la nutrition (Mini-Nutritional Assessment, MNA), de la dépression, du risque de chutes et des comorbidités (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics [CIRS-G] score). Pour les analyses multivariées, une régression logistique a été utilisée à trois mois, et un modèle de Cox à six et douze mois. Les analyses de sensibilité ont été effectuées en utilisant l'imputation multiple et l'hypothèse du biais maximum. **Résultats :** 824 patients (âge moyen, 81,8 ans; 48% d'hommes) ont été inclus; 28% avaient un cancer métastatique. Le taux de mortalité était de 13%, 22% et 37% à trois, six et douze mois. A trois mois, un score MNA <17 (odds ratio [OR], 8,16, 95% intervalle de confiance [CI], 3,47-19,20), un score CIRS-G >8 (OR, 2,66, 95% CI, 1,32-5,33), et la présence de métastases (OR, 2,20, 95% CI, 1,27-3,81) étaient prédictifs de mortalité ( $p<0,01$ ). Un taux élevé d'albumine sérique apparaissait comme facteur protecteur (OR, 0,90; 95% CI, 0,85-0,94  $p<0,01$ ). Durant le suivi, la dénutrition apparaissait comme facteur prédictif de mortalité. Un MMSE <24/30 était spécifiquement associé à la mortalité à douze mois ( $p<0,01$ ). **Conclusion :** Une évaluation gériatrique globale mais personnalisée pourrait améliorer les stratégies de traitement à court terme et la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer.

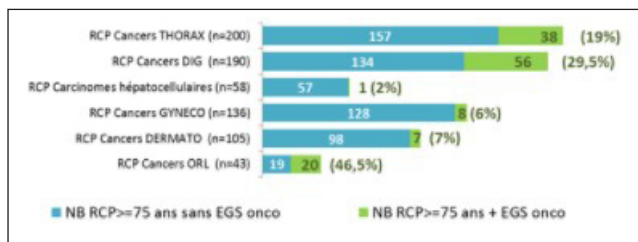
**O7-5****Analyse de l'activité oncogériatrique de l'Hôpital Saint Joseph Marseille en 2016 : vers une organisation oncogériatrique transversale**

S. Tournier Louvel (1)

(1) *Equipe mobile & hôpital de jour Gériatrie, Hôpital Saint Joseph, Marseille*

**Introduction :** Avec le nombre croissant de patients âgés porteurs d'un cancer, la prise en charge oncogériatrique est aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique. L'activité gériatrique de l'Hôpital Saint Joseph de Marseille s'organise autour de trois axes : une équipe mobile (EMG), des consultations et un hôpital de jour. L'objectif de cette étude est d'analyser l'activité oncogériatrique pour l'année 2016 afin d'optimiser la prise en charge des patients et de mettre en place une organisation adaptée. **Méthodes :** Etude rétrospective sur tous les dossiers consécutifs de patients présentant un cancer et évalués du 01/01 au 31/12/2016 dans le cadre d'une EMG ou d'une consultation externe. L'analyse a porté notamment sur la comparaison du nombre d'évaluations et de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en oncologie, ainsi que sur les avis et recommandations gériatriques. **Résultats :** En 2016, 165 patients (86 femmes et 79 hommes), âgés de 70 à 97 ans (âge moyen 84.1+/- 5.5) ont été évalués lors de 186 interventions (144 EGS et 42 consultations). En 2016, l'activité oncogériatrique représente seulement 14.5% de l'activité oncologique totale (évaluée en nombre de RCP). L'avis des gériatres a été sollicité dans 46.5% des RCP ORL, 29.5% des RCP digestives -hors carcinomes hépatocellulaires (CHC), 19% des RCP pneumologiques et moins de 7% des RCP pour les autres cancers : gynécologiques, dermatologiques et CHC (figure). Figure : Répartition 2016 de l'activité oncogériatrique (nb EGS onco) vs activité oncologique totale (nb RCP) par types de cancer chez les patients de plus de 75 ans : Seulement 16.5% des avis gérontologiques étaient «conformes» aux RCP et 37.9% «conforme sous réserve». En moyenne 4.1+/-1.1 recommandations/

patient ont été proposées: actes de nutrition (91.4%); kinésithérapie (89.9%), examens complémentaires (81.3%), prise en charge sociale (73.4%), douleur (41.7%) et dépression (33.1%). **Conclusion :** L'avis et les recommandations gériatriques apportent un véritable complément à la RCP. Trop peu d'oncologues font appel à un gériatre et une réelle sensibilisation doit être menée auprès des spécialistes d'organes et des médecins, afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées cancéreuses. Face à une augmentation prévisible des demandes, il nous a semblé nécessaire, à effectif humain constant, d'établir une véritable stratégie oncogériatrique transversale avec proposition d'un organigramme d'action.



### O7-6

#### Enquête sur l'onco-gériatrie auprès des professionnels de santé d'EHPAD en Pays de la Loire

M. Le Rhun (1) ; AS. Boureau (1) ; G. Chapelet (1) ; M. Mathieu (1) ; L. De Decker (1) ; A. Rouaud (1)

(1) Pôle de gérontologie clinique, CHU de Nantes, Nantes

**Introduction :** L'incidence du cancer augmente avec l'âge. Chez la personne âgée, le cancer est la deuxième cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires. L'onco-gériatrie est une discipline née de ce constat. Elle permet la collaboration entre spécialistes du cancer et gériatres pour garantir une prise en charge personnalisée à tout patient âgé atteint de cancer. Les personnes âgées les plus dépendantes sont fréquemment accueillies en EHPAD où l'accompagnement médico-social est plus intense qu'à domicile. Paradoxalement, les données concernant les personnes âgées atteintes de cancer en EHPAD sont peu nombreuses. Elles montrent une prévalence du cancer en EHPAD inférieure aux personnes âgées de la même classe d'âge vivant à domicile. Cet écart pourrait être le fait d'une méconnaissance de l'onco-gériatrie par les professionnels de santé d'EHPAD. Cependant, les progrès thérapeutiques en cancérologie et notamment le développement des anti-cancéreux par voie orale vont donner un rôle primordial aux professionnels de santé d'EHPAD. Le but de notre étude est d'évaluer les connaissances et les pratiques en onco-gériatrie des professionnels de santé d'EHPAD en Pays de la Loire puis de les sensibiliser à cette filière. **Méthodes :** En partenariat avec l'UCOG Pays de la Loire, l'OMEDIT et l'Observatoire du cancer en Bretagne et Pays de la Loire, nous avons réalisé une enquête épidémiologique analytique, prospective et multicentrique d'avril à juin 2017. Elle était basée sur l'envoi de questionnaires à destination des professionnels de santé exerçant en EHPAD sur l'ensemble des Pays de la Loire. Trois questionnaires ont été diffusés : le premier questionnaire était destiné aux médecins coordonnateurs, le deuxième aux IDE (coordinatrices ou non) et le troisième aux aides-soignants, aux assistants de soins en gérontologie et aux assistants médico-psychologiques. Les questionnaires étaient accompagnés d'une présentation de l'UCOG Pays de la Loire et de l'Observatoire du cancer, d'un questionnaire G8 dépistant les patients à orienter vers une évaluation gériatrique approfondie et de fiches informatives sur la chimiothérapie orale. Le

retour se faisait par courrier ou par fax à l'adresse de l'UCOG. Une analyse descriptive a été réalisée par type de professionnels et par territoire. **Résultats :** Nous avons inclus les 590 EHPAD des Pays de la Loire. Les résultats sont en attente. La clôture des réponses est fixée au 30 juin 2017. **Conclusion :** En attente.

### O7-7

#### Performance diagnostique de la vitesse de marche, du score G8 et du score G8 modifié pour dépister la vulnérabilité chez les patients âgés atteints de cancer: Résultats de l'étude de cohorte prospective PF-EC

F. Pamoukdjian (1) ; F. Canoui-Poitrine (2) ; C. Longelin (1) ; T. Aparicio (3) ; N. Ganne (4) ; P. Wind (5) ; C. Martinez (6) ; E. Audureau (2) ; G. Sebbane (1) ; L. Zelek (7) ; E. Paillaud (8)

(1) Médecine gériatrique, Hôpital Avicenne, Bobigny; (2) Santé publique, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (3) Gastroentérologie, Hôpital Avicenne, Bobigny; (4) Hépatologie, Hôpital Jean Verdier, Bondy; (5) Chirurgie viscérale, Hôpital Avicenne, Bobigny; (6) Santé Publique, Equipe CEPIA (Clinical Epidemiology and Ageing)-Hôpital Henri-Mondor, Créteil; (7) Oncologie médicale, Hôpital Avicenne, Bobigny; (8) Gériatrie médecine interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil

**Introduction :** Les performances diagnostiques des tests de dépistage de la vulnérabilité chez les patients âgés et atteints de cancer, varient largement selon les définitions de la vulnérabilité, les études et les types de cancer concernés. Parmi ces tests, le score G8 semble le plus prometteur avec une sensibilité de 80% et une spécificité de 60% et est actuellement recommandé par l'INCa. Récemment, le score G8 a été optimisé (score G8 modifié) en réduisant le nombre d'items à 6 et avec de meilleures performances diagnostiques (sensibilité: 89,2%, spécificité: 79%). Dans une revue récente de la littérature, nous avons suggéré la mesure de la vitesse de marche (VM) comme outil de dépistage de la vulnérabilité en onco-gériatrie au seuil < 1 m/s en raison de sa simplicité, son objectivité, sa fiabilité et sa reproductibilité. Néanmoins, à ce jour aucune étude n'a évalué cet outil dans cette indication. Le but de notre étude était d'évaluer les performances diagnostiques de la VM pour dépister la vulnérabilité en onco-gériatrie et de les comparer au score G8 et G8 modifié. **Méthodes :** Les patients étaient recrutés à partir de l'étude de cohorte prospective PF-EC (Physical Frailty in Elderly Cancer patients) débutée en novembre 2013 au sein des Hôpitaux Universitaires de Paris Seine Saint Denis (Ile de France). Le consentement éclairé des patients était obtenu avant inclusion. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique locale de l'hôpital Avicenne. Tous les patients ambulatoires âgés de 65 ans et plus, atteints d'un cancer prouvé histologiquement et adressés pour Evaluation Gériatrique Approfondie (EGA) avant décision thérapeutique étaient consécutivement inclus dans cette étude jusqu'en avril 2016. La vulnérabilité était définie par l'altération d'au moins un des 6 domaines de l'EGA (comorbidités: CIRSG, Dépendance: ADL et IADL, Nutrition: IMC et albuminémie, Mobilité: SPPB, Thymie: mini-GDS et cognition: MMSE). La VM, le G8 et le G8 modifiés étaient évalués lors de la première consultation d'onco-gériatrie. Sensibilité, spécificité, valeurs prédictives positives et négatives et rapports de vraisemblance positifs et négatifs étaient évalués pour chacun des 3 tests. La précision des 3 tests était évaluée par l'aire sous la courbe (ASC). **Résultats :** Parmi les 269 patients inclus (âge moyen: 81,3 +/- 5,9 ans, 55% étaient des femmes, 94,4% de cancers solides, 39,4% de cancers métastatiques), 252 (93,7%) étaient considérés vulnérables.

Au seuil VM < 1 m/s, la sensibilité était de 79.4% (IC95%, 73.8-84.2), spécificité de 64.7% (38.3-85.8), et ASC de 82.0 (74.0-90.0). Les valeurs correspondantes pour le G8 ≤ 14/17 étaient de 90.1% (85.7-93.5), 35.3% (14.2-61.7), et 79.0 (70.0-88.0) et pour le G8 modifié ≥ 6/35 de 89.3% (84.8-92.8), 64.7% (38.3-85.8), et 84.0 (74.0-92.0). Les performances diagnostiques pour la VM étaient robustes à l'analyse de sensibilité en excluant la VM incluse dans le score SPPB, en variant la définition de la vulnérabilité (c.à.d. au moins deux altérations gériatriques) et en réalisant une analyse par sous groupe de types (sein, colorectal, poumon) et d'extension des cancers (localisés et métastatiques). **Conclusion :** La VM < 1 m/s avec une seule mesure réalisée par n'importe quel soignant pourrait être utilisée comme nouveau test de dépistage de la vulnérabilité chez les patients âgés cancéreux afin de les orienter vers une EGA en onco-gériatrie. Une validation externe est nécessaire afin de confirmer ces résultats. La première validation externe du score G8 modifié était très satisfaisante.

### O7-8

#### La survie paradoxale liée à l'obésité chez les patients âgés atteints de cancer: Résultats de l'étude de cohorte prospective PF-EC

F. Pamoukdjian (1) ; T. Aparicio (2) ; B. Duchemann (3) ; V. Lévy (4) ; P. Wind (5) ; N. Ganne (6) ; G. Sebbane (1) ; L. Zelek (3) ; E. Paillaud (7)

(1) *Médecine gériatrique, Hôpital Avicenne, Bobigny;* (2) *Gastroentérologie, Hôpital Avicenne, Bobigny;* (3) *Oncologie médicale, Hôpital Avicenne, Bobigny;* (4) *Urc/crc, Hôpital Avicenne, Bobigny;* (5) *Chirurgie viscérale, Hôpital Avicenne, Bobigny;* (6) *Hépatologie, Hôpital Jean Verdier, Bondy;* (7) *Gériatrie médecine interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil*

**Introduction :** L'obésité définie par l'indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m<sup>2</sup> est un problème de santé publique mondial. Alors que l'obésité est un facteur de risque de mortalité connue chez les moins de 50 ans, des études récentes ont démontré que cette association disparaissait après 65 ans et qui est dénommée: survie paradoxale liée à l'obésité. De plus, l'obésité est un facteur de risque de cancer (sein, colon, utérus et leucémie en particulier). Ce paradoxe a été aussi observé spécifiquement en cancérologie mais à notre connaissance non démontré en population onco-gériatrique. Le but de notre étude était 1/ d'évaluer la survie paradoxale liée à l'obésité chez les patients âgés atteints de cancer durant les six premiers mois de suivi onco-gériatrique après une Evaluation Gériatrique Approfondie (EGA) et 2/ évaluer les caractéristiques associées au phénotype obèse. **Méthodes :** Les patients étaient recrutés à partir de l'étude de cohorte prospective PF-EC (Physical Frailty in Elderly Cancer patients) débutée en novembre 2013 au sein des Hôpitaux Universitaires de Paris Seine Saint Denis (Ile de France). Le consentement éclairé des patients était obtenu avant inclusion. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique locale de l'hôpital Avicenne. Tous les patients ambulatoires âgés de 65 ans et plus, atteints d'un cancer prouvé histologiquement et adressés pour EGA avant décision thérapeutique étaient consécutivement inclus dans cette étude jusqu'en septembre 2016. Une analyse par modèle de Cox uni et multivarié était réalisée chez les non survivants à 6 mois de suivi, incluant les variables gériatriques de l'EGA, les variables oncologiques (site, extension tumorale et modalités thérapeutiques) et la c-réactive protéine (CRP). Trois modèles étaient créés pour ajuster les quatre catégories de poids selon l'IMC (dénutrition: IMC < 21kg/m<sup>2</sup>, poids normal: 21 <

IMC < 24,9, surcharge pondérale: 25 < IMC < 29,9 et obésité: IMC ≥ 30) au sexe et variables gériatriques (modèle 1), aux variables oncologiques (modèle 2) et à la CRP (modèle 3). **Résultats :** 433 patients ambulatoires d'âge moyen de 81,2 +/- 6 ans (51% de femmes) étaient inclus. 86 (20%) étaient obèses à l'inclusion. Les localisations tumorales les plus fréquentes étaient: colorectales (19%), sein (18%), pulmonaires (14,5%), hépatiques (14%), pancréas et voies biliaires (6,5%), gynécologiques hors seins (6%), oesophage/estomac (5%), hématologiques (5%), urologiques (4,8%) et autres (6,6%). 73 (17%) décédaient durant les six premiers mois de suivi. L'obésité était significativement, inversement et indépendamment (âge, sexe, MMSE, maladie localisée, traitement palliatif et CRP) associée à la mortalité globale après stratification aux sites cancéreux (HR: 0,22 [0,05-0,87], P=0,03). Cette association était renforcée après ajustement à la vitesse de marche au seuil > 0,8 m/s (P=0,02). Le cancer du sein et les comorbidités (CIRSG total) étaient les seules variables significatives et indépendantes associées au phénotype obèse (respectivement, OR: 2,31 [1,20-4,42], P=0,01; OR: 1,17 [1,09-1,26], P<0,0001). Ces variables n'étaient pas associées à la mortalité globale à 6 mois. **Conclusion :** Notre étude confirme la survie paradoxale liée à l'obésité chez les patients âgés atteints de cancer. Ce paradoxe semble étroitement lié au phénotype de l'obésité métaboliquement saine (par opposition au phénotype de l'obésité métaboliquement pathologique) décrit dans la littérature qui expose à une meilleure survie des personnes âgées. La mesure de la vitesse de marche au seuil de 0,8 m/s pourrait être utile pour repérer les patients âgés obèses atteints de cancer ayant un phénotype associé à une meilleure survie globale que les autres catégories de poids (dénutrition, poids normal et surcharge pondérale).

### O7-9

#### Fardeau des aidants chez les patients âgés atteints de cancer ou de démence

J. Massias (1) ; N. Oubaya (2) ; E. Audureau (2) ; S. Herbaud (1) ; MA. Cariot (1) ; E. Alonso (1) ; F. Canoui-Poitrine (3) ; E. Paillaud (4) ; M. Laurent (1)

(1) *Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri Mondor, Créteil;* (2) *Santé publique upec, dhu a-tvb, imrb, ea 7376 cepia (clinical epidemiology and ageing unit), Hôpital Henri Mondor, Créteil;* (3) *Santé publique, ea 7376 cepia, Hôpital Henri Mondor, Créteil;* (4) *Gériatrie médecine interne, ea 7376 cepia, Hôpital Henri Mondor, Créteil*

**Introduction :** Le fardeau de l'aidant doit être pris en compte dans les maladies chroniques telles que le cancer ou la démence. Le fardeau subjectif ressenti par l'aidant principal et les facteurs associés à ce fardeau sont moins connus chez les patients atteints d'un cancer que chez ceux atteints d'une démence. **Objectifs :** Evaluer le niveau du fardeau de l'aidant par l'échelle de Zarit chez des patients âgés atteints de cancer ou de démence et identifier les facteurs associés à une augmentation de ce fardeau. **Méthodes :** Une étude observationnelle transversale descriptive a été réalisée chez des patients âgés d'au moins 70 ans vivant à domicile et reçus en consultation au sein de l'hôpital Albert Chenevier, à Créteil entre le 01/11/2013 et le 01/06/2016. Compte tenu d'une différence d'effectif importante entre le nombre de patients reçus en consultation d'oncogériatrie par rapport aux patients reçus en consultations mémoire, les 52 patients avec un cancer (groupe 1) ont été appariés sur l'âge et le sexe avec 100 patients ayant une démence (groupe 2). Les caractéristiques des patients recueillies à l'inclusion étaient des données socio-démographiques, les

comorbidités évaluées par le score de Charlson et le Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics, les traitements, le niveau d'autonomie évalué par l'ADL (Activity of Daily Living) et l'IADL (Instrumental Activity of Daily Living), le statut cognitif évalué par le MMSE (Mini Mental State Examination), l'état nutritionnel ainsi que le type de cancer ou de démence selon les groupes. Les caractéristiques des aidants recueillies à l'inclusion étaient le sexe, le lien de parenté avec le patient et la présence ou non d'un entourage autour de l'aidant. Une régression linéaire multivariée et un modèle mixte ont été utilisés afin d'évaluer les facteurs associés à une augmentation du score du fardeau. **Résultats :** 152 patients ont été inclus sans différence socio-démographique entre les patients : âge médian de 81,9 ans  $\pm$  7,8 (groupe 1) et 82,2 ans  $\pm$  5,8 (groupe 2) avec 81 % de femmes dans les deux groupes. Les patients avaient une autonomie conservée (ADL=6/6) dans 54% des cas dans le groupe 1 et 33% dans le groupe 2 ( $p=0,12$ ). Dans le groupe 1, 75% des patients avaient un cancer d'origine gynécologique, le cancer était métastatique dans 28% des cas. Dans le groupe 2, le MMSE médian était de 18 (IQR[11-23]), la démence était sévère (MMSE < 10) chez 17% des patients. Dans les deux groupes, l'aidant était principalement de sexe féminin (65% dans le groupe 1 et 69% dans le groupe 2 ( $p=0,61$ )) et il s'agissait de la fille pour 64% patients

du groupe 1 et 69% du groupe 2( $p=0,74$ ). La médiane du score de Zarit était moins élevée dans le groupe 1 (14, IQR[7-25]) que dans le groupe 2 (26, IQR[16-43]), ( $p<0,00001$ ). En analyse multivariée, les facteurs associés à une augmentation du fardeau étaient la sévérité de la maladie : dans le groupe 1 (augmentation du fardeau de 7 points pour le statut métastatique par rapport au statut non métastatique,  $p=0,06$ ) et le MMSE < 10 dans le groupe 2 (augmentation du fardeau de 15 points par rapport au MMS  $\geq$  10,  $p=0,006$ ). Les facteurs associés à une diminution du fardeau étaient une autonomie conservée : (baisse du fardeau de 8 points pour ADL = 6 contrairement à ADL < 6( $p=0,04$ )) pour le groupe 1 et (baisse du fardeau de 7 points ( $p= 0,06$ )) pour le groupe 2. **Conclusion :** Le fardeau ressenti par les aidants principaux était plus élevé chez les aidants de patients atteints d'une démence que chez ceux atteints d'un cancer avec des facteurs associés à ce fardeau semblables dans les deux groupes. Des études d'intervention sont nécessaires pour évaluer l'impact du soutien apporté aux aidants de patients sur leur qualité de vie et leur fardeau perçu. Ceci dans le but d'identifier les aidants les plus à risque d'épuisement, pour améliorer leur prise en charge ainsi que celle du patient qu'ils soutiennent, mais aussi pour adapter les interventions sur ces aidants.

# Sessions

## DESC-1

### Variables prédictives d'une bonne observance des recommandations suite à une consultation pluridisciplinaire de la chute (CPDLC)

M. Pambet (1) ; M. Monseu (1) ; H. Terki (1) ; M. Coulangeat (1) ; R. Galy (1) ; N. Ballouche (1) ; M. Fleury (1) ; M. Dramé (2) ; JB. Gauvain (1)

(1) *Court séjour gériatrie, Nouvel Hôpital d'Orléans NHO, Orléans*; (2) *Unité d'aide méthodologique, CHU, Reims*

**Introduction :** L'évaluation individuelle, multidisciplinaire de la CPDLC, permet de repérer les facteurs de risque (FDR) propres à la personne âgée (PA) et de proposer des recommandations visant à corriger des FDR modifiables. Les programmes de prévention multifactoriels réduisent le risque de chute du domicile (mais pas le nombre de chuteurs), sous réserve que les FDR soient corrigés. Les données concernant le taux de suivi des recommandations sont rares, mieux les connaître pourrait permettre de cibler des indicateurs valorisant la mise en route du suivi au long cours.

**Méthodes :** Etude monocentrique descriptive, recueil de données à T0, suivi des variables à 6 mois. 111 sujets ont été adressés de façon consécutive à la CPDLC entre déc 2013 et juin 2016 et ont bénéficié d'une Evaluation Gériatrique Standardisée avec proposition d'un revu systématique à 6 mois. Le taux d'adhésion aux préconisations faites au moment de l'expertise pluridisciplinaire a été défini comme le rapport entre le nombre de recommandation suivie à 6 mois sur le nombre recommandation préconisées à T0. Chaque PA était son propre témoin, deux groupes ont été constitués : G1 pour les PA ayant un taux de suivi  $\geq 60\%$ , G2 pour les autres. L'analyse univariée entre G1 et G2 a porté sur les facteurs de risque classiques de la chute de l'évaluation gériatrique standardisée. L'analyse multivariée a cherché à repérer les variables significatives pouvant être prédictives d'un profil d'un « taux de suivi des recommandations  $\geq 60\%$  » au revu à 6 mois après expertise (analyse avec rééchantillonnage et après ajustements sur les différentes variables). **Résultats :** Le nombre de chutes a diminué au cours des 6 mois de suivi (4,3 +/- 1,3 à T0, 0,73 +/- 1,3 vs à T6  $p=0,003$ ). Au suivi à 6 mois, une PA est décédée, 86 ont été revues (77,5 %). Le nombre de recommandations préconisées à T0 était de 5,07 +/- 1,53 [2-10] tandis qu'à T6 le nombre de recommandations suivies était de 2,7 +/- 1,55 [0-7] ( $p = 10^{-3}$ ). Les recommandations concernaient la thérapie (81,6%), la prescription de bas à varices (17,2 %), la rééducation (85,1 %), les soins de podologie (25,3 %), les aides techniques à la marche (19,5 %), les modifications nutritionnelles (48,3 %) ou de l'environnement (52,9 %) avec 20,7 % de mise en place d'aides à domicile. Le taux d'adhésion global aux recommandations a été de 56,17 +/- 26,58 % (78,95 % chez les bons suiveurs à  $\geq 60\%$ , 34,92 chez les autres –  $p = 10^{-3}$ ). Pour un taux de suivi  $\geq 60\%$  le nombre moyen de recommandations était de 4,74 +/- 1,57, pour un taux  $\leq 40\%$  il était de 5,48 +/- 1,59, 4,95 +/- 1,67 entre 40 et 60 % ( $p = 0,05$ ). Après analyse multivariée, les variables indépendantes significatives ( $p < 0,0001$ ) d'un taux de suivi à 60 % sont : patient en prévention secondaire OR 95% 8,8 [8,1-9,6], ne plus vivre à son domicile OR 95 % 6,6 [5,8-7,3], avoir plus de 3 médicaments OR 6,1 [5,8-6,3], être dépourvu d'aide au domicile OR 95% 5,0 [2,0-55,2], être capable de se relever du sol OR 95%

3,1 [2,9-3,4] et avoir un nombre de syndromes gériatriques  $> 3$  OR 95 % 1,7 [1,5-2,0]. **Conclusion :** Dans les limites de cette étude, il devrait être possible d'améliorer le suivi des recommandations, notamment chez les chuteurs en prévention secondaire ou vivant hors du domicile. Il paraît important d'en limiter le nombre et donc de les hiérarchiser, avec une attention particulière à apporter aux chuteurs ayant  $>$  de 3 médicaments, à ceux qui sont dépourvus d'aides ou qui sont encore capables de se relever du sol.

## DESC-2

### Précarité et santé cognitive dans la cohorte SHARE

LM. Harlé (1) ; N. Briant (2) ; R. Sibille (3) ; ME. Joël (3) ; M. Pino (4) ; AS. Rigaud (5) ; M. Plichart (6)

(1) *Ea 4468, living lab lusage, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris-Cité, Paris*; (2) *Leda-legos, Université Paris Dauphine, Paris*; (3) *LEDA-LEGOS, Université Paris-Dauphine, Paris*; (4) *Géront'if, Gérontopôle d'Ile-de-France, Paris*; (5) *Gériatrie, Hôpital Broca, université Paris Descartes, Paris*; (6) *Gériatrie, Hôpital Broca, Paris*

**Introduction :** La précarité peut être définie par ses différentes dimensions : économiques (aspects matériels), sociales (insertion sociale, niveau d'études) et sociétales (inclusion sociétale, solitude ressentie). Au sein de la population vieillissante, la santé et plus particulièrement le fonctionnement cognitif peuvent être associés à la précarité dans son ensemble et à ses différentes dimensions. Notre objectif était de décrire la précarité et son association au fonctionnement cognitif parmi les sujets participant à la cohorte SHARE (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). **Méthodes :** SHARE est une cohorte européenne (20 pays) ayant pour objectif de caractériser et de suivre la population vieillissante âgée de plus de 50 ans, sur les plans économique, social, sanitaire et psychologique. Les données de N=40967 participants de la 5ème vague (années 2012-2013) de la cohorte ont été analysées. Les variables sélectionnées ont été analysées par concept auxquelles elles se rapportent : pour la précarité matérielle, les variables liées à la consommation (ex : économies sur les dépenses courantes, économies sur les soins dentaires) ; pour la précarité sociale, les variables liées au lieu de vie (ex : accès au supermarché, vandalisme dans le quartier) ; pour la précarité sociétale, les variables liées à la solitude ressentie (ex : exclusion) ; pour la santé cognitive, les variables évaluant la mémoire, les fonctions instrumentales (le langage et le calcul) et les fonctions exécutives (résolution d'un problème). Après description de la population et des variables, les 3 concepts se rapportant à la précarité ont fait l'objet d'analyses multidimensionnelles exploratoires avec analyses factorielles et évaluations du coefficient alpha de Cronbach. Une ou deux variables ont été retenues pour chaque concept étudié. Un score composite, appelé score de dépistage cognitif, résultant de la somme des 5 variables cognitives a été créé. La corrélation entre la santé cognitive et la précarité a été évaluée par une analyse en composante principale focalisée (FPCA) sur le score de santé cognitive, en prenant chaque variable retenue pour les trois concepts évaluant la précarité. **Résultats :** Au total, 20 variables ont été réparties et analysées pour les trois concepts de précarité. Quatre variables évaluant la précarité ont été retenues pour la FPCA. Toutes

étaient corrélées significativement au score de dépistage cognitif. **Conclusion :** La précarité et la santé cognitive sont corrélées significativement. Ceux sont des concepts pluridimensionnels. Leur relation fait entrer en jeu d'autres concepts liés à la santé physique, la santé psychiatrique et la dépendance. L'approche pluridisciplinaire de la cohorte permet d'aborder tous ces concepts dans leur ensemble. Un modèle structural pourra permettre de préciser ces relations.

Concept évalué (Nb de variables étudiées ; coeff de Cronbach)	Dimensions de l'analyse factorielle	Variables retenues pour la fcpa (coeff de corrélation * p<0.05)
Précarité matérielle (8 ; 0.82)	1. Dépenses incompressibles 2. Dépenses inattendues	1. Evaluation subjective des ressources (0.2*)
Précarité sociale (8 ; 0.73)	1. Accessibilité 2. Sécurité-bien être	1. Accès aux commerces (0.2*) 2. Intégration ressentie dans le quartier (0.1*)
Précarité sociétale (4 ; 0.77)	1. Isolement	1. Solitude ressentie (0.2*)
Santé cognitive (5)		Score de dépistage cognitif (1)

### DESC-3

#### Evaluation d'un projet d'Enseignement de l'examen clinique de la personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs

I. Hernandez (1) ; M. Piccoli (2) ; S. Chauvelier (2) ; A. Cohen (2) ; J. Coulon (2) ; O. Hanon (1) ; AS. Rigaud (3) ; E. Duron (4)  
(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) Service du professeur Hanon et Rigaud, APHP, université Paris Descartes, Hôpital Broca, Paris

**Introduction :** Le vieillissement de la population a pour conséquence une augmentation croissante du nombre de personnes âgées polyathologiques atteintes de troubles neurocognitifs . Il apparaît primordial de former les étudiants en médecine aux particularités de l'examen clinique de cette population. Il n'existe pas d'enseignement spécifique au cours du Diplôme de Formation Générale ou Approfondie des Sciences Médicales (DFGSM ou DFASM). **Objectif:** L'objectif de cette étude est d'évaluer un enseignement de l'examen clinique de la personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs. **Méthodes :** Grâce à la participation d'une équipe multidisciplinaire, sur le modèle de l'Examen clinique objectif structuré (ECOS), nous avons élaboré une séance de formation comportant un jeu de rôle, où un étudiant volontaire tenait le rôle du médecin, et devait interroger, examiner et gérer la famille d'un patient atteint de troubles cognitifs aux urgences. Selon des critères retenus, en nous appuyant sur l'EGS , la VERA framework et l'Etiquette based medecine, nous avons déterminé une grille d'évaluation de l'étudiant par ses pairs. Ainsi, l'étudiant devait jouer le rôle et était évalué une première fois par les autres

étudiants. Puis, les deux scenarii pédagogiques étaient joués par des membres de notre équipe (un des scenario mettait en exergue les erreurs à ne pas commettre, l'autre représentait un déroulement exemplaire). Enfin, l'étudiant devait rejouer le jeu de rôle et était une nouvellement fois évalué. Nous avons évalué l'efficacité de l'enseignement en comparant les grilles d'évaluation de l'étudiant avant et après notre intervention. Nous avons également évalué l'appréciation de l'enseignement selon une grille de satisfaction comportant 4 questions distribuée à la fin de la séance. **Résultats:** Après avoir testé notre enseignement auprès d'étudiants de DFASM2 en stage dans le service de gériatrie à l'hôpital Broca, nous avons pu l'évaluer auprès de 21 étudiants de DFGSM3 de la faculté de médecine Paris Descartes au sein d'un enseignement dirigé intégré au module optionnel « Médecine et société » de la faculté. Au total, 20 évaluations de l'étudiant volontaire et 21 évaluations de l'enseignement ont été étudiées. Les moyennes obtenues par l'étudiant avant et après intervention de notre équipe multidisciplinaire d'enseignants étaient respectivement de 17.90/40 ( $\pm 7.86$ ) et 27.82/40 ( $\pm 8.38$ ) soit un taux d'amélioration de 60.06 % ( $\pm 2.74$ ). L'enseignement a été apprécié des étudiants que ce soit sur le format et la durée puisque la moyenne d'appréciation par les étudiants selon notre grille d'évaluation était de 36.46/40 ( $\pm 2.74$ ). Tous les étudiants ont estimé que cet enseignement changera leur pratique future. **Conclusion :** Nous avons élaboré une formation innovante efficace et appréciée par les étudiants, de l'examen clinique du sujet âgé atteint de troubles neurocognitifs pour les étudiants en médecine. Nos résultats sont limités par le faible nombre d'étudiants ayant participé à la formation. Ainsi nous souhaiterions intégrer cette formation à l'unité d'enseignement 5 de l'ECN en utilisant de nouvelles méthodes pédagogiques (jeux de rôles, films, serious games).

### DESC-4

#### Relation en U entre la concentration sérique de leptine et la performance cognitive chez les personnes âgées: résultats de la cohorte SEED

G. Duval (1) ; D. Milea (2) ; EL. Lamoureux (2) ; C. Sabanayagam (2) ; C. Annweiler (1)  
(1) Gériatrie clinique, C.H.U - CHU Angers, Angers; (2) Ophtalmologie, Singapore National Eye Centre, Singapore, Singapour

**Introduction :** Malgré les preuves expérimentales en faveur d'une participation de la leptine dans le fonctionnement cérébral, les données antérieures de la littérature n'ont pas pu fournir de résultats cohérents. L'objectif de notre étude était de déterminer chez les personnes âgées, si les concentrations basses et élevées de leptine sérique étaient associées à des troubles cognitifs, en tenant compte des facteurs de confusion potentiels. **Méthodes :** La concentration sérique de leptine de 1 061 participants (moyenne, 70,6  $\pm$  6,4ans, 41,6% de sexe féminin, concentration moyenne de leptine 12,1  $\pm$  15,5 ng/ml) provenant de l'étude Singapore Kidney Eye Study, a été classée en quintiles. La cognition a été évaluée à l'aide du Test Mental Abrégé (TMA). L'âge, le genre, l'antécédent de tabagisme et de consommation d'alcool, le niveau d'éducation, l'indice de masse corporelle, la pression artérielle moyenne, la plainte mnésique, les troubles anxiodépressifs, les concentrations sériques d'hémoglobine glycosylée et le taux de cholestérol et le débit de filtration glomérulaire estimé ont été utilisés comme facteurs de confusion potentiels. **Résultats :** Comparativement au plus haut score TMA moyen de 9,1  $\pm$  1,2 rencontré dans le quintile

intermédiaire de la concentration de leptine (Q2), le score au TMA était plus faible dans le quintile le plus bas (Q1) et le plus haut (Q5): respectivement  $8,8 \pm 1,6$  et  $8,2 \pm 2,0$  ng/mL,  $P < 0,001$ . Le Q1 et Q5 de leptine ont été inversement associés au score TMA total (respectivement, modèle entièrement ajusté  $\beta = -0,25$ ,  $P = 0,028$ , et  $\beta = -0,31$ ,  $P = 0,027$ ). Q1 n'a pas été associé à des sous-scores de domaines cognitifs spécifiques par rapport à Q3 utilisés comme référence. En revanche, le Q5 a été associé à des sous-scores plus faibles en mémoire épisodique antérograde et rétrograde par rapport à Q3 (respectivement,  $\beta = -0,09$ ,  $P = 0,027$ ;  $\beta = -0,10$ ,  $P = 0,021$ ). **Conclusion :** Nous rapportons une relation complexe en U, avec des concentrations basses et élevées de leptine associées aux troubles cognitifs chez les personnes âgées vivant à Singapour.

## DESC-5

### Caractéristiques et évolution des sujets âgés onco-gériatriques présentant une infection à *Clostridium difficile*

C. Arlaud (1) ; JM. Turpin (2) ; M. Sanchez (3) ; C. Rambaud (4) ; R. Boulahssass (2) ; I. Bereder (3) ; T. Fosse (5) ; F. Lieutier (6) ; N. Degand (7) ; V. Mondain (8) ; O. Guérin (2)

(1) *Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice*; (2) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice*; (3) *Court séjour gériatrique-aIiernord, Hopital de Cimiez, Nice*; (4) *SSR C3, Hopital de Cimiez, Nice*; (5) *Service hygiène, Hôpital Cimiez, Nice*; (6) *Pharmacie, Hôpital l'Archet 2, Nice*; (7) *Bacteriologie, Hôpital l'Archet 2, Nice*; (8) *Infectiologie, Hôpital l'Archet 2, Nice*

**Introduction :** L'infection à *Clostridium difficile* (ICD) est la cause bactérienne la plus fréquente de diarrhée nosocomiale. L'incidence est en augmentation devant l'utilisation croissante de certaines thérapeutiques (antibiothérapie, inhibiteur de la pompe à proton, anti-diabétiques oraux ...), facteurs de morbi-mortalité accrue. La personne âgée est particulièrement vulnérable. De plus, la pathologie cancéreuse représente intrinsèquement un risque surajouté pouvant favoriser la sévérité de l'infection à ICD. L'objectif de l'étude est de décrire les caractéristiques, l'évolution et la gravité des ICD chez les sujets âgés atteints d'une pathologie cancéreuse en cours de traitement ou non. **Méthodes :** Une étude de cohorte observationnelle prospective de patients âgés de plus de 75 ans présentant le diagnostic d'ICD nosocomiale sur diarrhées fébriles avec un prélèvement fécal positif à la toxine A/B à CD, admis dans un centre hospitalier de référence durant la période du 1er janvier 2016 au 1 juin 2017. Pour chaque patient, des données infectio-gériatriques cliniques et démographiques étaient collectées.

**Résultats :** Un total de 49 patients avait été inclus avec un âge moyen de 88 ans (77- 97 ans) dont 35% (n=17) étaient porteurs d'une pathologies néoplasiques traitées ou en cours de traitements. Dans cette population, plus de 75% étaient des femmes (n=13) en perte d'autonomie sur les ADL (n=8) avec un score de Charlson moyen à 10 (6-17). Parmi eux, 90 % (n=15) avaient été hospitalisés et 71 % (n=12) avaient reçu une antibiothérapie dans les 6 derniers mois. Un traitement par inhibiteur de la pompe à proton (71%, n=12) et traitement antibiotique (65%, n=11) était en cours durant l'hospitalisation avant le diagnostic d'ICD. Les antibiothérapies curatives les plus prescrites étaient VANCOMYCINE (65 %, n=11). 65% (n=11) ont présenté une insuffisance rénale aigue contre 37.5% (n=12) dans le groupe sans pathologies néoplasiques. 12% (n=2) des patients ont présenté des diarrhées récidivantes. Le taux de mortalité des sujets âgés présentant une pathologie néoplasique est plus élevé mais non significatif (35.3% vs 25% OR 1.64 [0.36 ; 6.94] p=0.5). 50% (n=3) avaient reçu un traitement par METRONIDAZOLE

contre 94% (n=30) traités par VANCOMYCINE chez les sujets sans pathologies néoplasiques. **Conclusion :** Les ICD sévères sont fréquentes chez les patients atteints de cancer. Avec un profil précaire, le risque de décompensation de fonction rénale, récidive et mortalité est élevée par rapport à la population non cancéreuse, un traitement précoce adapté aux bonnes recommandations doit être débuté en urgence. Cette population fragile doit bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire des comorbidités, de réévaluation des traitements et des facteurs de perte d'autonomie. Un travail collaboratif avec les équipes d'oncologies, infectiologies et gériatries sur la bonne prescription antibiotique adaptée est à continuer de développer.

## DESC-6

### Impact du vieillissement sur l'évaluation de l'hypothyroïdie fruste

R. Gourmelon (1) ; S. Donadio-Andrei (2) ; K. Chikh (3) ; M. Rabilloud (4) ; E. Kuczewski (5) ; AS. Gauchez (6) ; A. Charrié (3) ; E. Disse (7) ; C. Thivolet (7) ; H. Du Boulay (6) ; C. Falandry (8) ; C. Ronin (2) ; M. Bonnefoy (8)

(1) *Université Claude Bernard Lyon 1, Villeurbanne*; (2) *Hôtel technologique morandat, SiaMed'Xpress, Gardanne*; (3) *Laboratoire de biochimie et biologie moléculaire, C.H. Lyon-Sud - HCL, Pierre-Bénite*; (4) *Service de biostatistiques, Hospices Civils de Lyon, Lyon*; (5) *Service d'hygiène épidémiologie infectiovigilance et prévention, Hospices Civils de Lyon, Lyon*; (6) *Laboratoire du service de médecine nucléaire, Centre hospitalier Métropole Savoie - Hôpital, Chambéry*; (7) *Service d'endocrinologie, C.H. Lyon-Sud - HCL, Pierre-Bénite*; (8) *Service de gériatrie, C.H. Lyon-Sud - HCL, Pierre-Bénite*

**Introduction :** L'hypothyroïdie fruste (SCH) est définie par une valeur anormalement haute de TSH associée à un taux normal de T4L. Aucune étude récente n'a cherché à réévaluer les signes cliniques y étant associés, tout particulièrement chez le sujet âgé. Pourtant, deux éléments peuvent désormais avoir un impact sur l'approche de cette pathologie : la remarquable amélioration des techniques de dosage de la TSH ces 20 dernières années, et la prise en compte des variations clinico- biologiques liées au vieillissement. **Méthodes :** Dans notre étude multicentrique, 1368 individus dont le statut thyroïdien n'était jusqu'alors pas connu ont été inclus et répartis en deux groupes : «jeunes» (<60ans) et «âgés» (≥60ans). Pour chacun de ces patients, 11 signes cliniques issus de la littérature ont été collectés prospectivement. Nous avons également évalué la prévalence de la SCH avec un test de dosage de TSH récent, et mesuré les taux de T4L et T3L pour chaque sujet.

**Résultats :** De 2012 à 2014, 807 individus «jeunes» et 531 «âgés» ont été inclus. Le taux moyen de TSH était plus élevé dans le groupe «âgé» (2.36mUI/L vs 2.14mUI/L,  $p < 0,05$ ). Dans ce groupe, le taux de T4L n'était pas diminué, contrairement à celui de T3L. et le ratio T3L/T4L était donc un peu plus faible (0.26 vs 0.27,  $p < 0,01$ ). Dans la population euthyroïdienne, l'évaluation de la présence de signes cliniques a retrouvé un nombre moyen de signe paradoxalement plus important chez les sujets «âgés» que chez les individus «jeunes» (1.9 vs 1.6,  $p < 0,01$ ). Cette différence entre groupes d'âge n'existait pas dans la population «SCH» (2.3 vs 2.6,  $p = 0,41$ ). Le pourcentage de sujets présentant au moins 3 signes augmentait lorsque la TSH était  $> 4,05$  mIU/L (42.6% vs 25.0%) pour les sujets «jeunes» mais pas dans le groupe «âgé» (34.4% vs 33.9%). Seuls 3 signes cliniques étaient associés à la SCH chez les individus «âgés».

**Conclusion :** Les signes cliniques d'hypothyroïdie ont une plus



grande prévalence chez le sujet jeune en cas de SCH, mais pas chez le sujet âgé. Au cours du vieillissement, alors que la prévalence de la SCH et le taux moyen de TSH augmentent, la stabilité du taux de T4L et la diminution du ratio T3L/T4L suggèrent une perte de bioactivité de la TSH liée à l'âge. Une réévaluation des seuils de TSH et/ou la mise au point d'un dosage adapté aux individus âgés paraît nécessaire. Chez les patients de plus de 60ans, pour qui le dépistage systématique de la SCH n'est pas recommandé, la présence de signes cliniques ne devrait pas justifier de dosage de TSH. Ces derniers ne devraient être utilisés ni dans l'évaluation ni dans la prise en charge de la SCH dans cette population.

#### DESC-7

##### **Diminution des prescriptions médicamenteuses sous-optimales grâce à une prise en soin orthogériatrique: analyse à l'aide des critères STOPP-START v2**

J. Tristram (1) ; M. Hebban (1) ; F. Durig. (1) ; D. Dervaux (1) ; S. Massart (1) ; P. Lefebvre (1) ; F. Tavernier (1) ; M. Berger (2)  
(1) Pôle de gériatrie, C.H. de Douai, Douai; (2) Chirurgie orthopédique et traumatologique, C.H. de Douai, Douai

**Introduction :** L'orthogériatrie repose sur la collaboration entre chirurgiens orthopédiques, anesthésistes et gériatres, rendue nécessaire par le contexte actuel de vieillissement de la population et d'augmentation du nombre de fractures ostéoporotiques. La polymédication et les prescriptions médicamenteuses sous-optimales sont responsables d'évènements iatrogènes médicamenteux potentiellement graves, qui représenteraient 20% des hospitalisations des sujets âgés. L'amélioration des prescriptions médicamenteuses induite par une prise en soin orthogériatrique n'est encore que très peu étudiée. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact sur les prescriptions de sortie d'une prise en soin orthogériatrique en comparaison à une hospitalisation classique en orthopédie. Les taux de réhospitalisation et de mortalité sont également comparés entre les deux prises en charge. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, de type avant/après, monocentrique, menée sur le centre hospitalier de Douai de Décembre 2013 à Octobre 2014, puis de Décembre 2014 à Octobre 2015. 93 patients pris en charge en orthopédie ont pu être appariés sur l'âge, le sexe et le type de fracture à 93 patients « orthogériatriques ». Le critère d'évaluation principal est la comparaison des ordonnances d'entrée et de sortie de chaque groupe concernant les nombres de médicaments, de psychotropes, de Prescriptions Médicamenteuses Inappropriées (PMI) et d'Omissions de Prescription (OP). Les récents critères STOPP-START version 2 (Screening Tool of Older Person's Prescriptions / Screening To Alert to Right Treatment) sont pour cela utilisés. Pour chaque ordonnance, deux lectures en aveugle ont été réalisées par deux examinateurs, suivies d'un test de concordance. **Résultats :** Les cohortes orthogériatrique et orthopédique comptent chacune 81 femmes (87%) et 12 hommes avec un âge moyen de 85,5 ans, ainsi que 57 fractures de l'extrémité supérieure du fémur (61%). Pour les deux examinateurs, une prise en soin orthogériatrique entraîne une diminution significative du nombre de psychotropes ( $p<0.0001$ ), de PMI ( $p<0.0001$ ) et d'OP ( $p<0.0001$ ). Une prise en soin orthopédique entraîne à l'inverse une augmentation significative du nombre de PMI ( $p<0.0001$ ) et d'OP ( $p<0.0001$ ). Elle n'entraîne pas de modification significative du nombre de psychotropes ( $p=0.9542$ ). L'évolution en cours d'hospitalisation du nombre de psychotropes, de PMI et d'OP est significativement différente entre les deux cohortes ( $p<0.0001$ ). La concordance entre les deux examinateurs sur le nombre de PMI et

le nombre d'OP pour les deux groupes est satisfaisante ( $ICC>0.80$ ). Il n'y a pas de différence significative entre les deux cohortes sur la réhospitalisation et la mortalité post-hospitalière. **Conclusion :** Comparée à une prise en charge orthopédique classique, une prise en soin orthogériatrique entraîne une réduction significative des psychotropes et des trois 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.

#### DESC-8

##### **Tentatives de suicide chez les sujets âgés : Place de Vigilans dans la prévention de récurrences**

C. Tardy Ellul (1) ; J. Roche(2) ; L. Lechowski (1) ; L. Teillet (3) ; G. Vaiva (4) ; F. Puisieux (5)

(1) Service de gériatrie, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris; (2) Unité de psychogériatrie, C.H. Régional Universitaire de Lille (CHRU de Lille), Lille; (3) Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris; (4) Psychiatrie adulte, CHRU Lille - hôpital Fontan, Lille; (5) Geriatrie, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille

**Introduction :** Il y a environ 9 000 suicides chaque année en France sur 200.000 tentatives de suicide. Un quart des suicidés avaient plus de 65 ans. Vigilans, institut de veille à l'initiative du CHRU de Lille, avec le SAMU 59 et l'ARS, a été créé pour lutter contre les tentatives de suicide, des sujets âgés comme des sujets plus jeunes. Il permet le suivi des patients, notamment en recontactant les patients ayant fait une tentative de suicide à tout âge. L'objectif de l'étude était d'analyser les prises en charge des sujets âgés de 70 ans ou plus inclus dans Vigilans et d'en dégager des axes potentiels d'amélioration. **Méthodes :** Le travail a été réalisé en deux temps. Une étude rétrospective a d'abord été menée sur 42 dossiers de patients de 70 ans et plus inclus dans le dispositif de soins Vigilans ayant réalisé une tentative de suicide. Cette étude a été réalisée après accord des sujets lors de leur inclusion dans Vigilans. Le recueil de données a été effectué du 02 au 19 mai 2016. Ensuite, dix entretiens individuels semi dirigés de médecins traitants comportant 5 items ont été réalisés du 1er décembre au 16 mars 2017. Ils ont été initialement enregistrés vocalement, puis retranscrits sur un fichier de traitement de texte, pour être analysés via l'application NVivo d'analyse qualitative de données. **Résultats :** Parmi tous les patients inclus dans Vigilans à cette date (2 699 patients), seuls 42 avaient 70 ans ou plus, soit 2.59%. Au total, 13 patients ont fait au moins une deuxième tentative de suicide. Ils ont été recontactés précocement. Il s'agissait majoritairement de femmes, surtout par intoxication médicamenteuse volontaire. Un facteur déclenchant était retrouvé dans une majorité de cas. La prescription d'un traitement psychotrope pour des troubles anxio-dépressif n'était pas systématiquement retrouvé. Les médecins interrogés s'étaient aidé insuffisamment des dispositifs d'aide pour ce genre de problématique, par manque de temps mais surtout par la rareté de la situation clinique. Ils se disaient cependant rassurés par l'existence de Vigilans. Ils suggéraient un meilleur déploiement de l'information via des formations. Ils proposaient également une rencontre humaine pour ces patients âgés ainsi qu'une intervention au domicile. Grâce à ce dispositif de soins Vigilans, les médecins traitants pensaient que la prévention était renforcée. **Conclusion :** Les tentatives de suicide des sujets âgés sont un problème de santé publique. Les résultats de notre étude sont comparables à ceux de la

littérature : les femmes de plus de 70 ans qui tentent de se suicider, le font le plus souvent par intoxication médicamenteuse. Une proposition de plaquette d'information pour les médecins traitants a été faite pour améliorer la prévention de ces situations de crise. Une coordination pluri professionnelle et rencontre au domicile sont mises en avant par ces médecins traitants. Ils ont de même proposé d'intégrer Vigilans au système de soins. Vu la mortalité par suicide des personnes âgées dès la première tentative de suicide, il serait intéressant de ne pas attendre la seconde pour inclure les patients dans le dispositif de soin Vigilans.

## DESC-9

### Étude prospective en cross-over, en vie réelle, des ingesta d'un repas protéique pulsé chez des patients âgés hospitalisés

V. Petre (1) ; L. Luce (2) ; O. Bouillanne (1)

(1) Service de gériatrie 2, Hôpital Emile-Roux (AP-HP), Limeil-Brévannes; (2) Service diététique, Hôpital Emile-Roux (AP-HP), Limeil-Brévannes

**Introduction :** Lors du vieillissement il existe une résistance à l'anabolisme protéique musculaire en réponse à un repas. Une moindre biodisponibilité des acides aminés en périphérie expliquée par une séquestration splanchnique plus importante chez le sujet âgé serait une des causes. Cette biodisponibilité des acides aminés est directement influencée par la vitesse de digestion des protéines et par le moment auquel sont apportées les protéines (chrononutrition). Le régime protéique pulsé qui vise à apporter 50-60 g de protéines le midi représente une stratégie nutritionnelle pour lutter contre la dénutrition. Cette stratégie a montré son efficacité sur le gain de masse maigre à 6 semaines au cours d'une étude randomisée [1]. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les ingesta du régime protéique pulsé au repas de midi par rapport au régime standard normal dans une population de patients âgés hospitalisés en médecine gériatrique. L'objectif secondaire était de quantifier l'appétit des patients et la palatabilité des plats de repas de midi dans cette population. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective, ouverte, monocentrique en cross-over entre janvier et juin 2017, évaluant les ingesta sur deux jours consécutifs (un jour avec régime protéique pulsé et un jour avec régime standard) chez

des patients de plus de 75 ans. Les ingesta étaient comparés entre les deux groupes (régime standard, régime pulsé) par un test de Wilcoxon pour séries appariées (patient leur propre témoin). Les pourcentages de consommation des plats étaient analysés par le test de Chi2 ou le test exact de Fischer. Le seuil de significativité était <0,05. Le logiciel d'analyse statistique SPSS® 14.0 pour Windows était utilisé. **Résultats :** L'âge était de 84,5 ans [79 ; 92] (médiane [Q1 ; Q ; Q3]). Cinquante-huit pour cent des patients étaient des femmes. Cinquante-sept pour cent des patients étaient dénutris et 19 % sévèrement dénutris. Quarante-six pour cent avaient un risque modéré ou majeur de complications liées à la dénutrition selon le GNRI. Cinquante-quatre pour cent des patients étaient atteints d'une démence avec différents degrés de sévérité. Les ingesta protéiques au repas du midi étaient de 37,5 g [30,7 ; 44,0] (médiane [Q1 ; Q3]) avec le régime standard et de 46 g [34,5 ; 51,0] (médiane [Q1 ; Q3]) avec le régime pulsé, avec une différence significative entre les deux groupes (p=0,02). Les ingesta protéiques sur la journée étaient de 66,5 g [51 ; 75,2] (médiane [Q1 ; Q3]) avec le régime standard et 72,5 g [58,2 ; 80,7] (médiane [Q1 ; Q3]) avec le régime pulsé, avec une différence significative entre les deux groupes (p=0,02). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour le pourcentage de consommation des plats au repas de midi. L'appétit des patients et la palatabilité des plats étaient comparables dans les deux groupes. **Conclusion :** L'apport d'une quantité plus importante de protéines au repas du midi, par rapport au repas standard, augmente les ingesta protéiques à midi, les ingesta protéiques sur la journée et les ingesta protéiques/kg/jour, sans modifier la consommation des plats sur la journée. Le régime protéique pulsé représente une stratégie nutritionnelle innovante dans la lutte contre la dénutrition et la sarcopénie en modifiant la chronologie de l'apport protéique, tout en restant dans le cadre d'un régime équilibré et du plaisir de manger. Cette étude spécifiquement gériatrique avait l'avantage d'avoir été réalisée en vie réelle, en dehors d'un protocole de recherche randomisé. Il serait intéressant d'étudier les effets de ce régime à une échelle plus grande ou sur une durée plus longue (EHPAD) et sur des paramètres cliniques comme les chutes, l'autonomie, la durée d'hospitalisation ou les réhospitalisations... Référence: [1] Bouillanne et al. Clin Nutr 2013;32:186-92

# Posters

## P1 - DÉMENCES / EPIDÉMIOLOGIE - SANTÉ PUBLIQUE

### P1-03-01

#### Évaluation des pratiques professionnelles : qualité de rédaction des courriers de consultation mémoire. Focus sur les déterminants de l'épuisement de l'aidant

B. Planel (1) ; J. Gauthier (2) ; S. Da Silva (1) ; E. Mazen (1) ; S. Marilier (1) ; A. Fraisse (1) ; E. Micheli (1) ; H. Guepet (1) ; V. Quipourt (1) ; P. Manckoundia (1) ; P. Jouanny (1)

(1) Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon;  
(2) Médecine gériatrique, CH Chanoux, Mâcon

**Introduction :** La HAS a émis des recommandations concernant la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Le but de ce travail est d'évaluer la qualité de rédaction des courriers de consultation mémoire gériatrique du CHU de Dijon. Les déterminants d'un éventuel épuisement de l'aidant et de sa citation dans le courrier ont été recherchés. **Méthodes :** Analyse des pratiques professionnelles, descriptive, rétrospective et monocentrique a été réalisée. Les critères d'inclusions étaient les courriers de consultations mémoires du 01/07/2015 au 30/09/2015, patients âgés de 70 ans et plus, vivant au domicile, et venant pour bilan de troubles neurocognitifs en gériatrie au CHU de Dijon. Une grille de recueil de données a permis de collecter les informations. Une analyse descriptive puis inférentielle a été réalisée. **Résultats :** Sur les 145 courriers inclus, les diagnostics étaient en accord avec le DSM-4-TR dans 37,9% des cas (n=55). Lorsque l'information était présente dans le dossier de manière positive (diagnostic, trouble du comportement, aide extérieure), l'information était plus citée dans le courrier que si elle était absente, de manière significative : trouble du comportement cité dans 87,5% (n=21/24) contre 6,6% (n=8/121),  $p < 0,0001$  ; épuisement de l'aidant cité dans 66,7% (n=16/24) versus 3,3% (n=4/120),  $p < 0,0001$ . Il existait un effet médecin significatif pour le diagnostic étiologique correctement cité ([11,1% - 100%],  $p < 0,0001$ ), la présence d'un traitement spécifique ([8% - 66,7%],  $p = 0,006$ , et le recours à l'ESA (0% - 25%,  $p = 0,02$ ). L'épuisement était plus fréquent pour un stade sévère, lorsqu'il y avait des troubles du comportement (12 patients sur les 24 (50%) contre 12 sur 120 n'ayant pas de trouble (10%),  $p < 0,0001$ ) et quand l'aidant participaient aux ADL (7 épuisés sur les 20 (35%) contre 7 sur 124 n'y participant pas (13,7%), de manière significative ( $p = 0,02$ ). Cette information était également plus citée dans le courrier lorsque ces deux derniers critères étaient positifs. **Conclusion :** L'information était mieux retranscrite dans le courrier lors de signes positifs que négatifs. Les diagnostics, souvent manquants étaient peu exprimés selon le DSM-4-TR. L'épuisement de l'aidant était insuffisamment recherché. Un courrier type pourrait améliorer la traçabilité des données ainsi qu'une formation sur les nouveaux critères du DSM-5

### P1-03-02

#### Évaluation de l'activité de la consultation mémoire de proximité de haute côte d'or de 2013 à 2016

A. Jouini (1) ; I. Sfeir (1) ; H. Bailly (2) ; P. Jouanny (2)

(1) Médecine gériatrique, CH Haute Côte d'Or, Montbard;  
(2) Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon

**Introduction :** Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'activité de la Consultation Mémoire de Proximité de Haute Côte d'Or en décrivant le profil sociodémographique, diagnostique et thérapeutique des patients et le panel des ressources, médicamenteuses et non médicamenteuses, leur ayant été proposé.

**Méthodes :** Ont été sélectionnés rétrospectivement les primo-consultants venant pour bilan initial d'une plainte cognitive de 2013 à 2016. Les données ont été recueillies lors des deux consultations du parcours hospitalier du patient par l'analyse des fiches « CIMA » et des courriers médicaux de consultation. **Résultats :** 539 patients ont été inclus : âge moyen  $79,5 \pm 8,6$  ans, 66% de femmes, de bas niveaux scolaires (67,3%) et vivant majoritairement à domicile (93,3%). Les patients ont été adressés de façon décroissante par le médecin traitant, un service d'hospitalisation ou par accès direct et le principal motif de consultation était une plainte mnésique (80,9%). L'activité représentait sur 4 ans 22,2% des besoins estimés sur le territoire. Le MMSE moyen était de  $21,6 \pm 5,6$  mais les patients ont consulté en majorité au stade trouble neurocognitif majeur (54,7%). La maladie d'Alzheimer était la principale étiologie (43,7% de MA pures et 30,8 % de MA mixtes parmi les TNC Majeurs). La prescription de traitements spécifiques était faible (41,9 % pour les MA pures et 37,4 % pour les MA mixtes) mais ses indications respectées. Les interventions non médicamenteuses étaient plus souvent prescrites : 276 actions mises en place chez les 335 patients souffrant d'un TNC, réparties en hôpital de jour thérapeutique, Equipe Spécifique Alzheimer, accueil de jour puis orthophonie. **Conclusion :** Ce travail montre que le diagnostic est globalement correctement effectué et exprimé selon la nomenclature avec une cohérence entre les items du diagnostic. Cependant les bilans neuropsychologiques ne sont pas systématiques dans les TNC mineurs alors qu'ils régulièrement réalisés dans les TNC majeurs, où leur pertinence est discutable, surtout en situation de pénurie de neuropsychologues. De même, certaines IRM sont réalisées à des stades sévères alors qu'un scanner est réalisé sur des stades débutants, en désaccord avec les recommandations. Le point principal d'amélioration est le faible taux de traitement spécifique de la maladie d'Alzheimer

**P1-03-03****L'impact de l'hydrodynamique du liquide cébrospinal dans les maladies neurodégénératives**

J. Attier-Zmudka (1) ; B. Berteaux (1) ; JM. Serot (2) ; C. Boufflet (1) ; S. Dao (3) ; I. Gyselinck (1) ; AS. Macaret (4) ; O. Balédent (5) (1) *Gériatrie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (2) *Griatrie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (3) *Radiologie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (4) *Neurologie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (5) *Bioflowimage, Université de Picardie Jules Verne, CHU Amiens, Amiens*

**Introduction :** Le cerveau baigne dans le liquide cébrospinal (LCS) qui est renouvelé plusieurs fois par jour et s'écoule selon 2 modalités : la circulation lente, passive due à la sécrétion par les plexus choroïdes et au drainage du liquide interstitiel, elle joue un rôle essentiel dans l'élimination cérébrale de molécules toxiques telles que la protéine bêta-amyloïde, et, le flux pulsatile d'origine systolique et responsable du maintien de la stabilité de la pression intracrânienne (PIC) durant le cycle cardiaque (CC) L'indice dynamique (ID) se calcule en multipliant le volume oscillatoire du LCS au niveau de l'aqueduc et au niveau de C2-C3, il reflète l'activité pulsatile du LCS entre les principaux compartiments. Ce nouvel indice peut être facilement mesuré avec l'IRM de flux.

**Méthodes :** La relation entre l'hydrodynamique cérébrale et les paramètres de l'état cognitif a été étudiée en utilisant les données de l'évaluation gériatrique, du bilan neuropsychologique, de l'IRM morphologique et de flux dans une population de 95 personnes âgées souffrant d'altération cognitive (MMSE 20 +/- 6). **Résultats :** L'ID moyen était de 28660 µl/CC +/- 34411 (max 157 500, min 0). Nous avons trouvé une corrélation significative entre l'ID et la mémoire épisodique (p=0.04), les praxies (p=0.03) et les fonctions exécutives (p=0.01). **Conclusion :** Ces résultats confirment l'impact de l'hydrodynamique du LCS sur les fonctions cognitives.

**P1-03-04****Le rôle diagnostique de l'IRM de flux dans les maladies neurodégénératives**

J. Attier-Zmudka (1) ; B. Berteaux (1) ; JM. Serot (2) ; JM. Nkuzimana (1) ; S. Dao (3) ; I. Gyselinck (1) ; AS. Macaret (4) ; S. Yguel (1) ; O. Balédent (5) (1) *Gériatrie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (2) *Griatrie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (3) *Radiologie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (4) *Neurologie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (5) *Bioflowimage, Université de Picardie Jules Verne, CHU Amiens, Amiens*

**Introduction :** La physiopathologie des maladies neurodégénératives est complexe. Les signes cliniques et les troubles neuropsychologiques peuvent parfois prêter à confusion. La pathogénie de certaines anomalies très fréquentes telles que la dilatation ventriculaire n'est sans doute pas univoque. L'IRM morphologique, qui permet de détecter une atrophie cortico-sous-corticale et hippocampique est considérée comme un outil indispensable, elle doit être associée à une évaluation neuropsychologique, pour préciser un diagnostic étiologique précoce. L'hydrocéphalie à pression normale (HPN) est une des rares démences potentiellement curables, elle présente théoriquement des signes cliniques caractéristiques qui en fait sont souvent absents. L'IRM de flux aide à différencier l'HPN des autres maladies neurodégénératives. **Méthodes :** Nous avons analysé les relations entre l'hydrodynamique cérébrale mesurée par l'IRM de flux, la

présence des lésions cérébrales visualisées par l'IRM morphologique et les paramètres cognitifs en nous basant sur l'évaluation gériatrique standardisée et le bilan neuropsychologique chez 95 patients âgés de plus de 75 ans. **Résultats :** L'IRM morphologique montre une atrophie hippocampique dans près de 85% de notre population; l'évaluation neuropsychologique et le bilan clinique confirment le diagnostic de maladie d'Alzheimer (MA) dans moins de 30 % des patients, les autres patients présentant un syndrome apparenté. Plus de 80 % des femmes et 52 % d'hommes présentent une atrophie cérébrale, toutefois la prévalence de la MA dans notre étude est identique dans les deux sexes. Les résultats l'IRM morphologique révèlent une dilatation ventriculaire chez 11 % de la population étudiée (9 personnes). Chez ces derniers patients le bilan clinique et neuropsychologique permet de confirmer le diagnostic de MA dans 2 cas alors que l'IRM de flux détecte une HPN chez 3 patients. 1 patient a été valvé avec succès. **Conclusion :** L'IRM de flux est une nouvelle méthode d'évaluation rapide, non invasive et reproductible des flux vasculaires et du LCS permettant d'étudier leur couplage dynamique tout au long du cycle cardiaque. Cette technique apporte des informations qui jusqu'à présent étaient méconnues, elle peut être utilisée pour faciliter le diagnostic différentiel dans les maladies neurodégénératives.

**P1-03-05****Jusqu'où aller dans une prise en charge globale quand le patient n'est pas d'accord ? Des toilettes forcées?**

K. Parent (1) ; A. Petit (1) ; Comité de Réflexion Ethique, GHLH (1) *Unité de soins palliatifs, GHLH, Loos*

**Introduction :** Mme Z. (62 ans), a été hospitalisée en Unité Cognitivo-Comportementale courant 2016. Elle souffre d'une démence de type Alzheimer du sujet jeune et présente des troubles du comportement majeurs (déambulation pathologique, agressivité verbale et refus de soins). Après 15 jours d'hospitalisation, nous n'avons toujours pas réussi à faire sa toilette. Devant la situation des questions évidentes se sont posées: Faut-il la forcer? Ou se situe la maltraitance? Nous n'avons malheureusement pas trouvé de solution « miracle », tant médicamenteuse que non médicamenteuse et il n'y a eu aucune amélioration sur ce plan pendant le séjour en UCC. Nous avons donc décidé d'interroger notre commission de réflexion éthique avec pour question: Faut-il faire usage de la force pour obliger à se laver une personne vulnérabilisée par la démence mais qui refuse de se laver du fait même de la démence? **Méthodes :** Le bureau de la commission de réflexion éthique s'est réuni à plusieurs reprises pour discuter du sujet. A l'aide d'échanges, de nos différentes expériences et de la littérature, nous avons dégagé plusieurs points d'attention. **Résultats :** Nous avons dégagé deux perspectives de bien. - Privilégier un climat de douceur et de prise en compte du refus de Mme Z, afin de permettre une relation de confiance avec les soignants, afin de reconnaître que notre visée du bien sur l'autre et notre idéal de soin envers l'autre ne nous dispense pas de reconnaître son altérité et afin d'éviter une double contrainte : celle pour Mme Z d'être forcée, celle pour les soignants d'être celui/ celle qui force. - Privilégier le lavage des souillures et la présentation de Mme Z, afin de reconnaître son appartenance à la communauté humaine et afin de faire preuve de solidarité mais au prix de la violence. Nous avons ensuite réfléchi sur la notion d'assentiment, la personne donne son avis même si elle ne peut donner son consentement, elle participe à la prise de décision. Sur ces toilettes forcées, trois points principaux sont ressortis: - Le Paradoxe de la violence par solidarité. Ce n'est pas « le patient qui

fait vivre aux soignants l'extrême au quotidien », mais plutôt la vulnérabilité liée à la condition humaine qui fait vivre au groupe humain l'extrême au quotidien. - La notion de violence inerante à la vie qui est différente de la surviolence. - L'accompagnement de l'équipe, du fait d'échanges, de discussions et de dialogue, le positionnement de chacun a pu être compris et respecté par les autres soignants, même s'il n'était pas partagé. **Conclusion** : Il est nécessaire d'éviter deux écueils dans le recours exceptionnel aux toilettes forcées : - Éviter d'y recourir trop souvent, surtout si il n'y a pas de signes extérieurs extrêmes, en se disant que l'on peut vivre bien sans se laver tous les jours et surtout toujours en se questionnant au quotidien sur notre intentionnalité quand on envisage le recours à la force. Pourquoi y recourir ? Mais aussi pour quoi y recourir ? - Le deuxième écueil est d'éviter de ne pas s'y résoudre, ce qui serait paradoxalement dans ces cas extrêmes une forme d'abandon de soin (abandonnisme). C'est se souvenir de comment était la personne avant que la maladie ne la prive de ses capacités cognitives (ici, coquette, soignée), c'est se souvenir que le vêtement, le coiffage, la parure, sont des caractéristiques propres de notre humanité partagée. Et lors du recours aux toilettes forcées, être attentif au vécu des autres résidents qui sont témoins d'actes faisant violence au patient car ils lui sont imposés.

#### P1-03-06

##### Troubles comportementaux en gériatrie : importance du calcium ionisé

J. Barré (1) ; G. Duval (1) ; A. Brangier (1) ; R. Simon (1) ; M. Beaudenon (1) ; J. Gautier (1) ; C. Annweiler (1)

(1) *Gériatrie, CHU Angers, Angers*

**Introduction** : Un lien entre calcémie et troubles du comportement chez la personne âgée est possible mais pas systématiquement retrouvé dans la littérature. Cette divergence pourrait être expliquée par le recours à la calcémie corrigée plutôt qu'au calcium ionisé, alors que ce dernier est plus reproductible et plus sensible. L'objectif de cette étude transversale était de déterminer si l'intensité des troubles du comportement chez des patients hospitalisés en gériatrie était associée à la calcémie ionisée et/ou à la calcémie corrigée.

**Méthodes** : 30 patients consécutifs avec troubles du comportement sévères ont été recrutés en gériatrie au CHU d'Angers. Les troubles du comportement sévères ont été définis soit par une agitation, agressivité, désinhibition, opposition ayant nécessité l'introduction d'une contention chimique, soit par un score à l'échelle de dysfonctionnement frontal (EDF)  $\geq 3$ . L'intensité des troubles du comportement a été évaluée par le score EDF ( $/4$ ). Le genre, le score au MMSE, la clairance de la créatinine et la concentration de TSH ont été utilisés comme potentiels facteurs de confusion.

**Résultats** : Au total, 30 patients (70% femmes ; score EDF médian 2,0, plage interquartile=2,0) ont été recrutés. Leur calcémie corrigée médiane était 2,37mmol/L (PIQ=0,16) et leur calcémie ionisée 1,29mmol/L (PIQ=0,08). Après ajustement, le score EDF était associé positivement à la calcémie ionisée ( $\beta=16,5$  [IC 95%:1,1;31,8],  $P=0,037$ ), mais pas à la calcémie corrigée ( $\beta=-7,2$  [IC 95%:-15,2;0,7],  $P=0,073$ ). **Conclusion** : L'intensité des troubles du comportement était associée à la calcémie ionisée, mais pas à la calcémie corrigée, dans cette population de patients gériatriques avec troubles du comportement.

#### P1-03-07

##### Évaluation des pratiques professionnelles : durée de suivi des patients en consultation mémoire

J. Gauthier (1) ; S. Da Silva (2) ; E. Mazen (2) ; S. Marilier (2) ; A. Fraisse (2) ; E. Micheli (2) ; H. Guepet (2) ; V. Quipourt (2) ; P. Manckoundia (2) ; P. Jouanny (2)

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

**Introduction** : La Maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (MAMA) sont fréquentes chez les sujets âgés et leur incidence est en augmentation. La HAS recommande un suivi par un spécialiste pour une prise en charge globale médico-sociale. Le but de cette étude était d'évaluer la qualité de retranscription des informations dans le courrier de consultation, l'histoire naturelle du suivi et ses déterminants chez les patients atteints de MAMA. **Méthodes** : Etude observationnelle, monocentrique et rétrospective. Ont été inclus les patients consultant pour la première fois dans le secteur ambulatoire (consultation et hôpital de jour) de gériatrie du CHU de Dijon au premier quadrimestre 2011, et chez qui le diagnostic de trouble neurocognitif majeur ou mineur a été porté. Les critères diagnostiques ont été évalués selon la classification DSM (IV puis 5) et les recommandations de la BNA (diagnostics syndromique, symptomatique et étiologique). **Résultats** : 101 patients ont été inclus avec une moyenne d'âge de  $84,7 \pm 5,8$  ans, en majorité des femmes (68,3%), vivant à domicile (80,2%) et veufs (48,5%). Tout au long du suivi, le diagnostic syndromique n'est cité conformément au DSM que dans 26,7 % des cas, mais avec une étiologie précisée dans 69,3% des dossiers. A la première consultation (101 courriers) comme à la dernière consultation (67 courriers), les informations les moins retranscrites et manquantes sont la présence d'un accompagnant (respectivement 53,5 et 43,3%), le niveau de dépendance (ADL et IADL 68,3 et 83,2%). Les troubles psycho-comportementaux n'étaient décrit qu'en cas de présence. 27 patients n'ont été vu qu'une fois et seulement 44 ont eu un suivi supérieur à un an avec une moyenne une consultation tous les  $7,1 \pm 7,7$  mois. Le suivi a été effectué par plusieurs médecins pour un même patient dans 21,8% des cas. A la dernière consultation, 47 patients ne se sont pas vu proposer de prochain rendez-vous. Les autres principaux motifs connus d'arrêt du suivi sont, pour 10 d'entre eux, une hospitalisation au moment du rendez-vous prévu sans qu'un prochain ne soit reprogrammé et 6 institutionnalisations. Nous n'avons pas retrouvé de raison dans 31 cas. Au moment de la réalisation de l'étude, 5 suivis étaient toujours en cours. Le seul déterminant pour un suivi était un âge plus faible ( $83,7 \pm 5,6$  vs  $87,2 \pm 5,6$  ans ;  $p=0,0077$ ). La durée du suivi dépendait de la qualité du diagnostic (syndromique  $30,3 \pm 22,2$  vs  $19,8 \pm 18,0$  ;  $p=0,0308$  et étiologique  $26,8 \pm 20,7$  vs  $13,6 \pm 14,6$  ;  $p=0,0143$ ), le décès du patient ( $12,5 \pm 10,0$  vs  $26,4 \pm 21,1$  ;  $p=0,0157$ ), l'âge ( $r=-0,283$  ;  $p=0,0143$ ), l'albuminémie ( $r=0,245$  ;  $p=0,0434$ ) voire la présence d'un traitement spécifique ( $31,3 \pm 23,1$  vs  $21,9 \pm 16,9$  ;  $p=0,0606$ ). **Conclusion** : Les déterminants du suivi des patients consultants pour MAMA sont liés à l'absence de fragilité, âge plus faible et absence de dénutrition, mais aussi la qualité de rédaction des courriers et notamment la précision du diagnostic. Un courrier type pourrait améliorer la traçabilité des données ainsi qu'une formation sur les nouveaux critères du DSM-5.

**P1-03-08****Etude prospective sur le rôle et l'impact d'une unité mobile de neuro-psycho-gériatrie intervenant en EHPAD : analyse de 288 interventions au sein de la filière gérontologique de St Etienne**

A. Buisson (1) ; E. Ojardias (2) ; A. Viceriat (3) ; R. Gonther (1)  
 (1) *Gérontologie clinique, Hôpital de la Charité, Saint-Étienne;*  
 (2) *Gerontologie clinique, C.H.U de Saint-Étienne, Saint-Priest-en-Jarez;*  
 (3) *Médecine générale, C.H.U de Saint-Étienne, Saint-Priest-en-Jarez*

**Introduction :** L'augmentation de l'espérance de vie voit croître la prévalence des maladies psychiatriques et neurodégénératives entraînant des troubles du comportement chez la population âgée au domicile mais également en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). L'Unité Mobile de Neuro-Psycho-Gériatrie du CHU de St Etienne intervenant en EHPAD (UMNPG-EHPAD) a été créée en mai 2014. A la demande des médecins traitants, elle a pour mission d'évaluer et de proposer une prise en charge neuropsychogériatrique globale adaptée pour les résidents en EHPAD. Cette étude a pour objectif d'évaluer l'activité de l'UMNPG-EHPAD et son impact après ses 21 premiers mois d'activité. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique. A chaque intervention, les données recueillies par l'UMNPG-EHPAD ont été intégrées dans une base de données de manière prospective comportant les caractéristiques de l'intervention, des patients, des préconisations et de l'évaluation à distance. Le score de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) a été mesuré lors de l'intervention et réévalué à 30 jours (t-test de Student apparié). **Résultats :** De Mars 2014 à Décembre 2015, l'UMNPG a effectué 288 interventions principalement pour des avis thérapeutiques (81%), des évaluations cliniques (54%) et un soutien à l'équipe soignante (46%). L'âge moyen de la population visitée était de 84,6 ans avec une large prédominance féminine (73,3 %). Il s'agissait de patients déments (60%) polymédiqués (79,5% avaient plus de 2 psychotropes) et dépendants (62% des patients avec un GIR 1 ou 2). Les troubles principaux des patients étaient l'agitation/agressivité (76,4%), l'anxiété (75%), la dépression (66,7%), l'irritabilité (60,4%), les comportements moteurs aberrants (55,9%), les idées délirantes (48,6%), l'apathie (43,8%), les troubles du sommeil (41,3%) et alimentaires (34,4%), la désinhibition (31,6%), les hallucinations (24,7%) et l'euphorie (18,1%). Les propositions de l'UMNPG-EHPAD étaient une modification thérapeutique (79,5%), un soutien de l'équipe soignante (85,4%), une modification du plan de soins (49,3%), une proposition de rencontre famille/équipe soignante (38,2%), une préconisation de matériel (19,1%), une consultation extérieure (11,4%) et une hospitalisation (8,4%). Le taux de suivi des préconisations était de 83% au 15ème jour et de 80% au 30ème jour. Le taux d'hospitalisation évitée était de 16%. Le NPI-ES moyen a diminué 30 jours après l'intervention (pendant l'intervention NPI=50 ET 19,2 ; à J30 NPI=33,9 ET 19,6,  $p < 0,001$ ). **Conclusion :** L'UMNPG-EHPAD est sollicitée pour des résidents fragiles polypathologiques, en situation complexe et à risque d'hospitalisation. Ses préconisations thérapeutiques médicamenteuses et environnementales permettent de favoriser le maintien en EHPAD en diminuant le nombre d'hospitalisations avec un bon suivi des recommandations par les équipes soignantes. Le score NPI-ES a diminué 30 jours après l'intervention. L'UMNPG-EHPAD s'intègre dans la filière de soins gériatrique en renforçant le lien ville/hôpital.

**P1-03-09****Promenades en side-car à l'hôpital Charles Foix**

Auteurs : P. Maynie (1) ; S. Pariel (2) ; I. Viemont (2) ; E. Doizie (2) ; J. Belmin (3)  
 (1) *Ulyssea, Ulyssea, Fort-de-France, Martinique;*  
 (2) *Département de Gériatrie Ambulatoire, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine;*  
 (3) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*

**Introduction :** Les patients atteints de maladie d'Alzheimer éprouvent des difficultés majeures pour communiquer à tous stades de la maladie. Ces difficultés entravent la communication verbale avec leur entourage et contribuent fortement à l'isolement social, l'aggravation de la perte d'autonomie, et l'apparition de troubles du comportement à type d'anxiété et dépression. Nous avons réfléchi à une stimulation permettant la diminution de ces troubles, et la communication plus adaptée des patients atteints de maladie d'Alzheimer en entretenant de meilleurs rapports avec les aidants à la fois professionnels et ou familiaux. **Méthodes :** Tous les patients de l'hôpital de jour SSR volontaires (une cinquantaine). Chaque patient a fait un tour en side-car, filmé pour voir l'expression faciale du patient et son changement avec l'activité proposée. A quinze jours de l'action, un visionnage du film a eu lieu en individuel avec chaque patient encore présent (une trentaine) avec évaluation à nouveau filmée de l'impact émotionnel en observant le film : observation du souvenir du patient, et/ou de la note émotionnelle ressentie par le visionnage du film sur le moment. **Résultats :** Il a été observé globalement une persistance de l'événement dans les mémoires chez près de 75% des patients, c'est ce que révèlent les évaluations à 15 jours à partir de l'analyse individualisée. Cette action a renforcé les liens entre les patients et les soignants. Le caractère innovant pour les patients, associé aux ateliers de stimulation cognitive a permis de faciliter la communication entre les personnes et surtout avec le proche. La notion de dépassement de soi a, pour le patient, permis de restaurer ou de conforter l'estime de soi. L'impact émotionnel était très important lors de l'activité, avec des patients impressionnés, ravis et heureux qui exprimaient leur ressenti face à la caméra et à la sortie. L'impact a pu être mesuré lors de la restitution via le visionnage du film. Les patients ont exprimé leur surprise par rapport à l'action entreprise et le souvenir de l'émotion ressentie. **Conclusion :** L'originalité réside dans le travail en plusieurs séquences, avec le film des visages et la restitution secondaire au patient, avec travail à la fois sur l'émotionnel et le cognitif, dans des ateliers collectifs, et des sessions individuelles. Nous prévoyons de recueillir à 12 mois lors d'entretiens individualisés la mesure des émotions par la persistance de l'événement ou de son ressenti. Une évaluation pendant et post intervention, à J15 et à un an, sera recueillie. Une analyse comparative sera planifiée, pour mieux discerner les conditions de mémorisation auprès de ces personnes. Les objectifs de cette thérapie s'inscrivent dans un cadre thérapeutique complémentaire de celui proposé par l'équipe soignante. Cette prise en charge peut favoriser le processus de réflexion, d'imagination et de représentation que nécessite cette activité de stimulation.

**P1-03-10****Evolution du recrutement des patients dans les protocoles de recherche clinique industrielle dans l'indication de la Maladie d'Alzheimer (MA) à l'Unité de Recherche Clinique (URC) de Médecine Gériatrique du CHU de Limoges**

C. Gayot (1) ; T. Nassima (2) ; I. Saulnier (3) ; T. Dantoine (4)

(1) *Unité de recherche clinique en gériatrie, C.H.U de Limoges Dupuytren, EA 6310HAVA Université de Limoges, Limoges;* (2) *Unité de recherche clinique en gériatrie, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges;* (3) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges et EA HAVA Université de Limoges, Limoges;* (4) *Médecine gériatrique, CHU Limoges; EA HAVA, Université de Limoges, Limoges*

**Introduction :** Le recrutement des participants aux essais cliniques thérapeutiques dans l'indication de la MA a beaucoup évolué au cours des dix dernières années. Le plan Alzheimer de 2008 a permis de mettre en place des structures de dépistage (CMRR, URCC...) qui ont été propices au recrutement dans les essais cliniques. Les avancées technologiques et biologiques ont permis d'affiner le diagnostic de la MA et en a modifié le schéma de l'étude, le rendant plus complexe. Ce travail vise à évaluer l'évolution du recrutement de tels patients. **Méthodes :** Nous avons repris l'ensemble des inclusions dans les études de recherche clinique industrielles menées dans l'URC de gériatrie du CHU de Limoges de 2007 à 2016 dans l'indication de la MA. Une analyse observationnelle et analytique a été réalisée. **Résultats :** Entre 2006 et 2016, le centre investigateur de Limoges a participé à 14 essais cliniques industriels (1 en phase I, 5 en phase II et 8 en phase III) dans l'indication de la MA. 84 participants ont été inclus dans ces études. Entre 2006 et 2012, 64 participants ont été inclus, le nombre de screen failure était de 16 (soit 11%) alors que sur la période de 2013 à 2016, 16 participants ont été inclus et le centre a enregistré 20 screen failures (soit 62%) dont 21 % des cas étaient dus à un critère d'exclusion en lien avec une imagerie (IRM et/ou PET-Scan) et/ou la biologie (ponction lombaire ; génotypage). **Conclusion :** Plusieurs éléments peuvent expliquer cette explosion de screen failures alors que l'incidence de la MA n'a cessé d'augmenter. Si un simple scanner associé à des critères purement cliniques étaient suffisants pour inclure un participant dans une étude clinique en 2006, aujourd'hui, le participant doit réaliser un panel d'examen (imageries, tests cognitifs, tests biologiques), permettant de cibler au mieux la pathologie démentielle. Devant le coût occasionné par ces examens, les promoteurs des essais industriels imposent un schéma d'étude « step by step » nécessitant de nombreux allers/retours du futur participant au CHU et une organisation très lourde pour les équipes investigatrices. L'URC a mis en place en 2014 une base de données interne au service reprenant les critères d'inclusion majoritairement communs à l'ensemble des études industrielles dans l'indication de la MA (scores MMSE, CDR, Grober et Buschke, présence d'un aidant, traitements concomitants, pathologies associées, valeurs Vit D et TSH). Malgré cet outil et les visites de pré-sélection, les screenings des participants aboutissent difficilement à l'inclusion dans l'étude, d'une part parce que certains critères sont indécélables à l'examen clinique et donc non anticipables mais également parce que la lourdeur de la batterie de tests cognitifs et la récurrence de la mise en échec démotive le participant. Ajouté à cela, les récentes médiatisations d'essais thérapeutiques ayant donné lieu à d'important EIG rappellent que les protocoles de recherche clinique ne sont pas anodins et renvoient à cette connotation « du participant cobaye ». L'information disponible au grand public

sur les molécules en tests et leurs potentiels effets secondaires est elle aussi délétère et décourage les patients (et leur famille) à faire le premier pas de consulter un spécialiste. De plus, l'annonce du possible déremboursement des traitements symptomatiques de la MA minimise la maladie la reléguant à une pathologie commune et non à un fléau, ce qu'elle est pourtant. **Conclusion :** pour optimiser le recrutement de participants, nous proposons de: 1. réduire les déplacements de la PA et en organisant plusieurs examens sur une seule journée d'exploration clinique; 2. revoir la stratégie globale de communication pour le grand public sur la recherche clinique en général afin de la revaloriser

**P1-05-11****La santé perçue, facteur prédictif de la mortalité à moyen et long terme dans une population de sujets âgés hospitalisés via les urgences: l'expérience martiniquaise**

L. Godaert (1) ; C. Godard-Sebillotte (2) ; SAL. Allard (3) ; L. Bousquet (1) ; I. Bourdel-Marchasson (4) ; M. Dramé (5) ; JL. Fanon (1)

(1) *Pôle de Gériatrie et Gérontologie, CHU Martinique, Le Lamentin;* (2) *Département médecine de famille, Université McGill, Montréal, Canada;* (3) *Pôle de gériatrie et gérontologie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique;* (4) *Médecine gériatrique, Pôle de Gérontologie Clinique - CHU de Bordeaux, Bordeaux;* (5) *Unité d'aide méthodologique, CHU, Reims*

**Introduction :** Evaluer le pronostic des sujets âgés fragiles est une étape importante dans la prise de décision des soins requis en gériatrie. Plusieurs scores sont à la disposition des cliniciens pour les aider dans cette évaluation. Très peu d'entre eux incluent la santé perçue (SRH) dans les facteurs prédictifs de mortalité. Il s'agit pourtant d'une information facile à recueillir dès l'admission, qui a déjà démontré son caractère prédictif dans la mortalité à court terme. L'objectif de notre travail était de déterminer si la santé perçue était un facteur pronostic de mortalité à moyen et long terme dans une population de sujets âgés hospitalisés en Martinique via le service des urgences pour une affection aiguë. **Méthodes :** Ce travail est issu d'une cohorte prospective (cohorte SAFMA) incluant des sujets âgés hospitalisés via le service des urgences dans le service de court séjour gériatrique du Centre Hospitalier et Universitaire Martinique entre janvier et juin 2012. Tous les patients âgés de 75 ans et plus admis dans cette unité étaient éligibles. Les caractéristiques cliniques et sociodémographiques ainsi que le SRH ont été recueillis à l'inclusion. Après avoir obtenu leur accord, les patients ont bénéficié d'une évaluation gériatrique puis ont été suivis par téléphone pendant 36 mois. Un modèle de Cox a été utilisé pour déterminer la relation entre le SRH et la mortalité. **Résultats :** Au total, 223 patients ont été inclus (âge moyen 85.1±5.5 ans), majoritairement des femmes (61.4%). Au total, 123 patients rapportaient une SRH « bonne » ou « très bonne » et 100 une SRH « moyenne », « médiocre » ou « très médiocre ». La mortalité à 6 mois, 1,2 et 3 ans était de 30.5%, 34.8%, 48.4%, and 57.0%, respectivement. La SRH est significativement liée à chaque échéance après ajustement sur les variables démographiques et cliniques. Le facteur de risque de décès pour les sujets ayant une SRH moyenne, médiocre ou très médiocre était de 1.6 à 2.7 fois plus grand que celui des sujets avec une SRH bonne ou très bonne. **Conclusion :** La santé perçue est un facteur prédictif de décès à moyen et long terme dans une population âgée martiniquaise hospitalisée via les urgences. Cette donnée est de recueil simple et participe à l'évaluation du pronostic.

**P1-05-12****Quel effet sur les consommations de la mise en place d'une Politique du Médicament en EHPAD ?**

S. Sanchez (1) ; A. Letty (2) ; PE. Hay (3) ; R. Mahmoudi (4) ; JL. Novella (5)

(1) *Pôle IMEP, Centre Hospitalier de Troyes, Avenue Anatole France, Troyes, France, Troyes*; (2) *Secrétaire générale, Institut du Bien Vieillir, Paris*; (3) *Directeur Médical Pôle Séniors, Korian, PARIS*; (4) *médecine interne et Gériatrie, CHU, Reims*; (5) *Umg, Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex*

**Introduction :** Les personnes âgées sont plus exposées aux événements indésirables associés aux médicaments médicamenteux du fait des changements en raison d'une part des modifications physiologiques qui accompagnent le vieillissement normal et d'autre part de la présence de multiples pathologies. De nombreuses études ont décrit un taux de prescription élevé en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendante (EHPAD) avec un potentiel important de médicaments potentiellement inappropriés. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact d'une politique organisationnelle et qualitative autour de la prescription médicamenteuse sur la polymédication en EHPAD ainsi que les effets iatrogènes et les complications qui en découlent.

**Méthodes :** Nous avons identifié les EHPAD appartenant à un même groupe d'EHPAD (groupe étudié) qui a initié comme axe prioritaire au niveau qualité une politique du bon usage du médicament (références). Les autres établissements de la base ont été utilisés comme un groupe contrôle représentatif des autres EHPAD Français. Nous avons utilisé la base de données issue des piluliers électroniques utilisés pour dispenser les médicaments et validé comme étant représentative de la consommation médicamenteuse en EHPAD en France. Des modèles de régression multiniveaux ont permis d'estimer les tendances d'évolution de la polymédication et les effets de l'intervention sur la poly médication en ajustant sur les caractéristiques des résidents (sexe) et des établissements (nombre de lit, type d'établissement).

**Résultats :** Notre étude a inclut au total 517 EHPAD en France et 96216 résidents ont été inclus entre le 1 janvier 2011 et le 31 décembre 2014. Nos résultats montrent une diminution significative sur la consommation médicamenteuse moyenne journalière, la consommation médicamenteuse d'hypnotiques moyenne journalière, et pour la consommation médicamenteuse de psychotrope moyenne journalière. L'analyse multivariée montre une plus faible consommation médicamenteuse dans le groupe étudié par rapport au groupe contrôle. **Conclusion :** Notre étude montre que les tendances de consommation des médicaments en EHPAD diminuent avec le temps et ce de manière significative dans le groupe étudié et le groupe contrôle. Notre étude met en lumière l'impact de la politique de gestion du risque médicamenteux au niveau du groupe étudié avec une diminution franche des consommations sur une durée relativement courte. Ces résultats montrent l'importance de continuer à développer un environnement favorable auprès des prescripteurs, des professionnels et des consommateurs dans le cadre d'une politique globale de réduction des consommations médicamenteuses.

**P1-05-13****Facteurs associés à l'adhésion à des interventions multidomaines pour la prévention de la démence: données des essais MAPT et FINGER**

N. Coley (1) ; T. Ngandu (2) ; C. Cantet (3) ; J. Lehtisalo (2) ; B. Vellas (4) ; M. Kivipelto (5) ; S. Andrieu (1) ; HATICE group

(1) *Université de toulouse, INSERM UMR 1027 - CHU Toulouse, Toulouse*; (2) *Chronic disease prevention unit, THL, Helsinki, Finlande*; (3) *Gérontopôle, chu de toulouse, UMR 1027 Inserm / Université de Toulouse III, Toulouse*; (4) *Université de toulouse - paul sabatier, Institut du Vieillissement, Gérontopôle, INSERM UMR 1027, Toulouse*; (5) *Aging research center, Institut Karolinska, Solna, Suède*

**Introduction :** Les interventions multidomaines ont été recommandées pour la prévention de la démence, mais elles peuvent être lourdes pour les participants, particulièrement quand elles sont centrées sur le mode de vie. Le contenu, l'intensité et les modalités des interventions pourraient influencer l'adhésion des participants, ce qui pourrait par la suite affecter l'efficacité de l'intervention. Notre objectif était d'étudier les facteurs associés à l'adhésion dans deux essais randomisés testant des interventions multidomaines pour la prévention du déclin cognitif. **Méthodes :** L'essai finlandais FINGER a suivi pendant 2 ans 1260 personnes âgées de 60 à 77 ans présentant un score de risque de démence élevé, et l'essai français MAPT a suivi pendant 3 ans 1680 personnes âgées de 70 ans et plus présentant une plainte mnésique subjective, une limitation dans une activité courante de la vie quotidienne et/ou une vitesse de marche lente. L'intervention testée dans FINGER comportait des séances individuelles et collectives d'entraînement cognitif (sur ordinateur), d'entraînement physique, d'éducation et de conseils sur la nutrition et un suivi médical des facteurs de risque cardiovasculaires. Chaque séance était dédiée à un seul composant de l'intervention. L'intervention testée dans MAPT comportait des séances collectives intégrant à la fois de l'entraînement cognitif (non informatisé), ainsi que de l'éducation et des conseils sur l'activité physique et l'alimentation. Nous avons examiné les facteurs associés à l'adhésion aux sessions collectives dans MAPT et à l'adhésion simultanée à tous les composants de l'intervention dans FINGER.

**Résultats :** Dans des analyses non ajustées, les seuls facteurs associés de manière significative à une mauvaise adhésion dans les deux essais étaient une mauvaise performance physique et un faible revenu. De plus, dans FINGER, un âge plus élevé, un faible niveau d'éducation, la sédentarité et le fait d'être célibataire étaient associés à une mauvaise adhésion, tandis que dans MAPT, un score cognitif plus bas et des facteurs de risque cardiovasculaire (IMC, diabète, hypertension) étaient associés à une mauvaise adhésion. Des analyses multivariées seront présentées. **Conclusion :** Des facteurs de risque de démence étaient associés à une adhésion plus faible aux interventions multidomaines centrées sur le mode de vie. Cependant les résultats diffèrent d'un essai à l'autre, probablement en raison notamment des différences entre les populations étudiées et au niveau du design des interventions.



**P1-05-14****Healthy Ageing Through Internet Counselling in the Elderly (HATICE) – un essai contrôlé randomisé en cours**

N. Coley (1) ; S. Andrieu (2) ; F. Mangialasche (3) ; M. Barbera (4) ; C. Beishuizen (5) ; J. Guillemond (6) ; S. Jongstra (7) ; EP. Moll Van Charante (8) ; T. Van Middelaar (7) ; L. Van Wanrooij (7) ; M. Hoevenaer-Blom (7) ; T. Ngandu (9) ; H. Soininen (4) ; M. Kivipelto (10) ; E. Richard (11) ; HATICE Group  
 (1) *Équipe 1, INSERM UMR 1027 - CHU Toulouse, Toulouse* ;  
 (2) *Université de Toulouse, INSERM UMR 1027 - CHU Toulouse, Toulouse* ;  
 (3) *Aging research center, Karolinska Institutet/ Stockholm University, Stockholm, Suède* ;  
 (4) *Institute of clinical medicine/neurology, University of Eastern Finland / University of Eastern Finland, Kuopio, Finlande* ;  
 (5) *Department of neurology / department of general practice, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Amsterdam, Pays-Bas* ;  
 (6) *Université de Toulouse 3, UMR 1027 Inserm, Toulouse* ;  
 (7) *Department of neurology, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, Pays-Bas* ;  
 (8) *Department of general practice, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Amsterdam, Pays-Bas* ;  
 (9) *Chronic disease prevention unit, THL, Helsinki, Finlande* ;  
 (10) *Aging research center, Institut Karolinska, Solna, Suède* ;  
 (11) *Department of neurology, donders institute for brain, cognition and behavior, Radboud University Nijmegen, Nijmegen, Pays-Bas*

**Introduction :** Les maladies cardiovasculaires (MCV) et la démence partagent plusieurs facteurs de risque mais les effets de traitement de ces derniers en termes de réduction du risque de démence sont mal connus. L'e-santé ouvre de nouvelles opportunités pour la mise à disposition à large échelle de programmes de prévention visant à développer la gestion par les sujets de leurs facteurs de risque. L'objectif de notre étude est de déterminer si une intervention multidomaine sur Internet, visant à optimiser l'autogestion des facteurs de risque cardiovasculaire (RCV) chez les sujets âgés est susceptible d'améliorer le profil de RCV et de réduire le risque de MCV, de déclin cognitif et de démence. **Méthodes :** Nous avons développé et évaluons actuellement aux Pays-Bas, en Finlande et en France, une intervention sur Internet dans le cadre d'un essai multicentrique, prospectif, randomisé, ouvert avec évaluation des critères en insu. L'étude s'adresse à des personnes de 65 ans et plus à RCV élevé et le suivi dure 18 mois. Le groupe intervention accède à une plateforme Internet interactive avec l'accompagnement d'un conseiller, visant à stimuler l'adoption d'un mode de vie sain. Le groupe contrôle accède à une plateforme statique d'informations sur la santé. Le critère de jugement principal est un score composite incluant la pression artérielle systolique, la cholestérolémie LDL et l'indice de masse corporelle. Parmi les critères secondaires figurent les effets sur les facteurs de RCV, l'incidence des MCV, la mortalité, le fonctionnement cognitif, la forme physique, l'humeur, les incapacités et le ratio coût-efficacité. **Résultats :** 2725 personnes ont été incluses de mars 2015 à septembre 2016. L'âge médian est de 69 ans ; 40% ont un niveau d'éducation élevé et 30% présentent des antécédents de MCV. Au cours des 12 premiers mois de l'essai, l'adhésion à l'intervention était bonne, plus de 50% des participants se connectant au moins 5 fois sur 3 mois et seulement 20% se connectant moins de 2 fois. Le suivi se terminera en janvier 2018. **Conclusion :** Un large essai multinational utilisant une intervention sur Internet pour améliorer le profil de RCV est faisable. La capacité de cette intervention à réduire le risque de MCV et de démence est en cours d'investigation. Les résultats finaux sont attendus pour

mi-2018.

**P1-05-15****La Banque Nationale Alzheimer (BNA), un outil pour la surveillance épidémiologique des démences en France ?**

L. Carcaillon-Bentata (1) ; A. Thuret (1) ; K. Tifratène (2) ; P. Robert (2) ; N. Beltzer (1)  
 (1) *Dmntt, Santé Publique France, Saint-Maurice* ; (2) *Cmrr et cobtek lab université cote d'azur, CMRR et CoBTeK lab Université Cote d'Azur, Nice*

**Introduction :** Compte tenu de l'augmentation attendue du nombre de malades d'Alzheimer ou autre démence (MAAD) en France, la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique opérationnel est indispensable. En complémentarité des données de cohortes et des bases médico-administratives, la Banque Nationale Alzheimer (BNA) qui collecte de manière systématique les données des patients consultant un centre mémoire (CM) ou un centre de mémoire de ressources et de recherche (CMRR), présente un potentiel intéressant pour le suivi des MAAD. **Méthodes :** Nous avons analysé les forces et les faiblesses de la BNA pour la production de données pertinentes de surveillance de la MAAD. Nous avons analysé la qualité des données recueillies entre janvier 2010 et décembre 2014 puis évalué la possibilité de construire des indicateurs de fréquence et de pronostic de la maladie. **Résultats :** Si en théorie la BNA inclut tous les patients consultant un CM/CMRR, il n'a toutefois pas été possible de vérifier l'exhaustivité des cas présents (environ 560 000) dans la base. De plus, nous avons identifiés certains défauts dans le circuit des données ainsi que dans la qualité de celles-ci (valeurs manquantes, incohérences, erreurs de codage,...). S'ajoute à ces manques, l'absence d'information concernant la représentativité des patients consultant les CM/CMRR par rapport à la population générale et l'absence de suivi longitudinal pour tous les patients. Tous ces éléments constituent un frein à l'utilisation de la BNA, en sa forme actuelle, pour la production d'indicateurs de surveillance de la MAAD. Néanmoins, le nombre important de cas de MAAD identifiés à l'aide d'une définition de qualité et homogénéisée entre les centres et l'identification fine des différents sous-types de démence, rarement étudiés dans les cohortes, sont des arguments majeurs pour entreprendre son amélioration. Plusieurs actions doivent être menées pour pouvoir envisager l'intégration de la BNA dans le système de surveillance des MAAD : 1. Évaluer la représentativité des cas de la BNA par rapport à ceux de la population générale ; 2. Assurer la remontée exhaustive des informations pour tous les patients consultant un CM/CMRR ; 3. Améliorer la qualité des données recueillies ; 4. Chainer la BNA aux bases médico-administratives pour permettre le suivi longitudinal de cas validés de démence. **Conclusion :** Ces points fondamentaux sont discutés dans le cadre de la mesure 16 « Pérenniser et améliorer la BNA » du plan gouvernemental « Maladies neurodégénératives 2014-2019 », auquel participe Santé publique France. Des actions sont d'ores et déjà engagées par la fédération des CM/CMRR en lien avec les équipes techniques de la BNA pour améliorer cette base de données.

**P1-05-16****Les personnes handicapées vieillissantes : une coopération territoriale basée sur une coordination décloisonnée pour améliorer la réponse aux besoins**

T. Blanc-Jouvan (1) ; M. Debray (2)

*(1) Master 2 «politiques publiques de santé», Sciences Po Grenoble, Saint-Martin-d'Hères; (2) Pôle de Gériatrie, C.H. Annecy Genevois, Metz-Tessy*

**Introduction :** L'espérance de vie des personnes handicapées (PH) en France augmente. Les professionnels sont confrontés à des besoins nouveaux pour la première génération de PH dites «vieillissantes», c'est à dire une personne qui « a entamé ou connu sa situation de handicap avant de connaître les effets du vieillissement » (AZEMA, 2005). La société est-elle prête à prendre en compte de manière adaptée ces personnes, à prévenir les ruptures de vie et de soins, à répondre à leurs besoins (médicaux/fonctionnels)? Les acteurs de terrain des secteurs, sanitaire, médico-social, social, des champs du handicap et de la gérontologie, sont-ils en capacité de coopérer, de se coordonner pour améliorer l'adéquation entre besoins des usagers et ressources du territoire, pour mettre en place un accompagnement adapté à la diversité des situations de handicap tout en assurant de bonnes conditions de travail des professionnels. Suite à une enquête épidémiologique concernant les besoins de soutien des PHV réalisée dans le sud de la Haute-Savoie (communication SFGG 2016 n°142), des axes d'améliorations pour l'accompagnement des PHV ont été formulés par un groupe d'experts. Parmi ceux-ci, nombreuses sont les actions ayant une «transversalité» entre établissements, associations, champ du handicap et de la gérontologie. Cette «transversalité» interroge les modalités de coordination qui pourraient renforcer la coopération entre acteurs dans l'application de ces propositions. **Méthodes :** Des entretiens semi-directifs sont menés auprès des directeurs/trices et chef de services du champ médico-social du handicap, des tutelles institutionnelles et du centre hospitalier référent du territoire de santé. Ces entretiens s'appuient sur un guide d'entretien qui permet d'aborder trois thèmes principaux tout en laissant la possibilité aux enquêtés de digresser librement. Premièrement, les axes d'améliorations transversaux pouvant initier une dynamique de coopération en ciblant 1 ou 2 actions donnant la possibilité de créer rapidement un projet en commun réalisable. Ensuite, les freins qui aujourd'hui entravent la coopération entre les acteurs du terrain et les solutions à apporter. Enfin, l'« espace » sur lequel la coordination pourrait s'appuyer pour impulser cette coopération. Les entretiens sont anonymes et enregistrés puis écoutés, retranscrits partiellement sous la forme d'un résumé avec les idées et citations principales. **Résultats :** Quinze entretiens (directeurs/directrices, ARS, MDPH) ont été menés. Les résultats exposent des freins divers, territoriaux et nationaux, à la coordination : Ils résultent d'une méconnaissance de l'autre, d'un manque de moyens, de l'absence d'une politique nationale ciblée autour de l'avancée en âge des PH, de la géographie (éloignement, fidélisation), de cultures et d'habitudes de travail propres, d'une inexpérience à travailler en « mode projet » au-delà de sa structure, de contraintes réglementaires et administrative. Les axes d'améliorations souvent évoqués par les enquêtés sont : la formation des professionnels, le développement de partenariats et de conventions entre dispositifs handicapés, filières gérontologiques (organisations propres à la région Rhône-Alpes depuis 2011) et EHPAD. Enfin, les filières gérontologiques de territoire sont l'espace de coordination plébiscité pour lancer cette nouvelle dynamique de coopération entre les structures tout

en permettant un rapprochement avec la gérontologie. **Conclusion:** L'enquête de terrain met en avant la volonté de se coordonner pour mieux répondre aux enjeux de prise en compte des besoins des PHV en se basant sur ce qui existe déjà sur le territoire. Ajouter des niveaux de coordination ne viendrait pas améliorer ces échanges. « Faire simple, pragmatique et efficace », fonctionner par « mode projet », s'appuyer sur l'expérience des filières gérontologiques et la volonté de décloisonner à la fois les structures, les milieux (sanitaire et médico-social) et les champs, inclure les équipes de terrains, être dans une réciprocité avec la gérontologie (expertises partagées) constituent le socle de cette coopération. Les nouveaux dispositifs de coordinations, PTA (Plateforme Territoriale d'Appui), CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé), PCPE (Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées) ne sont pas encore maîtrisés par les acteurs et ne paraissent pas adaptés, actuellement, aux attentes des professionnels pour faire naître une coopération nouvelle au sein du territoire de santé concerné. Une association de directeurs de structures et services du champ médico-social du handicap (CTDESI), pourrait être à même de porter les projets transversaux et de construire des passerelles avec la filière gérontologique.

**P1-05-17****Gestion d'épidémies d'infections respiratoires aiguës (IRA) par une Equipe Mobile d'Hygiène en EHPAD (EMHE)**

S. Amsellem-Dubourget (1) ; F. Ruban-Agniel (1) ; C. Denis (1) ; N. Larroumes (1) ; S. Bô (1) ; M. Lieutard (1) ; J. Monterrat (1) ; C. Chapuis (2)

*(1) Equipe mobile d'hygiène en ehpad, Hospices civils de Lyon, Saint-Genis-Laval; (2) Equipe sectorielle de prévention du risque infectieux, Hospices civils de Lyon, Saint-Genis-Laval*

**Introduction :** Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont particulièrement exposés au risque d'épidémie d'infections respiratoires aiguës. Ces infections, du fait du grand âge, de la dépendance et des co-morbidités des résidents, ont une présentation clinique très variable allant de formes frustes à des symptomatologies bruyantes. Elles peuvent conduire à une décompensation et à une hospitalisation. L'une des missions des EMHE est d'apporter une aide méthodologique aux établissements en situation de crise sanitaire. Nous rapportons l'expérience d'une EMHE sur la gestion d'épidémies d'IRA. **Méthodes :** Tous les EHPAD ayant connu une épidémie d'IRA en décembre 2016 et janvier 2017 sont inclus. Les enquêtes et la synthèse ont été réalisées par l'EMHE. Les données ont été collectées sur les fiches de signalement et de clôture, accompagnées des courbes épidémiques. **Résultats :** 39 établissements ont déclaré 41 épisodes d'IRA soit 3240 résidents concernés. 34 ont signalés 1 épisode unique d'IRA, 2 ont eu 2 épisodes successifs et 3 ont été confrontés simultanément à une épidémie de gastroentérite. 34 EHPAD ont eu au moins 1 résident hospitalisé, 4 en ont eu de 5 à 8. 18 établissements ont eu au moins 1 décès. Le délai moyen de contact de l'EMHE par l'EHPAD est d'une semaine (min. 1 jour; max. 20 jours voire pas d'appel). Après un bilan téléphonique, l'EMHE a systématiquement transmis par courrier électronique le détail de la situation, le protocole de gestion d'une épidémie d'IRA, la fiche de signalement à l'ARS et les mesures adaptées à l'établissement. L'EMHE s'est déplacée 12 fois dans 10 structures afin de faire des rappels de bonnes pratiques notamment sur le port du masque. Elle est retournée dans 2 résidences pour expliquer les mesures à maintenir après la clôture de l'épidémie.

Deux audits ont été effectués dans un EHPAD portant sur le port de bijoux et les Précautions Complémentaires Gouttelettes. Sur les recommandations de l'EMHE, les établissements ont mis en place des informations sur les mesures adaptées concernant les résidents, les professionnels et les visiteurs ; et ont poursuivi l'incitation à la vaccination des professionnels. **Conclusion :** L'EMHE a été un soutien à distance pour les établissements concernés, tout en se déplaçant dès que nécessaire. Une des difficultés a été de collecter des données en temps réel, malgré l'implication des professionnels. La gestion de ces épisodes épidémiques de grande ampleur a permis à l'équipe de cibler les mesures à appliquer au mieux de l'intérêt des résidents. L'état psychique de ceux-ci participant à leur maintien en santé, les mesures clés comme le maintien en chambre et l'arrêt des activités collectives ont été les plus délicates à mettre en œuvre et à ajuster. Un travail pédagogique est également à engager avec les familles afin de les impliquer dans la prévention du risque infectieux. En effet, les modes de transmission croisée sont des éléments abstraits qu'il est important d'expliquer afin que les moyens de prévention comme le masque ou l'utilisation de la solution hydroalcoolique soit utilisés correctement et à bon escient. Le manque de moyens humain et matériel a été un des facteurs limitant lors de ces épisodes.

#### P1-05-18

##### **Etude de l'adéquation de l'offre de service aux besoins de soutien à l'autonomie fonctionnelle et sociale des personnes en situation de handicap avançant en âge d'un territoire de santé**

M. Debray (1) ; E. Carrière (2) ; M. Picou-Le-Blanc (3) ; M. Buchner (4) ; G. Gonnet (5) ; N. Dubuc (6)

(1) *Pôle de Gériatrie, C.H. Annecy Genevois, Metz-Tessy;*  
 (2) *Complexe de la balme, AAPPEI EPANOU, La Balme-de-Sillingy;*  
 (3) *Centre de recherche clinique, C.H. Annecy Genevois, Metz-Tessy;*  
 (4) *Complexe de la balme, AAPPEI EPANOU, La Balme-de-Sillingy;*  
 (5) *Complexe de la balme, AAPPEI Epanou, La Balme-de-Sillingy;*  
 (6) *Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada*

**Introduction :** Les conséquences d'un défaut de réponse aux besoins de soutien à l'autonomie fonctionnelle des personnes sont connues en terme de qualité de vie des personnes, de syndromes gériatriques, de risque d'hospitalisation, de déclin fonctionnel (Desai 2001, Allen 2014). Il existe aussi des arguments pour penser que résider dans un milieu de vie trop médicalisé en regard de ses propres besoins est tout aussi délétère pour l'état de santé global (Putman 2014). Aux Etats Unis, une loi de 1999 proclame le droit à des soins «non excessifs» dans un milieu de vie le moins «restrictif» possible. Dans le contexte de vieillissement de la population en situation de handicap, l'étude épidémiologique «PHV-Géronto» a concerné 737 personnes en situation de handicap vieillissantes (PHV) de 40 ans et plus d'un territoire de santé (communication SFGG 2016 n°142). Elle a permis: d'une part de classer les participants selon 14 profils de besoin de soutien à l'autonomie fonctionnelle (profils «ISO-SMAF») et de préciser pour chacun des 14 profils iso-SMAF les caractéristiques des besoins en terme de fonctionnement social (SMAF-social), les consommations de certaines ressources sanitaires; d'autre part de décrire les ressources offertes aux usagers selon leur environnement physique, leurs ressources humaines et leur environnement organisationnel. On constate des chevauchements pour de nombreux profils entre différents milieux de vie offrant des ressources pourtant très différentes. Ce chevauchement pourrait indiquer que des personnes ayant un même profil de besoin iso-

SMAF ont selon les milieux de vie où ils résident soit un défaut de réponse à leurs besoins, une réponse adéquate ou bien encore un excès de ressource en regard de leurs besoins. L'objectif de ce travail est d'évaluer quels milieux de vie offrent des réponses adaptées aux besoins des PHV selon leurs profils iso SMAF et ainsi d'évaluer la proportion d'usager résidant dans un milieu de vie n'apportant pas une réponse adéquate à leurs besoins. **Méthodes:** Une méthodologie de type groupe expert est retenue suivant la technique « TRIAGE » (Technique de Recherche d'Information par Animation d'un Groupe d'Experts) (Gervais 2002) avec 4 phases: 1/choix raisonné d'experts du territoire basé sur une représentation des différents milieux de vie, des tutelles, des familles d'usager et de différents métiers/travail individuel des experts sur la base d'un rapport détaillant la description des ressources et des besoins issus de l'étude «PHV-Géronto» 3/compilation des réponses individuelles des experts 4/ temps collectif d'une journée permettant de discuter les réponses non consensuelles. Les experts jugent pour chacun des profils iso-SMAF de l'adéquation des ressources des différents milieux de vie aux besoins des personnes en répondant à la question suivante: l'accompagnement de l'usager du profil considéré en regard des ressources disponibles dans chacun des milieux de vie vous paraît-il: plutôt adéquat, envisageable, inadéquat par défaut ou excès de ressource. **Résultats :** Les 10 experts sollicités ont tous accepté de participer: 4 femmes et 6 hommes d'âge médian 55 ans, disposant de 3 et 30 ans d'expérience professionnelle dans le champ de l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Selon les experts, 8,5 % des usagers vivent dans un milieu jugé inadéquat pour répondre à leurs besoins. Ceux-ci sont répartis dans tous les milieux de vie à l'exception des appartements de soutien. La proportion des inadéquations est la plus forte en foyers d'hébergements où près d'une personne sur 5 présente un profil lourd et est maintenue en foyer en attente de places dans des structures plus adaptées mais aussi en foyers de vie où les besoins de personnes de profils lourds pourraient être mieux satisfaits en institutions plus médicalisées de type Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). A l'inverse dans les institutions médicalisées (FAM ou Maison d'Accueil Spécialisé), 6 à 12% des usagers ayant des profils de besoins légers pourraient probablement être réorientés vers des milieux moins restrictifs ou bénéficier de petites unités de vie ou appartements non reliés au statut de travailleur. **Conclusion :** La majorité des PHV réside dans un milieu de vie répondant adéquatement à leurs besoins mais une proportion non négligeable de près de 10% semble ne pas bénéficier d'une réponse optimale. Le désir de l'usager et de ses proches de vieillir dans son milieu de vie habituel (rapport Gohet 2013) se confronte aux capacités des milieux à assurer la réponse à des besoins de soutien à l'autonomie fonctionnelle et sociale évoluant avec l'avancée en âge. Des propositions de réorientation basées sur une évaluation de ces besoins pourraient optimiser l'allocation des ressources dans un contexte budgétaire restreint.

## P2 - BIOLOGIE / CHUTES / PATHOLOGIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR / EVALUATION DES PRATIQUES / FRAGILITÉ

### P2-01-01

**Association entre concentrations sériques d'IGF-1 et de matrix métalloprotéase-2 dans une cohorte de sujets âgés souffrant de maladie d'Alzheimer, troubles cognitifs légers ou sans troubles cognitifs. Etude Ancillaire de l'étude SIGAL**

E. Duron (1) ; K. Baranger (2) ; JS. Vidal (3) ; C. Viollet (4) ; AS. Rigaud (5) ; O. Hanon (6) ; S. Riviera (2) ; J. Epelbaum (4)

(1) *Service du professeur Hanon et Rigaud, APHP, université Paris Descartes, Hôpital Broca, Paris;* (2) *Université de marseille, NICN UMR7259 Aix-Marseille Univ NICN UMR7259 CNRS, Marseille;* (3) *Gériatrie, Hôpital Broca, Paris;* (4) *Centre de psychiatrie et neurosciences, INSERM, UMR-S894, Centre de psychiatrie et neurosciences, paris;* (5) *Gériatrie, Hôpital Broca, université Paris Descartes, Paris;* (6) *Service du professeur hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris*

**Introduction :** Contexte: L'insulin-like growth factor-1 (IGF-1) dégrade et augmente la clairance du peptide bêta amyloïde (A $\beta$ ) dans la maladie d'Alzheimer (MA). L'étude SIGAL (694 sujets) a mis en évidence une association entre des concentrations sériques basses d'IGF-1 et la MA chez l'homme. Les métalloprotéases matricielles 2 et 9 (MMP-2 et -9) dégradent également l'A $\beta$  dans la MA. Les concentrations de MMP-9 sont augmentées dans le cerveau et dans le plasma des sujets atteints de MA. L'expression de MMP-2 est augmentée dans le cortex entorhinal des patients MA mais n'est pas augmentée dans le plasma. Une interaction entre les MMPs et le système IGF-1 pourrait exister, en effet, la MMP-9 clive l'IGF-1 de sa principale protéine porteuse et facilite la liaison de l'IGF-1 à son récepteur. Notre objectif est d'établir s'il existe une corrélation entre IGF-1 et les concentrations sériques de MMPs dans la cohorte SIGAL. **Méthodes :** Dans l'étude SIGAL, les patients bénéficiaient d'une évaluation médicale, de dosages biologiques et d'une évaluation neuropsychologique exhaustive au terme de laquelle un diagnostic de troubles cognitif léger (MCI) ou de MA était posé selon les critères internationaux. Des sujets âgés volontaires sans plainte mnésique, avec une évaluation neuropsychologique normale ont constitué le groupe « contrôle ». Les concentrations sériques d'IGF-1 ont été déterminées par ELISA. Les niveaux de MMPs ont été mesurés par zymographie sur gel chez les premiers patients inclus dans l'étude SIGAL et les données ont été normalisées. Les facteurs associés aux concentrations de MMP-2 et MMP-9 ont été déterminés par ANOVA. **Résultats :** Trois cent dix-neuf sujets consécutifs (Age moyen (déviat standard (DS))=78 (68) ans, 66.8% de femmes) participant à l'étude SIGAL ont bénéficié de l'étude des MMPs. Vingt-neuf pour cent souffraient de MA, 40 % de MCI et 31% étaient cognitivement normaux. Les concentrations sériques moyennes (DS) de MMP-2 et de MMP-9 étaient respectivement de 0.865 (0.843) Unité Arbitraire (UA) et de 1.51 (1.02) UA et les concentrations sériques moyennes d'IGF-1 et d'IGFBP-3 (DS) étaient de 160 (81) ng/ml et de 4318 (1665) ng/ml. La concentration moyenne de MMP-2 était plus élevée chez les femmes que chez les hommes (0.714 (0.436) UA vs 0.941 (0.979)UA, p=0.03) alors qu'il n'y avait pas de différence significative pour MMP-9, et la concentration moyenne d'IGF-1 était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (173 (88) vs 154 (76) ng /ml, p=0.04). La répartition des diagnostics cognitifs

était également différente : moins de MA chez les hommes (26.9 vs 30.5%), plus de MCI chez les hommes 51.9 % vs 33.3% et moins de « sujets contrôles » chez les hommes (21.2 % vs 36.2% (p=0.003)). Les concentrations sériques de MMP-2 étaient significativement corrélées aux concentrations de MMP-9 (beta (SE)= 0.492 (0.040), ANOVA<.0001), au sexe féminin (p=0.03) et aux concentrations d'IGF-1 (log IGF-1, beta (SE) = 0.217 (0.105) après ajustement sur l'âge et le sexe, p 0,04) mais pas aux diagnostics cognitifs. Aucune association significative entre concentrations sériques de MMP-9 et les variables étudiées n'a été mise en évidence. **Conclusion :** Les concentrations sériques d'IGF-1 et de MMP-2 sont significativement associées dans une cohorte comportant des sujets atteints de troubles cognitifs dont MA suggérant une interaction entre ces molécules lors du déclin cognitif. Les concentrations sériques de MMP2 ne sont pas diminuées chez les patients atteints de la MA, ce qui confirme les données de la littérature. En revanche, contrairement aux études précédentes, les concentrations de MMP-9 n'étaient pas augmentées chez les patients souffrant de MA. Ceci peut s'expliquer par le fait que le groupe MCI est hétérogène certains sujets souffrant de MA prodromale. Le dosage de MMP pour le reste de la cohorte SIGAL est en cours de réalisation.

### P2-02-02

**Consultation pluridisciplinaire de la chute : recherche d'indicateurs prédictifs de chutes à répétition sur une population de 451 patients de court séjour gériatrique**

J. Biogeu (1) ; H. Terki (1) ; M. Monseu (1) ; R. Galy (1) ; J. Lorthiois (1) ; N. Ballouche (1) ; M. Fleury (1) ; M. Dramé (2) ; JB. Gauvain (1)

(1) *Court séjour gériatrie, Nouvel Hôpital d'Orléans NHO, Orléans;* (2) *Unité d'aide méthodologique, CHU, Reims*

**Introduction :** Les chutes itératives sont une cause majeure d'adressage des Personnes Agées (PA) en consultation ou en hospitalisation (1PA/3 si > 65 ans et 1PA/2 si > 80 ans, 50 % des chuteurs ont fait au moins 2 chutes). Une meilleure connaissance du profil des patients pourrait permettre de mieux les orienter dans la filière et d'adapter plus rapidement les recommandations potentielles pour éviter les récidives. **Méthodes :** 451 PA essentiellement du domicile (330 femmes et 121 hommes, d'âge moyen de 82,82  $\pm$  5,42 ans) ont été adressés de 2006 à 2016 en consultation pluridisciplinaire de la chute (CPDLC) par le généraliste (48%), par un spécialiste de ville (5%), ou par un adressage hospitalier (47%) via le service d'accueil des urgences ou l'unité mobile gériatrique. Ils ont été divisés en deux groupes : le premier groupe (G1) rapportant aucune ou 1 chute dans les derniers 6 mois et le second groupe (G2) rapportant au moins 2 chutes (2 représentant la médiane). L'analyse univariée entre G1 et G2 a porté sur les facteurs de risque classiques de la chute de l'évaluation gériatrique standardisée. L'analyse multivariée a cherché à repérer les variables significatives au moment de cette expertise collégiale pouvant être prédictives d'un profil de « chutes à répétition » ( $\geq$  2 dans les 6 mois). **Résultats :** Le G1 vit plus souvent seul au domicile (27,2 % ) que G2 (24,3 % - p= 0,002), 25,5 % d'entre eux ont > 3 syndromes gériatriques (vs 39 % - p = 0,03), avec moins d'antidépresseurs (12 % vs 21,3 % - p = 0,03), une dénutrition moindre (MNA > 24 : 32,2 % vs 31,8 % - p = 0,02), une proportion moindre de syndromes gériatriques ( 11,4% vs 18% - p = 0,03) et de problèmes rhumatologiques (31,8 % vs 32,1 % - p = 0,03), une hypotension orthostatique moins fréquente (8,2 % vs 15,1 % - p = 0,01) et moins de dépression (11,4 % vs 18% - p = 0,04). G1 présentait au moment de l'expertise des scores

ADL (5,63 +/- 0,65) et IADL (5,71 +/- 2,25) significativement plus élevés que G2 : respectivement 5,44 +/- 0,83 ( $p = 0,002$ ) et 5,02 +/- 2,73 ( $p = 0,02$ ). Le Get up est plus rapide pour G1 (19,7 +/- 11,64) que pour G2 (22,95 +/- 13,94 -  $p = 0,02$ ) et la VitD2+3 y a été retrouvée plus élevée (21,34 +/- 11,84 vs 19,9 +/- 15,02 -  $p = 0,01$ ). Par ailleurs, la découverte d'une démente a été relevée près d'une fois sur deux ; le nombre de patients adressés par le généraliste a augmenté progressivement de 2006 à 2013 contrairement aux autres modes de recrutement. Après analyse multivariée et ajustements multiples, il ressort que les patients à chutes répétées ( $\geq 2$ ) ont 2 fois plus de risque d'être multichuteur que ceux de G1 s'ils sont dénutris (OR 2,006 [1,35-2,97]) et près de deux fois plus s'ils ont un antidépresseur (OR 1,81 [1,19-2,77]) ou une hypotension orthostatique (OR = 1,7 [1,10-2,86]). Ceux du groupe G1 qui vivent seuls ont près de 0,5 fois moins de risque d'être exposés à des chutes répétées (OR 0,54 [0,36-0,8]) et également s'ils souffrent de pathologie rhumatologique (OR 0,64 [0,42-0,97]). **Conclusion:** Dans les limites de cette étude, les PA venant en CPDLC avec  $\geq 2$  chutes dans les 6 mois passés, méritent une attention plus particulière dès lors qu'ils sont à risque de dénutrition, qu'ils ont un antidépresseur dans leur liste de médicaments ou qu'on leurs découvre une hypotension orthostatique. Ceux qui vivent seuls au domicile ou qui souffrent de problèmes rhumatologiques, semblent être préservés de chutes à répétition (meilleur état de santé ?).

#### P2-02-03

##### Est-il possible de réduire la consommation de médicaments psychotropes chez les patients âgés chuteurs ?

M. Manechez (1) ; C. Rime (2) ; T. Balcaen (3) ; C. Gaxatte (2) ; F. Puisieux (2)

(1) Pôle de gériologie, C.H. Régional Universitaire de Lille (CHRU de Lille), Lille; (2) Pôle de gériologie, C.H. Régional Universitaire de Lille, Lille; (3) Plate-forme d'aide méthodologique, C.H. Régional Universitaire de Lille, Lille

**Introduction :** Tous les psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques) sont associés au risque de chute. Aussi la révision de l'ordonnance fait partie des recommandations pour réduire le risque de chute. Les objectifs de ce travail : 1. Déterminer le nombre de sujets consultant en HDJ « chute » au CHRU de Lille et prenant au moins un psychotrope 2. Préciser la prévalence de proposition d'arrêt ou de diminution de posologie ou d'ajout d'au moins un psychotrope énoncée à l'issue de l'évaluation multidisciplinaire 3. Préciser le nombre de personnes ayant effectivement suivies les recommandations préconisées à 6 mois. **Méthodes :** Etude prospective mono-centrique dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire de la chute du CHRU de Lille. Tous les patients rencontrés entre 2005 et 2014 ont été inclus. **Résultats :** Parmi 1174 patients rencontrés en consultation (âge moyen = 80,8 ans, 73% de femmes, 58% de patients multi chuteurs), 658 patients prenaient au moins un psychotrope. Nous avons proposé à 266 patients (40%) de diminuer ou d'arrêter un psychotrope. Parmi les 158 patients revus à 6 mois, 84 (53 %) ont réduit ou arrêté un médicament psychotrope. Il existe une réduction significative du nombre de chutes et du nombre de chuteurs à six mois pour l'ensemble des patients rencontrés en HDJ chute mais il n'a pas été démontré de différence significative sur la réduction de récurrence de chute chez les patients qui ont arrêté ou diminué la posologie du médicament psychotrope 65 patients ont reçus quant à eux une recommandation d'ajout de psychotrope (majoritairement des antidépresseurs et des anxiolytiques, devant la présence d'un

syndrome dépressif et de troubles anxieux – malgré le risque de chute). Parmi les 35 patients revus à six mois, 34% ont suivi la recommandation. **Conclusion :** Notre étude montre la possibilité d'adaptation thérapeutique chez le patient âgé chuteur. Plusieurs facteurs influencent le suivi des recommandations visant à réduire le risque de chute, notamment la conscience du patient de son risque de chute et de blessure, sa compréhension de l'intérêt des mesures proposées, et probablement les modalités d'annonce et de mise en œuvre des recommandations visant la l'arrêt ou réduction des psychotropes.

#### P2-02-04

##### Facteurs de Risque de Syndrome Post-chute chez 70 Chuteurs

M. Meyer (1) ; T. Vogel (1) ; G. Kaltenbach (1) ; E. Schmitt (1)  
(1) Pôle de gériatrie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg

**Introduction :** L'objectif de cette étude était de rechercher des facteurs de risque de syndrome post-chute, jusqu'à présent très peu étudiés. **Méthodes :** Une étude cas-témoin monocentrique a été réalisée dans le service de Médecine Interne Gériatrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Nous avons inclus tous les patients âgés de plus de 70 ans hospitalisés dans un contexte de chute. Les patients non autonomes pour les transferts et les déplacements en chambre avant la chute, ainsi que ceux présentant toute cause neurologique ou orthopédique aiguë directement responsable du déclin fonctionnel ont été exclus. Le syndrome post-chute a été retenu en cas de déclin fonctionnel survenant à la suite d'une chute. **Résultats :** L'étude clinique s'est déroulée du 29 mars 2016 au 7 juin 2016. Nous avons inclus 70 patients. Vingt-neuf patients présentaient un syndrome post-chute (41,4 %). Le risque de survenue d'un syndrome post-chute était augmenté de façon significative avec l'âge ( $p=0,002$ ), la présence d'un trouble de la marche avant la chute (OR=9,63 IC 95 p.100 : 2,49 ; 37,30  $p<0,001$ ), l'utilisation d'une aide technique avant la chute (OR=9,10 IC 95 p.100 : 2,38 ; 34,85  $p<0,001$ ), l'absence de sortie du domicile non accompagnée la semaine précédant la chute (OR=4,95 IC 95 p.100 : 1,24 ; 19,79  $p=0,017$ ), un trouble de la vision rendant impossible la lecture de près (OR=3,48 IC 95 p.100 : 1,18 ; 10,31  $p=0,021$ ), une limitation de la dorsiflexion de cheville ( $p=0,003$ ), de la force de préhension ( $p=0,002$ ) et la peur de chuter (OR=4,45 IC 95 p.100 : 1,29 ; 15,42  $p=0,014$ ). **Conclusion :** Ce travail a montré chez les patients présentant un syndrome post-chute la présence de déficiences et limitations d'activités préalables à la chute. Le repérage et la prise en charge le plus précocement possible de cette population à risque pourrait limiter la survenue d'une désadaptation psychomotrice.

#### P2-02-05

##### Ortho-gériatrie : impact sur la mortalité à un an dans la prise en charge des fractures du col du fémur chez les plus de 85 ans

J. Moyet (1) ; G. Deschasse (1) ; F. Bloch (1)  
(1) Gériatrie, CHU Amiens-Picardie, Amiens

**Introduction :** La fracture du col du fémur est un enjeu de santé publique du fait de son incidence et de ses complications à court et à long terme chez le sujet très âgé. Une prise en charge précoce au sein d'unités d'ortho-gériatries pourrait avoir un impact positif en termes de mortalité. **Méthodes :** Il s'agit d'une revue de la littérature systématique analysant l'impact des unités d'ortho-gériatries sur la mortalité à un an chez les patients de 85 ans et plus présentant une fracture du col du fémur. **Résultats :** La recherche bibliographique

a rapporté 3362 articles. L'analyse des titres et résumés a permis d'en sélectionner 110. A l'issue de la revue de la littérature, 22 articles ont finalement été inclus. Parmi eux, 7 essais randomisés contrôlés, 7 essais prospectifs non contrôlés, 5 études rétrospectives et 3 études de cohorte. Notre revue n'a pas permis d'identifier un impact positif sur la mortalité à un an chez les plus de 85 ans ayant bénéficié de cette double prise en charge pour une fracture du col du fémur. L'hétérogénéité de la méthodologie des études, des systèmes de soins et des patients rend difficile la comparaison de leurs résultats. Néanmoins, plusieurs essais randomisés contrôlés ont permis de mettre en évidence un réel impact en termes de mortalité intra hospitalière, de récupération fonctionnelle ou encore de restauration et de maintien du niveau antérieur de mobilité dans les activités de la vie quotidienne. Le modèle d'unité péri opératoire gériatrique (UPOG) semble être le modèle ayant l'impact positif le plus important en termes de morbi-mortalité. Le développement de telles unités semble avoir un effet positif également d'un point de vue médico-économique. D'autres études et essais cliniques doivent être réalisés afin de mieux décrire les effets de cette double prise en charge des patients très âgés fragiles et/ou polyopathologiques. **Conclusion :** Les programmes d'interventions des unités d'orthogériatrie doivent être développés et optimisés dans la prise en charge de la fracture du col du fémur responsable d'une mortalité et d'une perte fonctionnelle toujours importante. Une uniformisation du développement de ces unités en rationalisant les pratiques ciblant les personnes très âgées permettrait de diminuer le risque de complications ou de décès à court et à long terme.

#### P2-07-06

##### **Evaluation des pratiques de la compression veineuse sur le pôle EHPAD-USLD au CHU de Rouen**

K. Guignery-Kadri (1) ; V. Derambure (2) ; M. Toufflet (3) ; A. Kadi (3) ; C. Villain (4) ; P. Carvalho (5)

(1) *EHPAD-USLD Boucicaud, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen;* (2) *Ehpad-usld saint julien, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen;* (3) *Hôpital d'oissel, CHU De Rouen, Rouen;* (4) *Pôle ehpad-usld, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen;* (5) *Dermatologie, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen*

**Introduction :** L'évaluation de la pertinence des soins est un axe important de l'évaluation des pratiques professionnelles car elle associe à la fois une préoccupation de qualité et de sécurité des soins, mais aussi un souci d'efficacité. Compte tenu de la grande fréquence de prescription de compression veineuse chez les résidents en EHPAD-USLD, une évaluation de la pertinence de ce soin a été réalisée en 2016 sur le pôle EHPAD-USLD du CHU de Rouen. La mise en place d'une compression veineuse chez un résident relève d'une procédure-type : Prescription médicale /Prise de mesures par les infirmières/Commande par le cadre de santé auprès des services économiques/Livraison dans le service et 1er essai réalisé ; si l'essai est probant, la compression veineuse est envoyée au marquage à la blanchisserie. L'ensemble du matériel de compression veineuse est financé par le pôle EHPAD-USLD et constitue donc un poste important de dépenses. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective de dossiers à l'aide d'une grille de saisie élaborée avec des critères d'évaluation de la pertinence de la prescription des compressions veineuses. Celle-ci est renseignée pour chaque résident disposant d'une compression veineuse. L'analyse porte sur le nombre de prescriptions de compression veineuse sur l'ensemble du pôle EHPAD-USLD, le type et la classe de compression veineuse prescrite, l'indication des compressions

veineuses prescrites, la profession de la personne qui met en place la compression veineuse, l'état de la compression veineuse et la tolérance de la compression veineuse. **Résultats :** Le périmètre de l'étude était celui du pôle EHPAD-USLD (454 lits). L'audit des pratiques a porté sur 105 dossiers, soit 23.12%. 82% des prescriptions concernent des résidents de plus de 80 ans, dont une majorité entre 85 et 90 ans. 71% des résidents correspondent à des GIR 1 et 2. Une majorité des résidents est présente depuis plus de 3 ans. La classe de compression II est la plus prescrite. On note une proportion non négligeable de non-renseignement de la classe (24,76% des cas). On retrouve une majorité de bandes de contention (55% des cas) puis des chaussettes de contention. Aucune prescription de collants n'est retrouvée. Les bandes de compression sont prescrites majoritairement pour la classe II. La seule compression de classe III est réalisée avec des bas. Les prises de mesure pour les bas et les chaussettes sont réalisées dans la majorité des cas. Les principales indications retrouvées sont la prévention de la MTEV et l'hypotension orthostatique. Dans 8% des cas, l'indication n'est pas retrouvée. Les indications sont parfois doubles (Prévention de la MTEV et hypotension orthostatique par exemple). Les bandes de contention sont principalement utilisées dans la prévention de la MTEV. Les chaussettes sont fréquemment prescrites dans la prise en charge de l'hypotension orthostatique. La classe II est majoritairement prescrite, quel que soit l'indication. La classe n'est pas toujours renseignée en fonction de l'indication. La majorité des compressions veineuses sont posées par les aides-soignantes avant le lever. Il semble que les dispositifs de compression soient en bon état. Les bandes de compression sont en moins bon état que les dispositifs personnels. Le renouvellement des dispositifs de compression veineuse n'est pas planifié, mais réalisé au coup par coup dans 97% des cas. **Conclusion :** Cette étude a permis d'élaborer un plan d'actions d'amélioration de la gestion de la compression veineuse en EHPAD-USLD ; Elle a consolidé la fonction importante de la fiche de prescription médicale comprenant l'indication, le type de compression veineuse, la classe et les mesures. L'instauration d'une réévaluation de l'indication de la compression veineuse et d'un outil de planification du renouvellement des supports de compression veineuse s'avère indispensable. D'autre part, une collaboration avec les services économiques s'avère nécessaire afin de retravailler les circuits de commandes (supports, marques, fournisseurs...) et suivre les consommations de supports de compressions veineuses sur le pôle EHPAD-USLD. Enfin, l'élaboration d'une formation à l'attention des soignants du pôle EHPAD-USLD dans le cadre d'un DPC permettrait de communiquer les résultats de l'audit et les actions mises en place et de former sur les indications et sur la pose de la compression veineuse.

#### P2-07-07

##### **Chutes gériatriques: Connaissances et pratiques des professionnels de santé au CH Aubusson**

S. Apeti (1) ; AK. Ait (2) ; KA. Klouvi (3) ; N. Tolo (4)

(1) *Médecine aigue, Centre Hospitalier Aubusson, Faculté de Médecine de Limoges, AUBUSSON;* (2) *Médecine aigue, CH Aubusson, Limoges;* (3) *Médecine, CH Syvanus Olympio, Cabinet Médical GAMESU, Lomé, Togo;* (4) *Soins de suite et de réadaptation, CH Magnac Laval, Magnac-Laval*

**Introduction :** La chute du sujet âgé est le fait qu'un sujet de plus de 65ans se retrouve involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ,

le sol étant la référence. Elle demeure un problème de santé de par ses fréquence de survenue tant à domicile, en dehors du domicile qu'en milieu hospitalier. C'est un véritable marqueur de fragilité aux conséquences gravissime pour le sujet âgé souvent polyopathologique. Notre objectif était d'évaluer les connaissances et pratiques en chutes gériatriques des professionnels de santé au CH d'Aubusson. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale quantitative et qualitative allant de Janvier 2017 à Avril 2017. Le centre hospitalier d'Aubusson dispose de toutes les principales composantes des filières gériatrique. **Résultats :** Sur 145 enquêtés, 20 % seulement ont répondu avec une prédominance féminine à 79,3 % et un âge moyen de 40,65 ans. Les infirmiers (IDE) représentaient 34,5%. Le service aigue de médecine représentait 44,8% des enquêtés. Quatre-vingt-seize virgule six pour cent (96,6%) avaient au moins 4 ans d'expérience et (82,8%) avaient au moins 4 ans d'expérience en milieu gériatrique. Sur le Background sur les chutes gériatriques, 58,6% avaient des formations théoriques en chute et 37,9% une formation continue. Trente-huit virgule cinq pour cent (38,5%) des 48,8% déclarant connaître la définition avaient donné une définition juste. Pour les facteurs de risque, 93,1% les connaissaient 86,2% les avaient bien énumérés. Soixante-dix-neuf virgule quatre pour cent (79,4%) connaissent les grandes démarches à suivre et 72% les avaient bien évoquées. Les lignes thérapeutiques ainsi que leur connaissance réelle étaient évoquées chacune dans 65,5% des cas. Sur les 12 déclarant n'avoir pas de formation théorique, le tiers ne souhaitait pas être formé contre les 2/3. Sur les 17 n'ayant pas fait de formation continue, 94,1% souhaitaient poursuivre leur formation. Tous les 18 enquêtés faisant les transmissions au médecin. La réévaluation était de 3,4% après l'hospitalisation. La charge du travail est un obstacle pour ceux qui n'évaluaient pas dans 88,9% des cas. Pour les parties du protocole appliqué, le volet immédiat était évoqué dans 55,2%. L'évaluation était systématique dans 58,6% et de 65,5% à l'entrée. Cinquante et un virgule sept pour cent (51,7%) jugeait difficile l'évaluation des chutes et le patient dément posait plus de problème chez 72,4%. Soixante-neuf pour cent (69%) avaient jugé la gestion de la chute insuffisante dans l'hôpital. **Conclusion :** Ces résultats montrent que la gestion efficace et efficiente des chutes reste encore à améliorer surtout que la majorité juge la prise en charge insuffisante. Par ailleurs le taux de réponse faible témoigne de la non volonté de révéler véritablement ses connaissances en la matière et constitue un obstacle pour améliorer les pratiques professionnelles. Les chutes demeurent un problème de santé publique et leur prise en charge doivent bien organisée et actualisées en impliquant tous les professionnels de la santé. Mots-clés : chute gériatrique, professionnels de santé, formation.

## P2-07-08

### Evaluation des prescriptions de neuroleptiques chez le sujet âgé résidant en institution

C. Castel (1) ; G. Boudin (2) ; E. Renaud (3) ; L. Thomas-Bacheley (3) ; P. Lescure (4) ; C. Hecquard (1) ; G. Loggia (4)  
(1) Pharmacie, C.H.U de Caen, Caen; (2) Médecine gériatrique, C.H. Robert Bisson, Lisieux; (3) Résidence pour personne âgée, C.H.U de Caen, Caen; (4) Médecine gériatrique, C.H.U de Caen, Caen

**Introduction :** L'augmentation de l'incidence chez le sujet âgé des troubles psychotiques, des démences ainsi que des troubles psychocomportementaux qui peuvent y être associés, expose au risque de surprescription des neuroleptiques (NL). Hors, l'administration

de NL peut être à l'origine d'effets indésirables fréquents, d'interactions médicamenteuses et d'une augmentation de la mortalité. L'encadrement des prescriptions de NL chez le sujet âgé paraît nécessaire pour réduire les usages inappropriés et optimiser la prise en charge médicamenteuse. L'objectif de ce travail est d'évaluer les pratiques professionnelles concernant la prescription de NL chez la personne âgée institutionnalisée. **Méthodes :** Une étude prospective a été menée en mars 2017 dans une résidence pour personne âgée regroupant un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et une unité de soins longue durée. A partir des prescriptions informatisées, les résidents traités par NL ont été identifiés. La consultation des dossiers médicaux a permis de recueillir les informations suivantes : indication et date d'instauration du traitement, type de NL prescrit et posologie, co-prescriptions médicamenteuses, dates de réévaluation du traitement, natures et dates des surveillances thérapeutiques. Une comparaison des pratiques aux recommandations de prescription a ensuite été réalisée. **Résultats :** 26% des résidents ont été inclus dans l'étude (n=68/266). En moyenne, 1.3 NL étaient prescrits par jour et par résident. Une monothérapie a été observée dans 75% des cas. La prise en charge d'une agressivité (53%), de troubles psychotiques (50%) et d'une agitation (43%) ont été les trois principaux motifs de prescription retrouvés. Les NL de seconde génération ou « atypiques » étaient préférés aux NL de première génération (90% vs 10% des cas). La rispéridone et la loxapine ont été les deux molécules les plus prescrites dans respectivement 56% et 41% des cas. Les NL ont été initiés à la posologie la plus faible (< ¼ des posologies moyennes de l'adulte) dans 75% des cas. Une interaction médicamenteuse a été identifiée chez 75% des résidents en rapport avec une co-prescription de benzodiazépines (66% des cas), d'antidépresseurs (43% des cas) ou de médicaments anticholinergiques (31% des cas). Dans 85% des cas, les NL ont été prescrits pour une durée initiale de traitement supérieure à 1 mois. Lors de l'évaluation, 79% des résidents étaient sous traitement NL depuis au moins 3 mois. Une réévaluation du traitement après instauration a été retrouvée dans 82% des cas dont 37% dans les 15 jours. Une réévaluation trimestrielle régulière du traitement a été retrouvée dans 80% des cas. L'étude des dossiers médicaux a permis de recenser une surveillance biométrique (100% des cas), hématologique (100% des cas), biologique (95% des cas), rénale (94% des cas), hépatique (93% des cas), cardiaque (88% des cas) et lipidique (48% des cas). Seuls 21% des résidents ont bénéficié de la surveillance globale recommandée. **Conclusion :** Cette étude a permis de mettre en évidence le bon usage des NL au sein de la résidence pour personne âgée. Néanmoins, des écarts de prise en charge par rapport aux recommandations ont été soulignés tels que la durée de prescription, les co-prescriptions déconseillées ou l'absence de surveillances thérapeutiques. Ce travail a toutefois permis d'améliorer la prescription des NL chez le sujet âgé. En effet, une augmentation de la réévaluation des traitements, une augmentation de la prescription d'examen de contrôle (surveillance lipidique et cardiaque (électrocardiogramme)) et des arrêts de traitement injustifiés ont pu être observés à la suite de cette étude. Afin d'optimiser la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé, une réévaluation trimestrielle régulière des prescriptions de NL par un binôme gériatre-pharmacien va être mise en place prochainement au sein de la résidence pour personne âgée.

**P2-07-09****Comment améliorer la prise en charge des infections urinaires en gériatrie à partir d'une étude rétrospective ?**

M. Teytaud (1) ; L. Faraggi (1)

(1) *Pharmacie, Centre de Soins et Maison de Retraite de Podensac, Podensac*

**Introduction :** Une incidence croissante des infections urinaires (IU) dans notre établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes a induit une augmentation du nombre de prescriptions d'antibiotiques. Dans ce contexte, les pratiques de diagnostic et de prescription ont été confrontées aux recommandations nationales récemment actualisées par la Société de Pathologies Infectieuses de Langue Française (SPILF). L'objectif de cette étude était d'évaluer la pertinence des prescriptions d'antibiotiques pour la prise en charge des IU et leur conformité aux référentiels, dans le but d'améliorer la prise en charge (PEC) médicamenteuse.

**Méthodes :** La conformité des prescriptions aux recommandations a été évaluée rétrospectivement sur une période de 6 mois en considérant la pertinence de l'indication (évaluée par l'étude de la symptomatologie et la prise en compte du diagnostic différentiel de bactériurie asymptomatique), le choix de l'antibiotique et la durée du traitement. **Résultats :** Cent quatre dossiers d'IU ont été analysés, représentant 57 patients répondant tous à la définition du sujet âgé selon l'OMS (avec un âge > 65 ans et plus de trois critères de Fried). Cinquante pour cent des prescriptions étaient pertinentes sur l'indication. Le choix de la molécule était conforme dans 76,6% des cas et la durée de l'antibiothérapie était respectée dans 50,9% des cas. Au total, 22,1% des PEC étaient conformes, d'après les 3 critères observés. **Conclusion :** Les résultats montrent un taux de conformité des PEC sur les trois critères observés dans seulement 1 cas sur 5, le surdiagnostic et la durée de l'antibiothérapie étant les principales causes observées d'écart aux recommandations. Dans le but d'améliorer la PEC médicamenteuse et de favoriser le bon usage des antibiotiques, une présentation des résultats et un rappel des recommandations nationales de PEC ont été réalisés auprès des prescripteurs, avec la mise à disposition d'un outil d'aide à la prescription sous la forme d'un arbre décisionnel. En raison de l'émergence croissante de souches bactériennes résistantes, notamment en milieu institutionnel, l'analyse et la validation pharmaceutique des prescriptions doivent permettre de promouvoir le bon usage des antibiotiques, qui passe notamment par le respect des recommandations nationales de PEC. Dans notre centre, cette étude et les actions mises en œuvre ont permis d'améliorer la collaboration médico-pharmaceutique, les prescripteurs demandant désormais le plus souvent une validation pharmaceutique téléphonique avant toute nouvelle prescription d'antibiotique.

**P2-07-10****La prescription médicamenteuse chez la personne âgée: évaluation et mise en place d'un plan d'action d'amélioration**

Auteurs : K. Muller (1) ; E. Bertalmio (1) ; C. Andruéjol (2) ; H. Feyeux (3) ; C. Arlaud (4) ; F. Capriz (5) ; JM. Turpin (6) ; O. Guérin (6) ; R. Collomp (1)

(1) *Pharmacie, CHU de Nice - Hôpital Pasteur, Nice;* (2) *Pharmacie, C.H.U de Nice, Nice;* (3) *Pharmacie, Hôpital Pasteur, Nice;* (4) *Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice;* (5) *Ssr c2, Hôpital Cimiez, Nice;* (6) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice*

**Introduction :** Chez les personnes âgées, les modifications physiologiques, la polyopathie et la polymédication augmentent

le risque iatrogénique. Malgré l'existence de recommandations claires, un nombre important de prescriptions médicamenteuses destinées aux personnes âgées restent inadaptées. L'amélioration des pratiques de prescription permet de diminuer cette morbi-mortalité et la consommation de soins inappropriée. **Méthodes :** L'objectif de ce travail est dans un 1er temps d'évaluer la qualité des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée dans les services de Gériatrie d'un CHU et ensuite de mettre en place des actions d'amélioration pertinentes. Sur la période de juin-juillet 2016, une analyse observationnelle portant sur les prescriptions des patients de 10 services de soins de suite et réadaptation du pôle Gériatrie a été menée afin d'évaluer 6 critères déterminés par une collaboration gériatre-pharmacien: 1/adaptation des posologies à 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/prescription de médicaments considérés comme potentiellement inappropriés (MPI). Le référentiel utilisé est la liste de médicaments publiée par M.L. Laroche. 3/prescription d'anticoagulants oraux directs (AOD) et adaptation des doses à la situation clinique. 4/prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) (fin de traitement notifiée). 5/présence d'interactions médicamenteuses de niveau 1 ou contre-indication. 6/prescription de statine. Les résultats présentés et discutés en staff multidisciplinaire ont abouti à l'élaboration d'un plan global d'actions spécifiques. **Résultats :** Au total 223 prescriptions de patients âgés de 75 ans et plus ont été analysées représentant 2071 lignes de prescription. La population étudiée composée à 60,1% par des femmes avait un âge moyen de 86,2 ans. Le nombre moyen de spécialités prescrites était de 9,7 par patient. 1/4,5% des prescriptions contenaient un médicament non adapté à la fonction rénale. 2/30,9% contenaient un ou plusieurs MPI, représentés majoritairement par les benzodiazépines: 3 benzodiazépines à demi-vie longue, 48 benzodiazépines et apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire à dose supérieure à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune, 46 associations de 2 ou plus de 2 psychotropes de la même classe pharmacothérapeutique. 3/9,4% des prescriptions contenaient un AOD (rivaroxaban:70%, apixaban:15%, dabigatran:15%) et dans 20% des cas la posologie n'était pas adaptée à la situation clinique. 4/45,3% des prescriptions comportaient un IPP (esomeprazole 20mg:68,3%, 40mg:27,7%, 80mg:4%) et seules 2 fin de traitements étaient notifiées 5/1,3% des prescriptions contenaient une interaction de niveau 1 (rivaroxaban+enoxaparine, escitalopram+tiapride, flecaïne+bisoprolol). 6/20,6% des prescriptions contenaient une statine (atorvastatine:71,7%, rosuvastatine:19,6%, pravastatine:8,7%). Suite à la présentation détaillée de ces résultats aux prescripteurs lors d'un staff, un plan d'action global a été élaboré: 1/envoi des résultats personnalisés de l'étude aux responsables de chaque service. 2/déploiement ciblé de la pharmacie clinique sur le pôle Gériatrie. 3/rediffusion de la liste de MPI adaptée au livret thérapeutique du CHU. 4/construction de fiches type « réflexe » sur les médicaments à risque prescrits avec un nombre important de non-conformités notamment les AOD (posologies usuelles, relais). **Conclusion :** Cette démarche collaborative a permis de renforcer le lien médecin-pharmacien, a participé à la formation des internes et a facilité le déploiement ciblé de la pharmacie clinique sur le pôle Gériatrie (conciliation médicamenteuse des traitements, revue de pertinence des prescriptions...). Une évaluation similaire est en cours de programmation afin de mesurer l'impact des différentes actions d'amélioration mises en place.



**P2-07-11****Apport pharmaceutique dans la prise en charge des patients en gériatrie : quels gains en pratique ?**

B. Gérard (1) ; S. Koeberle (2) ; AL. Clairet (1) ; M. Tissot (1) ; T. Tannou (2) ; J. Berthou Contreras (1) ; S. Limat (1) ; R. Aubry (2)  
(1) *Pharmacie, CHRU Besançon, Besançon*; (2) *Gériatrie, CHRU Besançon, Besançon*

**Introduction :** L'hospitalisation est une occasion de réévaluer les thérapeutiques médicamenteuses. En revanche, le devenir de ces modifications n'est pas évalué en pratique courante. Le projet médico pharmaceutique mis en place, vise à sécuriser le parcours thérapeutique des patients âgés de 75 ans et plus. Ce projet s'attache notamment aux points de transfert, propices aux ruptures de ce parcours thérapeutique. Cette sécurisation est assurée par la mise en place de nouvelles activités tout au long de l'hospitalisation. Nous présentons ici le bilan à 18 mois de mise en place du projet. **Méthodes :** L'activité de pharmacie clinique a été mise en place sur 24 lits d'hospitalisation de court séjour gériatrique. L'équipe pharmaceutique a pour mission de réaliser la conciliation médicamenteuse (CM) à l'entrée, de procéder à l'analyse pharmaceutique des prescriptions quotidiennement - réalisation d'intervention pharmaceutique (IP) - et d'encadrer la sortie en remettant au médecin traitant, au pharmacien officinal et au patient, un document récapitulatif du traitement et des modifications thérapeutiques justifiées. Un suivi des modifications des prescriptions est effectué à 3 mois. **Résultats :** 707 patients conciliés à l'entrée / 572 à la sortie (39 vs 31 par mois en moyenne). Sex-ratio hommes/femmes : 0,44. La moitié des patients est interrogeable à l'entrée. Retour à domicile : 66%. Conciliation: Temps moyen : 34 minutes, dans les 48 heures pour 60% des patients. Divergence non intentionnelle (DNI) : 5% des lignes prescrites (337) - 19,2% de patients concernés (136) - 70% aboutissent à une correction de prescription. Les DNI les plus rencontrées sont: traitement inconnu (65%), erreur de posologie (16%), oubli de traitement (10%). Divergences intentionnelles (DI): 84 % des lignes prescrites (5 668). Les DI les plus rencontrées sont : optimisation thérapeutique selon l'état clinique (42%), prise en charge d'un nouveau symptôme (32%), adaptation aux valeurs biologiques (10%), optimisation thérapeutique liée au sujet âgé (7%). Les DI conduisent soit à un ajout (30%) ou un arrêt de prescription (21%). Classes thérapeutiques (CT) les plus ajoutées: analgésiques et antipyrétiques, laxatifs osmotiques, solutions modifiant le bilan électrolytique. CT les plus stoppées : vitamine D, statines, laxatifs osmotiques. Analyse pharmaceutique durant l'hospitalisation: 265 IP sont réalisées - taux d'acceptation 87 %. Sortie: 572 documents de sortie réalisés (100%). Le nombre total de lignes à la sortie est de 5161 vs 6748 à l'entrée. CT les plus stoppées: sulfamides seuls, analgésiques et antipyrétiques, inhibiteurs de la pompe à protons. CT les plus ajoutées : laxatifs osmotiques, vitamine D, autres analgésiques et antipyrétiques. Suivi à 3mois: 90% de modification (arrêt / ajout / modification). **Conclusion :** Les modifications thérapeutiques sont nombreuses à l'entrée en hospitalisation (11% des lignes sont conservées sans changement). L'hospitalisation permet une réévaluation des traitements avec diminution des traitements prescrits à la sortie (6748 vs 5161). La présence pharmaceutique in situ améliore la pertinence de l'analyse pharmaceutique. Par comparaison, 265 IP ont été réalisées durant l'hospitalisation vs 125 dans l'aile de gériatrie sans CM (même nombre de lits). 230 modifications thérapeutiques proposées par le pharmacien ont été acceptées par l'équipe médicale (87 % des propositions faites). Les

activités mises en place permettent d'optimiser et de sécuriser la prise en charge du patient : ré-introduction des traitements omis, suivi du patient de l'entrée à la sortie avec un lien ville-hôpital renforcé. L'extension du projet est étudiée (à moyens humains constants). Un ciblage des patients sera indispensable. Parmi les critères identifiés à valider lors de la deuxième phase du projet : polymédication, risque de décès,... Une étude approfondie sur les modifications à 3 mois est envisagée.

**P2-07-12****Revue de pertinence des admissions en soins de suite et de réadaptation gériatriques et polyvalents**

A. Soudey (1) ; M. Lottin (2) ; C. Brifault (2) ; S. Vanheste (3) ; C. Capet (3) ; V. Merle (2) ; M. Dubois-Laurent (3)

(1) *Management des organisations sanitaires et médico-sociales, Université de Rouen Normandie, Mont-Saint-Aignan*; (2) *Pôle spesm (santé publique, évaluation et support médical), CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen*; (3) *Pôle 3r (rééducation, réadaptation, réinsertion), CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen*

**Introduction :** L'admission des patients en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) gériatriques et polyvalents au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen est réalisée au moyen de l'outil informatique Via-Trajectoire® : médecins et cadres de santé déterminent l'indication d'un séjour en SSR à partir d'informations renseignées par l'équipe du service demandeur. Notre objectif principal était d'évaluer la pertinence des admissions en SSR. Nos objectifs secondaires étaient de déterminer l'orientation la plus adéquate et les motifs ayant motivé les admissions évaluées non pertinentes. **Méthodes :** La méthode utilisée était celle de la revue de pertinence, suivant les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Les situations d'admission pertinente en SSR gériatriques et polyvalents (identifiées à partir des critères du Groupe MPR Rhône-Alpes et FEDMER (2008) et de la grille élaborée par le réseau qualité normand QualVa) étaient : l'association d'au moins deux critères parmi : réadaptation (R), surveillance médicale post-aiguë (S), dénutrition (D), soins infirmiers complexes ou lourds (SI), ou l'un des trois critères suivants : post-chirurgie, soins palliatifs ou hébergement temporaire. 30 séjours dans chacun des 3 services de SSR (totalisant 224 lits) du CHU ont été tirés au sort parmi 404 séjours ayant débuté entre le 1er janvier et le 31 mars 2017. Le recueil de données était rétrospectif. Un évaluateur recherchait dans chaque dossier la présence de critères objectifs justifiant la pertinence de l'admission. Un médecin du SSR (n'ayant pas pris en charge le patient) analysait ensuite les séjours pour lesquels aucun critère objectif de pertinence n'avait été retrouvé. Il jugeait ainsi si l'admission était pertinente sur « avis d'expert », et déterminait l'orientation la plus adéquate et les raisons ayant motivé les admissions. **Résultats :** 90 séjours (71% femmes, âge moyen 83 +/- 8 ans), ont été étudiés. Les critères objectifs de pertinence ont été retrouvés par l'évaluateur pour 50 admissions (56%, IC95% [43-66%]). Parmi les 40 autres admissions, l'expert a jugé pertinentes 21 admissions, conduisant au total à 71 admissions jugées pertinentes (79%, IC95% [69-87]), dont 53 pour l'association de deux critères parmi R, S, D et/ou SI (75% ; IC95% [63-84]). Parmi les 19 admissions jugées non pertinentes, (21 %, IC95% [13-31]), les motifs les plus fréquents d'admission étaient : l'indisponibilité (ou le refus) par une autre structure (structure à domicile, structure d'accueil ou de relai) (n=5), les habitudes « conservatrices » des services de SSR (n=5), et la pression du service demandeur (n=3). Pour ces admissions non pertinentes, l'orientation la plus adaptée

pour le patient aurait été, le plus souvent, un service de médecine ou de chirurgie (n=5), ou une structure d'hébergement (n=6). **Conclusion :** Les admissions en SSR non pertinentes concernaient 1 patient sur 5, proportion similaire à celle décrite dans la littérature. Les motifs d'admission non pertinents étaient liés au manque de lits d'aval adaptés aux caractéristiques des patients (état clinique et social), confortant ainsi un constat de terrain, mais aussi aux habitudes du service. En effet, ces habitudes « conservatrices » étaient fréquemment retrouvées parmi les motifs de non-pertinence. Ce résultat doit susciter une réflexion sur la présence en SSR de patients relevant de soins aigus, et sur les relations avec les services d'amont. La principale limite de notre travail est son caractère monocentrique, d'autant que nous avons montré que l'offre en structure d'hébergement environnante joue un rôle important.

#### P2-08-13

##### **Favoriser le bien vieillir des personnes en situation de handicap présentant des signes précurseurs de vieillissement**

D. Dambre (1) ; D. Leclercq (2)

(1) *Eclair 'age senior, GCS Filière gériatrique du territoire du Valenciennois, Saint-Amand-les-Eaux;* (2) *Direction generale, A.P.E.I Les Papillons Blancs, Anzin*

**Introduction :** L'APEI du Valenciennois s'est attachée depuis 1961 à proposer des réponses adaptées et individualisées aux personnes présentant une déficience intellectuelle. Le Centre de Ressources (CR), service du SAMO, soutient, par ses accompagnements, le maintien en autonomie de logement des personnes en situation de handicap intellectuel et présentant des signes précurseurs de vieillissement. Dans un contexte d'augmentation marquée du nombre de personnes vieillissantes en situation de handicap accueillies par l'APEI, la préoccupation de la qualité de vie et du devenir de celles-ci ne cesse de s'intensifier. Ouvert sur son environnement, le service a développé le maillage territorial nécessaire, favorisant la fluidité et la continuité de parcours, par la signature de conventions. Il s'agit notamment, par une collaboration forte entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux, de favoriser le bien vieillir des personnes en situation de handicap et l'inclusion éventuelle en EHPAD, des personnes ciblées. L'objectif stratégique est d'éviter les ruptures de parcours et d'adapter les EHPAD à la prise en charge de l'usager en situation de handicap. Pour cela le travail de collaboration vise à : • Améliorer le repérage des personnes en situation de handicap concernées; • Soutenir la définition de leurs attentes et de leurs besoins individualisés et spécifiques ; • Prévenir les risques de perte d'autonomie liés au vieillissement; • Favoriser l'orientation vers les établissements d'accueil de type EHPAD adaptés; • Faciliter l'inclusion des personnes accueillies par un accompagnement du CR ; • Contribuer au développement de la formation des professionnels sollicités et à la construction d'une culture commune. **Méthodes :** Une étude menée en 2016 à l'APEI a mis en exergue l'hétérogénéité des critères d'évaluation du vieillissement retenus par les professionnels. La constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire et croisé (APEI – Gériatre (Centres hospitaliers du Territoire)) a permis la création d'un outil d'évaluation spécifique et standardisé à destination des professionnels, en 2017. Des conventions visant à développer les échanges de pratiques, les formations partagées, la Co-construction de projets communs entre les 2 Centres hospitaliers du Territoire réunissant 800 lits EHPAD et l'APEI ont été signées. **Résultats :** L'Outil d'évaluation de détection des signes précoces de vieillissement est finalisé, et a été testé. L'étude a été réalisée

chez les personnes de plus de 40 ans accompagnées par APEI du Valenciennois. Le partenariat entre le secteur sanitaire et médico-social est effectif. **Conclusion :** Le travail collaboratif entre le sanitaire et le médicosocial promeut la complémentarité des savoirs faire et des expertises dans les champs du handicap et de la personne âgée. Grâce à la volonté de l'ensemble des acteurs concernés et leur acculturation, le partenariat vise le développement d'actions innovantes.

#### P2-08-14

##### **Évaluation d'une stratégie de prévention de la perte d'autonomie hospitalière du sujet âgé fragile**

C. Lenouvel (1) ; C. Mieli-Hauchart (1) ; A. Pestel (1) ; J. Andre (1) ; D. Bah (1)

(1) *Unité Mobile de gériatrie, C.H. Yves le Foll, Saint-Brieuc*

**Introduction :** Cet article présente les résultats d'une évaluation de l'implantation d'une stratégie de prévention de la perte d'autonomie hospitalière modélisée à partir du « Hospital Elder Life Program » au sein du centre hospitalier de Saint Brieuc (Côtes d'Armor). Contexte : la population âgée va représenter d'ici quelques années la part la plus importante des séjours hospitaliers. Cette hospitalisation est susceptible d'impacter la trajectoire de vie et de santé des patients fragiles. Différents concepts de prise en charge interdisciplinaire du sujet âgé ont fourni des données probantes quant à leur efficacité pour la détection des patients à risque et la mise en place de mesures de prévention. En 2012, l'hôpital de Saint Brieuc a inscrit le patient âgé fragile au cœur de son projet institutionnel. Une évaluation des pratiques professionnelles, sur la prévalence du syndrome confusionnel chez le sujet de 75 ans et plus hospitalisé, montrait un taux de 32 % de confusion chez les patients évalués par l'équipe mobile de gériatrie. A l'issue de cette EPP, cet établissement de 1300 lits et places a mené une campagne de sensibilisation auprès des équipes soignantes sur les syndromes gériatriques et la prévention de confusion. Pour se faire, il s'est approprié une partie du programme américain Hospital Elder Life program, à l'image du CHU de Brest (Gentric, 2007). Le centre hospitalier de Saint Brieuc a implanté deux outils au niveau du dossier patient : une grille de dépistage des syndromes gériatriques et une fiche d'actions non médicamenteuse à mettre en place par l'équipe soignante en cas de dépistage positif. 410 agents ont été formés entre 2014 et 2016. **Méthodes :** Deux phases ont été réalisées dans cette étude. La 1ère est une coupe transversale pour mesurer le taux de remplissage de la grille de dépistage implanté dans le dossier patient. La 2ème est une enquête auprès du personnel soignant afin d'explorer l'adoption des outils par le personnel et identifier leurs besoins pour faciliter la prise en charge d'un patient âgé fragile. **Résultats :** Pour la 1ère phase, la coupe transversale révèle un taux de remplissage de 29 % de l'outil de dépistage. La 2ème phase d'enquête a été complétée par 135 professionnels dont 90 % d'infirmières et d'aide soignantes. 77.8 % des aides-soignants déclarent participer au remplissage de la grille contre 36.1 % des infirmiers. La stratégie de prévention de la perte d'autonomie se diffuse entre collègue à 56,14%. Le personnel trouve la grille utile (44.4%), aidante (54.8%), fiable (26.7%) et juge le dépistage de la fragilité comme un soin prioritaire (62,96 %). Le personnel réalise le dépistage avec le patient et/ou sa famille (53.3%). Les éléments qui ressortent pour expliquer le faible taux de remplissage de la grille sont : l'absence de la famille et l'incapacité du patient à répondre aux questions. Le personnel est capable de citer spontanément une moyenne de 2,3 actions du programme « HELP » sur environ vingt actions. Le personnel exprime le besoin

de l'implication des familles (57%) pour faciliter la prise en charge d'un patient âgé hospitalisé. **Conclusion :** L'évaluation réalisée a permis de valider l'adoption des outils et pointe la faible réalisation des actions. L'étude fait émerger le rôle central des aides-soignantes dans la prise en charge du patient âgé fragile. Parmi les syndromes gériatriques, l'isolement est un facteur qui impacte péjorativement la qualité de prise en charge hospitalière car elle limite la prise en soins personnalisés du patient et complique en outre l'organisation du retour à domicile. Les soignants ont pointé le rôle essentiel des familles. Des pistes d'amélioration se dégagent de cette étude. Il serait souhaitable qu'une campagne de sensibilisation régulière stabilise les connaissances du programme HELP sur l'institution. Par ailleurs, les aides-soignants sont de probables leviers d'amélioration de la prise en soins des sujets âgés fragiles. L'hôpital de Saint-Brieuc pourra s'appuyer sur ces soignants pour poursuivre le projet institutionnel et améliorer le parcours des aînés fragiles. Des fonctions de référents gériatriques à l'image des programmes Senior Friendly Hospital ou Niche peuvent être initiés sous le leadership d'un expert clinicien tel qu'une infirmière de Pratiques Avancées spécialisée en gérontologie. Enfin, les modalités d'implication des familles peuvent être réfléchies en réponse aux soignants. Cette démarche de recherche peut permettre à l'hôpital de Saint-Brieuc de faire évoluer le projet d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées hospitalisées, en s'appropriant des axes de différents programmes multidimensionnels validés.

#### P2-08-15

##### Que signifie être « fragile » et à risque de perte d'autonomie pour une personne âgée ?

E. Escourrou ( ) ; B. Chicoulaa (1) ; M. Herault (1) ; S. Gdoura (1) ; F. Durrieu (1) ; S. Oustric (1)

(1) Département universitaire de médecine générale, Faculté de Médecine Rangueil, Toulouse

**Introduction :** Les personnes âgées fragiles nécessitent un repérage, une évaluation et une prise en charge personnalisée pluri professionnelle dans le but de prévenir la dépendance. Afin d'adapter ces trois temps majeurs aux perceptions de la population cible, nous nous sommes intéressés à leurs représentations. Objectif primaire: Décrire les représentations des personnes âgées sur le terme « fragilité »; Objectif secondaire : Comprendre leur perception du risque de perte d'autonomie. **Méthodes :** Deux études qualitatives ont été menées en parallèle, chacune par deux chercheurs. Dans les deux études, le recueil s'est effectué par entretiens individuels exploratoires puis semi dirigés. La première étude s'est intéressée aux personnes repérées fragiles avant leur évaluation, et avait pour but de répondre à l'objectif principal. La deuxième s'est intéressée à d'autres personnes âgées fragiles déjà évaluées et à risque de perte d'autonomie, dans le but de répondre à l'objectif secondaire. Pour chaque étude, une analyse inductive thématique a été réalisée à partir des entretiens réalisés. Une triangulation des chercheurs a été effectuée tout au long de l'analyse. **Résultats :** Trente entretiens ont été réalisés, 15 par étude, pour arriver à une saturation des données. Concernant la première étude et notre résultat principal : les fragilités physique, cognitive, thymique, sociale étaient retrouvées dans le discours des sujets à travers des expériences de vie ou des projections. Les fragilités nutritionnelles et sensorielles ne semblaient pas être présentes. Le terme « fragile » avait une connotation négative pour les personnes. Concernant la deuxième étude : le risque de perte d'autonomie était représenté par sept facteurs de risque: la souffrance psychique, le mauvais état de

santé, l'isolement social, l'arrêt des sorties, un environnement et un habitat inadapté, des ressources faibles. **Conclusion :** La principale limite était un échantillonnage théorique difficile du fait des contraintes temporelles. Les deux études ont été menées pour obtenir un point de vue global sur la situation avant et après évaluation d'une personne âgée fragile. La perception des patients renvoi à l'état actuel de la définition de la fragilité dans le milieu médical: un concept majeur, avec de multiples composantes, mais difficile à définir, sans consensus. Une meilleure communication basée sur les représentations et perceptions de la population pourrait permettre une meilleure adhésion au repérage et à la prise en charge.

#### P2-08-16

##### Avis thérapeutiques émis par l'équipe mobile de gériatrie et mortalité à moyen terme

P.Y. Paré (1) ; H. Rivière (2) ; A. Brangier (3) ; J. Barré (2) ; G. Duval (2) ; R. Hureauux-Huynh (2) ; C. Annweiler(2)

(1) Gériatrie, C.H.U - CHU Angers, Angers; (2) Gérontologie clinique, C.H.U - CHU Angers, Angers; (3) Gériatrie, CHU Angers, Angers

**Introduction :** L'équipe mobile de gériatrie (EMG) aide les services non gériatriques en évaluant les personnes âgées polyopathologiques polymédiquées, et en conseillant les soins. Il a été rapporté que l'émission d'un avis thérapeutique par l'EMG concernait majoritairement les patients les plus « fragiles », et était associée à une diminution de la durée d'hospitalisation. L'impact à plus long terme n'est pas connu. L'objectif de cette étude était de déterminer s'il existait une association entre les avis thérapeutiques émis par l'EMG et la mortalité à 3 ans. **Méthodes :** Les patients vus par l'EMG du CHU d'Angers entre le 01/01/2012 et le 31/12/2012 ont été inclus. L'émission et la nature des avis thérapeutiques ont été notées à partir du dossier médical standardisé. Le décès était recherché au cours de l'hospitalisation, ou au cours des trois années suivantes à la lecture du dossier informatisé. **Résultats :** 825 interventions ont été réalisées par l'EMG sur la période d'étude, dont 580 avis thérapeutiques. Au total, 90 patients sont décédés lors de l'hospitalisation, sans différence significative en fonction de l'émission ou non d'un avis thérapeutique (respectivement, 12,6% contre 11,9%,  $P=0.802$ ). Il n'y avait pas non plus de différence de mortalité à 3 ans (log-rank  $P=0.721$ ). L'émission d'un avis thérapeutique n'était pas associée à la mortalité à 3 ans (HR=1.17,  $P=0.438$ ). **Conclusion :** L'émission d'un avis thérapeutique par l'EMG, bien qu'associée à une durée d'hospitalisation initiale plus courte et concernant une population particulièrement fragile, n'est pas associée à une surmortalité à court et moyen termes.

#### P2-08-17

##### La puissance musculaire : un paramètre pour diagnostiquer les personnes fragiles ?

F. Chorin (1) ; R. Zory (2) ; P. Gerus (3) ; V. Mailland-Putegnat (4); O. Guérin (5)

(1) Pôle Réhabilitation Autonomie Vieillesse, Hopital de Cimiez, Nice; (2) Lamhess, Université Nice Sophia Antipolis - Faculté des Sciences du Sport UFR STAPS, Nice; (3) Lamhess, Université NICE Sophia ANTIPOLIS, Nice; (4) Hdj, Hopital de Cimiez, Nice; (5) Ucog, Hopital de Cimiez, Nice

**Introduction :** Le dépistage et le repérage des sujets fragiles sont devenus des priorités pour les gériatres, où la référence pour les diagnostiquer reste l'évaluation gériatrique standardisée (EGS). La

détérioration progressive et inéluctable des systèmes physiologiques par le processus de vieillissement se traduit par une diminution des qualités musculaires, principaux facteurs responsables des incapacités fonctionnelles et des instabilités motrices observées chez les personnes âgées. Les relations force (ou moment) -vitesse et puissance-vitesse sont utiles pour mesurer des paramètres qui fournissent des informations quantitatives importantes sur les facteurs musculaires liés au phénomène de vieillissement et les capacités de réalisation des activités de la vie quotidienne. (Cléménçon et al., 2008). Ces relations force-vitesse peuvent être établies à l'aide d'un ergomètre isocinétique. L'évaluation isocinétique proposée dans cette étude a pour objectif de mettre en évidence de nouveaux paramètres qui pourraient caractériser les personnes fragiles. Si cette hypothèse est confirmée, la principale conséquence serait de favoriser l'adaptation des protocoles de réadaptation pour optimiser le processus de réversibilité du statut de fragilité. **Méthodes :** Trente femmes, répartis en deux groupes de 15 personnes, saines (GS) et fragiles (GF), ont participé à cette étude. Les données anthropométriques ne présentent aucune différence entre les deux groupes GS et GF en termes d'âge, de taille et de poids. Une évaluation isocinétique à 6 vitesses prédéfinies (180, 150, 120, 90, 60, et 30 °/s) évaluant des extenseurs de jambe à l'aide d'un ergomètre isocinétique ont permis de recueillir la puissance maximale (Pmax), la force maximale (Mmax), la vitesse maximale (Vmax) et la vitesse optimale (Vopt). Les valeurs de Puissance et de force ont été normalisées par le poids du corps. **Résultats :** Quel que soit le groupe considéré (GS vs. GF) la relation puissance-vitesse est conforme à celle obtenues pour les populations âgées, et le même groupe musculaire (Callahan et al., 2011). Nous avons montré que les paramètres Mmax (MmaxGS: 1.8±0.4 Nm/kg ; MmaxGF : 1.4±0.3 Nm/kg), Pmax (PmaxGS: 2.5±0.6 W/kg ; PmaxGF: 1.9±0.6 W/kg), et Vopt (VoptGS: 3.1±0.5 rad/s; VoptGF : 2.9 ±0.5 rad/s) étaient significativement différents entre des personnes saines et fragiles. La puissance est un paramètre important dans la réalisation et le contrôle de tous les mouvements (Perry et al., 2007). Cléménçon et al. (2008) ont conclu que la perte de puissance chez les personnes âgées et la diminution des performances physiques attribuables à celle-ci était liées à la perte des fibres de type 2 et une augmentation des fibres de type 1. Par conséquent, ces résultats appuient l'hypothèse que la détermination de la puissance par méthode isocinétique peut contribuer à l'analyse des effets de la dynapénie sur les aptitudes physiques et à la distinction de personnes qui ont un risque de fragilité. De plus, la puissance musculaire est un prédicateur de la performance fonctionnelle chez la personne fragile (Reid et al. 2012). **Conclusion :** Nous pouvons donc penser que les paramètres isocinétiques sont plus fins pour mesurer les évolutions musculaires et fonctionnelles des personnes fragiles. L'utilité de ces nouveaux paramètres isocinétiques doit être confirmée avec une population d'étude plus grande, qui nous permettrait d'utiliser des outils statistiques mesurant leur intérêt diagnostique. Enfin, la puissance étant le produit de la force par la vitesse, ces informations nous permettront d'individualiser les programmes de réentraînement pour une meilleure optimisation du processus de réversibilité de la fragilité.

## P2-08-18

### Réseau de santé gériatrique Lille Agglo, filières gériatriques de territoire et isolement social des personnes âgées

F. Visade (1) ; C. Delecluse (2) ; A. Durande (2) ; E. Brocquet (3); F. Puisieux (4)

1) Réseau de santé gériatrique lille agglo, Groupement Hospitalier institut Catholique de Lille, Lille; (2) Réseau de Santé Gériatrique du Territoire de Lille, Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille, Lille; (3) Geriatrie, Hôpital Saint Philibert, Lille; (4) Geriatrie, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille

**Introduction :** La population des personnes en situation d'isolement relationnel est composée pour un quart (23%) de personnes âgées de plus de 75 ans, soit environ 1,2 million de personnes. Cette proportion a progressé entre 2010 et 2013, passant de 16% à 24%. Nous entrons par ailleurs dans les années d'accroissement la plus forte du nombre de personnes de plus de 60 ans, passant de 12,8 millions en 2006 à 20,9 millions en 2035 avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses issues du baby-boom. C'est dire l'importance du phénomène et la priorité à centrer la mobilisation sur l'isolement des personnes âgées. **Méthodes :** Le Réseau de santé gériatrique de Lille (RSG) propose un travail collaboratif, d'accompagnement des bénévoles des Petits frères des pauvres (PFP). Ce travail repose sur la sollicitation des spécialistes en gériatrie, du RSG et des filières gériatriques de territoire, par les bénévoles, et s'axe sur des questions au travers de quatre grands thèmes : « Quelle hygiène de vie adopter en vieillissant ? », « Quelle est l'usure naturelle du corps ? », « Mémoire », « Médicaments et effets secondaires indésirables ». **Résultats :** La participation du RSG aux travaux sur la prévention de l'isolement des personnes âgées est à la fois évident et innovant. Evident car le RSG est un acteur médico-social de territoire en gériatrie. Ses liens avec les filières gériatriques, qui identifient les personnes isolées et font le lien vers le domicile lors de la sortie d'hospitalisation, permettent l'optimisation du parcours de soin de la personne âgée. Innovant car notre projet permettra aux acteurs de santé du RSG, médecins et infirmières, de proposer leur aide à la formation des bénévoles pour leur prise en charge des personnes âgées. **Conclusion :** Ce projet a pour but d'améliorer la qualité de prise en charge de la personne âgée isolée par le RSG, en lien avec les bénévoles des PFP et des filières gériatriques de territoire.

### P3 - INSUFFISANCE RÉNALE/ORGANISATION DES SOINS/PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES/PATHOLOGIES ET RISQUES INFECTIEUX/PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES/ONCOGÉRIATRIE/SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES/TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX

#### P3-10-01

##### Sous-utilisation des médicaments à visée cardiovasculaire chez les sujets âgés en maladie rénale chronique

C. Villain (1) ; S. Liabeuf (2) ; M. Metzger (3) ; C. Combe (4) ; D. Fouque (5) ; L. Frimat (6) ; C. Jacquelinet (7) ; M. Laville (5) ; R. Pisoni (8) ; B. Stengel (3) ; Z.A. Massy (9)

(1) Unité péri-opératoire de gériatrie, chu pitié-salpêtrière-charles foix, aphp, CESP, INSERM U1018 EQ5, Univ. Paris-Sud, UVSQ, Univ Paris-Saclay, Paris; (2) Service de pharmacologie clinique, chu d'amiens, CESP, INSERM U1018 EQ5, Univ. Paris-Sud, UVSQ, Univ Paris-Saclay, Amiens; (3) Uvsq, univ paris-saclay, CESP, INSERM U1018 EQ5, Univ. Paris-Sud, Villejuif; (4) Néphrologie, CHU de Bordeaux, Bordeaux; (5) Néphrologie, CHU Lyon Sud, Pierre Bénite; (6) Chru de nancy, INSERM CIC-EC CIE6 - EA 4360 Apemac, Nancy Université, Nancy; (7) Agence de biomédecine, CESP, INSERM U1018 EQ5, Univ. Paris-Sud, UVSQ, Univ Paris-Saclay, La Plaine Saint Denis; (8) Arbor research collaborative for health, Ann Arbor, Michigan, États-Unis; (9) Service de néphrologie, CESP, INSERM U1018 EQ5, Univ. Paris-Sud, UVSQ, Univ Paris-Saclay, Boulogne-Billancourt

**Introduction :** Le niveau de preuve concernant les traitements des maladies cardiovasculaires (MCV) est faible chez les sujets âgés en maladie rénale chronique (MRC). Les facteurs associés à la sous-utilisation des traitements des MCV ont été peu étudiés en MRC. L'objectif de notre étude était d'étudier l'impact de l'âge sur l'utilisation des traitements recommandés dans plusieurs MCV chez les patients en MRC. **Méthodes :** Nous avons utilisé les données du temps d'inclusion de la cohorte CKD REIN, ayant inclus 3033 patients adultes atteints de MRC stade 3 et 4. Nous avons analysé l'utilisation des médicaments suivants: antiagrégants plaquettaires, bloqueurs du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA), bêtabloquants, statines ou ezetimibe dans la maladie coronarienne; antiagrégants plaquettaires ou anticoagulants oraux (anti-vitamine K ou anticoagulants oraux directs) dans les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques ou les accidents ischémiques transitoires (AIT); anticoagulants oraux dans la fibrillation atriale avec un score CHADS2-VASc2 $\geq$ 2. Les odds ratio pour l'utilisation des médicaments en fonction des classes d'âge et le p de tendance correspondant ont été obtenus par une régression logistique après ajustement sur le débit de filtration glomérulaire (DFG), le sexe, le niveau d'éducation, les activités de la vie quotidienne et d'autres potentiels facteurs de confusion spécifiques à chaque médicament. **Résultats :** L'âge moyen était de 66.8 ans et le DFG moyen de 32.9 ml/min/1.73m<sup>2</sup> selon CKD EPI. Vingt-cinq pourcents des patients avaient un antécédent de maladie coronarienne (81.3% traités par antiagrégants plaquettaires, 75.7% par bloqueurs du SRAA, 66.1% par bêtabloquants et 82.9% par statines ou ezetimibe). Dix pourcents avaient un antécédent d'AVC ischémique ou d'AIT (88.3% traités par antithrombotiques). Onze pourcents avaient un antécédent de fibrillation atriale avec un score CHADS2-VASc2

$\geq$ 2 (69.0% traités par anticoagulants oraux). L'association entre l'âge et l'utilisation des différents médicaments étudiés est décrite dans le tableau 1. **Conclusion :** Notre étude montre que les sujets âgés atteints de MRC ayant un antécédent de maladie coronarienne étaient moins souvent traités par bloqueurs du SRAA, bêtabloquants et hypolipémiants que les plus jeunes. Cette tendance n'a pas été retrouvée pour les médicaments antithrombotiques dans les MCV étudiées. Cependant, le design transversal de notre étude ne nous permet de savoir si ces traitements n'ont jamais été initiés ou s'ils ont été arrêtés en raison d'effets indésirables. Le suivi longitudinal de notre cohorte apportera des réponses sur les causes et les conséquences de cette sous-utilisation.

Tableau 1 - Utilisation des médicaments indiqués dans les maladies cardiovasculaires en fonction de l'âge chez les patients en maladie rénale chronique - Régression logistique multivariée

Âge (années)	Médicaments courants																	
	Antiagrégants plaquettaires			Bloqueurs de SRAA			Statines ou ezetimibe			Bêtabloquants			AVC ischémique ou AIT Antithrombotiques		Fibrillation atriale et CHADS2-VASc2 $\geq$ 2 Anticoagulants oraux			
	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	
65	1			1			1			1			1			1		
65-74	1.31	0.68-2.53	0.21	0.71-2.05	1.00	0.53-1.91	0.46	0.77-0.78	2.81	0.09-7.97	1	1	1.81	0.74-4.44	0.19	0.82-2.24	0.87	0.28-2.09
75-84	1.31	0.68-2.60	0.06	0.28-1.66	0.41	0.11-1.53	0.31	0.18-0.32	3.45	1.14-10.45	0.03	1	1.14-10.45	0.03	0.52-54.32	0.87	0.28-2.09	
$\geq$ 85	0.81	0.28-2.48	0.37	0.18-0.87	0.36	0.14-0.95	0.38	0.23-1.43	5.32	0.52-54.32	0.03	1	0.52-54.32	0.03	0.28-2.09	0.87	0.28-2.09	
<i>P</i> de tendance pour l'âge																		
	0.07			0.10			0.01			-0.002			0.03			0.15		

#### P3-12-02

##### Evaluation gériatrique standardisée : une approche multidisciplinaire afin d'optimiser la prise en charge des comorbidités associées au cancer - Étude pilote

C. Choukroun (1) ; G. Leguelinel-Blache (2) ; JM. Kinowski (2) ; H. Richard (2) ; V. Antoine (3)

(1) Pharmacie clinique - Gériatrie, CHRU de NÎMES, Nîmes; (2) Pharmacie clinique, CHRU de NÎMES, Nîmes; (3) Médecine gériatrique, CHRU de Nîmes, Nîmes

**Introduction :** Les patients âgés atteints de cancer sont plus à risque de polyopathie, polymédication, prescription inappropriée et iatrogénie. Nous avons évalué l'intérêt d'une équipe pluridisciplinaire composée d'un binôme pharmacien-gérontologue dans la révision des prescriptions médicamenteuses (RPM), afin d'optimiser la prise en charge des comorbidités associées au cancer pendant l'évaluation gériatrique standardisée (EGS). **Méthodes :** Une étude prospective, monocentrique et observationnelle a été menée chez des patients âgés ( $\geq$ 75 ans) atteints de cancer (tous types), durant 11 mois. Une consultation pharmaceutique a été intégrée au sein du processus d'EGS dans un service de court séjour gériatrique. Le pharmacien clinicien recueille l'historique médicamenteux, le risque iatrogène (score de Trivalle) et identifie les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) à l'aide des critères STOPP and START V2 et Laroche. L'équipe pluridisciplinaire soumet ensuite les propositions de modification au médecin traitant (MT). **Résultats :** Cinquante et un patients ont été inclus, avec un âge médian de 83,0 ans [80,0-86,5]. Pour 47,8% des patients, le score G8 était inférieur à 10. Les trois cancers les plus fréquents étaient le cancer du sein (27,5%), colorectal (15,7%) et du poumon (11,8%). Le nombre médian de comorbidités était de 4,0 (3,0-6,5) et le score médian de Charlson ajusté à l'âge était de 6,0 [4,0-7,0]. Les comorbidités les plus fréquentes concernaient les systèmes cardiovasculaire (78,4% des patients), endocrinien, nutritionnel et métabolique (60,8%), rénal et urinaire (33,3%). Le nombre médian de médicaments était de 10 (5,5-12,0) contre 8,0 [5,0-11,0] après RPM (pas de différence significative). Le score de Trivalle médian passe de 4,0 [0,0-5,0] à 2,0 [0,0-5,0] après RPM (p=0,023). Au total, 165 propositions de modifications ont été transmises par le binôme aux MT (43,6% d'underuse, 37,0% d'overuse et 19,4% de

misuse). Sur les 165 propositions, 38,2% n'ont été repérées que par le pharmacien. Les patients ayant au moins une proposition de modification (90,2% d'entre eux) en avaient 3,0. Les classes médicamenteuses majoritairement retrouvées concernaient les systèmes nerveux (30,7%), digestif (28,3%) et cardiovasculaire (14,5%). Le pourcentage de patients ayant au moins un critère START/Laroche diminue significativement après RPM : 66,7% contre 5,9% ( $p < 0,001$ )/31,4% contre 5,9% ( $p = 0,002$ ). **Conclusion :** L'équipe pluridisciplinaire semble avoir un impact positif sur la iatrogénie et la prévalence des MPI et underuse chez les patients âgés fragiles. Le pharmacien clinicien aurait toute sa place au sein de l'EGS pour optimiser la prise en charge des comorbidités. Cette étude pilote doit mener à un projet de recherche plus large afin d'évaluer l'efficacité de ce processus sur un plus grand nombre de patients, et également être étendu à d'autres services.

### P3-12-03

#### Comparaison des caractéristiques des patients âgés atteints de cancer dans 3 bases de données : CONSOG (observatoire régional en oncogériatrie), PMSI, Registre Général des Cancers de Lille et de sa Région

C. Zoumenou (1) ; H. Bricout (2) ; E. Tresch (3) ; K. Ligier (4) ; A. Bruandet (5) ; V. Servent (6) ; C. Gaxatte (7)

(1) Pôle de gériatrie, CH Arras, Arras; (2) Centre de référence régional en cancérologie, C.H. Régional Universitaire de Lille (CHRU de Lille), Lille; (3) Département de biostatistiques, Centre Oscar Lambret, Lille; (4) Registre général des cancers de Lille et sa région, C.H. Régional Universitaire de Lille (CHRU de Lille), Lille; (5) Département d'information médicale, C.H. Régional Universitaire de Lille, Lille; (6) Unité de coordination en oncogériatrie nord-de-france, Centre Oscar Lambret, Lille; (7) Pôle de Gérontologie, C.H. Régional Universitaire de Lille, Lille

**Introduction :** L'observatoire CONSOG en Oncogériatrie (CONSOG) recense les caractéristiques des patients âgés atteints de cancer bénéficiant d'une évaluation oncogériatrique dans le Nord-Pas-de-Calais. **Méthodes :** Etude comparative des caractéristiques des patients de plus de 70 ans (classes d'âge, sexe, localisations tumorales) de CONSOG aux patients du Registre Général des Cancers de Lille et sa Région ainsi qu'au Programme Régional de Médicalisation des Systèmes d'Information, bases de données représentatives des patients âgés atteints de cancer dans le même bassin de vie. **Résultats :** Les 947 patients de CONSOG sont plus âgés (âge moyen =  $81,4 \pm 5,7$ ans) et sont plus souvent des femmes (53%), avec un ou plusieurs syndromes gériatriques : dénutrition (55%), risque de chute (64%), troubles cognitifs (40%), dépression (18%) et perte d'autonomie (48%). Près de 60% des patients ont au moins 5 molécules dans leur traitement de fond. 20 % des patients de CONSOG ont au moins 3 syndromes gériatriques. 35,5% avaient un cancer au stade métastatique. Dans CONSOG, les 70-74 ans sont sous-représentés alors que les 80-89 ans sont surreprésentés comparativement aux 2 autres registres, tous sexes et localisations tumorales confondus. Les localisations tumorales colon-rectum, appareil respiratoire, sein, organes génitaux masculins et féminins sont proportionnellement plus nombreuses dans CONSOG que les autres registres. A l'inverse, les patients ayant une tumeur maligne hématologique sont sous-représentés dans CONSOG (2%), alors que les hémopathies représentent près de 10% des tumeurs des patients âgés. **Conclusion :** Le registre et le PMSI constituent des bases de données assez exhaustives pour évaluer la répartition des cancers

dans la population âgée, même si ces deux bases de données rendent compte de 2 paramètres différents (l'incidence dans le registre et la prévalence dans le PMSI). Les patients adressés en oncogériatrie sont majoritairement des octogénaires, avec une hétérogénéité de syndromes gériatriques, pour lesquels les oncologues souhaitent évaluer la fragilité et discuter de la faisabilité des traitements à visée oncologique. L'avis gériatrique est moins sollicité pour les maladies hématologiques et pour certaines tumeurs cutanées. Ce travail incite à poursuivre la diffusion de la pratique oncogériatrique en région, notamment en motivant les oncologues à utiliser l'outil de dépistage de la fragilité G8. Remerciements à l'ensemble des médecins et IDE des 10 centres investigateurs qui participent à l'observatoire CONSOG.

### P3-12-04

#### Valeurs pronostique et prédictive de la fragilité gériatrique de l'anémie, même légère, chez le sujet âgé atteint de cancer : étude de la cohorte oncogériatrique ANCRAGE

E. Liou (1) ; S. Valero (1) ; A. Jamet (1) ; ML. Bureau (1) ; A. Caupenne (1) ; M. Paccalin (1)

(1) Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers

**Introduction :** L'anémie est fréquente en oncogériatrie d'origine multifactorielle : inflammation, saignement, carence vitamino-minérale, envahissement médullaire, défaut d'hématopoïèse... Les objectifs de cette étude sont de déterminer la prévalence de l'anémie en population onco-gériatrique et son association avec la mortalité et l'altération des paramètres de l'évaluation gériatrique (EG). **Méthodes :** Cohorte ANCRAGE incluant de façon prospective et consécutive des patients cancéreux  $\geq 75$ ans, évalués en consultation onco-gériatrique du 01/01/2009 au 31/12/2015. Sévérité de l'anémie selon critères OMS : légère [femmes : 11,0-11,9g/dL ; hommes : 11,0-12,9g/dL], modérée [8,0-10,9] et sévère [ $< 8,0$ ]. Paramètres analysés : survie, isolement social, perte d'autonomie avec  $ADL \leq 5/6$ , risque de chutes (Timed Get Up and Go  $\geq 20$ sec, appui monopodal  $\leq 5$ sec et/ou épreuve des cinq levers de chaise  $\geq 15$ sec), dénutrition (MNA  $\leq 24/30$  et/ou albuminémie  $< 35$ g/L), risque de dépression (Geriatric Depression Scale  $\geq 6/15$ ), troubles cognitifs (MMSE  $\leq 23/30$ ) et comorbidités (Cumulative Illness Rating for Geriatrics). **Résultats :** Une anémie était identifiée chez 44% des cas (392 sur 884 patients inclus : légère (60%) ou modérée (39%). Les analyses de survie uni- puis multi-variée par modèles de Cox montraient une association de l'anémie à la mortalité (aHR=1,60; IC95% : 1,23-2,09),  $p < 0,001$ ). L'anémie était associée de façon significative à une altération de tous les paramètres de l'EG, sauf du MMS. L'anémie légère était associée au risque de dénutrition ( $p < 0,001$ ), mais ne semblait pas être un facteur de risque de mortalité en analyse multi-variée (HR brut=1,71, IC95%: 1,42-2,05,  $p < 0,001$ , vs. aHR=1,24, IC95% : 0,96-1,62,  $p = 0,10$ ). **Conclusion :** l'hémoglobine  $< 11$ g/dL est associée à l'altération des paramètres gériatriques en oncogériatrie. L'intérêt de sa correction nécessite d'être évalué.

**P3-12-05****L'éducation thérapeutique des sujets âgés atteints de cancer et traités par chimiothérapie orale en ville**

A. Caplier (1) ; B. Ennuyer (2) ; T. Cudennec (3) ; A. De Malherbe (4) ; L. Teillet (5) ; S. Moulis (3)

(1) Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt; (2) Laboratoire d'éthique médicale, Faculté Paris Descartes, Paris; (3) Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt; (4) Réseau, Asdes, Nanterre; (5) Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris

**Introduction :** Plus d'un tiers des cancers surviennent après l'âge de 75 ans qui ont de plus en plus accès aux thérapies anti-cancéreuses. Le recours aux chimiothérapies orales, considérées comme mieux tolérées, est en pleine essor. Le service de gériatrie aiguë d'Ambroise Paré développe un projet d'éducation thérapeutique à destination des ces patients. Il est nécessaire de connaître leur besoins pour adapter les ateliers d'éducation thérapeutiques. **Méthodes :** L'étude qualitative est réalisée sous la forme d'entretiens semi dirigés auprès des médecins généralistes de Boulogne-Billancourt et de spécialistes d'organes, d'oncogériatre. Les entretiens portent sur les besoins ressentis de leurs patients : sur la maladie, le médicaments, la polyopathie, l'autonomie, l'alimentation, la relation au soi, à l'entourage et aux soignants, l'identification de situations de crises. Connaître le quotidien du sujet âgé. **Résultats :** 14 entretiens d'en moyenne 41 minutes, auprès de 10 généralistes, un dermatologue, un oncogériatre, un oncologue, un gastro-entérologue, mené par un médecin. On retrouve une disparité des réponses sur beaucoup de thèmes, des besoins variés, mais des réponses relativement consensuelles sur des lacunes en terme de nutrition, d'autonomie et d'activité physique chez ces patients. **Conclusion :** Un projet d'éducation thérapeutique dans le bassin des Hauts de Seine, pourrait se focaliser en premier lieu sur l'autonomie et la nutrition pour répondre au mieux au besoins des sujets âgés sous thérapie anticancéreuse orale.

**P3-12-06****Impact de l'Activité Physique Adaptée sur la fatigabilité neuromusculaire et la puissance maximale chez les personnes âgées atteintes de cancer**

L. Le Meur (1) ; F. Chorin (2) ; R. Zory (3) ; M. Sanchez (1) ; O. Guérin (4)

(1) Ucoq, C.H.U de Nice, Nice; (2) Pôle réhabilitation autonomie vieillissement, ufr staps, C.H.U de Nice; Lamhess, Nice; (3) Lamhess, Université Nice Sophia Antipolis - Faculté des Sciences du Sport UFR STAPS, Nice; (4) Pôle réhabilitation autonomie vieillissement, Hopital de Cimiez, Nice

**Introduction :** Il est communément établi qu'à partir de 65 ans, le déclin progressif des capacités fonctionnelles entraîne une détérioration graduelle et inéducable de la plupart des systèmes physiologiques. Cette population, vulnérable, est donc sujette à un état de fragilité. La diminution de la puissance musculaire maximale et l'augmentation de la fatigue neuromusculaire sont des facteurs de risques sont associés à cet état, et participent au déconditionnement physique. L'activité physique apparaît comme un moyen efficace afin de pallier, voir modifier certains paramètres impliqués dans cet état de vulnérabilité. Dans ce contexte, nous avons évalué les effets d'un programme d'entraînement physique

combiné, couplant renforcement musculaire et aérobie auprès d'une population atteinte de cancer durant leur traitement. L'objectif de cette étude est de confirmer l'intérêt d'une prise en charge en Activité Physique Adaptée (APA) afin d'améliorer les paramètres de puissance musculaire et fatigue nécessaire aux actes de la vie quotidienne. **Méthodes :** Les six sujets recrutés pour cette étude présentaient les caractéristiques suivant : âge 82.65±4.9 ans, masse 66.7±0.9Kg ; taille : 164±3.6cm. Deux sessions d'évaluations ont été mises en place, en début et fin du protocole. Aux sessions d'évaluation, les sujets ont effectué un test de marche sur 10 mètres, un test de force de préhension, une évaluation de la puissance (contraction concentrique) et une évaluation de la fatigue musculaire (contraction isométrique maximale pendant 15 sec), des extenseurs et fléchisseurs de la jambe dominante, à l'aide d'un ergomètre isocinétique. A la suite de la première évaluation, les participants ont suivi un programme d'activité physique adaptée à raison de trois séances d'une heure par semaine sur une période minimum de 4 semaines. **Résultats :** Les résultats ont montré des différences significatives entre la 1ère évaluation et la 2nd évaluation du programme d'APA sur les capacités physiques en terme de puissance développée par les extenseurs de genou (Pmax(W)= 125,5±27,6 et Pmax(W)=171,2±43,5, respectivement pour Pré et Post), de la vitesse maximal pour les extenseur du genou (Vmax(rad/s)=5,3±0,8 et Vmax(rad/s)=5,8±1,1, Pré/post) et de la force de préhension coté droit (Handgrip(kg)=21,4±9,5 et Handgrip(kg)=25,2±9,2). Le test de fatigue isométrique témoigne également d'une amélioration significative pour les extenseurs de genou (pente = -3±1.9 vs. -1.2±0.6, respectivement avant et après le programme). **Conclusion :** Notre étude nous a permis de confirmer l'efficacité des programmes d'interventions en activité physique adaptée dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer. Les bénéfices d'un entraînement combiné (aérobie et renforcement musculaire) sont reconnus et aujourd'hui confirmés. Les résultats de notre étude sont en accord avec la littérature existante à ce sujet. Mais actuellement, elle ne nous permet pas de conclure sur un éventuel programme d'APA type à suivre. Les connaissances à ce sujet restent encore à améliorer dans le but d'optimiser les bienfaits d'un tel programme chez les personnes âgées.

**P3-13-07****Mise en place d'actions correctives après évaluation des interruptions de tâche lors de l'administration des médicaments**

Q. Renaud (1) ; B. Foveau (2) ; M. Bodart (2) ; N. Declercq (2) ; C. Pazdzziej (3) ; F. Torque (4) ; A. Legoff (4) ; A. Duriez (4) ; S. Kasubek (5) ; S. Duquesnoy (4) ; A. Romain (6) ; H. Chekroud(7) (1) pharmacie, GHLH, Loos; (2) Cadre de santé, soins de suite et de réadaptation, GHLH, Loos; (3) Cadre de santé, ehpad, GHLH, Loos; (4) Ide soins de suite et de réadaptation, GHLH, Loos; (5) Ide, ehpad, GHLH, Loos; (6) Qualiticien, GHLH, Loos; (7) Médecin, soins de suite et de réadaptation, GHLH, Loos

**Introduction :** Dans le cadre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de notre établissement, un audit sur les interruptions de tâche (IT) lors de l'administration des médicaments par les infirmiers (IDE) a été réalisé. L'objectif est d'identifier les IT afin de mettre en place des mesures correctives pour renforcer la qualité des soins et réduire le risque d'erreur médicamenteuse et d'identitovigilance. **Méthodes :** Un groupe de travail pluridisciplinaire (cadre, IDE, pharmacien, qualiticien) a été mis en place afin d'identifier les IT par un audit d'observation.

Cinq services (EHPAD et SSR) sont audités matin, midi et soir, lors de l'administration des médicaments. La grille d'audit est issue du guide HAS, "L'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments", composée de 7 items : étape de l'IT, lieu, source de l'interruption, auteur de l'IT, motif, réaction et la durée de l'interruption. **Résultats** : 233 IT sont recensées dans 5 services (197 lits). L'étape la plus souvent interrompue est la vérification du pilulier (46 %, n=107), suivi de l'administration (20 %, n=46). Le relevé de la prescription et la traçabilité de l'administration ont les mêmes scores de 17 % (n=40). L'IT a lieu principalement dans le couloir (88 %, n=206), puis dans une chambre (9 %, n=22), ou dans la salle de soins (2 %, n=5). L'interruption est physique dans 68 % des cas (n=158), lié au bruit ambiant 19 % (n=45) ou au téléphone 9 % (n=22). Une autre cause est responsable de l'IT dans 3 % des cas (n=8). Les motifs sont une recherche d'information 36 % (n=85) ; un apport d'information 32 % (n=74) ; un problème logistique ou matériel 10 % (n=24) ; une demande d'aide 9 % (n=20) ; un oubli 2 % (n=4) ; un autre motif 11 % (n=26). Parmi les professionnels de santé (PDS), l'auteur de l'IT est l'IDE elle-même 17 % (n=40) puis les aides-soignants (AS) 16 % (n=37), les médecins 8 % (n=19), un collègue IDE 7 % (n=17), le cadre de santé 3 % (n=8), l'aide hôtelière 3 % (n=7). Chez les auteurs non PDS se sont majoritairement les patients 36 % (n=85) responsables de l'IT, suivi des agents de services 2 % (n=5), ordinateur/télévision 1 % (n=3), non renseigné 2 % (n=4). L'IT dure moins d'une minute dans 78 % des cas (n=182) ; entre 1 et 5 min 17 % (n=39) ; entre 5 et 10 min 4 % (n=9) ; plus de 10 min (n=1) ; non renseigné (n=2). Le PDS suspend la tâche et traite la demande dans 65 % des cas (n=151), poursuit l'action en cours tout en écoutant dans 31 % des cas (n=73), suspend l'action et délègue la demande 2 % des cas (n=4), a une autre réaction (2 %, n=5). Lorsque la tâche est suspendue celle-ci est reprise au moment de l'interruption dans 66 % des cas (n=100), reprise avec un délai au moment de l'IT 25 % (n=37), reprise au début de l'interruption 9 % (n=14). Aucun oubli de tâche n'a été constaté. **Conclusion** : Les IT ont lieu majoritairement dans le couloir, par une interruption physique, par le patient ou les AS. Ainsi, deux axes sont privilégiés dans la mise en place de nos actions correctives. Le premier, concerne l'organisation des équipes : dédier un IDE uniquement à l'administration des médicaments ; définir un temps de transmission unique entre médecin, cadre, rééducateur et IDE ; délégués les appels téléphoniques à une autre IDE ou AS. Le second axe de travail concerne l'identification de l'IDE gérant l'administration par un gilet ou un brassard de couleur. Enfin, les patients et leur entourage sont sensibilisés à cette problématique par la distribution d'une bande dessinée sur les IT. L'impact de ces mesures sera évalué lors d'un prochain audit.

### P3-14-08

#### Événements cardio-vasculaires chez le sujet âgé en situation aiguë : Recherche de facteurs précipitants associés au grand âge

C. Sellier (1) ; AS. Vicente (2) ; G. Lemesle (3) ; G. Ficheur (4) ; E. Bernachon (5) ; F. Puisieux (2)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Avenue Charles de Gaulle, Boulogne-Billancourt, France, Boulogne-Billancourt*; (2) *Gériatrie, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*; (3) *Unités de soins intensifs de cardiologie et centre hémodynamique, C.H. Régional Universitaire de Lille, Lille*; (4) *Ea 2694, Université Lille 2, Lille*; (5) *Gériatrie, C.H. de Seclin, Seclin*

**Introduction** : Les maladies cardio-vasculaires sont la principale cause de morbi-mortalité dans le monde notamment chez les

personnes âgées. L'athérosclérose et ses complications cardio-vasculaires, tels que le syndrome coronarien aiguë (SCA) et l'accident vasculaire cérébral (AVC), en sont les causes majeures. Le facteur « âge » masquerait certainement d'autres facteurs plus pertinents liés aux sujets âgés. La recherche de facteurs précipitants ces événements cardio-vasculaire (ECV) chez les personnes âgées permettrait de mieux connaître les mécanismes physiopathologiques impliqués. **Objectif** : Analyser, par l'évaluation gériatrique standardisée, les jours précédant l'ECV au décours d'une hospitalisation en médecine aiguë gériatrique, ceci afin de déterminer les éléments spécifiques de la population gériatrique impliqués dans la survenue d'AVC ou de SCA. **Méthodes** : Etude rétrospective type cas-témoins, bi-centrique, réalisée en médecine aiguë gériatrique au CHRU de Lille et CH de Seclin de 2009 à 2015. Tout patient de plus de 75 ans hospitalisé depuis plus de 24 heures en gériatrie, présentant un événement cardio-vasculaire au décours de l'hospitalisation était inclus et appariés avec 2 témoins chacun. Les éléments de l'évaluation gériatrique standardisée étaient étudiés. Une analyse bivariée a été réalisée sur chacune des variables. **Résultats** : 1498 dossiers ont été étudiés au total sur la période 2009 et 2015. Après analyse des dossiers médicaux, 71 ECV ont eu lieu durant l'hospitalisation. Au total, 54 cas ont pu être finalement appariés pour analyse bi-variée. Deux éléments sont associés significativement à la survenue d'ECV : l'infection OR = 2.147, IC95% [1.024 ; 4.503] (p=0,043) et le taux de pré-albumine, OR = 0.169, IC95% [0.047 ; 0.606] (p=0,006) lorsque sa concentration est entre 0,12 et 0,165 g/L par rapport à  $\leq 0,12$  g/L, et OR = 0.278, IC95% [0.097 ; 0.802] (p=0,018) entre 0.165 et 0.25 g/L par rapport à  $\leq 0,12$  g/L. Une tendance est notée pour la CRP (p=0,08) et l'albumine (p=0,30). **Conclusion** : Notre travail affirme le rôle central de l'inflammation dans la survenue d'ECV en population gériatrique. L'infection est impliquée dans la survenue des ECV et pourrait être un facteur précipitant dans cette population. La pré-albumine serait un marqueur prédictif d'ECV plus sensible que les autres marqueurs d'inflammation/dénutrition dans ces situations.

### P3-14-09

#### Impact d'une intervention multifacette pour la prévention de la maladie thromboembolique veineuse en unités gériatriques de soins de suite et de réadaptation: leçons tirées de l'étude MATEV

H. Benzengli (1) ; F. Abdallah (2) ; A. Assiobo (3) ; P. Leglise (1) ; N. Bachalat (3) ; J. Perilliat (3) ; M. Rabus (4) ; JP. Rwabihama (5) (1) *Service de pharmacie, Hôpitaux universitaires Henri Mondor, Site de Dupuytren, Draveil*; (2) *Service de médecine gériatrique b1, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, site Dupuytren, Draveil*; (3) *Service de médecine gériatrique a1, Hôpitaux universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, Draveil*; (4) *Service de médecine gériatrique b2, Hôpitaux universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, Draveil*; (5) *Unité de recherche cepia ea 7376, upec, Hôpital universitaire Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, Draveil*

**Introduction** : Contexte : la prévalence de la thrombose veineuse profonde est élevée pouvant atteindre 16% dans les unités de soins de suite et de réadaptation (SSR) chez les sujets âgés avec une indication et une durée du traitement prophylactique qui ne sont pas conformes aux recommandations. Une intervention multifacette de rappel des recommandations pourrait améliorer les



pratiques de thromboprophylaxie. Objectif : évaluer l'efficacité du rappel des recommandations et décrire les pratiques en unités de soins de suite et de réadaptation. **Méthodes :** A partir des données de l'étude MATEV ayant inclus 2996 patients (âge médian 85 ans ; 65% de femmes) et conduite par les gériatres des hôpitaux universitaires Henri Mondor en collaboration avec les pharmaciens, une intervention multifacette randomisée en grappes (12 services sur 4 centres hospitaliers) a été menée 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. Une analyse en sous-groupe a permis d'isoler les pratiques réalisées aux services de SSR. **Résultats :** Pour les 1259 patients des unités de SSR, 824 étaient inclus en pré-intervention (364 [groupe contrôle] / 460 [groupe intervention]) et 435 en post-intervention (208 [groupe contrôle] / 227 [groupe intervention]). L'analyse des résultats pour ce sous-groupe des patients a montré l'effet positif de cette intervention mais de manière statistiquement non significative malgré l'augmentation du taux de bonnes pratiques dans le groupe interventionnel (groupe contrôle : 74,7% passant à 76,7%, soit + 2% / groupe intervention: 74,9% passant à 88,5%, soit + 13,6% ; différence de +11,6% ; OR=1,87 [1,99 ; 3,53] ; p=0,055). Comme dans les autres secteurs de soin, l'âge avancé, la déshydratation, la réduction de la mobilité (Performance status 3 et 4), le cancer actif, l'insuffisance veineuse, l'insuffisance respiratoire et cardiaque chronique et un antécédent de thrombose veineuse profonde sont apparus comme les principaux facteurs associés aux pratiques inadéquates de thromboprophylaxie en terme de under-use, misuse et over-use, avec p<0,05. **Conclusion :** Si cette intervention multifacette n'a pas permis de réduire le taux global de prescriptions inadéquates de thromboprophylaxie, il a montré l'intérêt d'une formation multifacette de rappel des recommandations de thromboprophylaxie veineuse aux gériatres exerçant en services de SSR. Un programme de formation périodique plus élaboré incluant notamment des alertes informatiques sur les prescriptions des traitements anticoagulants pourrait améliorer significativement cette prise en charge avec un impact sur la morbi-mortalité des patients âgés hospitalisés.

### P3-15-10

#### Présentation clinique de l'infection aiguë par le virus du Chikungunya chez le sujet âgé: comparaison avec les formes cliniques définies par l'OMS

L. Godaert (1) ; S. Bartholet (2) ; F. Najioullah (3) ; S. Yactayo (4) ; JL. Fanon (1) ; M. Dramé (5)

(1) Pôle de Gériatrie et Gérontologie, CHU Martinique, Le Lamentin; (2) Pôle de gériatrie et gérontologie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique; (3) Service de virologie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique; (4) High threat pathogens, World Health Organization Library, Genève, Suisse; (5) Unité d'aide méthodologique, CHU, Reims

**Introduction :** l'infection par le virus du Chikungunya (IVCK) est une arbovirose transmise par le moustique qui se répand en mode endémo-épidémique. Observée essentiellement en Afrique et en Asie, des cas autochtones ont été décrits en Europe et en Amérique. Dans la phase aiguë de l'IVCK, trois formes cliniques ont été définies par les experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS): la forme clinique aiguë typique, atypique et sévère. Notre travail a consisté à comparer les signes cliniques observés dans une population de sujets âgés de 65 ans et plus durant la phase aiguë de

l'IVCK avec les définitions établies par l'OMS. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective. Entre le 10 janvier et le 31 décembre 2014, les sujets âgés de 65 ans et plus ayant consulté aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Martinique pendant la phase aiguë de la maladie et ayant bénéficié d'un diagnostic biologique positif par RT-PCR pour l'IVCK ont été inclus. Ils ont été comparés à une population contrôle de sujets plus jeunes (<65 ans) répondant aux mêmes critères d'inclusion. **Résultats :** Au total, 267 sujets âgés (80±8 ans), et 109 sujets contrôles (46.2±12.7 ans) ont été inclus. L'indice de comorbidité moyen selon Charlson était de 1.5±1.7 chez les patients âgés et de 0.4±1.2 dans la population contrôle (p<0.0001). La répartition selon la forme clinique à l'admission est faite dans le tableau suivant

Formes cliniques selon l'OMS	Patients ≥ 65 ans (N=267)		Groupe contrôle (N=109)		p
	n	%	n	%	
Forme aiguë clinique	22	8.2	65	59.6	<0.0001
Forme atypique	79	29.6	6	5.6	<0.0001
Forme aiguë sévère	52	19.5	19	17.4	0.65
Non-classable	114	42.7	19	17.4	<0.0001

**Conclusion :** Seulement 8,2% des sujets âgés dans notre série présentent en phase aiguë une forme clinique typique de l'IVCK. Plus de 40% des sujets de 65 ans et plus ne peuvent être classés si on se réfère aux définitions de l'OMS. Ces résultats suggèrent que la présentation la plus fréquente de la maladie dans la population âgée diffère de celle habituellement observée dans les populations plus jeunes. Des études portant sur la présentation clinique habituelle de l'IVCK en phase aiguë chez le sujet âgés sont nécessaires pour assurer une prise en charge adéquate de cette population durant les épidémies.

### P3-15-11

#### Etude des groupes phylogénétiques d'Escherichia coli et des facteurs de l'hôte pour aider à la différenciation entre infections et colonisations urinaires en population gériatrique

D. Gueret (1) ; R. Amarsy (2) ; H. Benmansour (3) ; A. Teixeira (4); E. Cambau (3)

(1) Ssr gériatrique, CH Cote fleurie, Honfleur; (2) Hygiène hospitalière, Hôpital Lariboisière, Paris; (3) Service bactériologie, Hôpital Lariboisière, Paris; (4) Gériatrie, Hôpital Lariboisière, Paris

**Introduction :** La distinction entre infection et colonisation urinaire est une problématique fréquente et difficile en gériatrie. E. coli est le pathogène le plus fréquemment isolé des ECBU en gériatrie. La connaissance des facteurs de virulence d'E. coli ayant progressé ces dernières années, il est maintenant connu huit groupes phylogénétiques dans l'espèce E. coli. Les groupes B2 et D sont les plus virulents et plus fréquemment responsables d'infections extra-intestinales, en particulier urinaires. Aucune donnée n'existe dans la littérature sur la répartition de ces phylo-groupes en population gériatrique. Notre hypothèse était que la recherche des groupes phylogénétiques pourrait aider à la distinction entre infection et colonisation en supposant que les groupes B2 et D seraient significativement plus fréquents dans les infections que dans les colonisations. Nous avons réalisé une étude incluant des données cliniques de l'hôte associées à la recherche des groupes phylogénétiques d'E. coli pour essayer de trouver des critères distinctifs entre les infections et les colonisations. **Méthodes :** Tous les ECBU positifs à E. coli, issus de patients âgés de plus de 75 ans et

hospitalisés à l'hôpital Lariboisière, pendant la période du 15 février au 15 mai 2016, ont été inclus. Pour les 233 cas correspondants à ces EBCU, les critères bactériologiques (examens direct, culture, antibiogramme) ont été étudiés en parallèle des données cliniques des patients (sexe, statut nutritionnel, comorbidités, chute...) et de la détermination du groupe phylogénétique des souches par PCR. Une étude univariée puis multivariée a été réalisée pour rechercher les facteurs distinctifs entre colonisations et infections. **Résultats :** Dans cette étude, les groupes phylogénétiques B2 et D ont été significativement associés aux infections ( $p = 0,020$ ). Mais les cas d'infection ont aussi été trouvés associés aux facteurs de fragilité de l'hôte comme la présence d'une autonomie altérée ( $P < 0,001$ ), de chutes ( $p < 0,001$ ), d'une démence ( $p = 0,005$ ) et la dénutrition ( $p = 0,001$ ), d'une pathologie urinaire ( $p = 0,002$ ). **Conclusion :** En conclusion, notre travail montre que les groupes phylogénétiques virulents (B2 et D) d'E. coli sont plus fréquents dans les infections que dans les colonisations même en gériatrie. Mais, à la virulence bactérienne s'ajoute des facteurs de fragilité de l'hôte permettant le développement d'une infection. Une étude plus approfondie, prospective associant la recherche du groupe phylogénétique et de certains facteurs de virulence pourrait être intéressante.

### P3-15-12

#### Grippe chez le sujet âgé – Manifestations cliniques et recours hospitalier

S. Gaujard (1) ; N. Michel-Laaengh (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon*

**Introduction :** La symptomatologie de la grippe est très polymorphe. Il est probable que la symptomatologie soit encore plus variable et atypique dans la population âgée. L'identification rapide des sujets grippés est essentielle en milieu collectif médico-social ou sanitaire afin de limiter le risque épidémique et améliorer la prise en charge individuelle des patients. **Méthodes :** Il s'agit d'une enquête rétrospective. Identification par la base PMSI de tous les patients hospitalisés dans le service de médecine gériatrique aiguë de l'Hôpital de la Croix-Rousse à Lyon entre le 1/12/2016 et le 28/02/2017 et ayant un diagnostic principal ou associé de grippe. Recherche dans le dossier des symptômes cliniques initiaux (24 premières heures d'hospitalisation), et notamment les motifs d'hospitalisation, ainsi que les anomalies biologiques initiales (premier prélèvement biologique). Description de l'évolution et des modalités de sortie. **Résultats :** 41 cas de grippe ont été recensés, parmi lesquels 32 cas communautaires et 9 nosocomiaux. Tous les cas étaient confirmés virologiquement et il s'agissait à 100% de grippe A. La moyenne d'âge est de 90 ans. La présence de signes respiratoires est la règle : toux ou encombrement dans 88% des cas, dyspnée et/ou désaturation ( $\text{SaO}_2 < 90\%$ ) dans 44%. La fièvre peut être absente (27%) ou modérée (inférieure à  $38,5^\circ\text{C}$  : 49%). Des signes digestifs sont possibles (22%). Les signes généraux ou ORL étaient mal tracés. Sur le plan biologique, la CRP est souvent peu élevée ( $< 50 \text{ mg/L}$  : 61%) et les leucocytes sont fréquemment inférieurs à  $10 \text{ Giga/L}$  (78%). Pour les cas communautaires, si dans 28% des cas le motif d'hospitalisation était une problématique respiratoire, dans la plupart des cas il s'agissait de symptômes gériatriques « banals » : chute (38%), confusion (13%), troubles digestifs (13%). La conséquence est que le diagnostic de grippe n'était évoqué que dans 53% des cas dans les 24 premières heures. L'évolution clinique est favorable sans complication dans 32% des cas, une surinfection est évoquée et traitée dans 50%, des complications cardio-vasculaires sont rapportées dans 12%, et

d'autres complications dans 17%. La mortalité pendant le séjour était de 5%. 54% des patients ont regagné leur domicile antérieur, 37% ont eu besoin d'un SSR. La durée moyenne d'hospitalisation pour les cas communautaires était de 13,9 jours, celles des cas nosocomiaux de 21,7 jours. **Conclusion :** Il existe évidemment un biais important puisque les patients observés étaient hospitalisés, donc présentaient a priori des formes plus graves ou compliquées. En outre, les cas communautaires étaient vus aux urgences à des stades différents de l'affection grippale. On note que les signes respiratoires restent constants. L'hyperthermie élevée n'est pas la règle mais avec un biais de recueil possible (les cas nosocomiaux avaient d'ailleurs plus fréquemment une fièvre élevée). La biologie est peu aidante, mais l'hyperleucocytose est rare et conduit alors à évoquer une surinfection bactérienne. L'évolution est émaillée de complications dans les 2/3 des cas, notamment infectieuses. Les séjours hospitaliers sont longs, souvent suivis d'une prise en charge en SSR. Le principal enseignement de ce travail est que l'hospitalisation survient dans 70% des cas pour un motif non respiratoire, avec des signes atypiques (chute, confusion) qui occasionnent un retard diagnostique dans près d'un cas sur deux. Ceci peut avoir des conséquences en termes de risque de diffusion épidémique, les mesures barrières (précautions complémentaires de type gouttelettes) étant mises en place avec délai. Une meilleure sensibilisation des urgentistes est nécessaire en période épidémique.

### P3-15-13

#### La Procalcitonine pour individualiser la durée antibiotique des pneumonies : essai randomisé ouvert chez le sujet le sujet plus de 80 ans

G. Gavazzi (1) ; M. Debray (2) ; JL. Bosson (3) ; F. Tidadini (4) ; M. Bonnefoy (5) ; T. Célarier (6) ; B. de Wazières (7) ; M. Paccalin (8) ; S. Drevet (9) ; J. Gaillat (10)

(1) *Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble*; (2) *Pôle de Gériatrie, C.H. Annecy Genevois, Metz-Tessy*; (3) *Santé publique, CHU Michallon, Grenoble*; (4) *Drcci, CHU Michallon, Grenoble*; (5) *Gériatrie, CHU Lyon Sud, Lyon*; (6) *Gérontologie clinique, Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*; (7) *Médecine gériatrique, CHRU de NÎMES, Nîmes*; (8) *Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers*; (9) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, La Tronche*; (10) *Maladies infectieuses, CH Annecy-Genevois, Annecy*

**Introduction :** Les cliniciens peuvent réduire la durée d'antibiothérapie dans les pneumonies hospitalisées ou communautaires de l'adulte en individualisant cette durée grâce à l'utilisation de la Procalcitonine (PCT); aucune étude ne l'a cependant démontré chez le sujet très âgé, polymorbide ayant des délais de réponses thérapeutique souvent plus difficiles à évaluer. Nous avons donc conduit un essai randomisé multicentrique pour déterminer si la Procalcitonine permettait une réduction de la durée antibiotique en individualisant la durée de traitement. **Méthodes :** Il s'agissait d'un essai randomisé en ouvert qui s'est déroulé dans 6 centres hospitaliers français (Annecy, Nîmes, Poitiers, Saint Etienne, Lyon et Grenoble -centre coordinateur-) entre 2013 et 2015. Les critères d'inclusions étaient : avoir 80 ans ou plus, une antibiothérapie débutée initialement pour une pneumonie depuis moins de 3 jours, et avoir eu un dosage de PCT initial. Les patients étaient randomisés en 2 groupes, Un groupe PCT avait un monitoring de PCT rendu au clinicien pour lui permettre d'arrêter le traitement si le dosage était inférieur à  $0,25 \text{ ng/l}$  et s'il considérait l'état clinique du patient satisfaisant, ou de poursuivre si la PCT était

supérieur à 0,25ng/l) et un groupe Contrôle qui n'avait pas accès aux résultats des mesures de PCT le clinicien stoppant l'antibiothérapie selon les modalités classiques. Les mesures de PCT étaient réalisées tous les 2 jours, et à la sortie. Les données Démographiques, cliniques, gériatriques, et de gravité de la pneumonie (pneumonia severity index (PSI), CURB 65) à l'inclusion et tous les 2 jours ont été collectées. Le Diagnostic était confirmé par radiographie thoracique ou tomodensitométrie thoracique. Le critère de jugement principal était la durée d'antibiothérapie moyenne dans les 2 groupes rapporté à l'évolution clinique à 45 jours. **Résultats :** 117 patients ont été inclus et l'analyse finale a porté sur 107 pneumonies incluses (10 inclusions à tort ont été exclues. (57 dans le groupe, 50 in PCT group). Les caractéristiques démographique, clinique et gériatrique ne différaient pas dans les 2 groupes; La gravité initiale était équivalente : 86% avait CURB 65 of 2 or 3, et 78% un PSI en classe IV ou V dans le groupe PCT et respectivement 86% et 84 % dans le groupe contrôle. Les taux de PCT moyens ne différaient ni initialement ni dans leur évolution entre les 2 groupes. La durée d'antibiothérapie était significativement plus courte dans le groupe PCT (8.4 jours  $\pm$ 3.1) que dans le groupe contrôle (10.7 days  $\pm$ 3.6) ( $p < 0.001$ ). avec une évolution clinique identique ( $> 85\%$ ). L'algorithme n'avait cependant été suivi que dans 52% des cas dans le groupe PCT. lorsque l'algorithme avait été suivi la réduction de l'antibiothérapie était plus importante (analyse dite per-protocole) avec une durée moyenne de 7,7 jours  $\pm$ 2,9) ( $p < 0.002$ ). La mesure de PCT permettant de réduire le plus efficacement l'antibiothérapie semble être le 6ème jour (91% de poursuite d'antibiothérapie versus 54% dans le groupe PCT). **Conclusion :** Un algorithme décisionnel basé sur les niveaux de Procalcitonine dans la pneumonie hospitalisée du sujet de plus de 80 ans permet de réduire la durée antibiotique sans affecter le pronostic. La mesure de PCT qui semble la plus pertinente est au 6ème jour dans ce travail. Des études ultérieures sont nécessaires pour démontrer un impact individuel à long terme et un bénéfice collectif à cette réduction (limitation de l'antibiorésistance).

### P3-15-14

#### La tuberculose cérébro-méningée chez le sujet âgé : description de 12 dossiers

W. Guenifi (1) ; A. Gasmi (1) ; N. Halfaia (1) ; H. Boukhrissa (1) ; M. Rais (1) ; A. Ouyahia (1) ; S. Mechakra (1) ; A. Lacheheb (1)  
(1) *Maladies infectieuses, CHU Saadna Abdenour de Sétif, Sétif, Algérie*

**Introduction :** Malgré son caractère curable, la tuberculose est en recrudescence dans le monde sous l'action conjuguée de différents facteurs. En Algérie, pour la seule année 2015, 23 879 nouveaux cas de tuberculose ont été enregistrés. Bien que peu fréquentes, les atteintes cérébro-méningées occupent une place à part en raison de leur pronostic péjoratif essentiellement du au retard thérapeutiques. Dans la littérature, peu de données sont rapportées sur les particularités de cette affection chez le sujet âgé. Nous décrivons, dans ce travail, les particularités de la tuberculose neuro-méningée chez les sujets âgés. **Méthodes :** Nous avons recueilli, dans cette étude rétrospective, l'ensemble des dossiers de patients adultes immunocompétents colligés au service des Maladies Infectieuses du CHU de Sétif-Algérie entre Janvier 2005 et Décembre 2016 pour tuberculose cérébro-méningée puis nous avons analysé les particularités de cette pathologie chez les sujets âgés de plus de 65 ans. **Résultats :** parmi 72 patients, 12 (17%) étaient âgés de plus de 65 ans (entre 65 et 86 ans). Une tuberculose extra neurologique

concomitante était retrouvée chez 7 malades. L'atteinte pulmonaire était constante et un aspect de miliaire à la radiographie du thorax était noté chez 4 malades parmi les 7. Cliniquement, le syndrome phthisiologique et l'altération de l'état général étaient notés dans 9 cas. Les troubles de la conscience étaient fréquents (score de Glasgow entre 7 et 12 chez 8 malades) et les signes neurologiques de focalisation étaient notés chez 5 malades. Radiologiquement, l'imagerie cérébrale était pathologique chez 5 patients : un rehaussement méningé basilaire (2 cas) ; hydrocéphalie (3 cas) et l'aspect de tuberculome unique (un cas). Au plan évolutif, parmi les 12 malades, nous déplorons 4 décès et 1 cas de rechute. **Conclusion :** Malgré le nombre réduit de malades dans cette série, on note la prédominance de la forme méningo-encéphalitique au cours de la tuberculose cérébro-méningée du sujet âgé et la fréquence de l'hydrocéphalie par contre les tuberculomes semblent moins fréquents à cet âge. Un pronostic défavorable avec un taux de mortalité élevé caractérisent les suites évolutives de la maladie à cet âge.

### P3-16-15

#### Prévention et évaluation du risque suicidaire chez les personnes âgées

S. Moulias (1) ; F. Foucard (2) ; A. De Malherbe (3) ; L. Teillet (4)  
(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt;*  
(2) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt;*  
(3) *Réseau, Asdes, Nanterre;*  
(4) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

**Introduction :** Un tiers des suicides en France concerne les personnes âgées. C'est la classe d'âge la plus à risque. L'image du vieillissement en France joue un rôle non négligeable dans ce risque. En tant qu'interlocuteur de confiance, le médecin généraliste est au centre de la prévention de ce risque. **Méthodes :** Une étude qualitative par entretiens semi-directifs a été menée auprès de différents spécialistes concernés par le sujet afin de faire un état des lieux sur la prévention du risque suicidaire chez les personnes âgées. Secondairement, une étude quantitative a permis de recueillir, avec la diffusion d'un questionnaire, l'avis des médecins généralistes. **Résultats :** Huit spécialistes ont participé à l'étude qualitative, ils pensent que le médecin généraliste a une place essentielle dans cette prévention qui est insuffisante aujourd'hui, qu'il faudrait travailler l'image négative du vieillissement, et améliorer la formation des soignants sur cette prévention. 72 médecins généralistes ont répondu au questionnaire, plus de la moitié ne savaient pas que le sujet âgé est plus à risque de suicide. Ils ont exprimé des difficultés à prévenir ce risque, surtout liées au manque de formation et la durée de consultation insuffisante. 86% se sentent isolés dans la prise en charge, avec un constat pour plus de la moitié qu'il n'y a pas de spécialiste adapté. Ils sont 14% à avoir eu une formation alors que deux tiers y seraient intéressés. **Conclusion :** La sensibilisation des médecins généralistes à la prévention du risque suicidaire chez les personnes âgées est indispensable. Les formations sur ce sujet manquent. La prise en charge de ce risque est floue, laissant le médecin généraliste seul. Il faudrait permettre un développement des compétences des spécialistes et des généralistes et faciliter la coordination entre eux. Modifier le regard de la société sur la vieillesse est une clé de ce dépistage.

**P3-19-16****Évaluation de la qualité des certificats médicaux réalisés à l'ouverture d'une mesure de protection juridique chez les majeurs de plus de 60 ans**

G. Arcese (1) ; O. Drunat (2) ; S. Arbault (3) ; R. Gonthier (4)

*(1) SSR Gériatrique, C.H. Georges Claudinon, Le Chambon-Feugerolles; (2) Service de psycho-gériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris; (3) Service des tutelles, Tribunal de Grande Instance de Saint-Etienne, Saint-Étienne; (4) Gériatologie clinique, Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*

**Introduction :** La France compte entre 700 000 et 800 000 majeurs protégés. L'ouverture de toute mesure de protection juridique est conditionnée par la présence d'un certificat médical circonstancié rédigé par un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République. Un seul texte législatif encadre le contenu des certificats et aucune formation spécifique n'est demandée aux médecins. Nous avons donc cherché à savoir si les certificats médicaux actuellement produits étaient conformes aux attentes du Code de la procédure civile. **Méthodes :** Sur la période du 4 janvier au 3 avril 2016, 111 certificats médicaux circonstanciés ont été recueillis et anonymisés par le greffe du tribunal d'instance de Saint-Etienne. Les certificats médicaux concernaient des demandes d'ouverture de protection juridique de majeurs de plus de 60 ans. **Résultats :** 57% des certificats médicaux circonstanciés répondaient aux attentes de l'article 1219 du Code de la procédure civile, sans différence entre les demandes de curatelle et de tutelle. 76% des majeurs présentaient une incapacité cognitive, 14% une incapacité psychiatrique et 10% une incapacité fonctionnelle. 72% des certificats proposaient une tutelle, 21% une curatelle renforcée et 7% une curatelle simple. Les circonstances motivant l'ouverture d'une mesure de protection et le mode de vie du majeur étaient respectivement retrouvés dans 32% et 83 % des certificats. Les médecins dispensaient les majeurs d'audition avec le juge dans 49% des cas et le droit de vote était conservé chez 10% des majeurs faisant l'objet d'une demande de tutelle. **Conclusion :** L'étude a permis de montrer une insuffisance dans l'application de l'article 1219 du Code de la procédure civile mais aussi dans les informations qui étaient demandées. La rédaction du certificat médical circonstancié nécessite des connaissances médicales et juridiques spécifiques. Se pose donc la question de la formation des médecins inscrits sur la liste du procureur de la République. A l'instar de l'expertise médicale réalisée dans le cadre de l'évaluation des dommages corporels, le certificat médical circonstancié doit devenir une véritable expertise réalisée par des médecins formés à cet exercice.

**P3-21-17****Des signes et des pictogrammes pour mieux communiquer**

S. Aufaure (1) ; C. Geslin (2) ; C. Vavon (3) ; A. Gouin (3) ; G. Gracieux (4)

*(1) SSR, C.H. Marc Jacquet, Melun; (2) Ssr melun ; (3) Ehpap, CH Melun, Melun; (4) Court séjour gériatrique, CH Melun, Melun*

**Introduction :** Les troubles du langage chez les personnes âgées sont une réalité et sont assez fréquents : 19 % des patients évalués au SSR, 75 % des patients évalués en consultation mémoire, dans nos EHPAD : une majorité des résidents. Ces troubles peuvent entraver la communication et être gênants lors des soins et la prise en charge quotidienne de ces résidents (exprimer des choix, des désirs, des besoins, se faire comprendre, etc.). **Méthodes :** Objectif principal : Adapter et proposer un système de communication basé

sur l'usage de signes et de pictogrammes aux patients présentant des troubles du langage dans le but d'améliorer la communication verbale, non verbale et la compréhension. Objectifs secondaires : Améliorer l'intégration sociale du résident, améliorer les troubles du comportement, améliorer le statut nutritionnel, améliorer les troubles de l'attention, améliorer le contact visuel. **Matériel et méthode :** Une équipe pluridisciplinaire a été formée, pendant 6 jours, à l'usage des signes et des pictogrammes d'avril à juin 2016. Des temps de réunions préalables ont eu lieu pour aménager l'environnement afin de garantir des repères spatio-temporaux stables, élaborer des porte-clés comprenant des pictogrammes à portée de mains pour les soignants, commander du matériel, créer des cahiers de communication personnalisés à chacun des résidents, planifier des ateliers hebdomadaires. Les ateliers ont débuté au mois de juillet 2016, à raison d'un atelier par semaine. Test de sélection des patients : Mini Mental State Examination (MMSE), 2 subtests de la Batterie de Mahieux (praxies symboliques et mimes d'actions), les figures identiques du protocole d'évaluation des gnosies visuelles Montréal – Toulouse (PEGV), Grille GIR. Critère d'évaluation: -Elaboration d'un questionnaire de communication fonctionnelle centré sur les activités de la vie quotidienne comprenant 5 thèmes (la conversation, la demande, l'explication, l'appel à l'aide, l'accord et le refus): -Scores aux différents domaines de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI); -Poids - taux albumine; -Score de l'échelle de dépression (DEP-GER); -Echelle qualité de vie de Nottingham; -Scores aux subtests de compréhension orale et écrite du protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT 86). Constitution de deux groupes de huit patients provenant de deux EHPAD: Groupe participant : 7 femmes et 1 homme, d'âge moyen 76 ans, score moyen au MMS=12/30, GIR moyen=2.5, pathologies (psychoses chroniques déficitaires, maladie d'Alzheimer, surdité); Groupe contrôle : 7 femmes et 1 homme, score moyen au MMS=10/30, GIR moyen 1.8, pathologies (démence type Alzheimer, démence vasculaire). **Résultats :** Les scores de communication fonctionnelle non améliorés mais probablement trop subjectifs et imprécis. Les scores MMS, PEGV, Mahieux sont stables et pourraient témoigner d'un maintien du fonctionnement cognitif par les activités de la vie quotidienne et les ateliers. Les scores au MT 86 se sont améliorés: L'usage de signes et de pictogrammes s'apparente à un indicage, et peut expliquer l'amélioration de la compréhension. L'amélioration des troubles du comportement, la recrudescence des symptômes dépressifs et des plaintes nouvelles concernant la qualité de vie peuvent s'expliquer par l'attention plus importante portée aux patients institutionnalisés depuis plusieurs années et marginalisés et par l'amélioration de leur expression. **Conclusion :** L'utilisation de signes et de pictogrammes semble améliorer la compréhension et la qualité de vie des personnes âgées atteintes de psychoses chroniques déficitaires présentant des troubles du langage. Une communication basée sur plusieurs modalités améliorerait la compréhension et réduirait les troubles du comportement

**P3-21-18****Elaboration d'un outil d'évaluation comportementale en Unité Cognitive Comportementale**

L. Bosson (1) ; C. Lissot (2) ; B. Allenet (3) ; A. Gauchet (4) ; P. Couturier (2)

(1) *Unité Psycho Gériatrique, C.H. Annecy Genevois, Metz-Tessy;*  
(2) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, C.H.U Grenoble Alpes, La Tronche;* (3) *Timc imag / themas, C.H.U Grenoble Alpes, La Tronche;* (4) *Laboratoire internuniversitaire de psychologie, Université Grenoble Alpes, Saint-Martin-d'Hères*

**Introduction :** L'Unité Cognitive Comportementale (UCC) de Grenoble permet la prise en soins de patients âgés présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée en situation de crise ou d'instabilité psycho comportementale. Nous utilisons en pratique quotidienne un outil original de repérage et de suivi des troubles psycho-comportementaux, le calendrier du comportement. Il permet d'avoir une vision globale des troubles, horaire de survenue, évolution au cours du nyctémère, circonstances, action et efficacité de l'intervention des soignants. L'objectif de ce travail était l'amélioration de cet outil avec l'équipe soignante. **Méthodes:** Ce travail a été effectué de février à juin 2014 auprès de l'équipe soignante de l'UCC (11 lits) composée de 12 infirmiers et 20 aides soignantes dont 4 assistantes de soins en gérontologie. Nous avons proposé aux soignants un auto-questionnaire sur leur utilisation du calendrier et la transmission des troubles psycho comportementaux à partir duquel nous avons proposé des modifications validées par consensus en réunion d'équipe. Des échanges informels bi-hebdomadaire ont eu lieu tout au long de l'expérimentation. Nous avons réalisé une évaluation post-intervention à 2 mois et demi en administrant à nouveau l'auto questionnaire aux soignants. Par ailleurs, nous avons comparé les données du remplissage de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) sur la base du calendrier du comportement en regard des corrections apportées lors d'une réunion hebdomadaire d'équipe afin d'évaluer les domaines susceptibles d'être mieux précisés. **Résultats :** Les données recueillies ont permis de préciser les caractéristiques de renseignement et d'utilisation du calendrier, la reconnaissance des troubles psycho comportementaux par les soignants et leurs difficultés de représentation sur le calendrier. Ces éléments ont permis d'enrichir et d'améliorer le calendrier du comportement sur le fond et la forme, et de réaliser des NPI hebdomadaires sur la base de transmissions détaillées réalisées sur les 7 jours précédents. Les NPI réalisés à partir du calendrier du comportement chaque semaine et pour chaque patient ont été revus et corrigés le cas échéant. Un peu plus de la moitié des NPI était identique entre celui réalisé à partir du calendrier du comportement et celui corrigé par les soignants lors de la réunion de synthèse hebdomadaire (47/90, 52%). Les 43 NPI corrigés étaient le plus souvent sous-estimés (303 points manquant au score NPI sur un total de 1845, 16%). Quelques troubles étaient parfois cotés à tort (73 points en supplément, 4%). Le principal trouble mal représenté par le calendrier du comportement était le trouble de l'appétit, il était le plus souvent sous évalué (84 points manquant). Mais c'est aussi le trouble le plus ajouté à tort (13 points). La dépression était souvent sous-estimée (57 points) ainsi que la desinhibition (43 points). La majorité des répondants remplissent le calendrier (21/22 réponses, 95%), le plus souvent dans le bureau de l'équipe, parfois en salle collective. Il est rempli en fin de service (13/17 réponses), parfois « au milieu pour ne rien oublier », à un « moment calme », « dès que possible après les soins », « la nuit au fur et à mesure ». Pour un patient, cela nécessite une médiane de 5 minutes, allant de

2 à 10 minutes (13 réponses). La majorité des répondants n'ont pas de difficulté avec la légende utilisée pour renseigner le calendrier du comportement modifié (11/18 réponses, 61%). Les soignants ayant des difficultés avec la légende rapportent que les abréviations utilisées sont trop nombreuses et se ressemblent, certains troubles sont « perçus différemment pour chaque soignant ». La moitié des répondants (10/20, 50%) l'utilisent lorsqu'une famille les interroge sur le comportement de leur proche surtout pour le sommeil et le comportement nocturne, cela leur permet également « de rassurer et montrer qu'on évalue ». **Conclusion :** La nouvelle version du calendrier du comportement plus précise permet l'extraction rapide et simple d'inventaire neuropsychiatrique hebdomadaire au plus près des besoins des patients permettant un suivi objectif des troubles au cours du séjour. Il permet toujours une analyse des circonstances et un recueil des actions et de l'efficacité de l'intervention des soignants. Cette expérience nous invite à poursuivre le développement d'outils notamment informatique d'évaluation, de suivi et de transmission des soins spécifiques à l'activité en Unité Cognitive Comportementale dans un processus continu d'amélioration de la qualité des soins.

## **P4 - NUTRITION / DIABÈTE / MÉTABOLISME / THÉRAPEUTIQUES EN GÉRIATRIE / TROUBLES TROPHIQUES**

**P4-11-01**

### **Enrichissement alimentaire après fracture ostéoporotique au cours d'une réhabilitation en soins de suite et réadaptation orthogériatrique : intérêt nutritionnel et/ou fonctionnel?**

F. Raimbault (1) ; D. Sczepanek (2) ; M. Loustau (3) ; C. Schonheit (4) ; A. Meziere (4) ; V. Curtis (4)

(1) *Gériatrie, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris;* (2) *Gériatrie, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine;* (3) *Gériatrie, Hôpital Simone Veil Eaubonne, Eaubonne;* (4) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*

**Introduction :** La dénutrition protéino-énergétique (DPE) chez le sujet âgé est fréquente et grave. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'impact de l'enrichissement alimentaire sur le statut nutritionnel et fonctionnel des patients âgés hospitalisés pour réhabilitation post-fracturaire en soins de suite et réadaptation orthogériatrique. **Méthodes :** Etude rétrospective, cas témoin, contrôlée, randomisée, réalisée du 15 juin 2015 au 31 juillet 2016 dans le service de SSR orthogériatrique de l'Hôpital Charles Foix. Etude comparant un groupe A bénéficiant de l'enrichissement alimentaire s'ajoutant au régime hospitalier traditionnel hyperprotidique et un groupe B bénéficiant uniquement du régime hospitalier traditionnel hyperprotidique. La comparaison des deux groupes concernait la variation de poids, d'IMC, d'albuminémie, la durée de séjour, le périmètre de marche, l'autonomie et le devenir post-SSR. **Résultats :** 144 patients de sexe féminin (84%) âgés de 86 ans ont été inclus dont 79 dans le groupe A et 65 dans le groupe B. Tous les patients perdaient du poids évalué à -2,08kg dans le groupe A et à -0,30kg dans le groupe B. La perte de poids était significativement plus grande dans le groupe A (p=0,02). Tous amélioraient leur albuminémie en SSR avec +3,84g/L dans le groupe A et +2,73g/L dans le groupe B, sans différence significative. La reprise de la marche, la récupération de l'autonomie et le devenir après hospitalisation, étaient comparables dans les deux groupes. Les patients du groupe A demeuraient moins longtemps hospitalisés

avec 43jrs 23 versus 52jrs  $\pm$  33 dans le groupe B ( $p=0,04$ ).  
**Conclusion :** L'enrichissement alimentaire administré aux sujets âgés après fracture en SSR orthogériatrique n'améliorait ni leur statut nutritionnel, ni leur état fonctionnel.

#### P4-11-02

##### **La pseudohypoglycémie, une entité à ne pas méconnaître en gériatrie**

J. Despres (1) ; JM. Eychene (1)

(1) *geriatrie, CHU reunion, saint pierre*

**Introduction :** La mesure de la glycémie capillaire est l'outil principal pour la surveillance du diabète notamment chez les sujets âgés. Les doigts sont le site privilégié pour le prélèvement du sang capillaire, mais cette méthode peut conduire à des estimations erronées dans plusieurs situations. **Méthodes :** En Avril 2017, une patiente de 89 ans aux lourds antécédents vasculaires dont une artérite sévère des membres inférieurs avec des troubles trophiques à été hospitalisée en gériatrie aigue pour un tableau de décompensation cardiaque globale avec trouble de la conscience, hypotension artérielle et cyanose des extrémités. Son traitement a domicile incluait un bêtabloquants, un sartan, de la coumadine, une statine et un diurétique thiazidique. La glycémie capillaire à son arrivée dans le service est de 0,16g/dl. Un resucrage par voie intraveineuse est alors mis en place permettant une normalisation du contrôle glycémique au doigt. Les troubles de la conscience persistent et la patiente présente un nouvel épisode d'hypoglycémie quelques heures après, à 0.23g/dl, motivant la poursuite du resucrage par solution de glucosé. Toutefois, la présence d'une acrocyanose a rapidement fait suspecter une pseudohypoglycémie et un contrôle de la glycémie capillaire au lobe de l'oreille est réalisé retrouvant une glycémie normale à 1.16g/dl. Enfin, le contrôle de la glycémie sanguine est réalisé et retrouve un taux à 8.6mmol/l. La normalisation de la tension artérielle dans les 24 premières heures a permis la disparition de l'acrocyanose, la normalisation des contrôles glycémiques au doigt et le retour à un état de conscience normal. La pseudohypoglycémie aurait pu être suspectée plus rapidement par l'absence de symptômes d'hypoglycémie classiques, mais le trouble de la conscience a été considéré comme un symptôme d'hypoglycémie possible en soi, entraînant un traitement inutile et une perte de temps. Ce tableau de pseudohypoglycémie est relativement peu décrit en gériatrie dans la bibliographie et ne doit pas être méconnu afin de induire le praticien en erreur et retarder la prise en charge thérapeutique. **Résultats :** La pseudohypoglycémie est décrit comme étant un phénomène de discordance entre la mesure de la glycémie par un lecteur glycémique au doigt et la mesure par prélèvement sanguin. Lee et al. rapportait dans le JAGS en 2015 une pseudohypoglycémie sur sclérodémie. Une revue de la littérature ne retrouvait alors que 6 publications faisant état de pseudohypoglycémie (syndrome de Raynaud, acrocyanose, syndrome d'Eisenmenger et maladie vasculaire périphérique) avec à chaque fois une hypoglycémie sur le lecteur glycémique infirmée au contrôle sur le prélèvement sanguin. D'autres situations responsables d'une pseudohypoglycémie ont aussi été décrites telle que les états de choc hypovolémique. Ce phénomène doit être distingué de la pseudohypoglycémie rencontrée dans la leucocytose ou la polycythémie due à une glycolyse excessive in vitro. Dans cette situation les valeurs veineuses et capillaires sont normales lorsque la glycémie est mesurée sans délai après la prise de sang. Le mécanisme de la pseudohypoglycémie est probablement lié à la diminution du débit sanguin dans les capillaires périphériques par

vasoconstriction (état de choc, acrocyanose, maladie de Raynaud) ou maladie vasculaire périphérique, responsable d'une extraction du glucose accrue par les tissus, conduisant à une diminution de la glycémie capillaire. Une des solutions proposées chez ces patients, outre le contrôle par prélèvement sanguin systématique dont le délais d'obtention des résultats est plus long, est l'utilisation du lecteur glycémique sur d'autre site que les doigts. Ainsi, la réalisation des dextro sur le lobe de l'oreille, l'avant bras (jungheim 2002) ou la cuisse ont été validé même si les résultats sont moins fiables, notamment en cas de variation rapide de la glycémie car l'équilibre avec la glycémie veineuse est plus lent sur ces sites. Cette variation est vraisemblablement attribuable aux différences de perfusion tissulaire et de débit sanguin. **Conclusion :** Bien que généralisé, l'utilisation des lecteurs glycémiques doit toutefois être prudente lorsque le patient présente un trouble de la vascularisation périphérique surtout s'ils les résultats sont discordant avec la clinique. L'utilisation d'autre site de contrôle glycémique est alors possible. Un diagnostic biochimique précis et fiable de l'hypoglycémie est particulièrement important chez les patients ayant une déficience cognitive ou un trouble de la conscience.

#### P4-11-03

##### **LPAC syndrome : y penser devant une symptomatologie biliaire récidivante chez le sujet âgé**

C. De Villelongue (1) ; A. Morisson De La Bassetiere (2) ; O. Bruno (2) ; V. Fossey Diaz (3)

(1) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris;*

(2) *Geriatric générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris;*

(3) *gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris*

**Introduction :** En Europe 10 à 20% de la population souffre de lithiases biliaires. 90% des lithiases sont cholestéroliques. Elles apparaissent si le taux de solubilisation du cholestérol dans la bile est dépassé, du fait d'interactions complexes de facteurs génétiques et nutritionnels (régime pauvre en fibres, riche en graisse...). Le syndrome Low Phospholipid Associated Cholelithiasis est une entité décrite par Poupon et al en 2001. Le gène ABCB4 code pour la protéine MDR3 assurant le transport du principal phospholipide biliaire, la phosphatidylcholine, du feuillet interne de la membrane du canalicule biliaire vers le feuillet externe. Les mutations homozygotes ou hétérozygotes du gène, dont seules 60 à 65% sont détectables, entraînent une diminution ou l'absence du phospholipide dans les sels biliaires. La bile saturée de cholestérol devient lithogène. Le sex ratio est de trois femmes pour un homme. La prévalence de l'affection serait de 5% des patients atteints de lithiase biliaire symptomatique. **Méthodes :** Nous rapportons un cas de LPAC chez un homme de 83ans. **Résultats :** Mr M. est admis en gériatrie aigüe pour nausées et perturbation du bilan hépatique. Il a pour antécédents une fibrillation auriculaire sous Amiodarone, un syndrome dépressif, et une cataracte opérée. Il vit en appartement de façon autonome. Il a une sœur décédée, et n'a pas d'enfant. Il présente des symptômes douloureux de l'hypochondre droit depuis de nombreuses années de façon intermittente. L'examen révèle une sensibilité de l'hypochondre droit isolée sans défense, il n'y a pas d'ictère ni fièvre. La CRP est à 48mg/L. Il existe une discrète cytolysse et cholestase, la bilirubinémie s'élève transitoirement à 2 fois la normale. La lipasémie est inférieure à 3 fois la normale. Les sérologies hépatiques virales sont négatives. L'échographie révèle des images échogènes intra-hépatiques avec un aspect en queue de comète des 2 lobes hépatiques, et du sludge vésiculaire évocateurs de LPAC. Il n'y pas de signe de cholécystite. Le

patient quitte le service tolérant mal l'hospitalisation et l'acide ursodéoxycholique (AUDC) est débuté par son médecin traitant. Mr M. réunit 2 des critères nécessaires au diagnostic de LPAC: un début des symptômes ancien (avant 40 ans), et la détection de foyers écho-gènes intra-hépatiques traduisant la présence de calculs ou des micro-calculs ou du sludge vésiculaire. Les 3 autres critères sont la récurrence des symptômes après cholécystectomie, un antécédent de cholestase gravidique, et une histoire familiale de lithiase chez les parents du 1er degré. L'échographie retrouve des anomalies typiques en queue de comète, le doppler hépatique retrouve un artefact de scintillement caractéristique. L'IRM peut être effectuée à la recherche de calculs biliaires et parfois d'une dilatation des voies biliaires. La prise en charge chirurgicale et endoscopique des lithiases intra-hépatiques est décevante mais le traitement médical de référence par AUDC à la dose de 10mg/kg/jour permet la disparition complète et rapide des symptômes. Celui-ci ne comporte pas de contre-indication chez le sujet âgé. Porter le diagnostic permet d'éviter de proposer une chirurgie inutile (sauf en cas de complications) chez ces patients qui présenteront des récurrences lithiasiques post-opératoires. Une recherche de la mutation du gène ABCB4, à la charge du patient, peut être proposée. Elle n'a pas été effectuée ici, Mr M. n'ayant aucun descendant. **Conclusion :** La LPAC peut survenir chez le patient âgé et doit être évoquée devant un aspect typique en queue de comète à l'échographie hépatique. Le traitement par AUDC est proposé aux malades présentant des lithiases intra-hépatiques symptomatiques ou non et à ceux porteurs de la mutation chez qui est découverte une lithiase intra-hépatique lors de la surveillance échographique annuelle. Le recours à la cholécystectomie coelioscopique est recommandé en cas de lithiase vésiculaire compliquée de cholécystite. L'évolution en l'absence de traitement expose à la répétition des accès d'angiocholite, de pancréatite voire à une cirrhose de type biliaire.

#### P4-11-04

##### **Des protéines végétales pour enrichir les plats des plateaux repas des personnes âgées recevant du portage à domicile afin d'améliorer leurs apports énergétiques et protéiques**

V. Van Wymelbeke (1) ; I. Maître (2) ; C. Annweiler (3) ; P.Y. Paré (3) ; P. Manckoudia (4) ; G. Artigas (5) ; E. Jarvenpaa (6) ; R. Tahvonen (6) ; H. Kautola (7) ; T. Maenpaa (7) ; T. Pirttijärvi (7) (1) *Recherche Pôle Personnes Âgées, C.H. Régional Universitaire Dijon, Dijon*; (2) *Usc 1422 grappe, inra, univ. bretagne loire, Ecole Supérieure d'Agricultures - ESA, Angers*; (3) *Department of neuroscience, division of geriatric medicine and memory clinic, Angers University Hospital, UPRES EA 4638, University of Angers, Angers*; (4) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon*; (5) *Aie, c/hospital, Emporhotel, Palamós, Espagne*; (6) *AgriFood research finland, Luke, Jokioinen, Finlande*; (7) *Visamäentie 35A, Häme University of Applied Sciences, Hämeenlinna, Finlande*

**Introduction :** Être âgé à domicile peut nécessiter la mise en place d'un portage de repas lorsque les capacités physiques et/ou cognitives sont diminuées. Pour autant les besoins restent inchangés mais l'appétit peut être diminué et la capacité ingestive réduite. Pour maintenir un état nutritionnel satisfaisant, la mise en place de solutions d'enrichissements peut permettre de réduire les volumes ingérés tout en respectant une couverture nutritionnelle qui assure aussi bien les quantités que les qualités des nutriments. Ce travail a pour objectif de tester des plateaux repas servis au déjeuner au domicile des personnes âgées se composant de plats

identiques en volumes mais se différenciant par leur contenu calorique et protéique. Les consommations des personnes âgées ont été comparées (en termes de calories et protéines) dans trois pays Européens (France, Espagne, Finlande). **Méthodes :** Ce travail a été réalisé dans le cadre du projet FP7 OPTIFEL. Chaque participant a reçu deux repas livrés au domicile, une fois par semaine, en session répétée (quatre repas au total). Chaque composante des repas (le potage, le poulet avec l'aide culinaire et la purée de carottes) a été pesée avant et après consommations. Le repas expérimental a apporté 91 kcal et 22.6g de protéines végétales (mélange de blé et pois) de plus que le repas contrôle. Les caractéristiques des participants ont été relevées (poids, âge). **Résultats :** Au total, 56 personnes dans 10 structures de portage à domicile ( $83.1 \pm 6.8$  ans, 30 femmes, 26 hommes) ont été incluses. Le volume d'aliments consommé n'a pas été différent entre les deux conditions de repas ( $444.6g \pm 152.8g$  dans la condition contrôle versus  $432.7 \pm 163.4$  dans la condition expérimentale enrichie) mais les quantités d'énergie et de protéines ingérées ont été significativement plus élevées dans la condition expérimentale enrichie par rapport à la condition contrôle ( $+42.6$  kcal et  $+12.6$  g respectivement). Le supplément de protéines a ainsi été de 41% par rapport au repas contrôle. **Conclusion :** Cette étude permet de montrer que l'ajout de protéines végétales dans différents plats peut être intéressant pour augmenter les apports protéiques sous condition de les concentrer pour éviter d'augmenter les volumes d'aliments sur le plateau de la personne âgée. Cette dernière pourra alors manger varié, enrichi et bon tout en gardant le plaisir au cours des repas.

#### P4-11-05

##### **Qualité de vie, statut fonctionnel et statut nutritionnel chez les patients de plus de 70 ans hospitalisés en cardiologie. Etude QUALINUT**

M. Saintout (1) ; A. Bremilla (2) ; L. Tourame (3) ; A. Bichon (4) ; M. Vigan (5) ; C. Laouenan (5) ; A. Raynaud-Simon (6) ; M. Lilamand (7)

(1) *Gériatrie, Hôpital Bicêtre (AP-HP), Le Kremlin-Bicêtre*; (2) *Cardiologie, Hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP), Paris*; (3) *Gériatrie, Hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP), Paris*; (4) *Gériatrie, Hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP), Paris*; (5) *Département d'épidémiologie, biostatistique et recherche clinique, Hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP), Paris*; (6) *Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*; (7) *Gériatrie, Hôpital Bichat (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), Paris*

**Introduction :** Une part importante des patients souffrant de pathologies cardiovasculaires sont âgés. Si certains patients peuvent être en surcharge pondérale ou obèses, les complications médicales, la polypathologie et la sédentarité les menacent de sarcopénie et de dénutrition, susceptibles d'altérer leur qualité de vie. L'objectif de ce travail était de déterminer si le statut fonctionnel et nutritionnel étaient associés à la qualité de vie chez les patients de plus de 70 ans hospitalisés en cardiologie. **Méthodes :** Etude observationnelle transversale. Nous avons inclus prospectivement 100 patients de plus de 70 ans hospitalisés en cardiologie, capables de marcher sans aide humaine et de comprendre le français. Ont été recueillis leurs pathologies cardiaques, la dyspnée (NYHA), leur autonomie (ADL, IADL), leur état nutritionnel (MNA, perte de poids, IMC), leur statut fonctionnel (SPPB, force de préhension) et leur qualité de vie (questionnaire EORTC QLQ-C30). Sur le plan biologique, seule la CRP a pu être recueillie de manière exhaustive. Les facteurs

associés à la qualité de vie ont été étudiés en analyse univariée puis multivariée. **Résultats :** Les 100 patients avaient en moyenne  $79,3 \pm 6,7$  ans, 59% étaient des hommes, 74 % souffraient de valvulopathie, 61 % de troubles du rythme ou de la conduction, 49 % de maladie coronarienne et 45 % d'insuffisance cardiaque. Ils étaient autonomes pour les ADL ( $5,8 \pm 0,5$ ) et pour les IADL ( $3,7 \pm 0,6$ ). Sur le plan fonctionnel, 51% d'entre eux avaient un score SPPB  $< 8$  et 62 % une force de préhension diminuée. Ils étaient en moyenne à  $7,6 \pm 6,9$  kg en dessous de leur poids de forme, 42 % avaient présenté une perte de poids récente et 57 % étaient à risque de dénutrition sur le MNA. La qualité de vie était globalement médiocre avec un score EORTC QLQ -C30 à  $51,2 \pm 14,6$  sur 120. En analyse multivariée, les facteurs indépendamment associés à la qualité de vie étaient la classe NYHA ( $p < 0.0001$ ), le SPPB ( $p=0.0004$ ), le MNA ( $p=0.03$ ), la perte de poids / poids de forme ( $p=0.03$ ) et la CRP ( $p=0.003$ ). **Conclusion :** Dans cette population âgée hospitalisée en cardiologie, l'altération du statut fonctionnel et le risque de dénutrition sont associés à une diminution de la qualité de vie. L'effet d'une optimisation de la prise en charge incluant une dimension fonctionnelle et nutritionnelle devra être étudiée, dans l'objectif d'améliorer leur qualité de vie.

#### P4-11-06

##### **Evaluation d'un programme d'amélioration de la prise en charge nutritionnelle au sein d'un service de médecine gériatrique aigue**

N. Lemarie (1) ; M. Loustau (1) ; F. Yapi (1) ; D. Voitel (1) ; C. Batchy (1)

(1) *Médecine gériatrique aigue, Hôpital Simone Veil, Evaubonne*

**Introduction :** La dénutrition protéino-énergétique est un état pathologique qui résulte d'un déficit persistant des apports nutritionnels par rapport aux besoins de l'organisme. Elle concerne 30 à 70% des patients âgés hospitalisés et peut entraîner ou aggraver leur état de fragilité. Les principaux critères de dépistage de dénutrition sont la mesure du poids, la perte de poids et le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Une étude préliminaire au sein de notre service de médecine gériatrique aigue évoquait une aggravation de l'état nutritionnel au cours de l'hospitalisation. Nous avons identifié certains facteurs favorisant cette dénutrition dont le principal était la durée et la répétition du jeun. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'efficacité d'un programme d'amélioration comprenant quatre actions correctrices: • éducation et sensibilisation de l'équipe paramédicale à la dénutrition, • diminution du temps de jeun nocturne en avançant l'heure du petit déjeuner et en proposant une collation nocturne, • autorisation de l'intervention des familles au moment des repas, • limitation du nombre d'exams complémentaires devant être réalisés à jeun. **Méthodes :** Notre étude était prospective, observationnelle, comparative de type avant-après, et uni centrique au sein du service de médecine gériatrique aigüe de l'hôpital Simone Veil à Evaubonne dans le val d'Oise (95). Nous avons travaillé en collaboration avec la diététicienne et l'ensemble de l'équipe paramédicale (infirmières, aides-soignantes et aide-hôtelières). Nous avons comparé deux groupes : un groupe A, patients témoins hospitalisés avant l'instauration des mesures correctrices et un groupe B, patients hospitalisés après ces mesures. Le critère de jugement principal était la variation de poids durant l'hospitalisation. **Résultats :** Notre population totale était de 142 patients de sexe majoritairement féminin (60.5%). Les deux groupes comprenaient 71 patients chacun. L'âge, le lieu de vie, le degré d'autonomie et le statut

nutritionnel d'entrée (albumine et IMC) étaient comparables dans les deux groupes. Près de la moitié des patients perdaient du poids pendant l'hospitalisation (55.5% dans le groupe A et 50% dans le groupe B). La perte de poids moyenne est évaluée à -1.41kgs dans le groupe A et à -1.02kgs dans le groupe B pour une durée moyenne de séjour de 12 à 15 jours. Cette différence n'est pas significative ( $p=0.63$ ) mais, correspond cependant à une réduction absolue de perte de poids de 27.7%. **Conclusion :** La stabilisation ou le gain de poids pendant une hospitalisation aigue reste difficile dans un contexte d'hyper catabolisme. Cependant les mesures correctrices mises en place ont permis une vraie réduction de la perte de poids au cours d'une hospitalisation et ainsi une amélioration de la prise en charge nutritionnelle. L'intervention des familles reste cependant encore trop peu fréquente. Les principales actions à maintenir au long cours sont l'éducation du personnel, régulière et répétée sur la dénutrition, pathologie restant encore trop méconnue, et la réduction des périodes de jeun.

#### P4-11-07

##### **Sarcopénie - dynapénie et TAVI. Résultats préliminaires d'une étude observationnelle réalisée au CHU de Bordeaux**

A. Lafargue (1) ; L. Leroux (2) ; M. Dijos (2) ; O. Corneloup (3) ; S. Lafitte (2) ; N. Salles (4) ; I. Bourdel-Marchasson (5)

(1) *Gériatrie, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux;*  
(2) *Cardiologie, CHU - Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux;*  
(3) *Radiologie, CHU - Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux;*  
(4) *Pole gériatologue clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux;*  
(5) *Médecine gériatrique, Pôle de Gériatologie Clinique - CHU de Bordeaux, Bordeaux*

**Introduction :** A l'heure où l'activité du TAVI explose, une réflexion conjointe a émergé entre cardiologues et gériatres du CHU de Bordeaux pour comprendre l'absence d'amélioration du statut fonctionnel des patients post procédure contrastant avec l'amélioration des symptômes en lien avec la valvulopathie. **Méthodes :** Etude non interventionnelle en soins courants prospective monocentrique de janvier à avril 2017 visant à étudier la prévalence de la sarcopénie (critères d'EWGSOP) et de la dynapénie chez des patients de plus de 75 ans éligibles à un TAVI. Les critères d'exclusion comprenaient : les patients hospitalisés en urgence, le refus des patients, les patients n'ayant pas réalisé la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne en bilan pré TAVI sur le CHU de Bordeaux. Les données recueillies portaient sur : • les données de l'évaluation gériatrique (Activities of Daily Living /6, Instrumental Activities of Daily Living /8, Mini Mental State Examination /30, Geriatric Depression Scale /15, mésusage médicamenteux conformément à la liste Stopp & Start, le Timed Up and Go test), • les données nutritionnelles (Indice de Masse Corporelle, notion d'une perte de poids involontaire entre 1 et 3 kg le mois précédent l'intervention, Mini Nutritional Assessment /30, l'albumine -CRP - vitamine D 25 plasmatiques ( $< 10$  ng/ml - carence, 10-20 ng/ml - déficit, 20-30 ng/ml - insuffisance) , • le statut fonctionnel (grip strength anormal si  $< 30$  kg chez l'homme et  $< 20$  kg chez la femme, Short Physical Performance Battery anormal si  $\leq 8/12$ , vitesse de marche anormale si  $< 0,8$  m/sec). Une dynapénie était présente en cas de grip strength anormal, et une altération des performances motrices était présente si l'un des deux autres tests était anormal, • la masse musculaire mesurée par la surface moyenne du psoas après 3 mesures en regard de L3 sur les coupes scannographiques réalisées en bilan pré TAVI indexée à la taille en m2. Une sarcopénie était retenue en cas de surface  $< -2DS$ .



**Résultats :** 20 patients ont été inclus, avec une moyenne d'âge de  $84 \pm 5$  ans (8 femmes, 12 hommes). Sur le plan de l'évaluation gériatrique : l'ADL moyen était de  $5,4 \pm 0,8$ , l'IADL moyen de  $5,7 \pm 2,2$ , tous les patients vivaient à leur domicile, le MMSE moyen était de  $25 \pm 4$ , la GDS15 de  $3 \pm 2$ , 18 patients prenaient plus de 4 médicaments par jour : un overuse était noté chez 9 patients (IPP, traitement antidiabétique), un underuse chez 6 patients (traitement anti-ostéoporotique), et un mésusage chez 5 patients (IPP, traitement anticholinergique), le TUG moyen était de  $23 \pm 6$  secondes (14 patients avaient un TUG > 20 secondes). Sur le plan nutritionnel : l'IMC moyen était de  $28 \pm 7$  kg/m<sup>2</sup>, le MNA de  $25 \pm 3$ , avec 7 patients ayant eu une perte de poids involontaire entre 1 et 3 kg le mois précédent l'intervention, l'albumine plasmatique moyenne était de  $41 \pm 3$  g/l (1 patient avait une albuminémie < 35 g/l), avec une CRP moyenne à  $11 \pm 18$  mg/l, 7 patients étaient carencés en vitamine D25 plasmatique, 5 en situation de déficit, et 3 en situation d'insuffisance. Sur le plan fonctionnel : 16 patients présentaient une dynapénie au grip strength, tous les patients avaient un SPPB  $\leq 8/12$ , 19 patients avaient une vitesse de marche < 0,8 m/sec, dont 10 avec une vitesse < 0,43 m/sec. Concernant la masse musculaire, la surface moyenne du psoas chez les hommes était de  $477 \pm 9$  mm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> avec 11 hommes sarcopéniques ; la surface moyenne du psoas chez les femmes était de  $323 \pm 3$  mm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>, les 8 femmes étaient sarcopéniques. **Conclusion :** A travers cette étude préliminaire, il existe une prévalence importante de la sarcopénie et de la dynapénie chez les patients âgés bénéficiant d'un TAVI programmé, de plus le déficit en vitamine D25 plasmatique est majeur associé à une perte de poids involontaire dans presque la moitié des cas. Un projet futur de recherche clinique est actuellement en cours d'élaboration pour pousser la réflexion de la prise en charge pluri-professionnelle de ces patients.

#### P4-11-08

##### **Evaluation de l'impact de l'horaire de la prise médicamenteuse sur la quantité des ingesta de personnes âgées hospitalisées en SSR**

M. Laurentine (1) ; P. Gibert (2) ; N. Zerhouni (3) ; S. Lumale (3) ; C. Lopez (3) ; L. Meyrignac (3) ; P. Bedouch (2) ; G. Gavazii (4)  
(1) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes, La Tronche*; (2) *Pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche*; (3) *Gériatrie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche*; (4) *Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble*

**Introduction :** La lutte contre la dénutrition est un enjeu important chez les personnes âgées. De plus, la polymédication représente un facteur de risque connu de dénutrition. Traditionnellement, les médicaments sont administrés avant le repas. Cependant, il a déjà été proposé à plusieurs reprises d'administrer les médicaments après le repas dans le but d'augmenter la quantité d'aliments ingéré. Le but de cette étude est d'évaluer l'impact de l'horaire de la prise médicamenteuse sur les ingesta; **Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle sur des patients hospitalisés en soins de suite et réadaptation (SSR) au centre hospitalier universitaire de Grenoble-Alpes. Les ingesta ont été évalués par la mesure du poids de la nourriture ingérée (en grammes) et l'opinion des patients a été demandée. **Résultats :** Cinquante-cinq repas ont été évalués. Les résultats ont montré que l'administration des médicaments après le repas augmente la quantité des ingesta de 9.4% pour le petit-déjeuner et 15.4% pour le repas du soir. Aucun des patients n'a refusé de prendre ses médicaments après le repas. De plus, certains patients ont estimé que l'administration des médicaments avant le

repas entraîne une perte d'appétit en particulier les formes sachets et les compléments alimentaire pris à 16h. **Conclusion :** Cette étude observationnelle montre que la prise médicamenteuse après le repas est une piste intéressante dans la lutte contre la dénutrition chez les personnes âgées. Cette pratique est cependant difficile à mettre en œuvre dans une unité de court séjour gériatrique. D'autres études portant sur la faisabilité et l'efficacité dans une plus grande population seraient nécessaires

#### P4-11-09

##### **Prise en charge des patients en Réseau de santé Gériatrique par une diététicienne. Retour d'expérience**

C. Delecluse (1) ; P. Moreau (2) ; F. Visade (3) ; A. Durande (1) ; F. Puisieux (4)

(1) *Réseau de Santé Gériatrique du Territoire de Lille, Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille, Lille*; (2) *Médirest, diététicienne, Lille*; (3) *Court séjour gériatrique, Hôpital Saint Philibert, Lomme*; (4) *Geriatric, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*

**Introduction :** Le réseau de santé gériatrique de territoire Lille Agglo(RSG) a comme objectif d'améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées fragiles vivant à domicile, par un accompagnement cohérent et coordonné des acteurs de santé et des acteurs médico-sociaux. Une étude effectuée en 2012 au sein de notre population RSG a montré que 57% des patients ont une albuminémie inférieure à 35g/l. De plus, le MNA (Mini Nutritional Assessment) est pathologique chez 2/3 de nos patients. Pour mieux répondre au problème de malnutrition chez les personnes âgées vivant à domicile en perte d'autonomie, une diététicienne a rejoint l'équipe du RSG depuis 2012, initialement une demie journée par semaine et depuis avril 2013 une journée par semaine. **Méthodes :** Enquête descriptive et rétrospective des patients pris en charge par la diététicienne attachée au RSG. **Résultats :** Au total, 92 patients ont été pris en charge (218 consultations au total) par la diététicienne. Ils ont été repérés par le gériatre au cours de la visite initiale car ils présentaient un risque de dénutrition (score MNA) ou une dénutrition avérée et/ou étaient diabétiques. Il s'agissait de 60 femmes et 32 hommes, d'âge moyen 82 ans, en perte d'autonomie et ayant des troubles cognitifs. 68 patients sur les 92 étaient dénutris (albuminémie inférieure à 35g/l et/ou perte de poids et/ou IMC < 21). 45/92 présentaient des troubles bucco dentaires et de déglutition. La prise en charge a compris une première évaluation à domicile et deux rendez-vous de suivi. La première visite à domicile avait pour but d'évaluer l'apport énergétique total par une enquête alimentaire, de recueillir la courbe de poids, la taille, l'albuminémie et de repérer les troubles de déglutition et de mastication. Le tiers (famille ou professionnel d'un service d'aide à domicile) a été rencontré dans 59 cas sur 92 et le plan d'aides a été modifié par la diététicienne pour 13/92. Des recommandations et des objectifs sur l'équilibre alimentaire et l'enrichissement des repas ont été définis avec le patient et le tiers. Après chaque consultation, un courrier était écrit et envoyé au médecin traitant et au patient. L'efficacité de la prise en charge a été évaluée en mesurant l'albuminémie et le poids. En fin de prise en charge, il n'y avait plus de patient dénutri de façon sévère (albuminémie > 30g/l et prise de poids). L'impact positif est mesuré par la courbe de poids, le bénéfice moral et la mise en place des préconisations. Pour 38 patients, l'impact n'a pu être évalué (indicateur mis en place en 2015). 47/52 ont un impact positif. Au total, le temps « diététicien » moyen nécessaire pour une prise en charge a été de 9 heures par patient. **Conclusion :**

La présence d'une diététicienne au sein de l'équipe d'un réseau de santé personne âgée est un plus pour les patients. Elle permet une prise en charge nutritionnelle adaptée de la personne en prenant en compte son environnement. La diététicienne joue aussi un rôle de formateur auprès des professionnels des services d'aide à domicile. Les outils d'évaluation et de suivi, selon les recommandations HAS, spécifiquement dédiés au domicile pourront être partagés avec d'autres réseaux.

#### P4-20-10

##### Association entre confusion post-opératoire et médicaments peropératoires chez les patients âgés opérés d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur et pris en charge dans une filière dédiée

L. Zerah (1) ; T. Lamy (1) ; J. Cohen Bittan (1) ; A. Gioanni (1) ; M. Raux (2) ; A. Meziere (3) ; B. Riou (4) ; V. Hélène (1) ; J. Boudaert (5)

(1) *Gériatrie, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris*; (2) *Anesthésie-réanimation, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (3) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*; (4) *Service d'accueil des urgences, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (5) *Gériatrie aigüe, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*

**Introduction :** La confusion post-opératoire (CPO) est une des complications les plus fréquentes d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) chez le patient âgé (35 à 65% des patients) et est associée à un mauvais pronostic (augmentation de la mortalité et moins bonne récupération fonctionnelle). Cette complication est en partie évitable avec une réduction d'incidence de 30% lorsque les patients sont pris en charge dans une filière gériatrique. L'impact des traitements peropératoires (incluant les médicaments de l'anesthésie) sur l'incidence de la CPO n'a pas été évalué. Notre objectif principal était de comparer les patients atteints ou non d'une CPO dans une unité péri-opératoire gériatrique (UPOG) en fonction des traitements reçus en peropératoire. **Méthodes :** Entre 2009 et 2016, tous les patients (> 70 ans) admis après une FESF opérée en UPOG ont été inclus. La CPO était évaluée quotidiennement en hospitalisation par l'échelle validée de la CAM (Confusion Assessment Method). **Résultats :** 559 patients ont été inclus : âge moyen  $86 \pm 6$  ans, 429 (77%) femmes, CIRS 52:  $9[6 - 12]$ , ADL:  $5[3 - 6]$ , nombre de médicaments par jour:  $5[3 - 8]$ , durée moyenne de séjour :  $11[9 - 15]$  jours. 220 patients (39%) ont présenté une CPO sans qu'aucune différence significative n'ait été retrouvée entre les 2 groupes en regard des médicaments peropératoires reçus: cardiovasculaires (atropine, prostigmine, éphédrine, neosynéphrine, noradrénaline), induction et maintenance (curare, sufentanyl, remifentanyl, propofol, etomidate, midazolam), antiémétiques (corticoïdes, droleptan, ondansetron), antalgiques (paracétamol, tramadol, nefopam, anti-inflammatoire stéroïdien, kétamine, morphine). Les patients atteints d'une CPO étaient plus à risque d'être : déments (59% vs. 26%,  $p < 0.001$ ), d'avoir des troubles de déglutition (56 % vs 26%,  $p < 0.001$ ), une rétention aigüe d'urine (30% vs 22%,  $p = 0.04$ ) ou un fécalome (50 vs 37%,  $p = 0.004$ ). **Conclusion :** Contrairement aux comorbidités et aux complications post-opératoires, les traitements peropératoires (incluant les médicaments de l'anesthésie) ne sont pas associés à l'apparition d'une CPO chez des patients âgés opérés d'une FESF et pris en charge dans une filière dédiée.

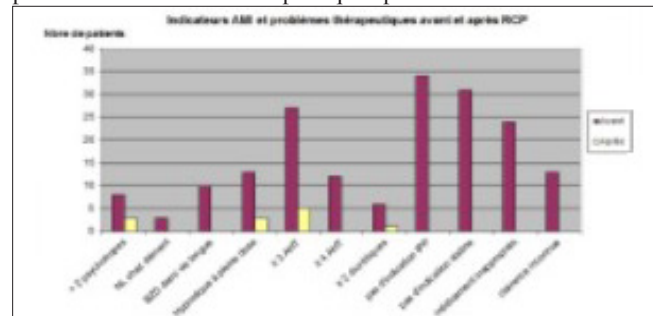
#### P4-20-11

##### Bilan d'activité des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) médicamenteuses dans un service de soins de suite et de réadaptation gériatrique

A. Pic (1) ; S. Mosnier-Thoumas (1) ; J. Jenn (2) ; C. Foucaud (2) ; F. Xuereb (1) ; A. Berroneau (1) ; D. Breilh (1)

(1) *Pole des produits de santé, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (2) *Pole de gérontologie clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*

**Introduction :** Les sujets âgés sont polyopathologiques et souvent polymédiqués. Les actions pour lutter contre la iatrogénie médicamenteuse sont essentielles afin de réduire les hospitalisations. L'hospitalisation des patients est l'occasion de refaire un point complet sur leurs prescriptions. Les réunions de concertation pluridisciplinaire sont un point clé de l'optimisation thérapeutique. **Méthodes :** Les RCP réunissent un médecin, un pharmacien, les internes de médecine, l'interne de pharmacie et les étudiants (médecine ou pharmacie). Les principaux critères AMI (alerte maîtrise de la iatrogénie) de la Haute Autorité de Santé, ainsi que les critères START et STOPP (pour Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment et Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) et la liste de Laroche sont utilisés pour analyser les ordonnances. **Résultats :** Quinze RCP médicamenteuses ont été réalisées en 7 mois, entre mi juin et mi septembre 2016, permettant la revue de 219 ordonnances chez 136 patients. Certaines révisions ont été faites sur plusieurs RCP. On a dénombré en moyenne 7.5 médicaments à l'entrée et 7.5 médicaments en sortie d'hospitalisation. Le nombre d'ordonnances avec les critères AMI montrent avant vs après RCP : plus de 2 psychotropes : 8 vs 3, neuroleptique chez un patient dément : 3 vs 0, benzodiazépine à demi-vie longue : 10 vs 0, hypnotique à pleine dose : 13 vs 3, plus de 3 antihypertenseurs : 27 vs 5, ou 4 antihypertenseurs : 12 vs 0, au moins 2 diurétiques : 6 vs 1. Dix-sept pour cent des patients avaient un médicament inapproprié selon la liste de Laroche. Plus de la moitié des ordonnances comportaient au moins 1 critère STOPP (54%). Un manque d'indication clinique concernait 82 prescriptions (70%) dont 34 IPP et 31 statines. Concernant les critères START, 171 traitements ont été débutés (79 vitamine D, 17 vitamine D et calcium, 7 biphosphonates, 11 antidépresseurs, 12 laxatifs sous opioïdes...). **Conclusion :** Le résultat est une diminution du nombre de critères AMI, STOPP ou médicament inapproprié, et des ajouts recommandés de traitements montrant une optimisation qualitative. En appliquant ces critères lors de RCP, le risque de iatrogénie médicamenteuse ne peut que diminuer, évitant ainsi des hospitalisations inutiles ainsi qu'un surcoût. D'autres critères implicites, basés sur le jugement clinique, sont bien évidemment appliqués pour compléter l'optimisation thérapeutique. L'expérience croisée entre le médecin et le pharmacien est indispensable pour permettre une révision thérapeutique optimale.



**P4-20-12****Variabilité de la réponse au rivaroxaban chez les sujets âgés de 80 ans et plus, traités pour fibrillation atriale : résultats de l'étude ADAGE**

G. Foulon (1) ; C. Lafuente-Lafuente (2) ; E. Lesteven (3) ; E. Curis (4) ; J. Le-Guen (5) ; E. Puymirat (6) ; E. Pautas (7) ; V. Siguret (1) (1) *Umr\_s 1140 sorbonne paris cité, université paris descartes, Hôpital Lariboisière (AP-HP), Laboratoire d'Hématologie Biologique, Paris*; (2) *Gériatrie, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine*; (3) *Université paris diderot, france, Hôpital Lariboisière (AP-HP), Laboratoire d'Hématologie Biologique, Paris*; (4) *Laboratoire de biostatistiques, sorbonne paris cité, université paris descartes, Hôpital Saint-Louis (AP-HP) - Département de BioInformatique Médicale, Paris*; (5) *Sorbonne paris cité, université paris descartes, Hôpital Européen Georges-Pompidou, service de Gériatrie, Paris*; (6) *Cardiologie, Hôpital Européen Georges-Pompidou (AP-HP), Paris*; (7) *Umr-s 1140 innovations thérapeutiques en hémostase, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Service de Gériatrie, Ivry-sur-Seine*

**Introduction :** La prévalence de la fibrillation atriale (FA) est supérieure à 15 % chez les patients de plus de 80 ans en Europe. Le rivaroxaban, dans cette indication, est placé au même niveau de recommandation que les antivitamine K. Néanmoins, peu de données spécifiques sont disponibles chez les patients polyopathologiques de plus de 80 ans. Aussi, nous avons voulu déterminer les profils de réponse pharmacodynamiques du rivaroxaban et leur variabilité chez ces sujets âgés fragiles. **Méthodes :** L'étude ADAGE (Anticoagulants oraux Directs et sujet ÂGÉ ; NCT 02464488) est une étude prospective, non interventionnelle, multicentrique, par approche pharmacodynamique de population. Dans trois services universitaires de gériatrie (AP-HP), nous avons recruté des patients âgés de 80 ans ou plus, traités par rivaroxaban pour FA non-valvulaire depuis au moins 4 jours. Les données démographiques, cliniques et thérapeutiques ont été recueillies prospectivement. Un à cinq prélèvements ont été réalisés à des heures variables par rapport à la prise de rivaroxaban. L'activité anti-Xa plasmatique a été mesurée par méthode chromogénique sur automate STA-R Evolution® (Stago, France). Un suivi clinique a permis de recueillir, à 6 et 12 mois, les événements hémorragiques ou thrombotiques. **Résultats :** À ce jour, ont été inclus 57 patients d'âge moyen  $86 \pm 4$  ans (min-max 80-96 ; femmes 70,2 %), dont 48% reçoivent une posologie de 15 mg/jour. Le score de comorbidités CIRS total est de  $9,6 \pm 3,7$  (min-max 3-19). Le débit de filtration glomérulaire moyen estimé est de  $51 \pm 17$  mL/min (min-max 22-107 ; Cockcroft). Au total, chaque patient a été prélevé en moyenne 2,15 fois (soit 129 prélèvements au total, dont 28 points au pic et 45 points en résiduel. L'activité anti-Xa moyenne au pic est de  $274 \pm 146$  ng/mL (min-max 50-676) contre  $48 \pm 29$  ng/mL (min-max 15-149) en résiduel. Le coefficient de variation des concentrations plasmatiques est de 53 % au pic et 60 % en résiduel. Nous avons également étudié l'influence des caractéristiques des patients, en analyse univariée et en multivariée, sur les activités au pic et en résiduel (analyse en cours). Enfin, pour un total de 34 patients pour lesquels le suivi clinique est terminé, un événement hémorragique a été observé chez 5 patients. **Conclusion :** Ces résultats préliminaires nous permettent d'apporter de nouvelles données chez des patients fragiles, polyopathologiques et polymédiqués, traités par rivaroxaban. La variabilité observée interindividuelle de la réponse est comparable à celle de patients d'âge moyen issus des essais cliniques. Les facteurs individuels modulant cette réponse sont à préciser.

**P4-20-13****Télé médecine en EHPAD et évaluation gériatrique : une option pour l'accès à l'optimisation thérapeutique. Etude observationnelle prospective du CHU de Bordeaux**

A. Lafargue (1) ; R. Fossaert (2) ; E. Thiel (3) ; N. Bourdin (2) ; N. Salles (3) (1) *Gériatrie, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (2) *Gériatrie télé médecine, CHU - Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (3) *Pole Gérontologie clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*

**Introduction :** Le projet Aquitain «Télé médecine en EHPAD» évolue depuis novembre 2014 sous l'impulsion de l'équipe télé médecine du CHU de Bordeaux avec le soutien du GCS Télé Santé Aquitaine et de l'ARS Aquitaine – Limousin - Poitou Charentes. En date du 30 mars 2017, les télé consultations gériatriques représentaient 62 % des actes réalisés (45 % troubles du comportement en lien avec des troubles cognitifs, 43 % plaies complexes, 6% neurologie, 6% démarche éthique, soins palliatifs et douleur chronique). Les résidents bénéficiant de ces télé consultations ont en moyenne  $8 \pm 3$  thérapeutiques médicamenteuses différentes. L'évaluation gériatrique réalisée par les experts du centre requis est un moment propice à l'optimisation thérapeutique en collaboration avec les équipes soignantes des EHPAD. **Méthodes :** Etude observationnelle prospective de novembre 2014 à fin mars 2017 concernant l'optimisation thérapeutique proposée en télé médecine. Réalisation d'une analyse descriptive associée à une corrélation et une régression logistique pour identifier les facteurs potentialisant cette optimisation thérapeutique. **Résultats :** Le nombre moyen de propositions d'arrêt ou baisse de traitements était corrélé : au MMSE ( $r=-0,13$ ,  $p=0,03$ ), au nombre moyen de thérapeutiques avant la télé consultation ( $r=0,12$ ,  $p=0,01$ ) et au nombre moyen de thématiques supplémentaires abordées pendant l'acte ( $r=0,25$ ,  $p<0,001$ ). Le nombre moyen de propositions d'ajout ou hausse de traitements était corrélé au : nombre moyen de soignants présents côté centre requérant pendant l'acte ( $r=0,14$ ,  $p=0,01$ ) et au nombre moyen de thématiques supplémentaires abordées par les experts ( $r=0,21$ ,  $p<0,001$ ). La proposition d'arrêt ou de diminution de thérapeutiques était associée à la présence : d'un diagnostic porté par les experts durant l'acte de télé médecine (OR=2,  $p=0,004$ ), d'au moins une thématique supplémentaire abordée pendant la télé consultation (OR=2,5,  $p<0,0001$ ), d'un(e) aide soignant(e) (OR=1,6,  $p=0,03$ ), du médecin coordinateur (OR=1,7,  $p=0,02$ ) et de la psychologue (OR=1,6,  $p=0,03$ ). L'ajout ou la hausse de thérapeutiques était associée à la présence : d'au moins une comorbidité classée CIRS-G 4 (OR=2,5,  $p=0,021$ ), d'au moins une thématique supplémentaire abordée par les experts (OR=1,8,  $p<0,04$ ), d'un membre de la famille (OR=1,5,  $p=0,03$ ), et d'un(e) aide soignant(e) (OR=1,8,  $p=0,008$ ). **Conclusion :** La télé médecine en EHPAD est un moyen d'accès à une optimisation thérapeutique pour les patients poly-pathologiques dépendants polymédiqués. Cette première étude montre l'importance d'un échange pluri-professionnel avec les soignants de ces résidents, les médecins coordinateurs et les familles permettant une prise en charge personnalisée.

**P4-20-14****Qualification de l'impact clinique du processus de conciliation médicamenteuse d'entrée chez des patients de plus de 75 ans**

M. Lahouati (1) ; M. Megne-Wabo (1) ; F. Xuereb (2) ; N. Bernard (3) ; D. Breilh (4)

(1) Pharmacie, Hôpital Haut-Lévêque, Pessac; (2) Pole des produits de santé, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux; (3) Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Hôpital Saint-André, Bordeaux; (4) Pharmacie, Pôle des produits de Santé CHU de Bordeaux, Bordeaux

**Introduction :** Sur une durée de 7 mois, la conciliation médicamenteuse a été mise en place dans un service de médecine interne au CHU de Bordeaux. Le critère d'inclusion des patients était un âge supérieur à 75 ans. Le but de cette communication est de qualifier l'impact clinique potentiel des divergences non intentionnelles détectées lors du processus de conciliation médicamenteuse d'entrée. Présentation du processus de conciliation : La conciliation médicamenteuse est un processus pharmaceutique, qui se décompose en deux parties distincte la conciliation médicamenteuse d'entrée (CME), et la conciliation médicamenteuse de sortie (CMS). Dans cette communication, seule la CME est étudiée. La CME est un processus de recherche exhaustive des traitements pris par le patient en ville : réalisation du BMO (Bilan Médicamenteux Optimisé). Lors de la CME, le BMO est comparé avec l'OMA (Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission) du patient, afin de déterminer les divergences entre les deux. On distingue ainsi les divergences intentionnelles (DI), et les divergences non intentionnelles (DNI). **Méthodes :** Le recueil de données s'est effectué par un interne de Pharmacie dans deux unités du service de médecine interne/maladie infectieuses au CHU de Bordeaux sur une période de 7 mois (Septembre 2016-Mars 2017). Le critère d'inclusion était un âge supérieur ou égal à 75 ans. L'impact clinique potentiel (ICP) des divergences non intentionnelles a été estimé selon la méthodologie suivante\* :

Sévérité	Explication
Mineur	Sans conséquence pour le patient
Significatif	Entrainant une surveillance accrue mais sans conséquence clinique
Majeur	Conséquences cliniques temporaires pour le patient : traitement ou intervention ou transfert vers un autre établissement, induction ou allongement du séjour hospitalier, à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique réversible.

\*Double cotation médico-pharmaceutique pour les DNI avec un ICP majeur ; ICP catastrophique et ICP Critique non détaillés ici.

**Résultats :**

Nombre de patients	207
Moyenne d'âge	85.15 ans (75 ; 101)
Nombre de ligne moyenne de l'OMA	8.07
Nombre de ligne moyen du BMO	7.76
Nombre de DNI	99
Nombre de DNI/patient	0.478
Nombre de patient avec au moins une DNI	52 (25.1%)

Les DNI (N=99) sont par ordre décroissant des DNI par omission 69,9% (N=69), posologique 13.1 % (N=13), par dosage 11.1%

(N=11), et par ajout 6% (N=6); Parmi les 99 DNI, on retrouve 60 DNI (60.09%) avec un ICP mineur, 28 DNI (28.28%) avec un ICP significatif, et 11 DNI avec un ICP majeur (11.1%). 7 patients (3.3%) ont au moins une DNI avec un ICP majeur et 17 patients (8,2%) ont au moins une DNI avec un ICP significatif. Ainsi, 39 DNI (39.3%) ont un ICP a minima significatif et ainsi 11,6% des patients (N=24) ont au moins une DNI avec un ICP a minima significatif. 100% des DNI avec un ICP majeur ont été corrigées, dont 72% (N=8) dans un délai <24H. **Conclusion :** Le processus de conciliation médicamenteuse d'entrée permet d'améliorer la qualité de la prise en charge thérapeutique. Le nombre important de DNI (25.1% des patients avec au moins une DNI), montre l'importance de réaliser un bilan exhaustif des traitements habituels des patients. De plus, pour 11,5% des patients, les DNI évitées auraient pu potentiellement entraîner une surveillance accrue, le prolongement de la durée d'hospitalisation ou la mise en place de thérapeutiques correctives. Dans des études ultérieures, l'accent doit être mis sur la recherche de critères de ciblage des patients à haut risque d'erreurs entraînant au moins un impact clinique potentiellement significatif, et sur l'étude de l'impact médico-économique des actions de conciliation médicamenteuse.

**P4-20-15****Hémorragie bilatérale massive des surrénales dans les suites d'un surdosage en AVK**

C. Patas D'illiers (1) ; R. Mahamdia (2) ; H. Tahir (3) ; CL. Peng (2) ; JL. Le Quintrec (4)

(1) Service de médecine gériatrique, AP-HP Hôpital Sainte-Périne, Paris; (2) Service de médecine gériatrique, AP-HP, Hôpital Sainte Périne, Paris; (3) Service de médecine gériatrique 1, AP-HP Hôpital Sainte Périne, Paris; (4) Service de médecine gériatrique, AP-HP, Hôpital Sainte Périne, Paris

**Introduction :** Le surdosage en AVK est une cause rare d'hémorragie bilatérale massive des surrénales (HBMS) qui peut être symptomatique ou non. Il en découle une destruction définitive du parenchyme des glandes surrénales qui peut être fatale en l'absence de traitement. **Méthodes :** Une femme de 85 ans, grabataire, est hospitalisée le 05/01/2017 en infectiologie pour infection à Métapneumovirus compliquée d'une pneumopathie bactérienne hypoxémiant traitée par Céfotaxime. Antécédents: hypertension artérielle, fibrillation atriale paroxystique, AVC sylvien gauche avec hémi-parésie séquellaire, et pneumopathies à répétition sur troubles de la déglutition. Son traitement comprenait par ailleurs: warfarine 2 mg/j, amiodarone 200 mg /j, ramipril 2.5 mg /j. Au cours de cette hospitalisation la patiente a présenté un surdosage en AVK, avec un INR > 10, traité par vitamine K (10 mg IV) et arrêt de la warfarine. La patiente est transférée dans notre service en unité de SSR le 17/01/17. Quatre jours après le transfert, elle a présenté à nouveau un tableau de pneumopathie dyspnéisante motivant la mise en place d'une antibiothérapie par AMOXICILLINE/ACIDE-CLAVULANIQUE. Au quatrième jour d'antibiothérapie, apparaissait un ictère nu (ASAT à 12N, ALAT à 7N, GGT à 16N et bilirubine à 89 µmol/L, dont 68 de conjuguée) avec CRP à 223 mg/L et leucocytes à 9 300/mm<sup>3</sup>. L'INR était à 2,74 après 7 jours d'arrêt des AVK. Un scanner abdomino-pelvien a alors été réalisé en urgence : il ne montrait pas d'anomalie sur les structures hépato-bilio-pancréatiques mais découvrait de manière fortuite des hématomes bilatéraux des glandes surrénales. Concernant l'hépatite aiguë : la cause retenue fut une hépatite à l'ACIDE CLAVULANIQUE dont l'évolution sera favorable avec

normalisation du bilan hépatique 8 semaines après l'arrêt de celui-ci. Concernant les hématomas surrénaliens : initialement l'état clinique et hémodynamique de la patiente était stable avec une cortisolémie de 8h à 270 nmol/L ne nécessitant pas d'hormonothérapie substitutive. Les jours suivants, est apparue progressivement une insuffisance surrénalienne clinique (asthénie, hypotension). Le test au SYNACTHENE réalisé alors, retrouvait un cortisol de 8h à 186 nmol/L et de 9h à 250 nmol/L (soit une absence de réponse adaptée) et un déficit en minéralocorticoïdes, avec une hypoaldostéronémie à 26 pg/L et une activité de rénine haute à 220 ng/ml/h (norme 9 à 72 ng/ml/h). Une supplémentation était alors mise en place, initialement par hydrocortisone seule à forte dose, puis associée à la fludrocortisone. L'évolution clinique et hémodynamique a été favorable. **Résultats :** Plusieurs cas d'HBMS sont rapportés dans la littérature. Le diagnostic reste très difficile compte tenu de l'absence de signes cliniques spécifiques : la douleur abdominale et l'hypotension sont souvent rapportées. La découverte est le plus souvent fortuite, comme chez notre patiente, ou autopsique: Les facteurs de risque d'hémorragie surrénalienne rapportés sont : la thrombopénie (surtout celle induite par l'héparine), les traitements anticoagulants (héparines, AVK, AOD), le sepsis, l'hypotension, la maladie thromboembolique, les troubles de la coagulation et la chirurgie notamment cardiaque et orthopédique. Le diagnostic est fait à la fois par le TDM qui objective l'hématome des surrénales, et par la biologie qui montre une cortisolémie effondrée et/ou une réponse au Synacthène inadaptée. **Conclusion :** L'hémorragie des surrénales est une complication rare dont le diagnostic est difficile et le pronostic péjoratif en l'absence de traitement. Devant des signes cliniques non spécifiques, certains facteurs de risques doivent alerter le clinicien afin d'instaurer au plus vite une hormonothérapie substitutive, qui seule permettra de restaurer l'hémodynamique et d'éviter une évolution fatale.

#### P4-20-16

##### **La conciliation médicamenteuse standardisée en sortie : quel impact sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé au-delà de l'hospitalisation?**

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

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

**Introduction :** La diminution du risque iatrogène médicamenteux en gériatrie passe notamment par la révision des ordonnances. Il faut alors que les modifications thérapeutiques proposées pendant l'hospitalisation soient acceptées et maintenues au-delà du séjour. La conciliation médicamenteuse standardisée en sortie (CM2S) d'hospitalisation est un processus formalisé réalisé par le pharmacien. Ce dernier envoie au médecin traitant (MT) et au pharmacien d'officine (PO) du patient un document spécifique qui met en lumière les changements effectués lors de l'hospitalisation avec le motif associé. Si possible l'information est également donnée au patient lors d'un entretien avec le pharmacien hospitalier avant le retour à domicile. L'objectif principal de notre étude est de démontrer la supériorité de la CM2S sur la diminution des prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) après la sortie. **Méthodes :** Etude prospective monocentrique non randomisée de soins courants. Deux groupes de patients ont été constitués pendant 10 semaines. Groupe cas pour lequel la CM2S est réalisée vs Groupe témoin avec prise en charge habituelle (sans intervention du pharmacien). Pour chaque patient, le nombre de PMI (déterminées

selon la liste de Laroche et les critères STOPP/START) a été relevé sur l'ordonnance avant hospitalisation, à la sortie et sur la première ordonnance rédigée par le médecin traitant dans les 4 à 8 semaines post-hospitalisation. Pour les objectifs secondaires, le dossier patient informatisé a été consulté pour mettre en évidence d'éventuelles réhospitalisations à 4 semaines et la satisfaction concernant le principe de la CM2S a été recueillie auprès des patients, des MT et PO (note sur 10). **Résultats :** Au total, 31 patients ont été inclus dans le groupe bénéficiant de la CM2S contre 29 patients témoins. Des PMI réapparaissent lors de la première consultation chez le MT après hospitalisation dans les deux groupes, sans baisse significativement plus importante si la CM2S est réalisée ( $p=0.294$ ). Groupe cas : 1.03 PMI en moyenne à la sortie / 1.72 PMI post-hospitalisation vs Groupe témoin : 1.71 à la sortie / 2.14 PMI post-hospitalisation. Ceci s'explique en grande partie par la non-consultation par le MT du document envoyé par voie postale, et également par la pression du patient ou parfois des proches à réintroduire des thérapeutiques prescrites avant hospitalisation. Concernant le taux de réhospitalisation : 9.7% (cas) vs 20.7% (témoins), la tendance est en faveur de la pratique de la CM2S sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=0.405$ ). Les notes d'évaluation de la CM2S sont satisfaisantes : patients =9.0 ; PO =8.9 et MT =8.2. Des pistes d'amélioration ont été proposées : envoi du document par mail sécurisé, remise d'une fiche adaptée au patient à la sortie (type plan de prise) en complément de l'entretien pharmaceutique de sortie puis association de la CM2S à d'autres activités : suivi renforcé après l'hospitalisation (accompagnement téléphonique ?), éducation thérapeutique... **Conclusion :** Le bénéfice certain de la CM2S a été souligné en termes de communication hôpital-ville, d'accès rapide aux informations sur les thérapeutiques et le motif des modifications. Cette étude encourage l'implication du pharmacien au plus près du patient dans les actions de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.

#### P4-20-17

##### **Mise en place de la Conciliation des traitements médicamenteux à l'entrée des patients dans une unité de court séjour gériatrique: une étape essentielle dans la sécurisation du parcours de soins des personnes âgées**

H. Feyeux (1) ; C. Andruejol (1) ; C. Arlaud (2) ; JM. Turpin (3) ; K. Muller (1) ; O. Guérin (3) ; R. Collomp (1)

(1) *Pharmacie, CHU de Nice - Hôpital Pasteur, Nice*; (2) *Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice*; (3) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice*

**Introduction :** La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) consiste à discuter des traitements pris et à prendre d'un patient lors d'une nouvelle prescription médicamenteuse, selon la définition de la HAS. Les objectifs sont de corriger des erreurs médicamenteuses et de favoriser la transmission d'information concernant les traitements d'un patient entre professionnels de santé, de renforcer le lien ville-hôpital. Le déploiement de la pharmacie clinique et notamment la mise en place de la CTM font partie des axes prioritaires du projet de pôle pharmacie et sont inscrits dans le projet médical d'établissement – axe vieillissement afin de limiter le risque iatrogène. **Méthodes :** La CTM d'entrée a été mise en place en novembre 2016 et est réalisée dans une unité de court séjour gériatrique, service « nœud » entre le service d'accueil des urgences (SAU) et les services de SSR (soins de suite et de réadaptation) accueillant des patients de plus de 75 ans. Cette unité accueille en moyenne cinq nouveaux patients par jour,

dont environ 2/3 proviennent des urgences et 1/3 sont des entrées directes. Un interne en pharmacie présent chaque matin dans le service réalisent les CTM d'entrées. Les patients conciliés en priorité sont déterminés selon 2 critères : 1/ patients provenant des urgences (données manquantes fréquentes) 2/ patients ciblés par les médecins de l'unité (prescriptions pour lesquelles ils ont rencontrés des problèmes de cohérence...) En moyenne, 2 à 3 patients sont conciliés chaque jour. Un bilan médicamenteux optimisé (BMO) est réalisé en comparant au minimum trois sources différentes (appel au médecin traitant, à la pharmacie d'officine ou entretien avec le patient par exemple), le BMO est ensuite comparé à la prescription d'entrée, les divergences sont relevées et discutées avec les médecins afin d'aboutir à une prescription optimale pour le patient. **Résultats :** Depuis novembre 2016, 159 patients ont bénéficié d'une CTM. Parmi eux, 62% présentaient au moins une divergence non intentionnelle (DNI). Au total 202 DNI ont été relevés, la gravité potentielle des DNI a été évaluée par le médecin et le pharmacien selon l'échelle de gravité à trois niveaux de la SFPC (Société Française de Pharmacie Clinique) : 70.3% ont été qualifiées de mineures, 28.2 de significatives et 1.5% soit 3 DNI majeures : une omission d'acide valproïque ayant retardé une séance de caisson hyperbare, une omission de rivaroxaban, un sous-dosage en lévothyroxine ayant eu des conséquences cliniques pour le patient. Parmi les types de DNI, on retrouve notamment : 69.6% sont des omissions, 8.8% correspondent à des surdosages, 7.8% à des erreurs de prescriptions. Enfin, si l'on classe les DNI par type de médicaments (classification ATC), 24% des DNI concernaient la classe « voie digestive et métabolisme » (insulines, inhibiteur de pompes à protons, vitamine D ...), 20% concernaient la classe dédiée au système nerveux, comprenant les antidépresseurs, antalgiques, antiparkinsoniens etc. 19% des DNI concernaient des médicaments du système cardiovasculaire, anticoagulant oraux directs, bêtabloquant notamment, et enfin, 10% concernaient la classe « organes sensoriels » contenant notamment les collyres antiglaucomeux. **Conclusion :** Le bilan de cette nouvelle activité de pharmacie clinique est très positif. La mise en place de la CTM d'entrée a permis de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients âgés au sein de l'unité de court séjour gériatrique et d'optimiser les traitements médicamenteux. Devant la forte satisfaction de l'équipe médicale, cette démarche sera pérennisée. A plus long terme, la perspective est de continuer à développer cette activité notamment avec la mise en place de la conciliation de sortie pour laquelle une étude sur un petit nombre de patient est en cours afin d'en évaluer la faisabilité. La CTM de sortie permettrait de renforcer d'une part le lien ville-hôpital et d'autre part les liens et la collaboration entre les différents établissements de santé du GHT.

#### P4-22-18

##### **L'utilisation en gériatrie de la greffe de peau en pastilles avec un appareil automatique (CELLUTOME®)**

S. Makouf (1) ; M. Jegou (1) ; K. Giraud (1) ; F. Royand (1) ; C. Bougeois-Sarran (1) ; O. Kechiche (1) ; R. Kherfi (1) ; F. Benkanoun (1) ; H. Bensalah (1) ; S. Haulon (1)  
(1) *Gérontologie 4, Hôpital Emile-Roux, Limeil-Brevannes*

**Introduction :** L'ulcère de jambe est une pathologie complexe, fréquente chez les patients âgés polypathologiques. Selon la HAS, par accord professionnel, il est recommandé d'envisager le recours aux greffes en pastilles ou en filet, dans le traitement des ulcères veineux ou mixtes à prédominance veineuse résistants aux traitements conventionnels depuis plus de 6 mois ou de surface > 10

cm. **Méthodes :** Cas clinique: Patient 1 : 86 ans, polypathologique, avec un suivi médical irrégulier. Il présente un ulcère du membre inférieur droit évoluant depuis trois ans. Une première greffe est réalisée en 2016, alors qu'il est sous immunosuppresseur dans le doute sur un pyoderma gangrenosum. Fin avril 2017, on réalise une greffe de peau en pastilles avec l'appareil automatique, on observe une excellente prise, avec une diminution de la taille de la plaie en profondeur et en surface. En moins d'un mois, la fibrine diminue, avec apparition de tissu de granulation, le site donneur est cicatrisé et il n'a aucune douleur, ni au moment de la greffe, ni au moment de la réfection des pansements. Patiente 2 : 67 ans, hypertendue et diabétique, elle présente une angiodermite nécrotique évoluant depuis 2 ans, douloureuse. La greffe en pastilles avec l'appareil automatique a permis une diminution des douleurs et un début de cicatrisation au bout de 3 semaines. **Résultats :** La greffe de peau en pastilles avec l'appareil automatique est une technique simple et peu douloureuse, accessible avec très peu de formation. **Conclusion :** La greffe de peau en pastilles avec l'appareil automatique peut se pratiquer au lit du malade ou en ambulatoire. Elle permet une diminution du temps de soins, une cicatrisation rapide, une diminution de la douleur avec l'amélioration de la qualité de vie du malade. Elle exige cependant un suivi médical régulier et précis en post-greffe. Cette nouvelle technique, présente un intérêt majeur en gériatrie.

## P5- GÉRONTECHNOLOGIE / TROUBLES SENSORIELS ET DÉSAFFÉRENTATION / URGENCE / SOINS INTENSIFS / AUTRES / SESSION DESC

### P5-08-01

#### **Où se cachent les personnes âgées pré-fragiles et fragiles sarcopéniques ? Analyse descriptive d'un recrutement de participants pour l'étude SPRINTT sur le site de Limoges**

M. Billot (1) ; D. Marchesseau (1) ; A. Papon (1) ; N. Cardinaud (1) ; A. Lacour (1) ; N. Giroult (1) ; J. Ribet (1) ; C. Ciccolari (1) ; A. Larreur (1) ; A. Tchalla (1) ; T. Dantoine (1)  
(1) *Médecine gériatrique, pôle clinique médicale et gérontologie clinique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges*

**Introduction :** La période pré-fragile est une période critique transitoire qui peut engendrer la fragilité puis la dépendance si elle n'est pas diagnostiquée ou non prise en charge. C'est durant cette période pré-fragile que l'activité physique adaptée peut apporter une amélioration significative de la mobilité et maintenir l'indépendance (Pahor et al. 2014). Néanmoins, le déclin des capacités fonctionnelles et la difficulté à s'informer sont souvent des sources de diminution de motivation, et constitue un obstacle important quant à l'adhésion à un groupe d'activité physique adaptée. L'objectif de cette étude est de poser un regard sur le recrutement d'une population âgée pré-fragile et fragile sarcopénique de plus de 70 ans pour participer à un programme d'activité physique adaptée au CHU de Limoges dans le cadre du projet européen SPRNTT ND IMI-JU-09-2013-02. **Méthodes :** La cible de 60 participants pré-fragile et fragile de plus de 70 ans dans un rayon de 20 km autour du CHU de Limoges a été fixée pour cette étude. Un questionnaire téléphonique a été réalisé afin d'exclure les personnes ayant des activités physiques ou sportives régulières. La fragilité a été évaluée à partir des critères (i) du score au Short Physical Performance Battery (SPPB) compris entre 3 et 9 (80% < 7 et 20% > 7) pour les tests fonctionnels, et (ii) de la masse musculaire mesurée par DXA-scan (ratio masse maigre

/ IMC < à 0,789 pour les hommes et < 0,512 pour les femmes). Afin de recruter les participants, une campagne de communication a été mise en œuvre dans des journaux locaux, au journal télévisé, à la radio, ainsi qu'un envoi de courrier postal. **Résultats :** En 43 semaines, 570 personnes nous ont contactés par téléphone, dont 19 ont refusé de poursuivre l'entretien après avoir reçu plus de détails sur l'étude. Le questionnaire téléphonique a été réalisé auprès de 551 personnes, dont 282 personnes ont été évaluées trop actives et 269 ont été sélectionnées pour prendre part aux tests fonctionnels. Au total, 206 personnes se sont déplacées au CHU de Limoges pour effectuer les tests fonctionnels, et 134 ont été exclues pour une raison médicale (n = 12), un score trop élevé au SPPB (n = 36), ou une masse musculaire trop importante (n = 86). Au total, 55 personnes ont été incluses sur les 206 ayant effectué une visite de sélection (26,7%) et les 570 personnes initialement contactées (9,6%). **Conclusion :** Alors que plus de 500 personnes ont été contactées, seulement près de 10% correspondent aux critères de fragilité de l'étude SPRINTT. Les difficultés rencontrées pour ce recrutement sont que les personnes candidates sont trop actives ou présentent des caractéristiques fonctionnelles et anatomiques trop importantes. La population pré-fragile et fragile apparaît être une population difficile à intégrer dans un programme de recherche et rendent ces études d'autant plus rares et difficile à mettre en place. Des études futures sont nécessaires afin d'identifier et de quantifier les raisons de cette difficulté de recrutement, telles que la motivation ou l'accès à l'information.

#### P5-08-02

##### **Facteurs musculaires liés au risque d'hématome du psoas sous anticoagulant : étude pilote**

A. Giovanni (1) ; Q. Monzani (2) ; A. Buisson (1) ; L. Zerah (1) ; M. Verny (1) ; E. Bouvard (3) ; C. Thomas (4) ; E. Pautas (5) ; J. Boddaert (6)

(1) Service de gériatrie, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris; (2) Service de radiologie, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris; (3) Gériatrie aiguë, Hôpital Tenon (APHP), Paris; (4) Service de gériatrie, Hôpital Saint-Antoine, Paris; (5) Gériatrie Aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine; (6) Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris

**Introduction :** Les hématomes profonds, dont les hématomes du psoas (HP), sont une complication grave et classique des anticoagulants (AC), largement prescrits en gériatrie. En dehors des surdosages en AC, les raisons pour lesquelles certains patients développent ces hématomes demeurent inconnues. Nous avons fait l'hypothèse que certains facteurs favorisants d'HP pouvaient être d'origine musculaire. Notre objectif était de montrer que les patients ayant développé un HP avaient des caractéristiques musculaires différentes de patients contrôles. **Méthodes :** Nous avons conduit une étude multicentrique rétrospective entre 2000 et 2017. Les patients hospitalisés pour ou ayant développé un HP sous AC ou antiagrégant (AA) documenté par une tomodensitométrie abdominopelvienne (TDM AP) ont été inclus (groupe cas), et comparés à des patients sous AC ou AA hospitalisés pour un motif justifiant une TDM AP sans HP, et appariés pour l'âge, le sexe et le traitement. Le critère principal était la surface du psoas (SP, mm<sup>3</sup>) mesurée par un radiologue expert spécialisé en ostéo articulaire en regard de L4, en controlatéral de l'HP chez les cas. L'involution graisseuse du psoas était également évaluée. **Résultats :** Nos

résultats préliminaires concernent 22 cas (âge moyen 85 ans, 21 sous AC, 1 sous AA), et 22 contrôles. On ne notait pas de différence concernant le critère principal entre le groupe cas et le groupe contrôle (SP moyenne respectivement 938 ± 244 vs 905 ± 319 mm<sup>3</sup>, p = 0.73). Les mesures d'involution graisseuse et les analyses complémentaires sont en cours. **Conclusion :** En raison de la fréquence de la sarcopénie dans la population âgée, les modifications musculaires pourraient jouer un rôle dans le risque de complications hémorragiques sous anticoagulants chez les patients âgés. Nos résultats préliminaires ne montrent pas de différence entre les groupes, mais des analyses plus complètes doivent être réalisées.

#### P5-09-03

##### **Etude d'utilisabilité et d'acceptabilité d'une technologie d'assistance au suivi dynamique des indicateurs de pré-dépendance de personnes âgées fragiles dans le cadre du projet national RESPECT**

L. Courbet (1) ; V. Rialle (2) ; A. A. Piau (3)

(1) Ea n°7407 ageis, Université Grenoble Alpes, Saint-Martin-d'Hères; (2) Santé Publique, CHU de Grenoble - Université Grenoble-Alpes, La Tronche; (3) Gériatrie, C.H.U Toulouse - Casselardit Ancely, Toulouse

**Introduction :** Dans une perspective de médecine prédictive, préventive, personnalisée, et participative, (la médecine à 4 P), le projet RESPECT vise à valider un outil de soutien à l'activité physique et de suivi des indicateurs de pré-dépendance (ou syndrome de fragilité) des patients âgés. L'objectif principal de ce projet est le développement d'une solution technologique de « coaching » motivationnel et de suivi des indicateurs de fragilité de personnes âgées au domicile, en situation réelle. Il s'agit d'une semelle de chaussure amovible, dans laquelle a été installés un dispositif de micro électronique autonome en énergie et destiné à mesurer les caractéristiques dynamiques de la marche, ainsi que l'activité, la vitesse de déplacement, la distance parcourue. La semelle transmet « sans fil » à des instants définis les données vers un terminal de collecte (tablette tactile ou Smartphone) connecté à un espace de stockage. Les données ainsi collectées peuvent être consultées à distance via une interface adaptée pour les utilisateurs, ou médecins. L'objectif secondaire est l'identification de profils évolutifs prédictifs de perte d'autonomie. Les indicateurs d'activité et de poids mesurés par la semelle au cours d'une journée à domicile et à l'extérieur sont enregistrés. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude qualitative de développement expérimental, prospective, randomisée. La randomisation n'a pas été faite spécifiquement pour cette étude qualitative. Les malades ont été randomisés pour l'étude globale d'analyse des qualités de la semelle intelligente, incluant l'étude de l'efficacité des indicateurs de pré-dépendance au moyen d'un outil spécifique : la semelle intelligente. L'échantillon était composé de trois femmes et trois hommes âgés de 66 à 82 ans. L'évaluation des usages de la semelle lors des phases d'expérimentation a été élaborée en construisant des interviews semi-structurées, en vue d'une évaluation qualitative de l'acceptabilité au sens large (pour les usagers, les partenaires, etc.). Une chargée d'étude de l'équipe AGEIS (Université Grenoble-Alpes) a donc conduit des entretiens semi-directifs concernant l'utilisabilité et l'acceptabilité de la semelle intelligente. Quatre entretiens ont été conduit par téléphone en août 2016 et deux en présentiel à Toulouse au mois de mars 2017. **Résultats :** Lorsque l'on demande aux patients ce qu'ils ont compris du projet, plusieurs points reviennent. Le premier est celui de la prévention, pour les

personnes, le projet RESPECT, grâce à sa semelle intelligente permettrait de déceler les potentielles dégradations de la santé d'une personne et donc de prévenir sa dépendance. Le deuxième point est celui du suivi et du maintien de l'activité. Les patients constatent leur activité physique pratiquée tout comme le médecin qui a un œil sur ces données. Le troisième point est celui de la stimulation, puisque les personnes peuvent, avec ou sans leur médecin, se fixer un objectif à atteindre sur un temps défini. Par le suivi des personnes en risque de perte d'autonomie, ceci permettrait de les motiver pour marcher davantage. Les six testeurs ont alors confirmé qu'ils pourraient l'utiliser dans leur quotidien, si les adaptations au niveau de la souplesse étaient bien évidemment réalisées. Comme pour la semelle, le manque de manipulation lors de ces tests n'a pas pu permettre aux personnes de juger de l'efficacité de l'interface utilisée dans le projet RESPECT. Pour certaines personnes testées la première journée, la synchronisation entre la semelle et la tablette n'a pas fonctionné. Ces problèmes ont pu être résolus pour la deuxième journée. Les menus semblaient clairs à première vue, mais il faudrait plus de pratique afin de citer d'éventuelles améliorations. Une remarque a été faite concernant le manque de lisibilité de certains éléments qui nécessitaient d'être agrandis. **Conclusion :** Les entretiens se déroulent mieux en présentiel que par téléphone. Les personnes sont plus ouvertes à la discussion, prennent mieux le temps d'expliquer les choses, leurs ressentis, se sentent à l'aise... Ceci facilite aussi les échanges entre les deux interlocuteurs. Aucune gêne n'a été signalée concernant le port de la semelle. Tous les patients ont joué le jeu et ont porté la semelle tous les jours. Ils y trouvent tous une utilité à utiliser cette semelle dans leur quotidien si celle-ci venait à être commercialisée, cependant ils souhaiteraient que cette semelle puisse s'adapter sur toutes les chaussures. Toutefois, quelques améliorations possibles sont à faire, notamment en ce qui concerne le coaching. Beaucoup de personnes n'ont pas utilisé la tablette et n'ont donc pas pu voir leur suivi. Il n'y a pas de messages push, pas de contenu d'éducation thérapeutique active. Un tutoriel vidéo pourrait sûrement être envisagé.

#### P5-09-04

##### **L'informatique, la silver économie et le soignant : la méthodologie de design de service au centre de l'innovation en géronto-technologie**

J. Laurent-Michel (1) ; B. Larcin (2)

(1) *Polyclinique Scheutbos, Molenbeek-Saint-Jean, Belgique;*  
(2) *Design innovation, Htag2, Bruxelles, Belgique*

**Introduction :** Un système de détection et de prévention des chutes a été développé à partir d'un capteur infrarouge actif. Celui-ci permet de récolter des données suffisamment précises pour analyser le comportement du patient et aider à la prise en charge de la problématique de la chute. Nous nous sommes interrogés sur la méthodologie de développement la plus adaptée qui ne laisse de côté ni l'humain, ni l'aspect économique, ni la technologie. Le « design thinking » se trouve à l'intersection de ces 3 exigences. Il s'agit d'une méthode plaçant les différents types d'utilisateurs au centre de la démarche afin de créer des services innovants et adaptés à leurs besoins. La phase d'immersion permet de se mettre en empathie avec les futurs utilisateurs. La phase d'idéation permet d'imaginer différents concepts et de co-crée une ébauche du service avec les utilisateurs. La phase de prototypage permet de tester les concepts et d'affiner le projet grâce à une série de retours des usagers. **Méthodes:** Notre recherche s'est donc organisée en trois temps.

Durant la première phase d'immersion et d'observation, nous avons organisé un groupe de discussion avec 5 soignants issus de 3 services gériatriques différents. Nous avons récolté leurs remarques et leurs ressentis sur leur métier, leurs difficultés organisationnelles et quels outils ils imaginaient pour les aider. Cette étape a été suivie par une nuit d'observation dans un service de gériatrie aigüe. Une seconde phase d'idéation réalisée au sein d'une équipe multidisciplinaire a permis d'élaborer une première description de l'outil global. Une troisième phase de prototypage nous a permis de vérifier, lors d'entretiens semi-structurés, nos premières conclusions auprès de 23 professionnels de la santé (cadres infirmiers et médecins). Nous avons récolté leurs recommandations, leurs craintes et les forces du projet. **Résultats :** Grâce à ces différentes étapes de travail, les participants ont pu identifier plusieurs pistes qui auront guidé le développement de la solution : • La présence de plusieurs niveaux d'alarmes. Ils signalent à l'infirmière qu'un patient à risque de chute quitte son lit (alarme à court terme), ou bien que l'état du patient change progressivement – changement des habitudes de sommeil ou augmentation du temps passé au lit (alarme à moyen terme); • Une facilitation des relations interdisciplinaires et une lecture plus aisée de l'ensemble des données du dossier médical informatisé. La technologie doit représenter une aide organisationnelle et non une surcharge de travail. La vision du projet a considérablement évolué avec les retours des utilisateurs. Progressivement, les axes de développement se sont diversifiés. Afin de répondre à une demande importante de connaissance scientifique, des outils permettant l'analyse de grandes quantités de données (Big Data) ont été mis en place. L'analyse du comportement du patient (qualité du sommeil, désengagement physique progressif) ont poussé les développements vers la mise en place d'une actimétrie continue par infrarouge. Enfin, il a été nécessaire de créer un outil pour faciliter la lecture du dossier médical, une interface dédiée à l'organisation des données médicales et des données de captation autour du syndrome gériatrique de chute. **Conclusion :** La démarche de design de service implique la confiance et la patience dans le chef de chacun des acteurs de l'innovation. Notre expérience montre un processus long, mais capital dans le sens où il permet de créer des services adaptés pour les solutions technologiques qui doivent rester humaines.

#### P5-09-05

##### **Intérêt d'un bulletin d'information envoyé par e-mail : profil des aidants de patients admis en hôpital de jour gériatrique abonnés à ce bulletin et enquête sur leur satisfaction**

F. Durrieu (1) ; H. Villars (2) ; B. Chicoulaa (1) ; E. Escourrou ( ) ; B. Vellas (3) ; S. Oustric (1)

(1) *Département universitaire de médecine générale, Faculté de Médecine Rangueil, Toulouse;* (2) *Gérontopôle, C.H.U Toulouse, Toulouse;* (3) *Université de toulouse - paul sabatier, Institut du Vieillissement, Gérontopôle, INSERM UMR 1027, Toulouse*

**Introduction :** Face au vieillissement de la population, le maintien de l'autonomie à domicile et le soutien aux aidants une fois l'autonomie altérée sont deux des actions prioritaires à mettre en place. Les familles et les aidants des personnes âgées peuvent se sentir démunis face à la perte d'autonomie ou à l'annonce du diagnostic de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée chez leur proche. Le Gérontopôle de Toulouse a mis en place un bulletin d'information pour les patients et pour leur famille dont le but est de faciliter l'accès aux informations fiables concernant la pathologie gériatrique ainsi que les aides et moyens disponibles à la gestion de



la vie quotidienne et au maintien de leur autonomie. Il a été créé en janvier 2015 et est envoyé aux patients et accompagnants inscrits tous les deux mois de manière gratuite par courrier électronique.

**Objectif :** Connaître le profil des accompagnants de patients reçus à l'hôpital de jour gériatrique ayant accepté de s'abonner à ce bulletin d'information aux familles ainsi que leur satisfaction vis-à-vis de celui-ci. **Méthodes :** Etude épidémiologique observationnelle descriptive prospective entre novembre 2015 et juillet 2016 au sein de l'hôpital de jour gériatrique du Gérotopôle de Toulouse. Les sujets inclus étaient : les accompagnants de patients admis en hôpital de jour gériatrique entre le 10 novembre 2015 et 5 juillet 2016, qui avaient accepté de donner leur mail afin de recevoir le bulletin d'information aux familles, ou qui le recevaient déjà.

**Résultats :** Seize pour cent des accompagnants en hôpital de jour étaient abonnés au bulletin d'information aux familles, 95% des accompagnants étaient satisfaits du bulletin d'information, 93% étaient satisfaits du contenu et 84% de la fréquence. La moyenne d'âge des accompagnants était de 63 ans. Il y avait 41% d'hommes et 59% de femmes. Ils étaient les enfants dans 52% des cas et les conjoints dans 31% des cas. 61% avaient le niveau bac. Quarante-vingt-onze pour cent des accompagnants étaient aidants de leur proche. Le score de ZARIT moyen était de 32.3 soit un épuisement modéré. Les aidants retrouvaient des aspects positifs à l'aide qu'ils apportaient à leur proche. Il a permis à 59% des participants de prendre conscience de leur relation d'aide. **Conclusion :** Les accompagnants de patients à l'hôpital de jour gériatrique étaient satisfaits de cet outil. Celui-ci a probablement permis de combler un besoin d'information présent dans cette population. Il apporte de nouvelles connaissances et permet parfois la mise en place de nouvelles mesures. Il permet aux lecteurs de s'impliquer dans la relation d'aide avec leur proche. Il joue aussi un rôle dans la reconnaissance du statut d'aidant. De nouveaux outils émergent pour prendre en charge la dépendance, notamment dans le domaine des géron-technologies. Internet prend une place incontournable dans le soutien des aidants y compris dans la gestion du quotidien.

#### P5-09-06

##### **Structuration d'une organisation pour la mise en place de Téléconsultations (Tcs) de prévention en EHPAD (CHU de Limoges)**

C. Gayot (1) ; TB. Nguyen (2) ; V. Douzon (3) ; P. Kajeu (4) ; T. Mergans (4) ; MA. Picat (5) ; C. Laubarie-Mouret (6) ; A. Tchalla (7) ; P. Boutet (8) ; M. Malichier (8) ; T. Dantoine (9)

(1) *Unité de recherche clinique en gériatrie, C.H.U de Limoges Dupuytren; EA 6310 HAVAE, Université de Limoges, Limoges;*  
 (2) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges;*  
 (3) *Médecine gériatrique, Hopital Saint Yrieix, Saint-Yrieix-la-Perche;*  
 (4) *Médecine d'urgence gériatrique de la personne âgée, C.H.U de Limoges, Limoges;*  
 (5) *Médecine Gériatrique, CHU Limoges, Limoges;*  
 (6) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren; EA 6310 HAVAE, Université de Limoges, Limoges;*  
 (7) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges; EA 6310 HAVAE, Université de Limoges, Limoges;*  
 (8) *Unité de recherche clinique en gériatrie, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges;*  
 (9) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren; EA 6310 HAVAE Université de Limoges, Limoges*

**Introduction :** La mise en œuvre de Tcs de prévention entre un EHPAD et le CHU nécessite une organisation particulière à la fois pour le résident, les personnels de l'EHPAD et du CHU. L'usage de nouvelles technologies est la collaboration entre

équipes différentes et pluridisciplinaire nous ont confrontés à une nécessité d'organisation globale et innovante pour chaque acteurs. **Méthodes :** Depuis juillet 2016, le CHU de Limoges conduit un projet de recherche clinique GERONTACCESS (CT) qui vise à évaluer l'impact d'un dispositif de Télémédecine (DTM) sur la prévention des admissions aux urgences et des hospitalisations des résidents d'EHPAD âgés polypathologiques. 214 résidents sur 4 EHPAD bénéficient de Tcs programmées tous les 3 mois pendant un an. En amont des Tcs, une évaluation gérontologique globale est réalisée par un gériatre et une IDE qui se déplacent dans les EHPAD. Grâce aux critères cliniques socio-psycho-environnementaux, et d'autonomie recueillis, le gériatre expert (du CHU et du CH) doit assurer la première Tcs dans les 10 jours qui suivent l'inclusion afin de hiérarchiser les pathologies en cours, leur évolution et proposer un plan de soins personnalisé (PPS) et validé par l'ensemble des acteurs qui entourent le résident : famille, équipe soignante (médecin traitant, médecin coordonnateur, IDE, psychologue, aide soignante...). Les Tcs suivantes visent à vérifier la compliance ou à réévaluer le PPS si nécessaire. Des Tcs spontanées peuvent être réalisées en fonction des besoins des EHPAD. Des Tcs de spécialiste d'organe (cardiologue, dermatologue...) sont elles aussi envisageables. Formations préalables 2 sessions. Ce travail consiste à décrire les étapes organisationnelles nécessaires pour la mise en place de la Tcs gérontopréventive. **Résultats :** 497 Tcs ont été réalisées entre juillet 2016 et avril 2017 dont une Tcs spontanée, trois Tcs avec un dermatologue mais 119 Tcs n'ont pu être réalisées en première intention dont 65% en raison de problèmes techniques et 38% d'entre elles ont pu être reprogrammées dans les 5 jours suivants. Equivalents temps plein : 0.2 ETP pour les IDE côté EHPAD, 0.2 ETP pour le gériatre et 1 ETP de coordonnateur mobilisé organiser, structurer et planifier les Tcs et gérer les incidents techniques. Organisation de 2 sessions de formation aux outils connectés sept 2016 et avr 2017 auprès des personnels des 4 EHPAD, du CHU et du CH. Transfert de compétences : accompagnement avec un personnel du CHU présent dans chaque EHPAD lors des Tcs programmées d'avr à mai 2017. **Conclusion :** Les difficultés organisationnelles observées ont d'emblée souligné le caractère chronophage de la démarche clinique à la fois pour l'EHPAD et pour le CHU ou le CH. Ces difficultés sont d'ordre technique et de mobilisation de ressources humaines : nous avons mis en évidence les points de vigilance pouvant faciliter la mise en œuvre de Tcs :- dimensionner correctement la bande passante internet dont dépend la qualité du son, des images et du partage de documents en temps réel (tracé d'ECG, images...); - évaluer la qualité des caméras afin de poser un diagnostic à distance; - disposer le matériel de manière ergonomique dans la salle de Tcs afin d'assurer le confort du patient; - sélectionner des outils connectés (stéthoscope, ECG, dermatoscope) testés et validés par les gériatres et autres spécialistes; - maîtriser l'outil informatique permettant l'échange d'information (dossier patient sécurisé) entre les EHPAD et le CHU et les demandes de Tcs directement réalisées via l'outil; - dédier du personnel spécifiquement à la Tcs qui recevra une formation approfondie sur la mise en œuvre des Tcs et l'utilisation des outils (vers un nouveau métier ?); - adapter le planning des Tcs des médecins à l'organisation de l'EHPAD

**P5-09-07****Projet "AUTONOMIE 2020"**

N. Vidal (1)

*(1) pole de la gérontologie et du handicap, Conseil Départemental de la Haute Savoie, Annecy*

**Introduction :** Le projet « Autonomie 2020 » réunit, sur la période 2016-2019, des acteurs institutionnels, médico-sociaux, académiques et économiques du bassin lémanique autour de la question du maintien des personnes âgées à domicile sous l'angle des gérontechnologies. L'objectif visé est d'apporter des réponses innovantes et adaptées aux aînés pour favoriser leur maintien et leur qualité de vie à domicile, tout en développant et structurant le secteur des technologies au service des personnes âgées dans la région frontalière franco-suisse. **Méthodes :** Piloté du côté suisse par l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source à Lausanne - réseau HES-SO - et côté français par le Département de la Haute-Savoie, ce projet implique de nombreux acteurs de part et d'autre de la frontière: Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Haute Ecole de la Santé du valais-wallis, groupement valaisan des centres médico sociaux, association cité génération pour la suisse et conseil départemental de la haute savoie, centre hospitalier d'Annecy Genevois, association Thésame Mécatronique et Management pour la France. Il s'inscrit dans le programme européen INTERREG France-Suisse (FEDER) et est cofinancé par la Confédération helvétique ainsi que par les cantons de Vaud et du Valais. Les acteurs du projet « Autonomie 2020 » ont planifié 5 actions majeures. • Une enquête et une analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social en termes de technologies; • La constitution d'une base de données et de connaissances clés pouvant permettre l'émergence de projets innovants; • Des expérimentations de technologies au domicile des personnes âgées; • Le développement d'un laboratoire vivant (Living Lab); • L'élaboration et la mise en œuvre d'un concept de formation modulaires sur les gérontechnologies pour les professionnels; **Résultats :** Le projet Autonomie 2020 vise 3 résultats à son terme : • La mise à disposition des professionnels et institutions du domaine de la santé de données probantes issues d'enquêtes et d'expérimentations sur lesquelles s'appuyer pour choisir les technologies les plus appropriées; • La production de dispositifs, d'outils et de procédures d'accompagnement les mieux adaptés aux besoins et attentes des aînés, ainsi qu'aux entreprises spécialisées en gérontechnologies pour les guider dans le développement de produits validés et fiables; • La création de modules de formation portant sur les innovations technologiques dans les pratiques soignantes auprès de la population âgée. **Conclusion :** La synergie développée par l'association des différents acteurs impliqués pour l'amélioration de la qualité de vie et du maintien à domicile des personnes âgées dans le cadre du projet Autonomie 2020 permettra assurément d'apporter une réelle valeur ajoutée à l'état des connaissances et des pratiques au niveau des gérontechnologies pour que les utilisateurs, et leurs proches, puissent en tirer le meilleur parti. Le partenariat franco-suisse qui constitue un atout majeur, non seulement par la mise en commun de compétences et connaissances, mais également par l'étendue des retombées positives auprès de la population des deux régions, est porteur pour le développement de savoirs et pratiques nouvelles. Le vieillissement est une étape de la vie qui concerne tous les citoyens, les besoins qu'il engendre ne connaissant pas les frontières !

**P5-15-08****Une épidémie de pseudoangiomatose éruptive dans un service de médecine aigue gériatrique**

M. Falck (1); D. Demoustier (2); E. Proye (3); AA. Cracco (4); D. Dambre (5)

*(1) CH Valenciennes, Valenciennes; (2) Ucsq, Centre hospitalier, valenciennes; (3) Ucsq, CH Valenciennes, Valenciennes; (4) Ucsq, Centre hospitalier, valenciennes; (5) Eclair 'age senior, GCS Filière Gériatrique du Valenciennois, Saint-Amand-les-Eaux*

**Introduction :** La pseudoangiomatose éruptive (PEA) est une dermatose rare qui se caractérise par des lésions transitoires de type hémangiome, souvent entourées d'un halo pâle. Il existe plusieurs épisodes d'épidémie décrits à travers le monde. Nous rapportons ici une épidémie affectant les patients et un membre du personnel d'un service de Médecine Aigue Gériatrique. **Méthodes :** Entre Juillet et Septembre 2016, une épidémie de PEA est survenue dans le service de Médecine Aigue Gériatrique du Centre Hospitalier de Valenciennes (59), affectant 15 patients d'un secteur de 22 lits et un membre du personnel soignant. Le pic épidémique a été atteint le 19 Juillet 2016, soit 4 jours après le constat des premières lésions. On ne retrouvait pas de prodromes à l'éruption, ni de signes systémiques associés. Des sérologies virales ont été réalisées, sur avis du médecin infectiologue, chez les 2 premiers cas. Ces dernières sont revenues négatives. Des mesures d'isolement complémentaires ont été mises en place, après signalement de l'épidémie à l'Unité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ULIN). Elles ont été levées le 25 Juillet. L'évolution était favorable, avec une régression spontanée des lésions après quelques semaines. **Résultats :** On retrouve décrites dans la littérature 3 grandes épidémies en France: toutes ont eu lieu dans des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou des Unités de Long Séjour. Notre série est la première décrite au sein d'un service de médecine aigue. Comme dans la littérature, aucune étiologie n'a été retrouvée. Il semble cependant, devant la rapidité de dissémination, se détacher l'hypothèse d'un vecteur contagieux. En effet, comme pour les autres épidémies, celle-ci a eu lieu l'été, avec un pic de la population de moustiques, suite à un hiver doux et l'absence de destruction des œufs de moustiques. **Conclusion :** La PAE est une pathologie bénigne, fortement contagieuse, dont les mécanismes étiologiques et physiopathologiques restent encore mal connus.

**P5-20-09****Elaboration d'un outil permettant la compréhension des changements de traitement survenus au cours de l'hospitalisation chez la personne âgée**

C. Crequit (1); M. Veyrier (1); C. Brun (2); N. Pairault (2); H. Barreteau (3); A. Teixeira (2); V. Ducasse (2); V. Bloch (1)

*(1) Pharmacie, Hôpital Fernand-Widal (AP-HP), Paris Cedex 10; (2) Gériatrie, Hôpital Lariboisière, Paris; (3) Pharmacie, Hôpital Lariboisière, Paris*

**Introduction :** La conciliation médicamenteuse de sortie d'hospitalisation est réalisée dans le service de soin de suite et réadaptation gériatrique. Le bilan de celle-ci est intégré dans le compte rendu d'hospitalisation et par l'intermédiaire d'un fax à la pharmacie d'officine du patient. Afin d'impliquer le patient et/ou aidant dans cette démarche, nous avons souhaité développer un outil adapté au patient âgé pour faciliter la compréhension des changements de traitement survenus au cours de l'hospitalisation. **Méthodes :** Trois outils étaient proposés au patient ou à l'aidant lors

d'un entretien avant la sortie : un plan de prise (PP) à double entrée (PPDE), à simple entrée (PPSE) et un plan avec les changements (PC) de traitements survenus pendant l'hospitalisation. L'ajout de photos des boîtes de médicaments et/ou des comprimés était proposé. En cas de réponse positive, la pharmacie d'officine du patient était contactée pour connaître les génériques délivrés. Le PP était expliqué et sa compréhension évaluée 24h avant la sortie à l'aide de 4 questions : -Pouvez-vous me dire ce que vous prenez le matin ? -Combien de fois par jour devez-vous les prendre? -Que pouvez-vous me dire de la prise de ce médicament ? -Pourquoi prenez-vous ce médicament ? Un mois après la sortie, les patients étaient contactés pour vérifier si l'outil était utilisé. **Résultats :** Quatorze patients ont participé à l'étude entre février et avril 2017 dont 10 femmes. L'âge moyen était de 85±6 ans. Les scores ADL, IADL et MMSE étaient en moyenne de 5,3/6±0,8, 5,7/8±3 et 22/30±5. Treize patients et un aidant ont choisi un outil. Parmi eux, 8 ont choisi le PPSE, 5 ont choisi le PPDE, 4 ont souhaité le PC en plus de leurs PP et 1 n'a souhaité que le PC. Cinq patients ont souhaité avoir les photos de la boîte dont 2 voulaient en plus les photos des comprimés sur leurs plans de prise. Deux patients ont refusé le PP. Concernant la compréhension du PP, 8 patients ont réussi à répondre aux questions (4 PPSE, 4 PPDE), 4 patients ont réussi à répondre avec de l'aide (3 PPSE, 1 PC) 2 patients n'arrivaient pas à répondre (1 PPDE et 1 PPSE). Le PP a aussi été expliqué à 4 aidants qui ont réussi à répondre (4 PPDE). Quatre patients, 4 aidants et 1 infirmière ont été contactés après retour à domicile. L'outil était utilisé par 6 patients, 3 aidants, 1 infirmière et 1 médecin quand il venait au domicile du patient. Il n'était pas utilisé pour 3 patients : 1 PP perdu, 1 non utilisé et pour 1 patiente le traitement avait été modifié par le cardiologue qui avait prescrit les traitements arrêtés pendant l'hospitalisation. **Conclusion :** Les patients sont demandeurs d'un outil d'aide à la préparation et à l'administration de leurs traitements. Les patients choisissent plus souvent le PPSE et la compréhension semble facilitée avec ce PP pour les patients qui ont des troubles cognitifs. Les difficultés que les patients rencontraient pour comprendre le PP ont permis d'apporter des corrections : • Privilégier le PPSE qui sera compris par une population plus importante; • Limiter le nombre de couleur; • Séparer les médicaments du matin midi et soir dans des tableaux distincts; • Ecrire en caractère gras majuscule 18 minimum pour faciliter la lecture; • Utiliser les mots des patients pour les indications; • Insérer les arrêts et les modifications de traitement sur le PP; Pour améliorer l'évaluation de la compréhension deux nouvelles approches vont être testées : l'une avec la reconstitution d'un PP sur un tableau magnétique et l'autre avec la reconstitution d'un pilulier par le patient avant la sortie.

#### P5-21-10

##### **Evaluation du suivi des recommandations de l'équipe mobile de psychogériatrie du centre hospitalier de Béthune**

J. Slambrouck (1)

(1) Médecine polyvalente, C.H. de Béthune, Beuvry

**Introduction :** Les troubles psychologiques et comportementaux du sujet âgé présentent des spécificités cliniques et évolutives, qu'il s'agisse de symptomatologies de survenue tardive ou de pathologies dites « vieilles ». Il est essentiel chez le sujet âgé de prendre en compte les altérations cognitives et les comorbidités somatiques fréquemment associées. Ainsi, la psychogériatrie, de par la largeur de son champ d'action et la diversité des motifs de recours rencontrés, fait appel à un partage des compétences des

psychiatres et des gériatres autour de situations complexes. En ce sens, l'équipe mobile de psychogériatrie de l'hôpital de Béthune fut créée en 2014. Notre étude s'intéresse donc au suivi et aux apports des préconisations médicales et non médicales de l'équipe de psychogériatrie. **Méthodes :** Étude analytique observationnelle à partir de questionnaires distribués aux soignants de dix-sept EHPAD entre 2014 et 2016. **Résultats :** Soixante-sept patients ont été inclus dans l'étude. Le motif d'appel le plus fréquemment rencontré est l'agressivité pour 25,4% des patients. Les deux principales préconisations médicales sont la programmation d'une consultation mémoire et la réalisation de séances de kinésithérapie (34% chacune). Les deux principales préconisations non thérapeutiques sont la réassurance (13,5%) et le renforcement positif (10,5%). Le nombre de préconisations médicales varie de 0 à 5 par patient pour une moyenne de 2,85 préconisations par patient (écart type = 1,132). Le nombre de préconisations non médicales varie de 0 à 5 par patient pour une moyenne de 3,46 préconisations par patient (écart type = 0,927). Il y a statistiquement moins de préconisations médicales et non médicales efficaces que de préconisations mises en place. Ces préconisations sont identiques quels que soient le motif de demande d'intervention et le lieu de résidence des patients. En revanche, alors que les préconisations médicales sont identiques quel que soit le sexe des patients, il y a plus de préconisations non médicales pour les femmes que pour les hommes. 67,2% des patients ont vu leur prise en soins facilitée suite au passage de l'équipe mobile. 49,3% des interventions a permis de contribuer à l'établissement du projet de vie individualisé. Dans 56,7% des cas l'intervention permet l'organisation de temps d'échanges. Une intervention auprès des familles ne permet pas d'améliorer les relations familles/patients et familles/équipes pour la plupart des patients. **Conclusion :** Cette étude, qui est la première du genre, met en lumière les apports indéniables de l'équipe mobile de psychogériatrie Elle a permis l'amélioration des connaissances sur le fonctionnement et les limites de l'équipe mobile. Les recherches sont à poursuivre afin d'améliorer les techniques de communication avec les familles des résidents.

#### P5-23-11

##### **Vieillesse et mobilité chez les personnes aveugles : quels effets sur leurs capacités attentionnelles ?**

C. Pigeon (1) ; C. Marin-Lamellet (2)

(1) École de réadaptation, Centre de Recherche sur le Vieillessement, Sherbrooke, Canada; (2) Daei, Ifsttar Bron, Bron

**Introduction :** Plusieurs études ont montré que l'adaptation à la cécité entraîne une amélioration des capacités attentionnelles chez les adultes aveugles. Alors que le déclin cognitif lié à l'âge des personnes voyantes et des personnes avec une malvoyance liée à l'âge est bien documenté, aucune étude ne semble avoir appréhendé les effets du vieillissement sur les capacités attentionnelles des personnes aveugles. Par ailleurs, plusieurs auteurs ont proposé que les capacités attentionnelles seraient particulièrement mobilisées par les personnes aveugles lorsqu'elles se déplacent. Cela suggère que le niveau d'expertise de déplacement des personnes aveugles pourrait avoir été lié à leurs capacités attentionnelles. Afin de mettre en place des approches palliatives prévenant la perte d'autonomie chez cette population, il importe de mieux comprendre les liens entre niveau d'expertise de déplacement, âge et attention. Ainsi, cette étude visait à appréhender les effets de l'âge et du niveau d'expertise de déplacement sur les capacités attentionnelles de personnes aveugles. **Méthodes :** Une étude transversale a été menée

auprès de 63 personnes aveugles (23 personnes aveugles précoces et 40 personnes aveugles tardives) et 42 personnes voyantes. Tous les participants aveugles étaient autonomes pour se déplacer, et parmi eux, 42 étaient âgés de moins de 60 ans et 21 de 60 ans et plus. Parmi les participants voyants, 24 étaient âgés de moins de 60 ans et 18 de 60 ans et plus. Les participants ont été soumis à trois tests informatisés, en modalité auditive et conçus pour l'étude, évaluant l'attention sélective, l'attention soutenue et l'attention divisée. La vitesse de traitement et le fonctionnement intellectuel des participants étaient contrôlés respectivement avec une tâche de temps de réponse simple et la partie verbale de l'échelle de Wechsler. Les participants aveugles ont répondu à un questionnaire relatif à leurs habitudes de déplacement (par exemple la fréquence de déplacement et la fréquence de déplacement dans des lieux non connus), développé pour l'étude, permettant la construction d'un score d'aisance de déplacement subjectif indicatif du niveau d'expertise de déplacement. **Résultats :** Les analyses ont révélé des effets significatifs du statut visuel et de l'âge sur la performance à chacun des trois tests d'attention, mais pas d'interaction significative entre les effets du statut visuel et de l'âge. Pour les participants aveugles, un effet significatif du niveau d'aisance de déplacement subjectif a été trouvé sur la performance aux trois tests. Ainsi, chez les personnes aveugles, le vieillissement entraîne un déclin des capacités d'attention, mais les personnes âgées aveugles gardent des capacités supérieures à celles des personnes voyantes du même âge. En plus de l'âge, le niveau d'expertise de déplacement est un facteur individuel fortement relié au niveau d'attention chez les personnes aveugles, suggérant une implication des capacités attentionnelles particulièrement importante au cours de leurs déplacements. **Conclusion :** Cette étude semble être la première à avoir appréhendé les effets du vieillissement et de l'expertise de déplacement sur les capacités attentionnelles des personnes aveugles. Afin de mieux comprendre le rôle de l'attention dans le déplacement de cette population, il apparaît ainsi essentiel d'appréhender la mobilisation de ces processus cognitifs en situation de déplacement. En effet, appréhender le déplacement des personnes aveugles sous l'angle de la mobilisation des capacités attentionnelles est une première étape pour améliorer leur mobilité, même avec l'avancée en âge, par exemple en garantissant l'optimisation des aides technologiques au déplacement qui leur sont proposées ou en développant des programmes de remédiation cognitive.

#### P5-24-12

#### Dépistage de l'incontinence urinaire chez les patients en gériatrie aiguë : Analyse comparative des ADL de Katz et de l'ICIQ-UI-SF

G. Mary (1) ; R. Akrou (2)

(1) Gériatrie, CHUV Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse; (2) Geriatrie, CHUV Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse

**Introduction :** En Suisse, l'incontinence urinaire (IU) concerne plus de 50 % des femmes après l'âge de 80 ans et 40 % des hommes. Elle est un facteur de déséquilibre tant physique que psychologique, et est associée à des complications infectieuses, fonctionnelles et sociales, à un prolongement des durées d'hospitalisation et à une augmentation des admissions en institution. L'IU est souvent banalisée dans le grand âge et sous-diagnostiquée. La prise en charge (non-pharmacologique et/ou pharmacologique) de ce syndrome gériatrique est souvent sous optimale voire médiocre. Un dépistage systématique et une prise en charge adaptée est une

nécessité. L'objectif principal de notre étude est de comparer la sensibilité et la spécificité des ADL de Katz et de l'ICIQ-UI-SF dans le dépistage de l'incontinence urinaire. **Méthodes :** Nous réalisons une étude prospective, descriptive, mono centrique, incluant tous les patients en miction spontanée admis dans l'unité hospitalière de gériatrie aiguë du Centre Hospitalier universitaire Vaudois (CHUV – Lausanne) entre le 20 janvier 2016 et le 31 mars 2017. Cette unité de 28 lits accueille en moyenne par année 570 patients âgés de 75 ans ou plus. Les critères d'admission sont de présenter au moins un syndrome gériatrique (troubles de la marche et de l'équilibre; chutes à répétitions ; état confusionnel aigu ; troubles cognitifs ; dénutrition protéino-calorique, poly-médication; multiples comorbidités) et nécessiter une hospitalisation en soins aigus. Ne sont pas admis, les patients nécessitant une prise en charge en soins continus. Le dépistage de l'IU est réalisé systématiquement dans les 48 premières heures par la grille des ADL de Katz et l'ICIQ-SF, par un membre de l'équipe infirmière. L'incontinence et son mécanisme sont dans un second temps confirmés lors d'un colloque hebdomadaire interdisciplinaire (médecin gériatre, ICLS et spécialiste en incontinence et uro-dynamie) et la prise en charge élaborée. Des données de l'évaluation gériatrique standardisée sont également systématiquement collectées (évaluation cognitive, thymique, d'indépendance fonctionnelle, de l'état nutritionnel). Le critère de jugement principal est le taux de patient dépistés comme incontinent urinaire. **Résultats :** 320 patients (âge moyen  $87 \pm 5,10$  ans) ont été inclus durant la période de l'étude. La majorité (74,7 %) étaient des femmes. 167 patients étaient dépistés incontinents (52,2 %). Parmi eux, seuls 111 avaient été identifiés comme tels par l'item « incontinence » des ADL de Katz. L'ICIQ a détecté 100 % des incontinenances soit 56 patients supplémentaires. Cette incontinence affectait significativement leur qualité de vie au quotidien (score ICIQ-UI-SF  $\geq 5$ ). De façon intéressante, en dépit d'un ICIQ-IU-SF positif pour une incontinence, 40 patients ne déclaraient pas spontanément avoir des pertes d'urine. Par ailleurs, sur l'ensemble des patients dépistés comme incontinents, 158/167 désiraient une prise en charge adaptée à leurs besoins. **Conclusion :** Cette étude confirme l'intérêt de l'ICIQ-IU-SF dans le dépistage de l'incontinence urinaire chez les patients âgés vulnérable en milieu hospitalier. Cet outil permet également d'aborder indirectement la problématique des troubles fonctionnels urinaires sans incontinence.

**P5-25-13****Comparaison des scores gériatriques et des scores globaux dans la prédiction de la mortalité post-opératoire de patients âgés pris en charge pour une fracture de l'extrémité supérieure du fémur**

H. Vallet (1) ; N. Na (2) ; Y. Le Manach (3) ; M. Raux (4) ; J. Cohen Bittan (5) ; A. Meziere (6) ; F. Khiami (7) ; B. Riou (8) ; J. Boddaert (9)

(1) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (2) *Sau, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Boulevard de l'Hôpital, Paris, France, Paris*; (3) *departments of anesthesia & clinical epidemiology and biostatistics, Michael DeGroot School of Medicine, Faculty of Health Sciences, McMaster University, Hamilton, Canada*; (4) *Anesthésie-réanimation, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (5) *gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (6) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*; (7) *Orthopédie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (8) *Service d'accueil des urgences, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (9) *Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*

**Introduction :** Les patients âgés pris en charge pour une fracture de l'extrémité du fémur (FESF) sont à haut risque de mortalité. Prédire efficacement le risque de mortalité permettrait d'adapter et mieux guider la prise en charge. Nous avons fait l'hypothèse que les scores dits gériatriques permettaient de mieux prédire la mortalité dans la FESF que les scores dits généraux, dans une population caractérisée par sa multimorbidité et vulnérabilité. **Méthodes :** Tous les patients consécutifs (> 75 ans) admis en UPOG pour la prise en charge post-opératoire d'une FESF ont été inclus et suivis jusqu'à 6 mois. Les scores suivants ont été calculés: American Society of Anesthesiology (ASA) score, PreOperative Score to predict PostOperative Mortality (POSPOM) score, Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), Charlson score, et Nottingham Hip Fracture Score (NHFS). **Résultats :** 508 patients ont été inclus (age 86±7 ans). La mortalité J30 et J180 étaient respectivement de 4.1 % (95% IC: 2.7-6.3%) et 14.4 % (95% IC: 11.6-17.8%). Pour la mortalité J180, l'aire sous la courbe de la courbe ROC (ROCAUC) n'était pas significativement différente entre les scores. Les caractéristiques prédictives de ces scores étaient relativement faibles, comme le montre la meilleure ROCAUC de 0.67 pour le CIRS, et le positive likelihood ratio de 2.06 pour le score POSPOM, et la forte proportion de patients identifiés en risque intermédiaire, variant de 37.4% pour le CIRS à 77.5% pour le score de Charlson. Les résultats étaient comparables pour la mortalité J30. **Conclusion :** Chez les patients âgés avec FESF, les scores spécifiques gériatriques ne sont pas meilleurs que les scores généraux pour prédire la mortalité à 6 mois. Tous les scores étudiés sont peu performants, suggérant que les caractéristiques pré-opératoires pourraient ne pas être les facteurs déterminants de la mortalité péri-opératoire de la FESF.

**P5-26-14****Le projet inter-reg "aidants proches - réseau service" entre français et belges pour développer l'aide aux aidants**

MM. Defebvre (1) ; S. Boyals (2) ; S. Adam (3) ; C. Crutzen (3) ; V. Caradec (4)

(1) *Direction de la stratégie et des territoires, Agence Régionale de Santé Nord - Pas-de-Calais, Euralille*; (2) *Département des aînés, AVIQ boulevard de mayence, Charleroi, Belgique*; (3) *Unité de psychologie de la sénescence, Université de Liège, Liège, Belgique*; (4) *Département sociologie et développement social, Université Lille-III - Sciences humaines et sociales, Villeneuve-d'Ascq*

**Introduction :** Face au vieillissement de la population, l'accompagnement des aidants proches et en particulier ceux des malades Alzheimer et apparentés, est devenu un enjeu de santé publique majeur pour les Etats européens. C'est la pierre angulaire du maintien à domicile dans de bonnes conditions et de la limitation des hospitalisations. C'est pourquoi, les pouvoirs publics européens sont aujourd'hui amenés à prendre en compte leurs besoins et à leur reconnaître place et rôle dans la société. le programme START en Angleterre a montré de réels bénéfices sur la santé des aidants et l'acceptation des aides. L'université de psychologie de Liège en propose une adaptation. **Méthodes :** L'ARS des Hauts de France avec le conseil départemental du Nord, la région Wallonne (l'AVICQ) et l'Université de psychologie de Liège se sont associés dans le cadre d'un projet européen du programme transfrontalier INTER-REG V, le projet AP (aidants proches)-réseau services. Celui-ci comprend la mise en place d'un programme de formation au counseling selon la méthode développée par le programme anglais START, adapté par l'université de Liège pour les professionnels spécialisés dans l'aide aux aidants que sont ceux des 22 plateformes d'accompagnement et de répit de la région Hauts de France et des services à domicile wallons. Il vise également à créer un réseau d'échanges transfrontalier entre professionnels de l'aide. Ce programme bénéficie également de partenaires associés: la CARSAT, l'université de Lille 3 de sociologie, l'association française des aidants, les associations France Alzheimer et belge Alzheimer. Son évaluation est prévue au terme du programme avec les 2 universités partenaires. Le projet est co-construit avec les associations d'usagers. **Résultats :** Les formations basées sur la méthode « train the trainer » avec : formations en cascade à l'alerte des aides à domicile, formation au counseling de psychologues, accompagnements individualisés, propositions d'aides et de répit diversifiées. Environ 80 professionnels auront été formés à l'alerte en 2017, 30 psychologues au counseling et des formations d'aides à domicile démarrent. Les professionnels créent un réseau d'échanges de pratiques franco-belges avec mises en commun d'outils, réflexions sur leurs organisations. Etant donné les différences transfrontalières, les différents métiers impliqués dans l'aide aux aidants, le projet est adapté et co-construit avec les professionnels et les associations. L'université de psychologie de Liège et celle de sociologie de Lille suivront les aidants accompagnés dans le projet pour évaluer les bénéfices des actions de counseling. **Conclusion :** Le déploiement de ce projet depuis 2016 dans deux régions transfrontalières couvrant une population d'environ 9 300 000 habitants permet montée en compétence, transferts de bonnes pratiques, harmonisation des pratiques, réflexion sur les organisations entre les deux pays. Ces premiers apports, dans l'attente de l'évaluation par les universitaires, sont autant de formes de benchmarking entre professionnels et pour les institutions partenaires. Ce sont ces premiers éléments que nous proposons

d'exposer, ainsi que la méthode de travail transfrontalière.

#### P5-26-15

##### **La dermatose pustuleuse érosive de jambes: étude rétrospective de 25 cas à l'hôpital Rothschild entre janvier 2014 et février 2017**

C. Lalière (1) ; F. Fennira (2) ; S. Meaume (3)

(1) *Hôpital Bicêtre (AP-HP), Le Kremlin-Bicêtre*; (2) *Gériatrie, plaies et cicatrisation, Hôpital Rothschild, Paris*; (3) *Gériatrie-Plaie et cicatrisation, Hôpital Rothschild, Paris*

**Introduction :** La dermatose pustuleuse érosive de jambes (DEPJ) est une pathologie sous-diagnostiquée et peu connue, décrite pour la première fois il y a trente ans. L'objectif de l'étude est l'analyse descriptive des caractéristiques cliniques, paracliniques, curatives, évolutives des patients atteints de DEPJ à travers une grande cohorte, en rapport avec les données de la littérature. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle, monocentrique, rétrospective et descriptive, réalisée entre janvier 2014 et février 2017 à l'hôpital Rothschild (APHP-Paris XIII). Seuls les patients majeurs hospitalisés ou vus en consultation dans le service Plaies et Cicatrisation, pour qui le terme de DEPJ était retrouvé dans le compte-rendu, ont été sélectionnés. Les caractéristiques cliniques, paracliniques, évolutives ont été collectées puis analysées. **Résultats :** Au total, 25 patients ont été sélectionnés parmi 577. La moyenne d'âge était de 85.7 ans, avec un sex-ratio H/F : 0.16. Trois patients (12.5%) avaient eu une biopsie, dont une retrouvait un psoriasis induit. Trois patients sur 24 (12.5%) n'avaient pas d'ulcères, dont 2 (8.3%) avec des carcinomes épidermoïdes multiples. En moyenne, les patients présentaient un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 39 mg.L. Au moins 6 (25%) patients présentaient une maladie inflammatoire évolutive (néoplasie/maladies auto-immunes). La corticothérapie locale était utilisée chez 23 des 24 patients, avec un taux de rechute élevé (au moins 41.6%). **Conclusion :** La principale limite de l'étude est l'absence de biopsie systématique, permettant d'éliminer les diagnostics différentiels de la DEPJ. Les caractéristiques décrites concordent pour la plupart avec les données de la littérature. Il ressort de l'étude une tendance à l'association entre DEPJ et maladies inflammatoires évolutives, jusqu'à là décrite sporadiquement. Une étude de type cas-témoins permettrait d'affirmer ou non cette tendance, dans l'optique de mieux comprendre et mieux traiter la DEPJ.

#### P5-26-16

##### **Formation des internes de médecine générale sur la prise en charge de la personne âgée en soins premiers**

E. Escourrou () ; B. Chicoulaa (1) ; F. Durrieu (1) ; B. Fougère (2) ; A. Stillmunkes (1) ; S. Oustric (1)

(1) *Département universitaire de médecine générale, Faculté de Médecine Rangueil, Toulouse*; (2) *Gériatrie, C.H.U Toulouse - Casselardit, Toulouse*

**Introduction :** Au sein de notre département universitaire de médecine générale (DUMG), l'acquisition de la compétence professionnelle concernant la prise en charge médicale du vieillissement à domicile se fait à travers un enseignement facultaire, un séminaire de partage et d'échange de pratique et un enseignement pratique en médecine polyvalente gériatrique pour tous les internes. Nous avons créé une formation complémentaire optionnelle pour permettre aux internes en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) de repérer,

évaluer, prendre en charge et coordonner le suivi d'une personne âgée fragile vivant à son domicile, ou d'une personne dépendante en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). **Méthodes :** Les enseignants du pôle « vieillissement à domicile » du DUMG et du service de gériatrie de notre région ont défini les objectifs, le déroulé, le contenu pédagogiques et les lieux de formation. L'appel à candidature est adressé par courriel aux internes en SASPAS. Dix places sont ouvertes chaque semestre.

**Résultats :** Un double enseignement a été proposé aux internes. 1-Facultaire : basé sur des situations cliniques authentiques et de la pédagogie active au cours d'une journée et demi de formation abondant; - la prise en charge de la personne âgée fragile en soins premiers avec une équipe pluri-disciplinaire: • Le médecin généraliste et la personne âgée : médecin généraliste, gériatre; • Evaluation et prise en charge des troubles cognitifs : gériatre et médecin généraliste; • Evaluation et prise en charge troubles nutritionnels: diététicienne, nutritionniste, gériatre et médecin généraliste; • Prise en charge sociale: médecin généraliste; • Activité physique et fragilité: kinésithérapeute et médecin généraliste; - la prise en charge d'une personne âgée en EHPAD et le rôle du médecin coordonnateur : les éléments d'organisation d'une EHPAD, le rôle et la place du médecin coordonnateur en EHPAD, les outils d'évaluation gérontologique disponibles en EHPAD, la prescription médicamenteuse chez un patient en EHPAD; 2-Pratique avec: une journée en hôpital de jour d'évaluation des fragilités au sein du CHU de notre ville. Objectifs pédagogiques : (1) Dépister et évaluer une personne âgée fragile (2) Synthétiser et hiérarchiser les résultats de l'évaluation gériatrique (3) Elaborer un plan personnalisé de prévention (4) Planifier le suivi du patient et réadapter le plan personnalisé de prévention si besoin une journée et demie en EHPAD ; encadrée par des maîtres de stage universitaire où sont abordés le rôle du médecin coordonnateur et l'utilisation des tests d'évaluation gérontologique réalisés dans l'EHPAD. Objectifs pédagogiques : (1) Identifier le rôle du médecin coordonnateur en EHPAD, (2) Réaliser certaines de ses missions: a) utiliser les outils d'évaluation gérontologique disponibles en EHPAD, b) intégrer les résultats des tests d'évaluation gérontologique réalisés au sein de l'EHPAD dans la prise en charge d'un patient, c) réaliser le suivi d'un patient en EHPAD, d) optimiser la prescription médicamenteuse chez un patient en EHPAD. **Conclusion :** Cette formation est un atout complémentaire pour l'interne, futur médecin généraliste installé. Elle permet d'apprendre à gérer la complexité et la coordination du parcours de santé d'une personne âgée en soins premiers en collaboration avec les équipes spécialisées hospitalières, de l'état pré-fragile à la dépendance.

#### P5-26-17

##### **Prise en charge d'un volvulus à répétition chez un patient de 87 ans**

E. Fercot (1) ; C. Sellier (2) ; E. Charvet (2) ; T. Cudennec (2) ; A. De Thezy (2) ; M. Pépin (2) ; L. Aubert (2) ; S. Moulias (2) ; L. Teillet (1)

(1) *Court séjour gériatrique, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (2) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*

**Introduction :** Le volvulus du sigmoïde est la torsion de l'anse sigmoïde sur son axe méso-colique, réalisant une occlusion basse, par strangulation. Les principaux facteurs favorisants sont le dolicho-sigmoïde et la constipation chronique, pathologies fréquentes chez le sujet âgé. **Méthodes :** M. D., âgé de 87 ans, a été

hospitalisé à plusieurs reprises en Gériatrie Aiguë pour la prise en charge de volvulus du sigmoïde. Le patient a comme antécédents une maladie d'Alzheimer au stade modéré, une insuffisance rénale chronique, une hypertension artérielle. M. D. vit à domicile avec son épouse qui est sa principale aidante. Ils n'ont pas d'autres aides.

**Résultats :** M. D. a présenté 6 épisodes de volvulus en moins de 4 mois. Le diagnostic était difficile à évoquer dans le contexte de troubles cognitifs et devant un patient pauci-symptomatique. M. D. ne présentait aucune plainte digestive. L'abdomen restait souple dépressible avec des bruits hydro-aériques. Lors des récidives, l'ASP permettait de confirmer le diagnostic. Une sonde de Faucher était mise en place permettant de dévolvuler le patient. L'indication opératoire en urgence n'était pas retenue par les chirurgiens. M. D. va présenter au fur et à mesure des hospitalisations une altération de l'état général avec aggravation de ses troubles cognitifs, dénutrition et apparition d'escarres. Une décision collégiale multidisciplinaire est finalement prise entre anesthésistes, chirurgiens digestifs et gériatres, refusant une intervention chirurgicale "à froid". M. D. décédera dans le service quelques jours plus tard.

**Conclusion :** Le traitement du volvulus du sigmoïde consiste en une recto-sigmoïdoscopie avec mise en place d'une sonde rectale. Néanmoins, la réduction non opératoire du volvulus n'est pas un traitement définitif en raison du nombre élevé de récidives ce qui était le cas pour M. D. La thérapeutique chirurgicale définitive « à froid » consiste en une résection sigmoïdienne. L'intervention en urgence ne se conçoit qu'en cas d'échec de détorsion lors de la sigmoïdoscopie, ou en cas de doute sur une nécrose pariétale. La discussion en concertation multidisciplinaire peut être utile pour les patients âgés polypathologiques et comorbides pour aider à poser l'indication opératoire.

#### P5-26-18

#### Infarctus cérébral faisant découvrir une thrombocythémie essentielle chez une nonagénaire

I. Elhani (1) ; M. Pierre (1) ; P. Lescure (1)

(1) Médecine gériatrique, CHU de Caen, Caen

**Introduction :** La thrombocythémie essentielle (TE) est une maladie myéloproliférative caractérisée par un excès durable du taux de

plaquettes avec un tendance aux thromboses et aux hémorragies. Elle est rarement la cause d'infarctus cérébral -0.54 à 1% des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques-. Cette cause d'AVC est d'autant plus rare chez le sujet âgé, chez qui les causes d'infarctus cérébral sont principalement athérosclérotiques et emboligènes.

**Méthodes :** Description d'un cas clinique. **Résultats :** Une femme de 92 ans aux antécédents d'hypertension artérielle non traitée et de dysthyroïdie s'est présentée avec une aphasie de Broca. Le diagnostic d'AVC ischémique sylvien superficiel gauche a été retenu. Le bilan étiologique n'a pas mis en évidence d'autre facteur de risque cardio-vasculaire (dyslipidémie, diabète) ni fibrillation auriculaire ni sténose carotidienne ou d'endocardite. L'analyse rétrospective des examens mettait en évidence un taux de plaquettes supérieur à 6G/L depuis 3ans. Cette anomalie biologique avait été mis en lien à chaque reprise avec un événement infectieux ou inflammatoire. Nous n'avons pas retrouvé de carence martiale ou d'inflammation chronique. Aucun épisode thrombotique ou hémorragique n'a été rapporté dans son histoire. La recherche de mutation V617F du gène JAK2 s'est révélée positive. Nous avons retenu le diagnostic de TE. Un traitement par 160mg d'aspirine par jour et hydroxyurée a été instauré.

**Conclusion :** La TE est rarement découverte à l'occasion d'un AVC ischémique. Bien que le diagnostic soit exceptionnellement fait après 70 ans, il doit être évoqué dans le bilan étiologique d'un AVC chez le sujet âgé même en présence d'une autre cause identifiée. La TE peut être facilement suspectée sur une simple numération sanguine. Une thrombocytose persistante sans cause retrouvée doit mener à une recherche de la mutation V617F de JAK2. En effet, le traitement préventif comprenant une chimiothérapie de cytoréduction associée à un traitement anti-aggrégant plaquettaire peut être proposé. Ce traitement permet la prévention des complications thrombo-emboliques et ainsi le maintien des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie de ces sujets âgés.

# Communications affichées

## SESSION POSTERS 1 : BIOLOGIE / CHUTES / PATHOLOGIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR / DÉMENCES / DOULEUR / SOINS PALLIATIFS ET FIN DE VIE / EPIDÉMIOLOGIE - SANTÉ PUBLIQUE / ETHIQUE / EVALUATION DES PRATIQUES

### A1-01-01

#### Une lymphopénie inexplicquée

S. De La Roche Saint André (1) ; A. De Thezy (2) ; P. Clotilde (1) ; M. Pépin (3) ; K. Jondeau (4) ; L. Teillet (5) ; S. Moulias (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (2) *Ssr, Hôpital Sainte-Périne-Rossini-Chardon Lagache, Paris*; (3) *Médecine gériatrique, HU-PIFO site Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt*; (4) *Hématologie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (5) *Gériatrie, Hôpital Sainte-Périne-Rossini-Chardon Lagache, Paris*

**Introduction :** La lymphopénie est une situation fréquente en gériatrie. Les explorations complémentaires ne sont réalisées que si elle est sévère ou associée à des infections répétées. **Méthodes :** Un patient de 79 ans, est suivi en gériatrie pour des troubles cognitifs. On note également dans ses antécédents une maladie de Rendu Osler, compliquée d'épistaxis récidivants, une maladie rythmique de l'oreille avec pose d'un pacemaker et fermeture de l'auricule et un adénocarcinome du haut rectum traité chirurgicalement. Depuis 2009, le patient présente une lymphopénie, initialement peu profonde, qui a tendance à s'aggraver, chiffrée à 410/mm<sup>3</sup> à plusieurs reprises. Un avis est pris alors auprès des hématologues qui nous conseillent la réalisation d'un phénotypage lymphocytaire. Le but du phénotypage lymphocytaire est de dénombrer une population de lymphocytes souhaitée, grâce aux classes de différenciation présentes à leur surface. On distingue classiquement 2 voies de la réponse immunitaire : - l'immunité cellulaire : lyse cellulaire par les lymphocytes T CD8 et les lymphocytes NK (natural killer); - l'immunité humorale : sécrétion d'anticorps par les plasmocytes eux-mêmes sécrétés par les lymphocytes B et activés par les lymphocytes T CD4. Le phénotypage lymphocytaire comprend les 5 étapes suivantes : le marquage, la lyse des hématies, trois lavages, la fixation et l'analyse cellulaire. **Résultats :** On peut observer 2 types de déficits : un déficit en lymphocytes T CD4 qui entraîne un dysfonctionnement de l'immunité humorale (70% des déficits), et un déficit en lymphocytes T CD8 qui a pour conséquence un dysfonctionnement de l'immunité cellulaire. Le défaut de l'immunité cellulaire entraîne un défaut de l'immunité humorale secondaire, aboutissant à un déficit immunitaire combiné (dit sévère lorsqu'il y a une absence totale de lymphocytes T). **Conclusion :** Chez ce patient, le rapport T4/T8 total est revenu normal, affirmant le caractère compétent des lymphocytes. Nous n'avons pas réalisé d'exploration complémentaire.

### A1-01-02

#### Vitamine D en Hôpital de Jour : Evaluation de la prévalence et des facteurs associés au déficit

R. Fossaert (1) ; A. Lafargue (2) ; M. Rainfray (3) ; N. Salles (4) ; I. Bourdel-marchasson (5)

(1) *CHU Bordeaux, Bordeaux*; (2) *Gériatrie, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (3) *Gériatrie, CHU - Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (4) *Pôle gériatologue clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (5) *Médecine gériatrique, Pôle de Gériatologie Clinique - CHU de Bordeaux, Bordeaux*

**Introduction :** De multiples études ont démontré l'enjeu de santé publique que représente la carence en vitamine D et les pathologies qui y sont associées. L'âge étant un facteur de risque important, l'objectif de notre étude était d'évaluer la prévalence d'un déficit en vitamine D chez les sujets âgés vus en HDJ, patients répondant pour la plupart aux critères de dosage de l'HAS, et la recherche de facteurs associés à une carence ou insuffisance en vitamine D.

**Méthodes :** Etude rétrospective, monocentrique, observationnelle menée du 01/01/2015 au 31/12/2015, dans le pôle de gériatologie clinique en Hôpital de jour gériatrique. Réalisation d'une analyse statistique descriptive puis d'une régression logistique pour recherche de facteurs associés à la carence en vitamine D.

**Résultats :** Sur les 896 patients hospitalisés en HDJ entre le 01.01.2015 et le 31.12.2015, seuls 338 patients avaient bénéficié d'un dosage sérique de la 25-OH-vitamine D dans le cadre d'une évaluation gériatologique standardisée. Sur les 338 patients inclus dans ce travail, 278 présentaient un déficit en vitamine D, soit un peu plus de 82 % de notre population. Le traitement substitutif n'était retrouvé sur l'ordonnance que chez 21,6 % des patients vus en HDJ. Traitement qui apparaît de façon attendue comme un facteur protecteur important (RR = 0,18 ; IC95% [0,004 ; 0,1] ; p < 0,0001), en revanche on retrouve comme facteur de risque de déficit un MMSE > 24 (RR = 3,3 ; IC95% [1,4 ; 5,2] ; p = 0,04). Après une analyse en sous groupe en fonction de l'âge de nos patients, la symptomatologie dépressive modérée ressortait comme facteur de risque de carence avec un (RR = 1,2 ; IC95% [1,1 ; 2,8] ; p = 0,033) chez les plus de 85 ans. Dans l'analyse des patients insuffisants en vitamine D, nous retrouvons la dépression modérée (GDS 6-9) comme facteur associé (RR=2,1), ainsi que la poly médication (RR = 2,21). L'analyse en sous groupe retrouvait chez les plus de 90 ans la dépression modérée associée à une insuffisance en vitamine D (RR=40,5, IC95% [1,2 ; 20,4] ; p=0,004), mais également le sexe féminin (RR=3,4 ; IC95% [1,4 ; 30,3] ; p=0,04), ainsi que l'IMC entre 21 et 30 (RR=5,8 ; IC95% [1,3 ; 17,3] ; p=0,02). **Conclusion :** Les étiologies du déficit en vitamines D étant nombreuses et souvent multiples chez les sujets âgés on comprend aisément qu'il soit très fréquent dans cette population. En effet, la réduction des capacités de synthèse cutanée, la réduction du métabolisme de la vitamine D du fait d'insuffisances rénales ou hépatiques, les apports alimentaires souvent insuffisants couplés à une diminution de la biodisponibilité (syndrome de malabsorption ou obésité avec séquestration dans les tissus adipeux) favorisent les carences et insuffisances. De plus nous retrouvons ici des facteurs prédictifs d'un déficit en vitamine D notamment le syndrome dépressif, la polymédication eux aussi



très fréquemment retrouvés dans la population gériatrique. Cette étude ne permet pas de définir une conduite à tenir chez nos patients gériatriques quand au dosage de la vitamine D25, cependant devant l'absence de toxicité de la supplémentation réalisée habituellement et la prévalence importante du déficit en vitamine D dans cette population il reste important d'insister sur la nécessité d'une supplémentation chez la quasi totalité des patients évalués en gériatrie. D'autant plus si ceux ci présentent une symptomatologie dépressive et/ou sont polymédiqués, qu'ils présentent des troubles cognitifs ou non.

#### A1-02-03

##### Traumatisme facial et complications oculaires chez le sujet âgé- A propos de 2 cas

R. Nakkash (1) ; F. Bensiradj (1) ; I. Landrin (1)

(1) Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen - Hôpital St Julien, Rouen

**Introduction :** Les chutes responsables d'un traumatisme facial sont fréquentes chez le sujet âgé et peuvent parfois se compliquer. Nous rapportons le cas de 2 patientes ayant présenté un hématome intraoculaire. **Méthodes :** Cas 1 : Mme C, âgée de 89 ans était hospitalisée en gériatrie pour chute de son lit suivie d'une station au sol prolongée. Dans ses antécédents, on retrouvait des troubles neurocognitifs majeurs, une arythmie par fibrillation auriculaire traitée par AVK, une hypertension et une artériopathie des membres inférieurs. A l'examen, on retrouvait un céphalématome associé à un hématome en lunettes. L'examen oculaire révélait un hyphéma associé à une baisse d'acuité visuelle de l'œil gauche. Le scanner cérébral et de la face était normal. La consultation ophtalmologique montrait un hyphéma associé à une hémorragie intravitréenne, une cécité et une hypertension intraoculaire de l'œil gauche. Cas 2 : Mme G, âgée de 93ans, était hospitalisée en gériatrie pour chutes à répétition depuis 15 j ayant motivé 2 consultations dans le service des urgences. Dans ses antécédents, on retrouvait une hypertension artérielle, un angor stable traité par antiagrégant plaquettaire et des troubles neurocognitifs. À l'examen clinique, il existait des céphalées évoluant depuis 15j, des douleurs oculaires. On retrouvait une hémorragie conjonctivale et baisse de l'acuité visuelle de l'œil gauche. Le scanner cérébral réalisé lors du premier passage aux urgences retrouvait une hyperdensité intra oculaire gauche, sans fracture du massif facial visualisée. La consultation ophtalmologie montrait un hématome rétinien nasal inférieur associé à une hypertension intraoculaire. **Résultats :** Aucune de ces deux patientes ne se plaignait de trouble visuel ou d'une baisse d'acuité visuelle. Cette baisse d'acuité visuelle était récente depuis la chute. Malgré le traitement médical, la récupération de la vision a été insuffisante et les deux patientes ont été admises en EHPAD en raison de la perte d'autonomie liée aux troubles cognitifs et visuels. **Conclusion:** Les traumatismes faciaux sont considérés comme une des signes de gravité des chutes répétées (HAS). Il existe peu de données épidémiologiques et bibliographiques au sujet des complications ophtalmologiques des chutes avec traumatisme facial chez les sujets âgés. Il convient d'être vigilant et de rechercher systématiquement les complications oculaires et visuelles de tout traumatisme facial afin d'éviter un retard diagnostique, en particulier chez les patients présentant des troubles cognitifs. Une étude prospective pourrait être intéressante pour évaluer les conséquences ophtalmologiques des traumatismes faciaux secondaires aux chutes chez les sujets âgés.

#### A1-02-04

##### Prévention des chutes : création d'un outil d'aide au dépistage des personnes à risque

S. Mosnier-Thoumas (1) ; J. Jenn (2) ; V. Cressot (3) ; M. Boenisch (2) ; N. Salles (4)

(1) Emg, Pôle de gériatrie clinique CHU de Bordeaux, Bordeaux; (2) Ssr, Pôle de gériatrie clinique CHU de Bordeaux, Bordeaux; (3) Ssr, Pôle de gériatrie clinique CHU de Bordeaux, Pessac; (4) Médecine gériatrique, Pôle de gériatrie clinique CHU de Bordeaux, Bordeaux

**Introduction :** La chute est un phénomène multifactoriel où interviennent, entre autres, des facteurs liés à la personne elle-même et au processus de vieillissement, des facteurs comportementaux et des caractéristiques de l'environnement dans lequel la personne évolue. C'est un événement fréquent qui affecte très souvent la qualité de vie et qui est coûteux en termes de services de santé. Devant un patient dépisté à risque de chute, l'examen de l'ensemble des facteurs de risque est donc indispensable. L'objectif de ce travail est de sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé à ces multiples facteurs de risque et de les mobiliser sur la prévention des chutes. **Méthodes :** Dans le cadre d'un groupe de travail institutionnel sur la Gestion du Risque de Chute (GERC), une réflexion collective sur le choix d'une intervention préventive a été menée par les pharmaciens et gériatres. L'outil créé sous forme d'affiche a ensuite été soumis à l'ensemble du groupe de travail pluri professionnel avant d'être finalisé puis diffusé au sein de l'établissement. **Résultats :** L'affiche détaille les facteurs prédisposants de la chute (âge > 75 ans, dénutrition, amyotrophie, troubles de la marche et de l'équilibre, déficience sensorielle, environnement inadapté, chaussage inadapté, déclin cognitif, pathologies chroniques) avec un focus sur les facteurs médicamenteux (polymédication et classes médicamenteuses à risque) et les facteurs précipitants de la chute (changement récent d'environnement, ajout de psychotrope ou antihypertenseur, pathologie aigue récente, hypotension orthostatique, troubles du comportement ou syndrome confusionnel). Elle est accessible à tous les intervenants (médecin, infirmière, kinésithérapeute, ergothérapeute, pharmacien) des services médicaux et a pour ambition de faciliter le dépistage des personnes à risque de chute. Elle donne en outre quelques conseils à donner aux patients sous antihypertenseurs et hypoglycémiantes essentiellement. **Conclusion:** Cet outil de prévention s'inscrit dans un programme global sur la gestion du risque de chutes. Il s'intéresse spécifiquement aux facteurs de risque qui interviennent avant la chute et qui lui sont directement associés. Dans le cadre du projet Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie PAERPA, il fera l'objet d'une nouvelle version destinée à être diffusée aux pharmaciens d'officine pour accompagner une action de prévention de la chute de la personne âgée à domicile.

**A1-02-05****Chute chez le sujet âgé hospitalisé : quels facteurs de risque retrouvés en pratique ?**

A. Faucitano (1) ; AL. Clairet (1) ; B. Gérard (1) ; S. Koeberle (2) ; J. Berthou Contreras (1) ; F. Monnier (2) ; S. Limat (1) ; R. Aubry (2)

(1) Pharmacie, CHRU-Pharmacie, Besançon; (2) Gériatrie, CHRU Besançon, Besançon

**Introduction :** Les chutes sont plus fréquentes dans les établissements de santé qu'à domicile. Les facteurs de risques (FdR) identifiés sont médicaux et médicamenteux. Parmi les FdR médicamenteux, les benzodiazépines sont les plus retrouvées. L'objectif est d'étudier les FdR de chutes des sujets âgés hospitalisés dans notre établissement afin de dégager des axes d'amélioration pour leur prise en charge. **Méthodes :** L'étude est descriptive, rétrospective et monocentrique. Elle concerne les sujets âgés de plus de 75 ans, ayant chuté pendant leur séjour hospitalier, hors service de gériatrie, entre le 01/01/2016 et le 30/06/2016. Les données recueillies pour chaque patient sont : service d'accueil, données démographiques, biologiques, présence de FdR (autonomie, antécédents médicaux, molécules prescrites et/ou administrées). Parmi ceux identifiés par la Société Française de Gériatrie et Gerontologie et la Haute Autorité de Santé, 18 FdR médicaux de chutes ont été retenus: 13 FdR prédisposants et 5 FdR précipitants. Une revue de la littérature a identifié 19 classes Anatomiques Thérapeutiques et Chimiques (ATC) à risque de chute. **Résultats :** Sur la période de l'étude, 44 patients ont chuté. L'âge moyen est de 84,3 ans et le sex-ratio hommes/femmes de 0,91. Plus d'1/3 des patients ont chuté dans des services de chirurgie: majoritairement en Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (CTCV) (16 %, n = 7), Chirurgie viscérale (12 %, n = 5). Deux tiers des chuteurs ont besoin d'une aide pour les activités simples de la vie quotidienne: CTCV (86 %, n = 6), Maladies infectieuses (57 %, n = 4). Six patients n'ont aucun FdR médical, 32 en ont 2 ou plus. Les plus représentés sont des pathologies du système nerveux central (SNC): syndrome parkinsonien (88,6 %), syndrome dépressif (34,1 %), déclin cognitif (27,3 %). Le manque de données est de 28 %. Au moment de la chute, 520 médicaments étaient prescrits soit en moyenne 12 médicaments par patient (minimum 4 ; maximum 34). La polymédication (> 4 médicaments) concerne 95,4 % des patients (n = 42). Chez 75% des patients, au moins 2 classes ATC à risque sont prescrites. Près de ¾ ont été administrés dans les 24 heures précédant la chute. Plus de la moitié des molécules prescrites appartiennent à 5 classes ATC : diurétiques (15 %), inhibiteurs calciques (10 %), antidépresseurs (10%), antidiabétiques (10%), inhibiteurs de l'enzyme de conversion (9%). Quatre classes ATC à risque n'ont pas été retrouvées : anti-arythmiques de classe I, anti-inflammatoires non stéroïdiens, dérivés nitrés, antihypertenseurs d'action centrale. **Conclusion :** Les FdR médicaux les plus représentés sont les pathologies du SNC. Le manque de données médicales témoigne d'une évaluation gériatrique incomplète et non standardisée dans les services étudiés. Cela rappelle l'importance d'une équipe mobile gériatrique et d'une évaluation des patients hospitalisés hors gériatrie. Les médicaments sont un FdR sur lequel il est possible d'agir pour prévenir les chutes. Or ¾ des patients ont au moins 2 FdR médicamenteux. Chez ceux-ci, 72% ont été administrés. Les médicaments jouent donc un rôle dans les chutes. Les classes ATC les plus incriminées sont à visée cardiovasculaire. Les benzodiazépines et apparentés n'arrivent qu'en 7ème position des médicaments les plus prescrits (6 %). Une évaluation gériatrique

systématique et standardisée est nécessaire afin d'identifier, dès l'entrée, les patients à risque et de réévaluer les prescriptions médicamenteuses en collaboration avec la pharmacie.

**A1-02-06****Intérêt de la prise en charge des chutes chez la personne âgée**

D. Tavernier (1) ; F. Schuler (1) ; J. Mocellin (1) ; S. Dournier (1); C. Gaudier (1)

(1) Espace Gériatrique du Léman, Hôpitaux du Léman, Thonon-les-Bains

**Introduction :** La chute de la personne âgée et bien trop souvent négligée par le grand public, voire banalisée si celle-ci est non traumatique. Pourtant bon nombre de personnes voient leur vie complètement modifiée suite à une chute. Inconsciemment, un certain nombre d'activités sont arrêtées, ou réalisées avec un accompagnement et ce de façon insidieuse. **Méthodes :** La chute devrait être un signal d'alarme, le signe d'une rupture de l'équilibre devenu trop précaire. En effet, la chute doit toujours amener à une consultation médicale, car hors le caractère traumatique, le caractère physiologique doit être revu entièrement, ainsi que sensoriel, psychologique et cognitif, voire iatrogénique. La chute est le témoin d'un problème, d'une fragilité: - sur le plan médical: problème cardiaque, neurologique, métabolique; - sur le plan sensoriel: trouble de la vue, de l'audition, de l'équilibre - sur le plan cognitif: trouble de la marche, de l'équilibre, de l'attention; - sur le plan urinaire: l'incontinence ou la nycturie; - sur le plan nutritionnel: la perte de poids, la malnutrition; - sur le plan social: la solitude, l'isolement, les problèmes financiers. Il est important de prendre en charge ce ou ces problèmes avant qu'une nouvelle chute soit dramatique, de toute façon le cours de la vie va dorénavant être modifié. **Résultats :** Nous avons créé une Unité de Semaine où nous hospitalisons les personnes âgées pour un bilan gériatrique complet, dont le bilan de chute. La personne âgée qui est accueillie aux urgences pour une chute et qui ne présente pas de problème aigu est invitée à prendre rendez-vous pour un bilan de chute dans notre Unité. Une sorte d'ETP a été mise en place, et le patient sera pris en charge simultanément; - sur le plan médical, avec un examen complet avec si besoin un bilan cardiologique, diabétique, neurologique, radiographique; - sur le plan iatrogénique, à la recherche d'effets secondaires de médicaments; - sur le plan nutritionnel, avec bilan biologique, évaluation de la nutrition, mastication, déglutition; - sur le plan moteur, avec un bilan kinésithérapique, et apprentissage des règles de sécurité et un bilan ergothérapique pour mettre en oeuvre des solutions pratiques afin d'assurer une plus grande sécurité; - sur le plan psychologique, afin de mettre en évidence un syndrome post-chute ou un trouble anxio-dépressif débutant, ou des troubles cognitifs plus ou moins invalidants; - sur le plan hygiénique, gestion d'une incontinence ...; - enfin sur le plan social, étude des conditions de vie sociale, financière, relationnelle ainsi que des aides possibles pouvant être mises en place. **Conclusion :** La prise en charge systématique des chutes avant qu'elles ne deviennent dramatiques est une priorité pour nous, afin de maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible à domicile. Nous proposons une prise en charge globale sous forme d'ETP en Hospitalisation de semaine, et ensuite un suivi à 3 mois et à 6 mois en Evaluation de Jour. Le repérage de fragilités est important et pour en faire prendre conscience aux différents aidants familiaux, pour pouvoir initier la mise en place d'aides humaines, techniques, ou financières.... La vie de la personne âgée sera de tout façon modifiée voire chamboulée après une chute, et le syndrome post-chute est bien trop souvent

sous estimé. C'est bien souvent le mode d'entrée dans la filière gériatrique, et la prise de conscience de la précarité de certaines situations.

#### A1-02-07

##### **Détermination de stimulations physiques appliquées sur des patients âgés en fonction de leur niveau de fragilité : étude de cohorte**

R. Simon (1) ; C. Annweiler (1) ; J. Gautier (1) ; M. Beaudenon (1) ; C. Delaveau (2) ; F. Noublanche (1)

(1) *Gériatrie, C.H.U - CHU Angers, Angers*; (2) *Direction des soins, C.H.U - CHU Angers, Angers*

**Introduction :** L'hospitalisation peut être source de dépendance nosocomiale chez les seniors. L'objectif de notre étude Activité physique et prévention de la chute du patient âgé hospitalisé en court séjour (AGIR) était d'évaluer l'applicabilité d'une stimulation physique simple chez des patients gériatriques en fonction de leur risque de chute (léger, modéré, élevé). **Méthodes :** Étude d'intervention, prospective, monocentrique, testant l'applicabilité de 3 exercices de difficulté croissante : - hors du lit, - debout devant une chaise, - relever de chaise. Cette intervention est réalisée chez des patients de 75 ans et plus admis en court séjour gériatrique au CHU d'Angers entre le 16/03/2015 et 23/06/2016. **Résultats :** 266 patients (86,7±5,6ans ; 67,9% de femmes ; 28,2% à risque faible de chute, 39,5% à risque modéré, 32,3% à risque élevé) ont été inclus. Ci-dessous est indiqué les taux de réalisation des ateliers quotidiens de stimulation physique par type d'exercice : - 85,3% des participants ont réalisé les exercices "hors du lit (P=0,282 pour la comparaison inter-groupes), - 66,6% ont réalisé les exercices "devant la chaise" (69,8% en cas de risque faible, 67,4% en cas de risque modéré, 63,9% en cas de risque élevé, P=0,029), - 65,6% ont réalisé les exercices de "relever de chaise" (68,7% en cas de risque faible, 67,3% en cas de risque modéré, 62,2% en cas de risque élevé, P=0,014). La performance au test du relever de chaises 5 fois de suite était améliorée uniquement dans le groupe à risque faible de chute (28,0±12,2sec après le programme contre 45,1±39,9sec avant, P=0,057). **Conclusion :** Tous les patients, quel que soit leur risque de chute, étaient capables de réaliser l'exercice "hors du lit". Seuls les patients à risque léger et modéré ont effectué l'exercice "devant la chaise". Enfin les patients à risque léger sont les seuls à avoir un bénéfice du "relever de chaise". Désormais il serait intéressant de réaliser une étude interventionnelle randomisée et contrôlée afin d'évaluer le bénéfice d'une telle stimulation.

#### A1-02-08

##### **Savoir répéter les EMG pour diagnostiquer la sclérose latérale amyotrophique du sujet âgé**

C. De Villelongue (1) ; T. Lenglet (2) ; K. Viala (3) ; F. Le Forestier (4) ; O. Drunat (5) ; V. Fossey Diaz (6)

(1) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris*; (2) *Département de neurophysiologie clinique, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris*; (3) *Département de neurophysiologie clinique, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris*; (4) *Pôle maladie du système nerveux, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris*; (5) *Service de psycho-gériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris*; (6) *gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris*

**Introduction :** L'incidence de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) est de 2/100 000 personnes-années avec un pic selon les

auteurs entre 70 et 80 ou 58 et 63ans. Les présentations cliniques sont diverses associant des signes d'atteinte du motoneurone central et du motoneurone périphérique. L'électromyogramme est une étape clé du diagnostic à l'aide des critères d'Awaji-Shima : potentiels de fasciculation et de fibrillation illustrant la dénervation active. La SLA peut être associée à la démence fronto-temporale. En particulier certains de ces malades portent la mutation du gène C9ORF72 entraînant une protéine TDP-43 anormale à l'origine d'inclusions neuronales et de neurites dystrophiques responsables du tableau cognitif et moteur. **Méthodes :** Nous rapportons un cas de SLA associée à une démence fronto-temporale diagnostiquée après plusieurs EMG. **Résultats :** Une patiente de 77ans est hospitalisée en gériatrie aiguë pour chutes à répétition. Elle est mariée, a un fils atteint d'une pathologie psychiatrique inconnue. Elle marche difficilement avec un déambulateur. Ses antécédents comportent une psychose suivie pendant 20 ans sous Alprazolam, des troubles cognitifs évoluant depuis 5 ans, et une fracture fibulaire. Ses parents sont décédés vers 65ans, son père de cause « psychiatrique ». Elle a 8 frères et sœurs. Depuis 6 mois, la patiente présente des difficultés à la marche, refuse parfois de s'alimenter ou de se lever. L'examen révèle une amyotrophie et un déficit moteur proximal à 3/5 aux membres inférieurs, sans signe de Babinski ni Hoffman. L'examen sensitif et les réflexes tendineux sont normaux. Il n'y a pas de syndrome bulbaire, de fasciculations, de myalgies ou d'hypoxie. On note un discret grasping, des comportements d'imitation, et une indifférence psychoaffective. Le MMS est à 22/30, le Dubois à 4/10. La biologie est normale (CPK, TSH, créatinine...). L'IRM cérébrale retrouve une atrophie temporale gauche marquée. Un premier EMG retrouve une neuropathie motrice pure d'allure axonale touchant les 4 membres sans signe de dénervation active. Une IRM élimine une compression médullaire. La marche reste possible mais de façon fluctuante. La patiente est réadmise 2 mois plus tard devant une aggravation du déficit moteur aux membres inférieurs et une apparition d'un déficit moteur aux membres supérieurs. Le reste de l'examen est inchangé. La patiente bénéficie d'un nouvel EMG en centre de référence SLA retrouvant des signes de dénervation active diffus aux 4 membres sans atteinte des sterno-cléido-mastoïdiens ou de la langue. Le diagnostic de SLA est confirmé et du riluzole est débuté. Du fait d'une possible démence fronto-temporale (DFT) associée et de l'existence de troubles psychiatriques chez son fils une recherche de la mutation C9ORF72 est programmée. Mme A. est admise en USLD géronto-psychiatrique du fait d'un maintien à domicile impossible permettant ainsi une prise en charge multidisciplinaire nutritionnelle et kinésithérapique. **Conclusion :** Lors d'une suspicion de SLA chez le sujet âgé, les patients doivent être orientés vers un centre de référence pour étayer le diagnostic grâce à un électromyogramme, examen long, minutieux et opérateur-dépendant. L'atteinte du motoneurone périphérique est confirmée à l'étage lombaire et cervical si les anomalies sont identifiées sur au moins 2 muscles d'innervations radiculaires et tronculaires différentes, et sur un seul muscle dans les aires thoracique et bulbaire. Il importe de dépister la mutation C9ORF72, de transmission essentiellement autosomique dominante. Celle-ci est responsable de la grande majorité des cas héréditaires de DFT, de SLA et d'association DFT-SLA. La prévalence des symptômes psychiatriques est plus élevée chez les patients porteurs de la mutation que chez les patients atteints de DFT sporadique.

**A1-02-09****Hypoxémie nocturne et complications intra-hospitalières chez les patients hospitalisés en orthogériatrie en post opératoire d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur**

L. Dourthe (1) ; L. Zerah (2) ; H. Vallet (3) ; A. Gioanni (4) ; A. Meziere (5) ; R. Haddad (6) ; M. Doulazmi (7) ; J. Cohen-Bittan (3) ; J. Boddaert (8) ; K. Kinugawa (9)

(1) *Upog, APHP et Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, Paris*; (2) *Gériatrie, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris*; (3) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (4) *Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (5) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*; (6) *Unité péri opératoire gériatrique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (7) *Cnrs umr 8256 biological adaptation and aging, Université Pierre et Marie Curie, Paris*; (8) *Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*; (9) *Unité d'explorations fonctionnelles du sujet âgé, Hôpital Charles Foix, GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix- APHP, Ivry-sur-Seine*

**Introduction :** Le syndrome confusionnel est une complication fréquente chez le sujet âgé en post opératoire d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF). L'hypoxémie post opératoire est associée à la survenue d'un syndrome confusionnel mais non étudiée spécifiquement chez le sujet âgé. Nous avons fait l'hypothèse que l'hypoxémie nocturne en post opératoire d'une FESF est associée à la survenue de complications intra hospitalières. **Méthodes :** Nous avons enregistré via un oxymètre pulsé en continu la saturation nocturne en oxygène (SpO2) des patients hospitalisés en unité d'orthogériatrie en post opératoire d'une FESF durant une nuit (maximum 16 heures). Les complications hospitalières ont été recueillies pour tous les patients. **Résultats :** 46 patients de 86±5,8 ans d'âge moyen, enregistrés pendant 850,6±669 min (14hrs) en moyenne ont été inclus dans l'analyse. 26 patients ont présenté une hypoxémie post-opératoire sévère (temps passé avec une SpO2<90% supérieur à 20%) avec une SpO2 moyenne à 88,3±7,0% contre 20 patients avec une SpO2 en moyenne à 93,9±2,3% (p=0,0001). Les patients des 2 groupes ne différaient pas en termes de caractéristiques cliniques et d'antécédents, de durée moyenne du séjour, de temps moyen d'enregistrement par oxymétrie et de traitement par morphine, benzodiazépines ou hypnotiques. Les patients hypoxémiques souffraient plus de BPCO de façon significative (19% vs 0%; p=0,038), et étaient plus traités par diurétiques et IEC/Sartan. Concernant les complications intra hospitalières, le syndrome confusionnel était plus fréquent chez les patients hypoxémiques (46% vs 15%; p=0,025), mais les chutes, les troubles de déglutition, les pneumopathies d'inhalation, les infections, les décompensations cardiaques, les syndromes coronariens aigus, les anémies et les transfusions ne différaient pas entre les 2 groupes. **Conclusion :** Dans cette étude préliminaire menée chez des patients âgés admis en orthogériatrie en post opératoire d'une FESF, l'hypoxémie en post opératoire d'une FESF est associée à la survenue d'un syndrome confusionnel. Nous poursuivons les inclusions et un essai clinique testant le bénéfice de l'oxygénothérapie dans la prévention du syndrome confusionnel est en perspective.

**A1-02-10****Comparaison de l'utilisation du clou PFNA cimenté versus clou Gamma III dans la prise en charge des fractures fémorales pertrochantériennes chez les patients âgés**

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

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

**Introduction :** L'enjeu principal de la chirurgie des fractures fémorales pertrochantériennes est une ostéosynthèse permettant un appui complet immédiat en minimisant les risques de démontage (balayage de la vis cervico céphalique) conduisant à une reprise chirurgicale lourde chez des patients âgés comorbides. La cimentation de la vis cervico-céphalique du clou anti-rotatoire (clou PFNA cimenté) est une nouvelle technique de fixation interne. Nous avons fait l'hypothèse que cette nouvelle technique était associée à une réduction de la survenue d'un démontage. **Méthodes :** Tous les patients de plus de 70 ans admis pour une fracture fémorale pertrochantérienne à la Pitié Salpêtrière de 2009 à 2016 ont été inclus. Les données cliniques et biologiques ont été collectées de façon prospective avec un suivi de 6 mois. Nous avons comparé les patients traités par clou PFNA cimenté (groupe PFNA cimenté) et les patients traités par clou Gamma III (groupe clou Gamma). Le critère de jugement principal était la survenue d'un balayage de la vis céphalique. Le critère de jugement secondaire était la mortalité à 6 mois. **Résultats :** Etude rétrospective monocentrique ayant inclus 271 patients : 57 dans le groupe PFNA cimenté et 214 dans le groupe clou Gamma. Les deux groupes étaient comparables pour l'âge, le sexe et les comorbidités. Un balayage de la vis latérale est survenu chez 1 patient dans le groupe PFNA cimenté et chez 12 patients dans le groupe clou Gamma (1,7% vs 5,6% avec p = 0,389). Aucune complication liée à la cimentation n'a été observée. **Conclusion :** Nous n'avons pas observé de différence significative concernant la survenue d'un déplacement de matériel. D'autres études sont nécessaires pour déterminer l'intérêt de la cimentation de la vis cervico-céphalique.

**A1-02-11****Evaluation de la morbi-mortalité à 3 mois post chirurgie d'une fracture du col du fémur chez les patients de plus de 75 ans en Orthogériatrie versus Orthopédie**

C. Couderieux (1) ; A. Caupenne (2) ; T. Free (3) ; P. Auxire (2) ; ML. Bureau (2) ; LE. Gayet (4) ; F. Seite (2) ; M. Paccalin (2)

(1) *Gériatrie, C.H. de Royan, Vaux-sur-Mer*; (2) *Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers*; (3) *Urgences, C.H. d'Angoulême, Angoulême*; (4) *Chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU de Poitiers, Poitiers*

**Introduction :** En Septembre 2015, six lits d'Orthogériatrie ont été créés au CHU de Poitiers. L'objectif de notre étude était l'évaluation de la mortalité à trois mois d'une chirurgie d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) des patients

de plus de 75 ans après hospitalisation en Orthogériatrie versus Orthopédie-Traumatologie. **Méthodes** : Etude monocentrique observationnelle. Tous les patients de plus de 75 ans se présentant aux urgences du CHU pour FESF avec décision d'un traitement chirurgical ont été inclus. L'objectif principal était la mortalité à 3 mois. Les objectifs secondaires correspondaient au délai de prise en charge chirurgicale, au changement du lieu de vie et à l'existence d'une nouvelle fracture ou d'une réhospitalisation sur un suivi de 3 mois. **Résultats** : Du 15/09/2015 au 30/04/2016, 152 patients ont été inclus : 76 dans chaque groupe. Les 2 groupes étaient comparables en termes d'âge, de sex-ratio, de comorbidités et de polymédication. Sur l'ensemble des patients, la mortalité à 3 mois était de 13,82%, sans différence significative entre les 2 groupes (15,79 % en Orthopédie-Traumatologie et 11,84% en Orthogériatrie,  $p=0,48$ ). Le délai de prise en charge chirurgicale était de 0,85 jours pour les patients admis en Orthogériatrie et de 2,01 jours pour ceux admis en Orthopédie ( $p=0,009$ ). Seulement 13,16% des patients ont été opérés à plus de 48 heures de leur arrivée aux Urgences. Il n'y avait pas de différence significative concernant l'évolution du lieu de vie, l'existence d'une nouvelle fracture ou d'une réhospitalisation au cours du suivi. **Conclusion** : Notre étude montrait que le taux de mortalité à 3 mois est identique dans les 2 groupes. Le profil des patients admis en Orthogériatrie est identique à celui des patients admis en Orthopédie.

#### A1-02-12

##### **Hydrocéphalie à pression normale : un diagnostic qui reste très rentable**

S. Makdessi (1) ; A. Monti (1) ; I. Huang (1) ; H. Le Petitcorps (1) ; E. Pautas (1)

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

**Introduction** : L'hydrocéphalie à pression normale (HPN) idiopathique correspond à une dilatation des 4 ventricles cérébraux. Elle s'exprime le plus souvent par la triade d'Adam et Akim : troubles cognitifs (à type de troubles attentionnels), troubles de la marche (marche à petit pas) et troubles urinaires. Nous rapportons un cas clinique typique par son iconographie et par son évolution. **Méthodes** : cas clinique et iconographie. **Résultats** : Patiente de 75 ans, hospitalisée en gériatrie aiguë après une cimentoplastie sur fracture vertébrale secondaire à une chute. Ses antécédents se limitent à une dilatation des bronches et une ostéoporose fracturaire. Elle présente des troubles de la marche pour lesquels elle est suivie tous les 6 mois par un rhumatologue et des troubles cognitifs débutants non explorés évoluant depuis plusieurs mois. A son arrivée, la patiente présente une marche à petit pas avec élargissement du polygone de sustentation dans un contexte de chutes à répétition, des troubles mnésiques sévères avec amnésie antérograde et des troubles mictionnels à type de pollakiurie. Le scanner cérébral sans injection retrouve une nette dilatation quadrivericulaire ainsi qu'une résorption transpéndice. Une ponction lombaire (PL) évacuatrice est réalisée avec des tests de marche et des tests cognitifs simples avant et après le geste. Dès le lendemain de la PL une amélioration franche est objectivée sur le plan locomoteur (même distance de marche parcourue passant de 95 à 20 secondes) et une légère amélioration sur le plan cognitif est plus difficile à interpréter (MMSE pré- et post-PL stable à 18/30 ; BREF pré-PL 12/30 et post-PL 18/30) mais la patiente dit "se sentir sortie d'un brouillard". La patiente rentre au domicile avec mise en place d'aides et organisation d'un suivi régulier pour envisager une

autre PL et une dérivation en cas de récurrence de la symptomatologie et d'une nouvelle efficacité spectaculaire de celle-ci. **Conclusion** : Ce cas clinique typique nous permet de faire un point sur l'HPN, pathologie rare, avec une symptomatologie aspécifique et insidieuse. Elle doit être systématiquement évoquée devant un trouble de la marche d'évolution progressive. En effet, son diagnostic est relativement simple, même s'il est parfois difficile de l'affirmer, et la thérapeutique est accessible avec un réel bénéfice sur le plan locomoteur voire neuro-cognitif dans les formes typiques.

#### A1-02-13

##### **Intérêt d'un processus d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse lors de l'admission d'un patient chuteur dans un service de gériatrie**

L. Painchart (1) ; B. Dectot (1) ; F. Visade (2) ; C. Delecluse (2) ; A. Lefebvre (1) ; E. Floret (1)

(1) *Pharmacie, Hôpital Saint Philibert, Lomme*; (2) *Court séjour gériatrique, Hôpital Saint Philibert, Lomme*

**Introduction** : Un processus d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse est appliqué dans les services de gériatrie de notre établissement depuis novembre 2014. Il comprend une conciliation médicamenteuse d'entrée, une revue des traitements en réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse (RCPM) et une conciliation médicamenteuse de sortie. Les patients sont inclus dans ce processus selon certains critères (polymédication, iatrogénie médicamenteuse...). La chute du sujet âgé est un problème majeur de santé publique (morbi-mortalité élevée, perte d'indépendance et d'autonomie). L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt d'inclure systématiquement le patient chuteur admis en service de gériatrie dans ce processus afin d'identifier d'éventuelles causes iatrogènes de sa chute. **Méthodes** : Il s'agit d'une étude descriptive prospective. Tous les patients entrant dans les services de gériatrie du 01/07/16 au 31/08/16 pour motif de chute ont été intégrés dans ce processus. Une analyse des courriers de sortie de chacun des dossiers vus en RCPM a été réalisée. Seules des statistiques descriptives ont été effectuées. **Résultats** : 43 patients ont été inclus (âge moyen 86,9ans). Tous les patients ont été conciliés à l'entrée, 40 patients ont été vus en RCPM (93%) et 30 patients ont été conciliés à la sortie d'hospitalisation (69,8%). Au moins un médicament a été identifié comme facteur précipitant de l'épisode de chute du patient lors de la RCPM pour 26 patients (65%). Concernant les facteurs iatrogéniques de la chute identifiés en RCPM, 17 patients (42,5%) prenaient au moins un médicament du système cardiovasculaire à risque, 8 patients (20%) prenaient au moins un psychotrope et 5 patients (12,5%) prenaient au moins un médicament hypoglycémiant à risque. L'analyse des courriers de sortie a révélé que toutes les modifications thérapeutiques effectuées lors de la RCPM sur ces médicaments à risque étaient bien reportées sur la synthèse du traitement de sortie à destination du médecin généraliste. Par contre, la cause de l'arrêt ou de la modification thérapeutique n'était pas précisée dans 14 courriers de sortie concernés (53,8%). **Conclusion** : Les résultats de cette étude soulignent l'intérêt d'appliquer ce processus d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse chez les patients admis pour motif de chute. La conciliation médicamenteuse d'entrée assure le recueil de l'exhaustivité du traitement médicamenteux au domicile. La RCPM identifie le caractère éventuellement iatrogène de la chute. La conciliation médicamenteuse de sortie permet d'informer le patient, le médecin généraliste et le pharmacien officinal de l'état du traitement médicamenteux de sortie en insistant sur les

médicaments potentiellement à l'origine de la chute. Le manque de justification des modifications thérapeutiques mis en évidence dans les courriers de sortie peut engendrer un risque de renouvellement lors de la sortie d'hospitalisation. Un travail pluridisciplinaire ville-hôpital est en cours afin d'optimiser les comptes rendus de RCPM pour qu'ils soient fidèles aux attentes et besoins des professionnels de santé hospitaliers et libéraux prenant en charge le patient.

#### A1-02-14

##### **Facteurs pronostiques de récupération fonctionnelle post fracture de l'extrémité supérieure du fémur en Orthogériatrie**

T. Free (1) ; A. Caupenne (2) ; C. Couderieux (3) ; E. Hu (4) ; AS. Delelis-Fanien (2) ; LE. Gayet (5) ; F. Seite (2) ; M. Paccalin (2)

(1) Urgences, C.H. d'Angoulême, Angoulême; (2) Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers; (3) Gériatrie, C.H. de Royan, Vaux-sur-Mer; (4) Pôle biologie pharmacie santé publique, CHU de Poitiers, Poitiers; (5) Chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU de Poitiers, Poitiers

**Introduction :** La fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) a un impact considérable sur l'autonomie. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'évolution du statut fonctionnel à 45 jours d'une FESF. L'objectif secondaire était de déterminer les facteurs pronostiques influençant la récupération fonctionnelle afin d'identifier les patients les plus à risque de dépendance. **Méthodes :** Etude monocentrique observationnelle réalisée au sein du service d'Orthogériatrie du CHU de Poitiers. Les caractéristiques sociodémographiques, médicales, d'autonomie et de comorbidités étaient recueillies. L'aptitude à la marche était évaluée en période préfracturaire et réévaluée à 45 jours de la fracture par le score de Parker (de 0 à 9, 0 = grabataire). Les patients immobiles avant la fracture étaient exclus. Un modèle de régression linéaire était utilisé pour déterminer les facteurs pronostiques de récupération fonctionnelle. **Résultats :** Entre janvier et mai 2016, 52 patients (75 % de femmes, âge moyen 86 ans) ont été inclus. Le score moyen de Parker évoluait de  $5 \pm 2,2$  en pré-fracturaire à  $3 \pm 1,9$  à J45. Les patients qui conservaient une aptitude à sortir de leur domicile et ceux qui étaient aptes à faire les courses à J45 avaient un score de Parker pré-fracturaire significativement plus élevé (respectivement  $p < 0,0001$  et  $p < 0,03$ ). En analyse multivariée, les facteurs associés à la moindre récupération fonctionnelle à J45 étaient : la polymédication ( $p < 0,003$ ), un antécédent fracturaire ( $p < 0,01$ ) et une fracture pertrochanterienne ( $p < 0,02$ ). **Conclusion :** Le score de Parker décroît de façon significative 45 jours après une FESF. Le statut fonctionnel pré-fracturaire évalué à l'aide du score de Parker apparaît comme un critère pronostique de récupération fonctionnelle à 45 jours.

#### A1-02-15

##### **Association entre paramètres du sommeil mesurés par actigraphie et retour à la marche antérieure après fracture de l'extrémité supérieure du fémur**

R. Haddad (1) ; J. Cohen Bittan (2) ; C. Chalfine (2) ; L. Dourthe (2) ; H. Vallet (3) ; L. Zerah (2) ; A. Gioanni (2) ; M. Verny (2) ; A. Meziere (4) ; K. Kinugawa (5) ; J. Boddaert (2)

(1) Rééducation neurologique, Hôpital Rothschild (AP-HP), Paris; (2) Unité péri-opératoire gériatrique, service de gériatrie, dhu fast, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris; (3) Upog, APHP et Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, Paris; (4) Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine; (5) Unité d'explorations fonctionnelles du sujet âgé, Hôpital Charles Foix, GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix- APHP, Ivry-sur-Seine

**Introduction :** Plusieurs études ont montré une association entre troubles du sommeil et sarcopénie, fonction cognitive, humeur et mortalité, et ce plus particulièrement chez le sujet âgé avec fracture ostéoporotique. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'association entre des paramètres objectifs du sommeil et la récupération des capacités de marche dans une unité de soins péri-opératoire, après une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. **Méthodes :** Tous les patients admis dans une unité dédiée de soins péri-opératoire gériatrique (UPOG) dans les 3 jours suivant une chirurgie de fracture de l'extrémité supérieure du fémur et pour lesquels une actigraphie au poignet a été réalisée ont été inclus. L'actigraphie a été utilisée pour enregistrer les paramètres du sommeil, en particulier le temps total de sommeil, la durée de sommeil diurne et nocturne et un paramètre du cycle veille-sommeil, le rythme circadien, qui correspond à la relation entre activité diurne et nocturne. Les données démographiques et médicales ont également été collectées de façon prospective et en particulier si les patients avaient une limitation de la marche avant la fracture. **Résultats :** De juin 2015 à mars 2017, 133 patients ont été inclus (âge moyen  $87 \pm 6$  ans ; 17.3% d'hommes, 39% de démence, CIRS moyen  $10 \pm 4$ , limitation de la marche antérieure dans 65% des cas). A la sortie d'UPOG, 68% des patients avaient récupéré leur capacité de marche antérieure (95.4% des patients avec une limitation de la marche, 15.2% des patients indépendants pour la marche). Chez les patients avec handicap à la marche antérieure, la récupération était inversement associée à la durée de sommeil diurne ( $p = 0.047$ ), et positivement associée au rythme circadien ( $p = 0.002$ ) et à l'activité nocturne ( $p < 0.001$ ). Aucune association significative n'a été retrouvée pour les patients indépendants pour la marche. **Conclusion :** Chez les patients âgés avec fracture de l'extrémité supérieure du fémur pris en charge en UPOG, la récupération des capacités de marche antérieures à la sortie de l'unité est associée à la durée de sommeil diurne et à l'activité physique mesurée par l'actigraphie à l'admission.

**A1-02-16****Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'ostéoporose chez le sujet âgé chuteur hospitalisé en court séjour gériatrique**

R. Esser (1) ; G. Bouchon (1) ; A. Obrastzova (1) ; G. Laport (1) ; S. Chami (1) ; D. Crabot (1) ; M. Laurent (2) ; E. Paillaud (2)

(1) Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri-Mondor (AP-HP), Créteil Cedex; (2) Upec, dhu a-tvb, imrb, ea 7376 cepia (clinical epidemiology and ageing unit), créteil, f-94000, Hôpital Henri-Mondor (AP-HP), Département de médecine interne et de gériatrie, Créteil Cedex; \*co auteurs: Remi Esser\*, Grégoire Bouchon\*, Marie Laurent\*, Elena Paillaud\*

**Introduction :** Les nouvelles recommandations (2012, 2016) étendent la recherche de l'ostéoporose aux patients âgés fragiles et chuteurs et insistent sur l'importance de réaliser des examens complémentaires chez les patients âgés avec fracture sévère (col fémoral, tassement vertébral...); Objectif : Etudier la prévalence de la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'ostéoporose chez les patients âgés chuteurs, dans un service de court séjour gériatrique. **Méthodes :** Etude transversale monocentrique, observationnelle et rétrospective incluant tous les patients âgés de 75 ans et plus, hospitalisés du 01/10/2016 au 28/02/2017 à l'hôpital Albert Chenevier à Créteil (exclusion des patients décédés ou avec un pronostic réservé). Ont été recueillis l'âge, le sexe, le lieu de vie, le motif d'hospitalisation, les comorbidités/ traitements, les facteurs de risque intrinsèques/extrinsèques de chute, les examens complémentaires à visée diagnostique d'ostéoporose et les traitements anti-ostéoporotiques initiés avant et au cours de l'hospitalisation. La population a été décrite par des moyennes ( $\pm$  1 écart-type) pour les variables quantitatives, et par des effectifs (%) pour les variables qualitatives. **Résultats :** Sur les 392 patients hospitalisés, 314 (80,1%) ont été inclus dans l'analyse. L'âge moyen était de 86,63  $\pm$  5,68 ans avec 201 femmes (64 %) et 288 (91,7%) vivant au domicile. Le nombre moyen de médicaments à l'entrée était de 8,14  $\pm$  3,59 avec  $\geq$  3 comorbidités pour 152 (48,7%) patients. Le motif d'hospitalisation était la chute pour 101 (32,16%) des patients, avec 298 (94,9 %) patients à risque de chute (test d'hypotension orthostatique positif pour 44, troubles de la marche pour 116, antécédent de chutes dans l'année pour 231). Seuls 8 patients avaient un traitement anti ostéoporotique à l'admission, alors que 85 (27,1%) avaient au moins une indication au traitement anti ostéoporotique, dont 60 pour un antécédent de fracture sévère lors d'une chute, 11 pour un traitement par corticothérapie au long cours, et 14 pour un traitement par hormonothérapie. Parmi les patients chuteurs sans antécédent de fracture sévère (n = 171), 39 (22,8 %) ont eu des examens à visée diagnostique (6 radiographies du rachis, 0 ostéodensitométrie, 33 dosages vitamino calcique complet). Parmi ceux ayant présenté une chute l'année précédente (n = 231), 53 (22,9 %) ont eu des examens à visée diagnostique, dont 44 un dosage vitamino calcique complet (83 %), 12 une radiographie du rachis (22,64 %), et 0 une ostéodensitométrie (0 %), 45 des patients chuteurs (19,5 %) étaient considérés comme ostéoporotiques par un antécédent de fracture sévère (23 fractures du col du fémur, 1 tassement vertébral, 5 fractures du bassin, 16 association d'au moins deux fractures sévères), 15 (25 %) ont été diagnostiqués comme ostéoporotiques lors de leur hospitalisation par la découverte d'une fracture vertébrale sur la radiographie de rachis. Deux des 45 chuteurs connus comme ostéoporotiques à l'entrée étaient traités, 1 par bisphosphonates (BP) et 1 par acide zolédronique. Parmi les patients chuteurs ostéoporotiques (n = 60), 40 ont reçu une supplémentation en vitamine D (66,67 %), 2 ont

reçu un traitement anti ostéoporotique au cours de l'hospitalisation (3,33%), 16 avaient sur leur compte rendu d'hospitalisation la mention de l'indication à un traitement anti ostéoporotique à introduire (26,7 %). Chez les patients chuteurs ostéoporotiques (n = 60), 9 (15 %) présentaient une contre-indication par insuffisance rénale sévère (clairance selon Cockcroft < 30 ml/min) à un traitement par BP. **Conclusion :** Les nouvelles recommandations sur la prise en charge de l'ostéoporose chez les patients âgés qu'elle soit diagnostique chez les chuteurs ou thérapeutique chez ceux avec fractures sévères ne semblent pas être appliquées en pratique quotidienne. Des études d'intervention avec un rappel de ces nouvelles recommandations semblent nécessaires dans les services de gériatrie dans lesquels la chute reste souvent le motif principal d'hospitalisation, ceci dans le but d'optimiser la prise en charge de ces patients.

**A1-02-17****Bilan clinique et paraclinique réalisé devant la chute d'un sujet âgé : analyse de pratiques au sein du service de gériatrie aigue de l'hôpital Saint Camille en 2015**

P. Lorriaux (1) ; M. Si Hocine (2)

(1) Gériatrie Aigue, Hôpital Saint-Camille, Bry-sur-Marne; (2) Médecine, Hôpital Saint-Camille, Bry-sur-Marne

**Introduction :** Les chutes sont une problématique ambulatoire et hospitalière quotidienne pour tout médecin s'occupant de patients âgés. Cette problématique tend à augmenter avec le vieillissement de la population. Les chutes entraînent une morbi-mortalité très importante tant somatique que psychologique ou sociale. Bien souvent il est impossible de faire la différence entre une simple chute et une syncope ayant entraîné la chute. A l'hôpital, les chutes sont souvent le motif de prescription de nombreux examens complémentaires qui semblent augmenter la durée de séjour sans pour autant modifier la prise en charge. La HAS a publié en partenariat avec la SFGG des recommandations concernant le bilan à réaliser en première intention devant une personne âgée qui chute : ECG, test d'hypotension orthostatique, NFS, ionogramme sanguin, dosage de la vitamine D, HbA1C et massage du sinus carotidien. L'objectif de notre étude était d'analyser quels sont les examens réalisés lors d'une hospitalisation pour bilan de chute, en comparaison aux recommandations de la HAS. **Méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective par analyse de dossier de tous les patients hospitalisés pour chute dans le service de gériatrie aigue de l'hôpital Saint Camille en 2015. Nous avons inclus 85 patients. Nous avons analysé les antécédents et les traitements, le mode de vie, les circonstances et les conséquences de la chute, les examens réalisés ainsi que le diagnostic retenu et le devenir à l'issue de l'hospitalisation. **Résultats :** Le résultat principal de notre étude est que 92,9% des patients ont réalisé plus d'examen que ne le préconise le bilan de première intention (71,8% des patients ont eu un scanner cérébral, 40% un holter ECG, 31,8% une échographie cardiaque, 22,4% une IRM cérébrale, 8,2% un EEG). Parmi ces examens, certains étaient réalisés sur un point d'appel de l'interrogatoire, de l'examen clinique ou de l'ECG. Aucun des examens non indiqués n'a modifié la prise en charge. Le test d'hypotension orthostatique n'a été réalisé que dans 60% des cas et le massage du sinus carotidien dans aucun cas. Les troubles de la marche ont été largement sous-évalués. A l'issue de cette hospitalisation pour chute 25,6% des patients ont dû rentrer en institution. **Conclusion :** La majorité des patients âgés hospitalisés pour chute se voient prescrire des examens complémentaires non

indiqués, coûteux et longs à obtenir, augmentant ainsi la durée de séjour et de la même manière la morbidité de l'hospitalisation chez ses sujets fragiles. Les recommandations concernant la prise en charge des chutes du sujet âgé n'ont pas l'adhésion des médecins qui continuent de réaliser des examens non nécessaires. La probable crainte des médecins de passer à côté d'un diagnostic important pourrait être palliée par une plus grande communication sur l'absence de bénéfice à la réalisation de ces examens coûteux et qui augmentent la durée d'hospitalisation.

#### A1-02-18

##### **Bénéfices sur l'équilibre de la personne âgée d'associer la wii balance board à la rééducation en SSR gérontologique**

J. Verrier (1) ; E. Karoubi (1) ; R. Artico (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP), Villejuif*

**Introduction :** Nous avons étudié l'intérêt de remplacer deux séances de kinésithérapie par deux séances sur Wii Balance Board® (WBB). Le but de cette étude était d'examiner les effets de ce changement sur l'équilibre des patients chuteurs hospitalisés. **Méthodes :** 21 patients chuteurs ont été divisés au hasard dans deux groupes, ils ont fait quatre séances de rééducation de l'équilibre de 30 minutes par semaine durant six semaines. Le groupe Wii (n = 11) a effectué deux sessions de WBB et deux séances de kinésithérapie tandis que le groupe contrôle (n = 10) a effectué uniquement des séances de kinésithérapie. Les participants ont été évalués toutes les deux semaines avec le Timed Up and Go (TUG) et la Berg Balance Scale (BBS). **Résultats :** Le groupe CLA a amélioré son équilibre sur la BBS ( $p < 0,001$ ) et le TUG ( $p < 0,001$ ), alors que le groupe WII a amélioré son équilibre que sur la BBS ( $p < 0,001$ ). Notre principal résultat est que les deux groupes ont augmenté leur équilibre de manière équivalente, TUG ( $p = 0,097$ ) et BBS ( $p = 0,773$ ). **Résultats :** Le groupe CLA a amélioré son équilibre sur la BBS ( $p < 0,001$ ) et le TUG ( $p < 0,001$ ), alors que le groupe WII a amélioré son équilibre que sur la BBS ( $p < 0,001$ ). Notre principal résultat est que les deux groupes ont augmenté leur équilibre de manière équivalente, TUG ( $p = 0,097$ ) et BBS ( $p = 0,773$ ). **Conclusion :** Nous pouvons observer que la substitution de deux séances de rééducation par deux séances sur Exergame, n'a pas d'impact sur l'équilibre dans le groupe des patients WBB. Mais la WBB a montré une limitation dans son utilisation pour les patients souffrant de troubles cognitifs.

#### A1-02-19

##### **Protocole d'évaluation concernant l'utilisation de la réalité virtuelle immersive dans la rééducation du Syndrome Post chute**

B. Papadopoulo (1) ; M. Mary (1) ; Y. Gasmî (1) ; E. Karoubi (1) ; H. Rmadi (1) ; R. Artico (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP), Villejuif*

**Introduction :** La chute de la personne âgée est un événement fréquent en effet, 50 % des plus de 80 ans vivant à domicile chute au moins une fois par an. La chute peut avoir de graves complications qui peuvent aller de la simple contusion à une perte partielle ou totale de l'autonomie. Parmi les complications possibles, il y a le syndrome post-chute. Il se définit par l'apparition, dans les jours suivant une chute, d'une diminution des activités et de l'autonomie physiques, et d'une sidération des automatismes posturaux. On retrouve également des troubles psychomoteurs comme la rétroimpulsion, une peur de la chute majorée conduisant à

une perte d'autonomie motrice. Face à ces troubles la rééducation doit intervenir en urgence pour limiter la pérennisation de la dépendance qui en découle. Cette rééducation doit être adaptée aux troubles et donc comporter une composante motrice mais également psychologique. Depuis ses vingt dernières années, la Réalité Virtuelle (RV) a vu son intérêt grandir dans de nombreux domaines. Ses applications sont multiples, que ce soit dans les jeux vidéo, dans la formation, dans les domaines culturels et surtout dans le domaine médical. La thérapie virtuelle a montré une utilité comme outil de neuromodulation visuelle efficace pour étudier et influencer sur les paramètres psychomoteur. Nous avons étudié l'effet d'expositions à la réalité virtuelle immersive sur les manifestations cliniques du syndrome post-chute ainsi que la faisabilité et l'acceptabilité de cette exposition chez la personne âgée hospitalisée. **Méthodes :** Le protocole se déroule sur 3 jours pour chaque patient (n=7), à raison de 3 expositions à la RV dans la semaine. Notre critère d'évaluation principal est la rétroimpulsion évaluée par la Backward Disequilibrium Scale (BDS). Nos critères d'évaluation secondaires sont l'autonomie motrice évaluée par le test moteur minimum (TMM) ainsi que l'anxiété évaluée par le State Trait Anxiety inventory (STAI). **Résultats :** On constate une diminution significative de la rétroimpulsion ainsi qu'une amélioration significative de l'autonomie motrice, BDS et TMM ( $p < 0,05$ ). De plus, selon l'échelle STAI l'anxiété des patients n'a pas augmenté. **Conclusion :** Nous pouvons observer que l'utilisation de séance de RV a un impact positif sur les symptômes clinique du syndrome post chute. De plus, les expositions en RV semblent avoir été bien tolérées par les participants. Cependant ces résultats sont à nuancer au vu de notre petit nombre de participants.

#### A1-02-20

##### **Évaluation de l'activité musculaire chez les sujets jeunes et âgés en utilisant les données HD-sEMG et IMU- Résultats préliminaires-**

L. Imrani (1) ; S. Xeres (1) ; K. Lepetit (1) ; S. Boudaoud (1) ; K. Kinugawa (2) ; F. Marin (1)

(1) *Umr cnrs 7338, UTC : Université de Technologie de Compiègne - Centre Benjamin Franklin, Compiègne;* (2) *Unité d'explorations fonctionnelles du sujet âgé, Hôpital Charles Foix, GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix- APHP, Ivry-sur-Seine*

**Introduction :** L'objectif de cette étude est de caractériser les capacités motrices des jeunes par rapport aux sujets plus âgés en combinant une technique d'électromyographique récente, nommé HD-sEMG (électromyographie de surface à haute densité) et l'unité de mesure inertielle (IMU) pour estimer l'activation musculaire et l'efficacité du mouvement pendant le test du lever de chaise (STS). **Méthodes :** Douze sujets ont participé au test STS. Tous les sujets ont effectué un mouvement du lever de chaise 5 fois à un rythme spontané. L'activité musculaire a été quantifiée en utilisant des descripteurs spécifiques tels que le temps de contraction et l'intensité. Deux grilles de 8x8 HD-sEMG ont été placées sur les muscles fémoraux droit et gauche. Simultanément, l'accélération maximale du tronc obtenue par l'IMU pendant le test STS a été mesurée. Les résultats entre jeunes / âgées et hommes / femmes ont été comparés, la corrélation statistique a été calculée pour l'âge, le sexe et l'indice de masse corporelle (IMC) des sujets. **Résultats :** Sept d'entre eux étaient des sujets jeunes en bonne santé ( $25 \pm 5,7$  ans) et cinq étaient sujets âgés ( $80 \pm 7,8$  ans). Chez les personnes âgées, le score moyen nutritionnel (MNA) était de  $18 \pm 5,26$  et l'échelle d'autonomie (ADL) était à  $4,9 \pm 0,96$ . Les résultats ont



montré que le sexe n'a pas eu d'influence significative sur l'efficacité motrice dans le test STS. Cependant, les descripteurs HD-sEMG liés à l'activité musculaire, et l'accélération maximale du tronc sont discriminants avec l'âge ( $p < 0,001$ ). L'IMC a également un impact significatif sur des descripteurs spécifiques ( $P < 0,01$ ). **Conclusion:** Les résultats obtenus ont démontré le potentiel de la combinaison du traitement de données HD-SEMG et IMU pour l'évaluation des capacités motrices fonctionnelles. D'autres développements sont prometteurs pour l'évaluation du vieillissement moteur et de la sarcopénie pour la pratique clinique. Remerciements: Ce travail a bénéficié du soutien de l'Agence Nationale de Recherche ANR-11-IDEX-0004-02 sous Idex "Sorbonne Universités" dans les investissements pour le futur programme.

#### A1-02-21

##### **Hémorragie cérébrale retardée sous association d'anti-thrombotiques après un traumatisme crânien léger**

M. Gourdon (1) ; S. Turki (2) ; R. Mahamdia (1) ; CL. Peng (1) ; JL. Le Quintrec (3)

(1) Service de médecine gériatrique, AP-HP, Hôpital Sainte Péline, Paris; (2) Gérontologie 2, Hôpital Sainte-Périne, Paris; (3) Service de médecine gériatrique, AP-HP, Hôpital Sainte Péline, Paris

**Introduction :** Le traumatisme crânien (TC) génère une morbi-mortalité significative, en particulier chez le sujet âgé. Dans la population âgée, le recours aux anticoagulants est très fréquent et augmente le risque de saignement. Chez les patients sous anticoagulants, l'incidence des hémorragies retardées, après un traumatisme crânien léger (TCL) est estimée entre 0,6 et 6 %.

**Méthodes :** Nous rapportons le cas d'une patiente de 83 ans, autonome, hospitalisée en soins de suite et réadaptation (SSR) après une fracture de la rotule, secondaire à une chute. Parmi ses antécédents, un angor sous antiagrégant plaquettaire (AAP). Dix jours après son opération, une thrombose veineuse profonde soléaire du tiers moyen de la jambe droite est diagnostiquée. Un traitement par Héparine de Bas Poids Moléculaire est débuté, en maintenant les AAP. Le relais par anti-vitamine K (AVK) est débuté cinq jours après le diagnostic. Pendant ce relais, la patiente chute avec TC. L'examen clinique ne met pas en évidence de signe de localisation neurologique. Le score de Glasgow est à 15. Les AVK et l'AAP sont arrêtés. Le scanner cérébral effectué 3 heures après le TC est normal. Sept heures après le TC, la patiente s'aggrave : nausées, vertiges. Quatorze heures après la chute : vomissements, crise convulsive, ne mobilise pas les quatre membres et Babinski bilatéral. Un deuxième scanner cérébral (17 heures après la chute) objective un hématome frontal droit avec une inondation bi-ventriculaire. L'INR est à 1,17. La patiente est récusée pour une prise en charge neuro-chirurgicale. A son retour dans le service, la patiente est dans le coma et décède 48 heures après la chute. **Résultats :** Selon l'OMS, le TCL se définit par un TC avec un score de Glasgow de 13 à 15, une demi-heure après le choc et associant au moins l'un des critères suivants: confusion ou désorientation, perte de connaissance inférieure à 30 minutes, amnésie post-traumatique inférieure à 24 heures et/ou anomalie neurologique transitoire (déficit focal, épilepsie, lésion intracrânienne non chirurgicale). En 2012, la Société Française de Médecine d'Urgences a mis au point des recommandations concernant la prise en charge des TCL. L'examen recommandé pour la détection de lésions cérébrales aiguës lors des TC est le scanner cérébral. Il doit être réalisé au maximum dans les 8 heures. Chez les patients de plus de 65 ans et/ou qui présentent un trouble de la coagulation (anticoagulant, AAP,...), la réalisation du scanner

est indiquée. Chez les patients sous AVK, il doit être demandé immédiatement et réalisé au maximum dans l'heure suivant sa demande. Un dosage de l'INR doit être associé. L'association AAP et AVK multiplie le risque de saignement majeur. La raison principale de l'association AAP et AVK est une maladie coronaire associée à une maladie nécessitant une anticoagulation (fibrillation auriculaire, prothèse valvulaire cardiaque mécanique, événement thromboembolique d'autant qu'il est récent). L'équipe de Itshayek et al recommande la surveillance, pendant 24 à 48 heures, des patients âgés (>65 ans) sous anticoagulants ou AAP avec un scanner normal à l'arrivée. Swap et al recommandent eux aussi chez les patients avec un TCL sous anticoagulant, avec un scanner initial normal, une réévaluation dans les 24-48 heures mais également l'arrêt des AVK jusqu'à réévaluation clinique. Et enfin, Kaen et al recommandent une surveillance clinique sans réaliser de scanner systématique de contrôle, en l'absence de dégradation clinique. **Conclusion :** Les hémorragies retardées, suite à un TCL, sont rares. Il n'existe pas de consensus quant à la surveillance clinico-radiologique d'un patient âgé, sous anticoagulants, victime d'un TCL. Le cas que nous rapportons souligne ici la nécessité de l'élaboration d'un tel consensus.

#### A1-02-22

##### **Impact du passage de l'équipe mobile de gérontologie (EMG) en traumatologie sur la durée moyenne de séjour des patients de plus de 75 ans opérés d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF)**

F. Leborgne (1) ; FH. Brunshwig (2) ; C. Dahan (3) ; M. Sanchez (4) ; R. Boulahssass(4) ; E. Clais (5) ; C. Arlaud (6) ; E. Ferrer (6) ; C. Rambaud (7) ; JM. Turpin (8) ; S. Gonfrier (9) ; V. Mailland-Putegnat (10) ; F. Capriz (11) ; O. Guérin (1) ; I. Bereder (1)

(1) EMG, Hopital de Cimiez, Nice; (2) Ssr ortho-gériatrique, Hopital de Cimiez, Nice; (3) Département information médicale, Hopital de Cimiez, Nice; (4) Ucog, Hopital de Cimiez, Nice; (5) Ssr c1, Hôpital Cimiez, Nice; (6) Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice; (7) SSR C3, Hopital de Cimiez, Nice; (8) Court séjour gériatrique, Hopital de Cimiez, Nice; (9) Usld, Hopital de Cimiez, Nice; (10) Hdj, clud, Hopital de Cimiez, Nice; (11) Ssr c2 ; clud, Hôpital Cimiez, Nice

**Introduction :** En 2016, au CHU de Nice (CHUN), une filière ortho-gériatrique a été créée sur le modèle «avis gériatrique quotidien des patients hospitalisés en traumatologie ». Nous avons voulu mesurer l'impact 1 an après sur la durée moyenne de séjour (DMS) en traumatologie. **Méthodes :** Depuis février 2016, l'EMG s'est rendue quotidiennement dans le service de traumatologie (42 lits) afin d'évaluer tous les patients de plus de 75 ans ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale pour une FESF. Le but était d'apporter une expertise gériatrique (antalgie péri-opératoire adaptée au sujet âgé, conseils personnalisés pour limiter les risques de décompensations gériatriques) mais aussi de limiter la DMS de ces patients en traumatologie en facilitant leur passage en soins de suite et réadaptation (SSR). **Résultats :** Trois cent quatre-vingt-onze patients ont été vus par l'EMG (87 ans en moyenne). La DMS en traumatologie de ces patients est passée de 9.98 en 2015 à 7.01 jours en 2016. Ceci a contribué à diminuer le transfert de patients hors du CHUN faute de lits disponibles en traumatologie et à augmenter de 40% le nombre de patients de plus de 75 ans opérés d'une FESF. Un nouveau protocole pour l'antalgie péri-opératoire du sujet âgé est en cours de validation par le Comité de Lutte contre la Douleur du CHUN en lien avec l'EMG. **Conclusion :** Le passage quotidien

de l'EMG a permis de réduire de 3 jours la DMS en traumatologie pour les patients de plus de 75 ans opérés d'une FESF en favorisant un passage plus rapide en SSR, service plus adapté à ces patients fragiles. Une évaluation des bénéfices pour les patients à moyen et long terme doit être réalisée (autonomie...).

#### A1-02-23

##### **Tumeur du cavum du sujet âgé : une nouvelle cause de chute ?**

S. Balesdent (1) ; S. Friesse (1) ; D. Vythilingum (1) ; C. Tardy Ellul (1) ; S. Turki (1) ; L. Lechowski (1) ; L. Teillet (1)

(1) *Court séjour gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

**Introduction :** Une patiente de 82 ans aux antécédents d'HTA et d'ostéoporose, a été adressée dans notre unité de court séjour gériatrique après un passage aux urgences dans les suites d'une chute survenue au domicile. Le mécanisme était peu clair. La patiente a été relevée par son époux et a consulté son médecin traitant le lendemain devant l'apparition de troubles d'équilibre. Celui-ci l'adresse alors aux urgences pour suspicion d'AVC cérébelleux. **Méthodes :** Aux urgences, l'examen retrouvait uniquement une paralysie faciale gauche, ancienne selon la famille et le scanner cérébral ne montrait pas de lésion ischémique ni hémorragique. En gériatrie aiguë l'examen clinique retrouvait une atteinte unilatérale (gauche) de plusieurs paires crâniennes : abolition du réflexe photomoteur (II), paralysie oculomotrice et ptosis (III IV VI), algie de la face (V), paralysie faciale périphérique (VII), troubles de la déglutition (IX X XI) et une déviation de la langue coté atteint (XII). Le reste de l'examen neurologique était normal. En fait les douleurs de l'hémiface étaient apparues deux mois avant l'hospitalisation, et une paralysie faciale gauche la semaine précédente, révélée par une conjonctivite. Une IRM cérébrale a été programmée le lendemain. Cependant, le matin même de l'examen, est apparue une hémiplegie droite. **Résultats :** L'IRM montrait une infiltration d'allure tumorale nasopharyngée du cavum étendue à la base du crane (corps du sphénoïde, pointe du rocher, grande aile du sphénoïde). Il existait un envahissement de la loge caverneuse gauche, comprimant les différentes paires crâniennes, envahissant l'artère carotide interne gauche. Il s'y associait un infarctus jonctionnel hémisphérique gauche. La prise en charge de l'AVC a été limitée par l'envahissement tumoral fragilisant la paroi carotidienne et empêchant toute thrombolyse. Une corticothérapie et un anti aggrégant plaquettaire sont instaurés. Une sonde nasogastrique d'alimentation a également été posée devant les troubles sévères de la déglutition, mais a été rapidement arrachée par la patiente. Des biopsies à J7 montraient un remaniement fibrino-leucocytaire et nécrotique sans signe histologique de malignité. Les différentes alternatives thérapeutiques ont été discutées en réunion de concertation multidisciplinaire ORL. Pour notre patiente, la classification de la tumeur était impossible, un traitement symptomatique avec soins de confort a été conduit et le décès est survenu dans notre unité à J 19 de l'hospitalisation. **Conclusion :** Lorsque cela est possible, le traitement local des cancers du cavum repose sur la radiothérapie du fait de leur radiosensibilité. Une chimiothérapie (néoadjuvante, Radiochimiothérapie concomitante, Chimiothérapie des métastases) peut être proposée lorsque la tumeur est chimiosensible. La résection carcinologique satisfaisante au niveau de la base du crâne est souvent très difficile. L'hospitalisation pour la réalisation d'un bilan de chute a permis chez notre patiente, de manière très atypique, de poser le diagnostic de tumeur du cavum étendue à la

base du crâne. Ces tumeurs ne sont classiquement pas révélées par des chutes. Le diagnostic clinique neurologique était complexe et très difficile à poser car coexistaient 2 syndromes neurologiques du fait de cet envahissement tumoral : 1) De multiples atteintes des paires crâniennes gauches par compression tumorale apparues en plusieurs semaines. 2) Un infarctus jonctionnel hémisphérique gauche par compression de l'artère carotidienne interne gauche apparu brutalement à J2 de l'hospitalisation

#### A1-02-24

##### **Les patients âgés dépressifs hospitalisés pour chute ont-ils plus de chance de rentrer rapidement au domicile ou moins de chance de bénéficier d'un séjour en SSR ?**

D. Vythilingum (1) ; C. Patas D'illiers (1) ; G. Chezaud (1) ; S. Turki (1) ; S. Balesdent (1) ; L. Lechowski (1) ; L. Teillet (2)

(1) *Service de gériatrie, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris;*  
(2) *Service de gériatrie, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

**Introduction :** La polypathologie, cumulée à des facteurs sociaux et environnementaux, expose les malades âgés à un risque élevé de chutes. Or ces facteurs de risque peuvent être très nombreux chez un même malade et rendent alors difficile l'élaboration d'une stratégie pour limiter le risque de chutes. Des études soulignent le mauvais pronostic des patients très âgés, hospitalisés en gériatrie dans un contexte de chutes. Certains de ces patients vont pouvoir regagner rapidement leur domicile, alors que d'autres auront un parcours plus complexe et seront orientés en soins de suites et réadaptation (SSR) gériatrique. Dans le cadre d'une prise en charge globale, il pourra leur être proposé une rééducation de la marche et la correction de certains facteurs de risque de chute. Les déterminants d'une orientation en SSR plutôt qu'un retour direct au domicile (RAD), et le bénéfice d'un séjour en SSR de ces patients chuteurs âgés restent très mal connus aujourd'hui. **Méthodes :** L'objectif de notre étude était de déterminer les principaux éléments médico-psycho-sociaux qui ont conduit au choix d'un séjour en SSR gériatrique plutôt qu'un retour direct au domicile pour des patients âgés hospitalisés en urgence dans un contexte de chutes. Nous souhaitions également déterminer le devenir de ces patients à 6 mois. Les patients avaient tous été hospitalisés dans une unité de court séjour gériatrique parisienne via un SAU dans un contexte de chutes entre le 1er novembre 2016 et le 28 février 2017. Les éléments du dossier médical ont été recueillis de façon rétrospective. Deux groupes ont été constitués : RAD et SSR. Nous avons ensuite réalisé une enquête téléphonique auprès des patients, de leur entourage et du médecin traitant pour connaître le devenir à 6 mois. **Résultats :** Sur un total de 280 patients hospitalisés en court séjour gériatrique durant la période, 93 patients ont été hospitalisés via les urgences dans un contexte de chute récente. Parmi ces 93 patients, 34 sont rentrés directement au domicile (37%), 51 d'entre eux ont été transférés en SSR (55%), 4 sont décédés, 2 ont intégré directement un EHPAD et 2 ont été transférés dans d'autres hôpitaux. On ne retrouvait pas de différence significative entre les groupes RAD et SSR concernant l'âge moyen des patients (89,7 ans), le sex-ratio (26% d'hommes dans le groupe RAD et 20% dans le groupe SSR), le lieu de vie, l'isolement social et le statut marital. Le passage quotidien d'une infirmière au domicile était significativement plus fréquent dans le groupe RAD que dans le groupe SSR (respectivement 47% versus 25%, p=0,04). Il en était de même quant à la possession d'un système de télé-alarme (26% versus 6% dans le groupe SSR, p<0,01). Le nombre moyen de médicaments ne différait pas

significativement entre les 2 groupes. Par contre on retrouvait une différence significative concernant la prescription d'anticoagulants (31% dans le groupe SSR et 3% dans le groupe RAD,  $p < 0,001$ ). Une autre différence concernait la prise d'anti-dépresseurs avec 38% pour le groupe RAD et 12% pour le groupe SSR ( $p < 0,005$ ). Un syndrome anxio-dépressif était plus fréquent dans le groupe RAD que dans le groupe SSR (respectivement 47% vs 20%,  $p < 0,01$ ). **Conclusion :** Le résultat le plus marquant de notre étude était que les patients âgés hospitalisés au décours d'une chute en court séjour gériatrique et ayant un syndrome anxio-dépressif, ont regagné rapidement leur domicile sans séjour en SSR. Pourtant des études récentes ont montré que l'existence d'un syndrome anxio-dépressif augmentait la peur de tomber (fear of falling) après une chute, ce qui constitue un risque majoré de chutes. La prise en charge hospitalière paraît alors particulièrement pertinente dans ces situations. Le devenir à moyen terme de ces patients âgés chuteurs hospitalisés, pris en charge en SSR ou non, est un axe de recherche à développer.

#### A1-02-25

##### Quels tests fonctionnels sont associés au risque de chute chez les femmes âgées fragiles suivies en HDJ gériatrique ?

T. Soissons (1) ; M. Bedbeder (1) ; P. Koskas (2) ; A. Raynaud-Simon (3) ; M. Lilamand (4)

(1) *Gériatrie, Hôpital Beaujon (AP-HP), Clichy*; (2) *Psychogériatrie, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris*; (3) *Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*; (4) *Gériatrie, Hôpital Bichat (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), Paris*

**Introduction :** Les chutes chez les personnes âgées sont associées à une lourde morbi-mortalité. Leur prévention avec la mise en place de programmes d'interventions multimodales personnalisés sont au centre de nos prises en charges gériatriques, mais cela nécessite d'identifier les personnes âgées les plus à risque de chute. L'objectif de notre étude est de déterminer quels tests fonctionnels sont associés de manière indépendante au risque de chute dans cette population. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle prospective incluant les patientes âgées > 65 ans, fragiles ou pré-fragiles (au moins un critère de fragilité selon Fried), vivant à domicile et suivies en hôpital de jour gériatrique spécialisé dans les troubles de la marche et les chutes. Une évaluation gériatrique standardisée et les trois tests fonctionnels suivants ont été réalisés : vitesse de marche, test de Tinetti (partie équilibre) et force de préhension. Le taux de chute était défini comme le nombre de chute par mois entre la première et la deuxième évaluation en HDJ.

**Résultats :** Parmi les 83 patientes incluses (moyenne d'âge  $83,6 \pm 5,3$  ans), 50 (60,2%) étaient tombées dans l'année précédente et elles ont présenté en moyenne  $1,7 \pm 2,0$  chutes au cours du suivi de  $12 \pm 12$  mois. Les trois tests fonctionnels étaient associés aux chutes en analyse bivariée : vitesse de marche ( $p=0,03$ ), Test de Tinetti ( $p < 0,001$ ) et force de préhension ( $p < 0,001$ ). Les comorbidités évaluées par le score total au CIRS-G ( $p=0,003$ ) et un antécédent de chute dans l'année précédant la première évaluation ( $p=0,02$ ) étaient également associés au risque de chute. En analyse multivariée, le test de Tinetti est le seul test fonctionnel qui a montré une valeur prédictive indépendante du risque de chute (odds ratio 0,962; IC 95% 0,930 - 0,996;  $p=0,027$ ). L'antécédent de chute était également un facteur prédictif indépendant de chute (1,196; 1,022-1,400;  $p=0,026$ ). **Conclusion :** Les troubles de l'équilibre évalués par le test de Tinetti (partie équilibre) sont associés de manière indépendante au risque de chute dans cette population,

contrairement à la vitesse de marche et la force de préhension. Ces résultats doivent être confirmés et renforcés par d'autres travaux. Une évaluation gériatrique globale reste indispensable pour identifier les sujets les plus à risque de chute.

#### A1-02-26

##### Risque de chute grave élevé chez la femme âgée présentant une hyponatrémie légère

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) *Chu de limoges, Service de Médecine Gériatrique, 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 chutes 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 la femme âgée admise aux urgences est peu étudiée. Ainsi, l'objectif de cette étude est de déterminer l'association entre l'hyponatrémie légère et les chutes graves chez la femme âgée admise en Unité de Médecine d'Urgence de la Personne Agée (MUPA). **Méthodes :** Nous avons réalisé une étude transversale sur une période de 4 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 légère définie par une concentration en sodium dans le sérum comprise entre 130 et 135 mmol/L). Le critère de jugement était la comparaison de la prévalence des chutes chez les femmes et les hommes présentant une hyponatrémie légère. L'analyse statistique a été réalisée par une régression logistique univariée puis multivariée au seuil de significativité de 0.05 ainsi qu'un test exact de Fisher. **Résultats :** Sur 696 patients inclus, l'âge moyen est  $86 \pm 5.6$  et 63.1% sont des femmes. La prévalence des chutes est de 27.9%. La prévalence de l'hyponatrémie légère est de 16.3% chez les femmes et 15.7% chez les hommes.. L'hyponatrémie légère (comprise entre 130 et 135 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). Les femmes âgées présentant une hyponatrémie légère présentent un risque plus élevé de chute grave. **Conclusion :** L'hyponatrémie peut être considérée comme un facteur de risque de survenue de la chute grave avec admission aux urgences chez le sujet âgé. Cette étude est la première étude à s'intéresser à la différence entre les hommes et les femmes concernant l'association entre risque de chute grave et hyponatrémie légère. Nous avons constaté un risque plus élevé de chute grave chez les femmes âgées présentant une hyponatrémie légère. 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.

**A1-02-27****Lombalgie et iatrogénie**

E. Charvet (1) ; M. Pepin (1) ; E. Fercot (2) ; A. De Thézy (1) ; L. Boujday (1) ; L. Teillet (3) ; S. Moulias (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt;* (2) *Court séjour gériatrique, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt;* (3) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

**Introduction :** Mme D., âgée de 81 ans, est hospitalisée en court séjour gériatrique via le service de réanimation pour suite de prise en charge d'un surdosage en morphine. **Méthodes :** La patiente décrit une perte d'autonomie suite à l'apparition de lombalgie aiguë hyperalgique évoluant depuis plusieurs semaines. Elle consulte alors une première fois aux urgences, les radiographies retrouvent une discarthrose dégénérative et elle sort avec 5 mg d'actiskenan 4 fois par jour. Devant la persistance des douleurs elle consulte une nouvelle fois aux urgences. Les morphiniques sont alors augmentés à du Skenan LP 30 mg matin et soir et Actiskenan 10 mg 6 fois par jour. Elle développe progressivement une altération de l'état de conscience avec bradypnée et somnolence secondaire à un surdosage en morphine. Elle est alors hospitalisée en réanimation pour coma médicamenteux et s'améliore rapidement après introduction de Narcan. **Résultats :** La patiente est alitée et hyperalgique au niveau dorso-lombaire. Elle est fébrile à 39 °C et présente un syndrome inflammatoire biologique. Le bilan infectieux est négatif: hémocultures négatives, ECBU stérile, échographie cardiaque ne retrouvant pas de végétation. L'IRM du rachis lombaire retrouve une atteinte inflammatoire étagée prédominant en L3-L4 évoquant une arthrite microcristalline ou une spondylodiscite infectieuse. (Cf figure 1) Le scanner met alors en évidence des calcifications discales postérieurs au niveau de la charnière dorso-lombaire évoquant une atteinte cristalline. (Cf figure 2) Les radiographies périphériques retrouvaient des calcifications ligamentaires, calcifications mnésicale et du ligament triangulaire du carpe. Le test à la colchicine a permis de soulager des lombalgies, confirmant ainsi le diagnostic de chondrocalcinose lombaire. L'apparition de diarrhées abondantes nous a conduit à relayer le colchicine par de la Prednisone 10 mg. Elle a ensuite présenté un méléna avec déglobulisation ainsi qu'une poussée hypertensive compliquée d'un oedème aiguë pulmonaire nous conduisant à suspendre les corticoïdes et à introduire des demi-doses de Colchicine. L'exploration du méléna n'a pas retrouvées de lésions suspectes. La patiente était alors bien soulagée et nous avons pu arrêter les morphiniques puis les anti-inflammatoires. La prise en charge kinésithérapeutique a permis à la patiente de remarcher avec son déambulateur et de rester au fauteuil plusieurs heures. **Conclusion :** La chondrocalcinose articulaire est une maladie fréquente chez les personnes âgées. La prévalence chez les sujets de plus de 80 est de plus de 50%. Elle reste très souvent asymptomatique mais peut être associée à plusieurs formes d'arthropathies: inflammatoire aiguë récurrente, inflammatoire chronique, avec arthrose. Les principaux facteurs favorisants retrouvés sont le vieillissement, l'arthrose, l'hémochromatose, l'hyperparathyroïdie et l'hypomagnésémie. Elle est le plus souvent idiopathique chez le sujet âgé. L'atteinte rachidienne survient dans 19 à 26% des cas. Les principaux signes révélateurs sont des rachialgies aiguës, subaiguës ou chroniques. On retrouve principalement une atteinte cervicale et lombaire avec ou sans irradiation radiculaire. L'atteinte rachidienne est généralement étendue sur plus de 3 étages. Le pyrophosphate de calcium peut se déposer au niveau des disques, des ligaments jaunes, longitudinaux

antérieur et postérieur, inter-épineux, rétro-odontodoidien et péri-odontodoidien. L'atteinte est érosive et destructrice et peut être responsable de troubles statiques (spondylolisthesis et dislocation). Elle peut mimer une spondylodiscite infectieuse ou une neuroarthropathie. L'atteinte périphérique est également souvent associée.

**A1-02-28****Etude descriptive de l'évaluation nutritionnelle réalisée en hôpital de jour de la chute à l'hôpital Gériatrique les Bateliers du CHRU de Lille**

L. Delannoy (1) ; A. Moraud (2) ; S. Massart (3) ; P. Lefebvre (4); F. Puisieux (5)

(1) *Pôle de gériatrie, C.H. de Douai, Douai;* (2) *Pôle de gérontologie, C.H. Régional Universitaire de Lille, Lille;* (3) *Court séjour gériatrique, C.H. de Douai, Douai;* (4) *pôle gériatrie, C.H. de Douai, Douai;* (5) *Geriatry, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*

**Introduction :** La dénutrition protéino-énergétique est à l'origine d'un sur-risque de chute et de fracture. Nous avons voulu dans cette étude décrire l'état nutritionnel des sujets en hôpital de jour de la chute et évaluer la prévalence de la dénutrition, puis identifier les facteurs associés à la dénutrition. **Méthodes :** Etude rétrospective, descriptive portant sur tous les patients consultants en hôpital de jour de la chute entre 2014 et 2015. **Résultats :** 420 patients ont été inclus, 70% de femmes âgées de 81 ans en moyenne et vivant à domicile (89%). La prévalence de la dénutrition selon les critères de la HAS était de 40%. De nombreuses recommandations étaient faites sur le plan nutritionnel, bien suivies pour 72% des patients. Les dénutris étaient significativement plus âgés que les non dénutris et plus dépendants. 60.5% de consultants à 6 mois. Aucune association significative n'était observée entre la récurrence de chute (42%) et la dénutrition. La prévalence de la dénutrition était élevée dans notre étude, explicable par la fragilité de la population de chuteurs étudiée. L'évaluation des recommandations à 6 mois était difficile car subjective. **Conclusion :** La dénutrition est un facteur de risque de chute connu mais ne semble pas dans cette population particulière jouer un rôle prédominant. La prise en charge précoce de la dénutrition est un enjeu majeur dans la réduction des complications qui lui sont associées.

**A1-02-29****Evaluation des pratiques professionnelles concernant la prise en charge des patients âgés chuteurs dans le service de Court Séjour Gériatrique du Centre Hospitalier d'Antibes-Juan-les-pins**

N. Champigny (1) ; O. Leroy (1) ; J. Razafindramora (1) ; H. Mangeard (1)

(1) *Court séjour gériatrique, C.H. d'Antibes Juan-les-Pins, Antibes*

**Introduction :** Déterminer l'efficacité de la mise en place d'une prise en charge spécifique pluridisciplinaire des patients âgés chuteurs hospitalisés dans le service de Court Séjour Gériatrique sur la prévention de la récurrence de chute. **Méthodes :** Etude descriptive longitudinale prospective monocentrique portant sur deux cohortes de cinquante patients chacune hospitalisés de janvier à avril 2017 au sein de notre service. Le critère de jugement principal est l'incidence de nouvelle chute dans les trois mois suivant leur hospitalisation dans notre service, information recueillie par appel téléphonique du patient ou de leur entourage. Nous avons retenu

comme critères d'inclusion : patient hospitalisé dans notre service durant la période de l'étude, ayant présenté au moins 2 chutes dans l'année passée, obtenant un score minimal de 15/30 au MMSE et avec une autonomie préservée pour la marche, avec ou sans aide technique. La première cohorte a bénéficié de la prise en charge habituellement pratiquée dans le service avant la mise en place du plan d'action spécifique pour les patients chuteurs et la deuxième cohorte a bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire spécifique (recherche de signes de gravité des chutes et des facteurs de risque de chute avec propositions de corrections ; évaluation et prise en charge spécifique par une kinésithérapeute, ergothérapeute et diététicienne ; évaluation sociale avec adaptation du plan d'aides et relais auprès des acteurs de ville ; éducation des patients et de leur famille avec création d'un livret d'information concernant la prévention des chutes qui leur est remis; création informatique d'ordonnances pré-remplies ; proposition de reconvoque en consultation mémoire ou EGS). Une synthèse de ce bilan et des différentes propositions de prise en charge est faite dans le courrier de fin d'hospitalisation à destination du médecin traitant. **Résultats :** L'incidence de nouvelle chute à trois mois dans la première cohorte est d'environ 50%. Les résultats de la deuxième cohorte sont en cours de recueil (fin de l'étude prévue en juillet 2017). **Conclusion :** Les premiers résultats concordent avec les chiffres issus des données de la littérature portant sur la récurrence de chute chez le patient âgé chuteur. Tout l'enjeu de l'étude repose sur les résultats qui sont actuellement en cours de recueil, qui nous permettront d'analyser si notre prise en charge spécifique permet de limiter ou non la récurrence des chutes dans cette population (les résultats définitifs pourront être transmis début août 2017).

#### A1-03-30

##### **Etude du lien entre la positivité des marqueurs Alzheimer dans le liquide céphalorachidien et la présentation clinique de la maladie chez les patients de plus de 80 ans**

C. Hanta (1) ; S. Belliard (2) ; F. Lemaitre (3) ; D. Somme (4)  
(1) *Gériatrie/Neurologie, C.H.U de Rennes, Rennes*; (2) *Neurologie, C.H.U de Rennes, Rennes*; (3) *Pharmacologie clinique, C.H.U de Rennes, Rennes*; (4) *Gériatrie, C.H.U de Rennes, Rennes*

**Introduction :** L'analyse dans le LCR des protéines tau, phospho tau et A bêta 42 est de pratique courante chez les patients de moins de 65 ans. Elle est indiquée en cas de doute diagnostique chez les sujets plus âgés. Cette étude propose d'analyser la présentation clinique des patients de plus de 80 ans ayant justifié d'un dosage des biomarqueurs de MA dans le LCR. **Méthodes :** A partir de la base de données du laboratoire de pharmacologie clinique du CHU de Rennes, ouverte depuis 2006, nous avons sélectionné les patients âgés de plus de 80 ans ayant bénéficié d'un dosage des biomarqueurs de MA dans le LCR. Nous avons analysé les dossiers cliniques de ces patients, en tenant compte de la symptomatologie prédominante ayant conduit à la réalisation de la ponction lombaire. **Résultats :** Notre analyse porte sur les résultats comparés de 97 sujets. L'âge moyen des patients est de 83 ans au moment de la ponction lombaire. La recherche des marqueurs Alzheimer était positive dans 54,1% des cas analysés. Les résultats des biomarqueurs étaient dans la zone d'incertitude dans environ 20% des cas. Les premiers résultats de notre analyse clinique relèvent une majorité de présentations cliniques atypiques avec notamment au premier plan des troubles du comportement : hallucinations visuelles ou auditives, syndromes délirants de persécution, anxiété, déambulation, agitation, agressivité, d'évolution chronique,

parfois fluctuante (58.3%). Pour ce type de symptomatologie les marqueurs sont revenus positifs dans 64,3% des cas. Le syndrome confusionnel et la plainte mnésique atypique viennent ensuite, en ordre de fréquence (respectivement 16.6% et 20% des cas) avec des marqueurs positifs dans la moitié des cas pour la confusion et dans 60% cas pour la plainte mnésique. **Conclusion :** Il semble que dans une population gériatrique, c'est la présence des troubles du comportement initiaux qui justifie le plus souvent d'un dosage des biomarqueurs plus que l'existence des troubles cognitifs. Les lésions de type MA participent alors aux symptômes dans 64.3% des cas.

#### A1-03-31

##### **L'influence d'un entraînement de la cognition et de la mobilité sur les capacités cognitives des personnes âgées saines et des personnes atteintes d'un déficit cognitif léger (MCI)**

E. Bourkel (1) ; G. Hubsch (1) ; C. Federspiel (1) ; JP. Steinmetz (1)  
(1) *Centre de la mémoire et de la mobilité, ZithaSenior SA, Luxembourg, Luxembourg*

**Introduction :** L'entraînement de la cognition et de la mobilité a une influence positive sur les personnes âgées saines et les personnes atteintes d'un MCI. L'objectif de l'étude présente est de clarifier d'avantage l'effet d'un entraînement de la cognition et/ou de la mobilité d'une durée de 12 semaines sur la performance cognitive de personnes âgées saines et des personnes atteintes d'un MCI. **Méthodes :** Les séances d'entraînement de la mobilité et de la cognition ont été effectuées au sein de petites groupes (maximalement huit participants). Les participants suivaient l'entraînement cognitif une fois par semaine et l'entraînement de la mobilité au moins une fois par semaine. Dans le cadre de l'intervention cognitive surtout l'attention, les stratégies de mémoire, la flexibilité cognitive et les fonctions langagières ont été entraînés. L'entraînement de la mobilité ciblait avant tout l'équilibre, la coordination, la stabilité de la marche, l'endurance, la force musculaire et la flexibilité de la colonne vertébrale. **Résultats :** Les participants (N = 63, groupe d'âge = 58-92 ans) ont effectué (1) un entraînement centré sur la cognition, (2) un entraînement centré sur la mobilité, ou (3) un entraînement combiné de la mobilité et de la cognition. Les capacités cognitives des participants ont été testées avant et après le programme d'entraînement. Des tests de la mémoire (apprentissage et rappel), un test de la fluence verbale, un test de la flexibilité cognitive et un test non-verbal de l'attention ont été utilisés. L'effet des interventions dans les trois groupes sont comparés. **Conclusion :** La discussion des résultats focalise sur les effets des interventions et souligne l'importance d'offrir des programmes d'entraînement de la cognition et de la mobilité structurés aux personnes âgées saines et aux personnes présentant un MCI.

**A1-03-32****Validation de la cotation en 7 points du test de l'horloge pour le dépistage des troubles cognitifs chez les patients âgés. Etude Pilote**

E. Thomas-Hermet (1) ; C. Leissing-Desprez (1) ; N. Oubaya (2) ; M. Laurent (3) ; A. Broussier (1) ; F. Canoui-Poitaine (2) ; JP. David (1)

(1) *Gérontologie, Hôpital Emile-Roux, Limeil-Brévannes*; (2) *Santé publique, Hôpital Henri Mondor, Créteil*; (3) *Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri Mondor, Créteil*

**Introduction :** L'objectif principal était de déterminer la sensibilité et la spécificité de la cotation en 7 points du test de l'horloge utilisant un cercle prédessiné et son intérêt pour le dépistage des troubles cognitifs chez les patients âgés. L'objectif secondaire était de montrer l'intérêt d'intégrer une tâche additionnelle de copie de l'horloge dans la détermination de différents profils d'atteintes cognitives. **Méthodes :** Les patients hospitalisés ou consultants en hôpital de jour sur Emile Roux étaient inclus entre le mois de mai et de septembre 2016. Ils bénéficiaient d'une évaluation cognitive comprenant le MMSE, Test des 5 mots de Dubois, et BREF. Le test de l'horloge et sa copie étaient cotés en 7 points selon la méthode de Solomon (1). Les patients étaient répartis en 3 groupes selon le score obtenu à la Clinical Dementia Rating (CDR) : CDR 0 = Absence de démence, CDR 0,5 = Troubles cognitifs légers, CDR 1,2,3 = Démence légère, modérée et sévère. **Résultats :** 103 patients ont été inclus (moyenne d'âge 81,96±8,1 ; 71% femmes ; 20,4% CDR0 ; 23,3% CDR0,5 ; 56,3% CDR≥1). Les patients non déments étaient significativement plus jeunes ( $p < 0,0001$ ) et d'un niveau socio-culturel plus élevé ( $p < 0,001$ ). La comparaison des moyennes des scores obtenus au test de l'horloge entre les trois groupes montrait une différence significative ( $p < 0,0001$  ; score moyen à l'horloge de 6,67 pour les CDR0 ; 4,75 pour les CDR0,5 ; 2,76 pour les CDR≥1). Le cut-off  $\leq 6$  points donnait une spécificité de 71,4% et une sensibilité de 86,6% pour le dépistage des troubles cognitifs tous stades CDR confondus ; 70,8% pour les troubles cognitifs légers, 93% pour les démences. La performance diagnostique du test de l'horloge en 7 points était très bonne pour le dépistage des troubles cognitifs légers (AUC = 0,78) et les démences (AUC = 0,89). Par ailleurs, une grande proportion de patients présentant des troubles cognitifs légers ne normalisait pas leur score en copie (41,2%). Les analyses post hoc en sous-groupe montraient des performances du test identiques pour les différents niveaux socio-culturels mais une diminution de la sensibilité (55%) du test pour la détection des troubles cognitifs légers chez les sujets les plus jeunes (moins de 82 ans). **Conclusion :** L'étude a montré que la cotation en 7 points du test de l'horloge permet de dépister les troubles cognitifs dès le stade léger avec un cut-off à 6, malgré la diminution de la sensibilité pour les sujets les plus jeunes. Il existe un intérêt d'associer une épreuve de copie pour orienter sur la nature des troubles cognitifs des sujets qui ne normalisent pas leur score en copie. En effet, cela serait en faveur de dysfonctionnements exécutifs sévères et/ou d'atteintes visuo-spatiales et visuo-constructives impliquant préférentiellement les régions corticales postérieures, et ce, dès le stade de troubles cognitifs légers. [1] Solomon PR, Hirschhoff A, Kelly B, Relin M, Brush M, DeVeaux RD, Pendlebury WW. A 7 minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's disease. Arch Neurol. 1998 Mar;55(3):349-55.

**A1-03-33****Vers une stratégie nationale de repérage et de diagnostic des troubles cognitifs - Approche commune du Collège de Médecine Générale et des spécialistes des troubles neurocognitifs**

P. Krolak-Salmon (1) ; L. Letrilliart (2) ; M. Ceccaldi (3) ; S. Andrieu (4) ; B. Brochet (5) ; P. Vandell (6) ; A. Leperre-Desplanques (7) ; J. Ankri (8) ; M. Clanet (9) ; PL. Druais (10)

(1) *Centre mémoire ressource recherche de Lyon, Hôpital des Charpennes, Lyon*; (2) *Dmg, UCBL1, Lyon*; (3) *Neurologie, APHM, Marseille*; (4) *Epidémiologie, UPS, Toulouse*; (5) *Fédération Française de Neurologie, Paris*; (6) *Psychiatrie, CHU, Besançon*; (7) *Hôpital des charpennes, HCL, Lyon*; (8) *Inserm umr 1168, vieillissement et maladies chroniques, Université Versailles St Quentin, Paris*; (9) *Plan Maladies Neurodégénératives, Paris*; (10) *Collège de Médecine Générale, Paris*

**Introduction :** Les troubles neurocognitifs conduisant vers un déficit cognitif, fonctionnel et comportemental sont repérés tardivement et sous-diagnostiqués dans les pays occidentaux. **Méthodes :** Or de nombreuses mesures s'inscrivant dans une démarche d'accompagnement et de prévention secondaire et tertiaire visent à préserver une qualité de vie honorable, prévenir les complications et crises comportementales en anticipant les stades avancés des maladies. Le diagnostic de certaines pathologies doit en outre conduire vers des soins spécifiques et une information sur la recherche. **Résultats :** Pour la première fois, les représentants du Collège de Médecine Générale, de la Fédération des Centres Mémoire Ressources Recherche, de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, de la Fédération Française de Neurologie, de la Société de Psychogériatrie de Langue Française et la gouvernance du Plan « Maladies Neuro-Dégénératives » proposent une stratégie graduée et personnalisée de repérage et de diagnostic des troubles neurocognitifs impliquant la médecine générale et les spécialistes des troubles cognitifs. **Conclusion :** Cette stratégie émane d'un travail s'inscrivant dans le cadre de la mesure 1 du plan « Maladies Neuro-Dégénératives » et de la nouvelle action conjointe européenne « Act on dementia », puis d'un séminaire tenu au Collège de Médecine Générale conduit en mars 2017.

**A1-03-34****Impact du dépistage des troubles cognitifs sur l'évolution de l'autonomie fonctionnelle à 12 mois : Etude de la cohorte UPSAV**

A. Lacour (1) ; C. Laubarie-Mouret (1) ; A. Tchalla (2) ; T. Dantoine (3)

(1) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges*; (2) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges, Limoges*; (3) *Gériatrie, CHU, Limoges*

**Introduction :** Compte tenu du vieillissement de la population, la prévalence des pathologies chroniques et notamment celle de la démence augmente. Les répercussions sur l'autonomie des personnes âgées et sur les coûts de la santé en font un réel problème de santé publique. L'objectif de l'étude était de montrer l'impact du dépistage des troubles cognitifs du sujet âgé au domicile, et du suivi par l'UPSAV (Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillessement) sur l'évolution de l'autonomie. **Méthodes :** 271 patients ont été inclus dans cette étude observationnelle, et nous avons distingué deux groupes selon la présence ou non de troubles cognitifs au temps T0 et analysé l'évolution des scores d'autonomie d'après l'ADL et l'IADL sur 12 mois. **Résultats :** La baisse de

l'autonomie est significativement plus importante dans le groupe de patients ayant des troubles cognitifs ( $p < 0.0001$ ), cependant on note une baisse d'autonomie moins importante entre 6 et 12 mois de suivi qu'entre 0 et 6 mois de suivi laissant supposer un effet stabilisateur des interventions proposées, adaptées aux besoins des patients. **Conclusion :** Ces résultats confirment l'importance d'un dépistage précoce des troubles cognitifs, afin d'adapter au mieux les ressources nécessaires au maintien de l'autonomie tout au long du suivi.

#### A1-03-35

##### **Effet d'un traitement inhibiteur de la cholinestérase sur la confusion : une étude randomisée en double aveugle contre placebo (PHRC ConfuRiv)**

M. VERNY (1) ; A. Breining (2) ; A. Meziere (3) ; C. Thomas (4) ; AS. Grancher (5) ; A. Raynaud-Simon (6) ; J. Cohen Bittan (7) ; Z. Barrou (1) ; J. Boddaert (8) ; ML. Tanguy (9) ; S. Greffard (1)  
(1) Centre de gériatrie, cmrr et dhu fast, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (2) Gériatrie, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles Foix, Paris/Ivry; (3) Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine; (4) Gériatrie, Hôpital Saint-Antoine, Paris; (5) Gériatrie, Hôpital Rothschild (AP-HP), Paris; (6) Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris; (7) gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (8) Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris; (9) Urc, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris

**Introduction :** La confusion fréquente est un évènement grave en population gériatrique. Le traitement repose sur des mesures non médicamenteuses et si besoin des traitements symptomatiques. Il y a des études de prévention de la survenue de la confusion. Il n'y a en revanche aucun traitement efficace connu pour réduire la durée et la sévérité de la confusion lorsqu'elle est effective. Compte tenu de l'hypothèse d'un déficit cholinergique central dans la physiopathologie de la confusion, un traitement cholinergique central pourrait utile et nous avons émis l'hypothèse qu'un traitement par inhibiteur de la cholinestérase (IAChE) pourrait être bénéfique. **Méthodes :** L'objectif de cette étude (PHRC ConfuRiv) était d'évaluer l'efficacité d'un traitement IAChE (patch transdermique de Rivastigmine) chez les patients de 75 ans et plus, hospitalisés avec confusion et décrire après un an de suivi, le pourcentage de ces patients présentant un diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des troubles associés. Cette étude a été multicentrique, randomisée, en double aveugle contrôlée avec deux bras parallèles: un groupe patch transdermique de rivastigmine et groupe de placebo. L'étude comprenait une période de traitement maximale d'un mois et un suivi de 11 mois. **Résultats :** 23 patients ont été inclus (75 ans et plus) hospitalisés avec confusion confirmée par les critères de la CAM et de la DRS R-98 > 10. Il ne devait pas avoir de traitement IAChE ni de memantine et absence de contre-indications à un traitement IAChE. L'évaluation de la sévérité du délire a été effectuée par l'échelle DRS-R98 sévérité chaque jour (J1 à J14). La DMS à l'hôpital n'était pas statistiquement différente entre les deux groupes: médiane 10 jours dans le groupe placebo et 14,5 jours dans le groupe Rivastigmine (test Log Rank:  $p = 0,2$ ). Aucune différence entre les groupes dans le pourcentage de patients présentant encore une confusion à J14 ou J30 ni dans le pourcentage de patients ayant un diagnostic de démence à un an. Aucune différence statistiquement significative entre le groupe rivastigmine et le groupe placebo aussi bien sur l'objectif principal que sur les objectifs secondaires. **Conclusion :** L'interprétation de cette étude

reste cependant difficile en raison du nombre de personnes recrutées très en-dessous de l'effectif théorique calculée nécessaire avec un potentiel manque de puissance.

#### A1-04-36

##### **Prise en charge non médicamenteuse d'une maladie de Charcot en USLD au CHU de Rouen : A propos d'un cas clinique**

K. Guignery-Kadri (1) ; L. Capolongo (1) ; E. Fagnan (1) ; C. Lefevre (1) ; A. Dudout (1) ; MA. Garapin (1) ; N. Dubuisson (1); E. Michel (1) ; M. Gambirasio (2)  
(1) EHPAD-USLD Boucicaud, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen; (2) Ursp, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen

**Introduction :** La sclérose latérale amyotrophique (SLA), aussi connue sous le nom de maladie de Charcot, est une maladie neurodégénérative grave qui se traduit par une paralysie progressive des muscles impliqués dans la motricité volontaire. Elle apparaît souvent entre 50 et 70 ans et affecte également la phonation et la déglutition. Il s'agit d'une maladie au pronostic sombre, dont l'issue est fatale après 3 à 5 ans d'évolution en moyenne. Le plus souvent, c'est l'atteinte des muscles respiratoires qui cause le décès des patients. La SLA demande une prise en charge pluridisciplinaire. Il n'existe pas de traitement curatif de la SLA. La prise en charge de la maladie cible les symptômes : aide technique, kinésithérapie et médicaments antispastiques pour contrer les troubles moteurs, myorelaxants et antalgiques contre les douleurs, prise en charge de la dénutrition, orthophonie pour les troubles de la parole et de la déglutition, accompagnement psychologique... Même si le pronostic de la maladie reste sévère, de réels progrès ont été réalisés ces vingt dernières années : la ventilation non invasive (VNI) et la prescription de riluzole, seul médicament à avoir démontré sa capacité à ralentir l'évolution des symptômes qui améliorent modestement l'espérance de vie des patients atteints de SLA. L'USLD de Boucicaud au CHU de Rouen a été amenée à prendre en charge une patiente de 70 ans atteinte d'une SLA depuis 2013 présentant déjà une dépendance pour de nombreux actes de vie quotidienne (GIR 2 : aide totale pour les transferts, la toilette/habillage, les déplacements et l'alimentation). Elle nécessitait une VNI 18h/24h et l'alimentation demeurait encore en texture normale. **Méthodes :** Sa prise en charge a été guidée par la rédaction de ses directives anticipées en 2015 puis en 2016, centrée sur une volonté de bénéficier de thérapeutiques non médicamenteuses et de pouvoir se sentir « vivante » tout au long de l'évolution de la maladie par la perception de ses douleurs corporelles physiques. Son souhait final était une sédation profonde et continue en accord avec sa personne de confiance (sa fille) et ses 3 autres enfants. **Résultats :** La patiente a donc pu bénéficier de l'intervention d'une psychomotricienne, d'un kinésithérapeute couplé à celle d'une sophrologue, d'une aide-médico-psychologique, d'une ergothérapeute et d'une aide-soignante formée à la réalisation d'une douche au lit, de façon plurihebdomadaire. Ces thérapeutiques lui permettaient de s'évader de ce corps qui l'emprisonnait progressivement. Parallèlement à cette prise en charge, elle a toujours refusé les traitements antalgiques afin de toujours percevoir les sensations douloureuses, certes désagréables, mais qui lui permettait de ressentir son corps. La maladie a progressé durant encore 13 mois en USLD aboutissant à une dépendance totale à la VNI, à l'apparition de troubles majeurs de la déglutition et de l'élocution. Les thérapeutiques non médicamenteuses ont été poursuivies avec l'adjonction d'antalgiques de pallier I jusqu'à un épuisement de ses ressources psychologiques justifiant sa demande de sédation profonde et

terminale. Selon la loi Leonetti-Claeys, elle a pu en bénéficier dans l'USLD entourée de ses proches, de la psychomotricienne, de l'AMP et des soignants du service. **Conclusion :** La maladie de Charcot demeure une maladie neurodégénérative à l'issue fatale nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire privilégiant le bien-être et non axée exclusivement sur les thérapeutiques médicamenteuses. L'expérience vécue en USLD a permis de prouver que les thérapeutiques non médicamenteuses ont leur place dans la prise en charge de la SLA dans le respect des directives anticipées et de la dignité de la patiente.

#### A1-04-37

##### **Directives Anticipées. Evaluation des connaissances des praticiens en SSR gériatrique**

H. Razafimbelo (1) ; K. Laloui (2) ; AC. Ribemont (3) ; N. Tahri (3); H. Rakotoniana (4) ; MT. Rabus (5)

(1) SSR, Hôpital Joffre Dupuytren-Groupe Hospitalier Henri MONDOR, DRAVEIL; (2) SSR gériatrie, Hôpital Joffre-Dupuytren (AP-HP) Groupe Hospitalier Henri MONDOR, Draveil; (3) Ssr gériatrique, Hôpital Joffre-Dupuytren (AP-HP) Groupe Hospitalier Henri MONDOR, Draveil; (4) Ssr, Hôpital Joffre-Dupuytren (AP-HP)- GROUPE HOSPITALIER H MONDOR, Draveil; (5) Médecine gériatrique, Hôpitaux universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, Draveil

**Introduction :** Les directives anticipées (DA) sont décrites par les lois du 4 mars 2002 et du 22 avril 2005. Elles indiquent les volontés de la personne concernant sa fin de vie. La loi CLAYES-LEONETTI du 02 février 2016 renforce ces lois. Cette nouvelle loi donne obligation au médecin d'informer le patient sur les DA et incite à leur recueil. L'objectif est d'établir un état des lieux des connaissances des praticiens en gériatrie vis-à-vis de la nouvelle loi CLAYES-LEONETTI. Il s'agit d'évaluer les pratiques des cliniciens concernant les modalités de l'information transmise au patient. **Méthodes :** Enquête prospective dans un hôpital gériatrique de 409 lits. Etude menée auprès des médecins exerçant en SSR polyvalent et orthopédique à l'exclusion du SSR onco-gériatrique, gérontopsychiatrique, des soins palliatifs et des unités de médecine gériatrique. Recueil des données au moyen d'un questionnaire, anonyme, remis à chaque praticien, évaluant les connaissances et les pratiques en matière de DA. **Résultats :** Le taux de réponse des médecins au questionnaire est 69% soit 16/23 médecins avec une majorité d'homme (9 hommes sur 7 femmes). 43,6% ont plus de 10 ans d'exercice. La loi LEONETTI est connue par tous les praticiens, et 62,5% ont connaissance de la nouvelle loi de 2016. 81,2% des praticiens connaissent de l'obligation d'informer le patient et de recueillir les DA. 56,2% des praticiens affirment tracer les DA. 85% des praticiens estiment que la 1ère et la 2ème semaine d'hospitalisation sont la période la plus favorable au recueil. En pratique, l'altération état cognitif du patient (93,7%), les troubles du comportement (62%) et les troubles du langage (62%) sont les principales difficultés limitant le recueil des DA. **Conclusion:** Il est rassurant de constater que les praticiens ont connaissance de la loi LEONETTI, même si seulement environ 2/3 d'entre eux connaissent la version 2011. La notion de traçabilité dans le dossier médical n'est pas correctement acquise (56,2% de réponses positives). L'étude met en évidence les difficultés des praticiens, en Gériatrie, pour répondre aux obligations législatives. La fréquence des troubles cognitifs est un frein important à la rédaction des DA et complique la tâche du praticien.

#### A1-04-38

##### **Quand le vin s'invite en unité de soins palliatifs**

J. Chopart (1) ; C. Nativel (1) ; S. Gillard (1) ; L. André (1) ; M. Devaud (1) ; L. Verley (1) ; C. Cardon (1) ; V. Fossey Diaz (1) (1) Soins palliatifs, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris

**Introduction :** Le but des unités de soins palliatifs est avant tout de contrôler les symptômes à type de douleur, angoisse, dyspnée mais également d'accompagner patients et famille jusqu'au décès, en leur apportant de l'écoute et de l'attention. Nous avons souhaité compléter notre offre de soins en créant une cave à vin ; le but étant d'offrir un verre au patient et à son/ses proches, afin qu'ils partagent un moment convivial et chaleureux. **Méthodes :** Nous avons sollicité notre direction, qui, motivée par ce projet, sensibilisée aux soins palliatifs, alors que l'hôpital Bretonneau évolue dans un environnement viticole (vignes de Montmartre), nous a offert une cave à vins. A cinq, nous sommes allés au salon des Vignerons, avons sollicité des producteurs en leur présentant un flyer tout en expliquant notre démarche. L'accueil fut amical. Ils ont salué notre démarche et nos initiatives pour les patients. 21 bouteilles ont été ainsi rapportées. Deux cours d'œnologie ont été dispensés aux soignants afin de les familiariser d'avantage avec le vin. **Résultats:** A ce jour, près de deux tiers des bouteilles ont été consommés. Deux soignants référents de la cave, proposent une dégustation aux patients et leurs proches, lors du déjeuner ou en après-midi. Patients et entourage sont ravis. **Conclusion :** Cette initiative, inspirée de l'expérience du CHU de Clermont Ferrand, permet d'apporter aux patients en fin de vie, un moment de plaisir, d'échanges avec leurs proches mais également avec les soignants qui se sont investis dans cette démarche.

#### A1-04-39

##### **Analyse de prescription des analgésiques chez les personnes âgées dans une unité de soins de longue durée avec une UHR**

N. Shpak-Deschamps (1) ; N. Marie (2) ; I. Simonenko (3) ; E. Musellec (4)

(1) pôle Personnes Agées, CH Guillaume Régnier, Rennes; (2) Pharmacie, CH Guillaume Régnier, Rennes; (3) Faculté de pharmacie, Université de Rennes 1, Rennes; (4) Pôle personnes âgées, C.H. Guillaume Régnier, Rennes

**Introduction :** L'objectif du travail est de déterminer, si le massage à visée antalgique est efficace contre les douleurs osseuses et articulaires chroniques et peut réduire le traitement pharmacologique. **Méthodes :** Analyse des prescriptions d'analgésiques dans une unité gériatrique au long cours de 80 lits. Réalisation d'une série de massages à visée antalgique pendant 3 semaines chez 10 personnes avec des douleurs osseuses et articulaires, puis réévaluation du traitement de fond et conditionnel. **Résultats :** 80 patients. Hommes 39, femmes 41. Age moyen 78.8 ans (58 - 96). Diagnostic psychiatrique : démence 53.75%, psychose 41.25%, troubles de personnalité 5%. Antécédents : appareil locomoteur 67.5%, cardiovasculaires 57.5%, appareil digestif 40%, pneumologiques 25%, urologiques 21.25%, neurologiques 17.5%, endocrinologiques 17.5%, cancer 15%. 86.25% des patients étaient sous traitement antalgique. **Conclusion :** Les analgésiques le plus prescrits sont ceux du pallier I et la combinaison de I + II et I + III en forme orale. L'association de deux paliers permet d'obtenir un effet thérapeutique suffisant avec les doses moindres et donc de diminuer les effets indésirables des médicaments. Le massage à visée antalgique n'agit que sur l'anxiété et ne remplace pas le



traitement médicamenteux. L'évaluation régulière de la douleur est nécessaire afin de respecter le rapport optimal bénéfice risque chez les personnes âgées.

Patients	Mg total équivalent morphine per os		Mg total équivalent paracetamol per os	
	Période sans massage	Période avec massage	Période sans massage	Période avec massage
1	1155	1140 ↓	0	0
2	20	80	↑ 57000	57000
3	1050	780 ↓	19000	19000
4	540	630	↑ 4000	0 ↓
5	775	775	5000	1000 ↓
6	860	1980	↑ 4000	7000 ↓ ↑
7	4150	3860 ↓	0	0
8	1140	1140	2000	1000 ↓
9	680	80 ↓	0	0
10	90	0 ↓	28900	0↓

#### A1-04-40

##### Le patient, le pendule et le kinésithérapeute: où comment utiliser l'hypnoalgésie contre les douleurs induites en rééducation post AVC

A. Marteu (1) ; G. Sacco (2)

(1) rééducation, Hôpital Cimiez, Nice; (2) Ssr-post avc mossasud, Hopital de Cimiez, Nice

**Introduction :** Après un AVC, les patients hémiplegiques ont un risque important de présenter une algoneurodystrophie (SDRC de type 1) appelée plus communément syndrome épaule-main dont les facteurs favorisants sont multiples (manipulations excessives, oubli du membre, ou en lien avec une subluxation de la tête humérale). La phase chaude de l'algodystrophie se caractérise par un œdème de la main, une augmentation de la température et une douleur à la mobilisation des doigts et/ou du poignet. Conserver les amplitudes articulaires pendant cette phase est un objectif de la prise en charge rééducative afin de préserver la mobilité distale du membre supérieur en vue d'une potentielle récupération motrice. Pourtant, malgré toutes les précautions de prise en charge en infra douloureux, le kinésithérapeute provoque souvent des douleurs lors de ce geste. **Méthodes :** Alors que de nos jours, l'hypnose commence à faire son chemin dans les systèmes de soins français en tant que thérapie complémentaire, nous avons pu proposer à certains patients la pratique de l'hypnose conversationnelle lors de séances de mobilisation de la main algodystrophie. Nous avons pu nous rendre compte, que ce qui fonctionnait le mieux pour un grand nombre de patients comme phénomène d'induction était l'utilisation d'un "pendule" fabriqué à l'aide d'une bille et d'une ficelle. Il est demandé dans un premier temps au patient de se concentrer sur la bille et sur la rigidification de son bras non hémiplegique afin de maintenir la bille la plus immobile possible. Quand le patient est à l'aise avec la réalisation de cette première consigne, on peut lui demander l'inverse à savoir d'intensifier mentalement les mouvements de la bille tout en conservant son bras immobile. Au même moment, la mobilisation des différentes articulations de la main du côté hémiplegique est réalisée sans aucune douleur pour le patient. **Résultats :** Le geste de kinésithérapie est relativement court de l'ordre de quelques minutes, le patient restant complètement

conscient dans un état de transe légère à moyenne. A l'arrêt de la stimulation hypnotique, l'effet "antalgique" ne dure pas mais les patients peuvent poursuivre leur expérience par la pratique de l'autohypnose en dehors des séances de rééducation. Il est à noter que certains patients ont participé à la fabrication de leur pendule ce qui a permis une plus grande implication d'une part en tant qu'acteur de leur rééducation mais aussi dans le processus hypnotique. **Conclusion :** L'idée de coupler l'hypnose à des actes de rééducation semble faire son chemin dans les hôpitaux mais aussi en pratique libérale. L'utilisation de l'hypnoalgésie notamment pendant des exercices douloureux de kinésithérapie permet de faire évoluer les pratiques professionnelles de rééducation en participant notamment à la lutte contre les douleurs induites lors des soins.

#### A1-04-41

##### Appréciation de la prise en charge en soins palliatifs par les soignants à l'hôpital Broca (première phase d'une évaluation des pratiques professionnelles)

M. Piccoli (1) ; I. Hernandorena (1) ; C. Bouilly (1) ; S. Chauvelier (2) ; A. Chah Wakilian (2) ; C. Maria (2) ; J. Coulon (2) ; V. Mercier (2) ; AS. Rigaud (3) ; O. Hanon (4) ; E. Duron (1) ; G. Abitbol (2) (1) Gériatrie, Hôpital Broca (APHP), Université Paris Descartes, Paris; (2) Gériatrie, Hôpital Broca (APHP), Paris; (3) Gériatrie, service du pr. rigaud, Hôpital Broca (APHP), Université Paris Descartes, Paris; (4) Gériatrie, service du pr. hanon, Hôpital Broca (APHP), Université Paris Descartes, Paris

**Introduction :** Les soins palliatifs spécifiques à la personne âgée, dans un hôpital gériatrique font partie d'une problématique complexe nécessitant un regard multidisciplinaire. L'Hôpital Broca comprend 35 lits de Gériatrie Aiguë (GA), 133 lits de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) et 175 lits de Soins de Longue Durée (SLD). L'équipe mobile de soins palliatifs a établi une fiche de limitation et d'arrêt des thérapeutiques (LAT) intégrée au logiciel du dossier médical, dossier de soins et de prescription (ACTIPIDOS). Une évaluation des pratiques visant à évaluer l'appréciation par les soignants des prises en charge palliatives actuelles a été mise en place. **Méthodes :** Un questionnaire anonyme validé en équipe pluriprofessionnelle, composé de 18 questions a été proposé à tous les soignants de GA et de SSR qui ont participé à la prise en charge palliative de patients, dans les 10 jours suivants la fin de leur prise en charge (transfert ou décès), entre juin et novembre 2016. Le questionnaire évaluait plusieurs éléments : pathologie principale du patient, qualité et modalités de l'information partagée au sein de l'équipe, présence de symptômes incontrôlés, difficultés éventuelles rencontrées ainsi qu'une appréciation globale de la prise en charge sur une échelle de 0 à 10. Il était également possible de laisser des commentaires libres. **Résultats :** Trente-Six patients de SSR et 14 patients de GA (n = 50) ont reçu une prise en charge palliative jusqu'à leur décès intra-hospitalier, sur les 85 décès (53 en SSR – 32 en GA) sur la période. Sur ces 50 patients, 74 questionnaires ont été reçus pour 30 patients distincts (soit 60 % des patients pris en charge en soins palliatifs sur la période). L'âge moyen était 89 ans (56 % de femmes), les 3 pathologies le plus souvent rencontrées étaient : démence (63 %), cancer (40 %) et insuffisance cardiaque (30 %). L'appréciation globale de la prise en charge était de 7,21/10 (± 2,06, n = 65, 9 données manquantes). Dans les facteurs associés à une note plus importante, on retrouvait la connaissance de la procédure collégiale (7,9 ± 1,9 vs 6,4 ± 1,9, p = 0,002), la bonne connaissance du soignant du projet palliatif du patient (7,4 ± 1,8 vs 2, p < 0,0001), la présence de la signalisation dédiée sur ACTIPIDOS (couleur

symbolisant une prise en charge palliative terminale ( $7,9 \pm 1,5$  vs  $5,7 \pm 2,6$  pour l'absence de signalisation dédiée et  $5,5 \pm 2,6$  pour la non connaissance de cette signalisation,  $p = 0,0004$ ), de même que la présence de symptômes incontrôlés ( $5,9 \pm 2,0$  vs  $7,8 \pm 1,8$ ,  $p = 0,0002$ ). Le délai moyen de prise en charge avant le décès a été de 6,2 j (sans différence statistiquement significative entre GA et SSR) et n'était pas corrélé à l'appréciation globale (test de corrélation de Pearson = 0,17 [IC 95 % : -0,24 – 0,52],  $p = 0,41$ ). Enfin, dans les commentaires, on retrouvait 7 clusters : - Besoin de formation ressenti ( $n = 5$ ); - Manque de prise en considération de symptômes signalés ou de réactivité face à des symptômes ( $n = 8$ ); - Besoin d'anticipation des prises de décisions par rapport au sens des soins ( $n = 4$ ); - Améliorer la communication inter et intra-professionnelle ( $n = 8$ ); - Prise en compte des volontés du patient ( $n = 4$ ); - Communication avec l'entourage ( $n = 5$ ); - Organisation des soins ( $n = 6$ ); **Conclusion** : Bien que l'appréciation globale de la prise en charge palliative soit satisfaisante (7,21/10), il existe encore des éléments perfectibles. A l'issue de cette première phase d'EPP, nous modifions l'outil ACTIPIDOS de décisions de LAT et rédigeons des protocoles dédiés de gestion de la douleur, de gestion de la dyspnée agonique et de la sédation profonde et continue jusqu'au décès et faisons un nouveau cycle de formation dédié sur le besoin ressenti permettant une anticipation des décisions lors des réunions d'équipe.

#### A1-04-42

##### Lits Identifiés de Soins Palliatifs en EHPAD

C. Morel (1) ; V. Lefevre (2) ; M. Carrot (2)

(1) Direction, Réseau Omeris, Caluire-et-Cuire; (2) Ehpap, Maison de retraite Sergent Berthet, Lyon

**Introduction** : En 2010, la CNSA a lancé une expérimentation "Soins Palliatifs en EHPAD". Le rapport IGAS 2012 soulignait l'avancée majeure de ce type de prise en charge. La Résidence Sergent Berthet a déposé en août 2012 auprès du Pôle Animation Territoriale du Rhône un projet « Lits Identifiés Soins Palliatifs en EHPAD ». L'expérimentation innovante de 3 ans a été l'opportunité de reconnaître la place des Soins Palliatifs en EHPAD. Fort de l'expertise acquise, 5 Lits Identifiés de SP ont été pérennisés fin 2016 par l'ARS Rhône-Alpes au sein de la Résidence Sergent Berthet. **Méthodes** : Les lits identifiés de soins palliatifs en EHPAD visent à éviter les hospitalisations en fin de vie et répondre aux sollicitations du secteur sanitaire pour l'admission de patients âgés en soins palliatifs. Les fondements du projet : • Des moyens humains (IDE, AS, Médecin, etc.); • La formation de l'ensemble du personnel (soignants et non-soignants); • Des personnes ressources : le médecin (DU de Soins Palliatifs), et la psychologue; • L'infirmière de nuit; • Un partenariat avec une Equipe Mobile de Soins Palliatifs; • Une évaluation quantitative et qualitative annuelle partagée avec l'ARS; • Une complémentarité avec le secteur sanitaire et les acteurs de SP du territoire; L'éthique de prise en charge : • Soulager les douleurs physiques et la souffrance dans ses différentes dimensions; • S'adresser au malade en tant que personne, à ses proches jusqu'à après le décès; • Ni acharnement, ni négligence; • 5 lits répartis dans la résidence, pas de secteur dédié; Au quotidien, le parcours en soins palliatif s'organise autour : • D'une visite de préadmission; • D'un entretien familial; • Du projet personnalisé du résident; • De réunions hebdomadaires de synthèse en équipe pluridisciplinaire; • D'un suivi par la psychologue des résidents, des proches et des professionnels. **Résultats** : 1) Analyse des demandes : Nos lits identifiés de Soins Palliatifs s'adressent à des personnes âgées avec

pathologie grave et évolutive pour laquelle on est au maximum des capacités de traitement curatif. 3 principaux parcours : Résidents Ehpap -> EMSP -> SP en Ehpap; Domicile -> Court séjour sanitaire dont USP -> SSR -> EMSP -> SP en Ehpap; Domicile -> Court séjour sanitaire dont USP -> EMSP -> SP en Ehpap; 2) Activité: 2016 : 1629 journées (14 résidents) ; 2015 : 1364 journées (17 résidents). 3) Points positifs : • La mise en place d'une véritable culture palliative dans toute la Résidence; • La dynamique d'équipe avec valorisation du rôle de l'IDE et de l'AS en EHPAD; • Le rôle de la psychologue, auprès des résidents / proches / professionnels • La collaboration avec le monde sanitaire, dont l'EMSP; • La satisfaction des familles sur l'accompagnement de leurs parents. Les Lits Identifiés de Soins Palliatifs et la démarche globale ont été relevés comme des points très positifs lors de l'évaluation externe de l'EHPAD. 4) Principales difficultés : La « montée en charge » longue ; le coût du séjour ; une augmentation du turn over **Conclusion** : Les lits identifiés de Soins Palliatifs en EHPAD répondent aux besoins de santé publique en proposant une réponse jusqu'ici absente, évitant des hospitalisations inadaptées en court séjour. Pour réussir leur mise en place, il convient de s'interroger sur la capacité à prendre en charge ces résidents, de s'assurer de la coordination de l'ensemble des acteurs et de rendre lisible la place de l'EHPAD dans cette prise en charge, afin qu'elle soit un acteur de recours sur le territoire de santé.

#### A1-04-43

##### L'équipe mobile de soins palliatifs en EHPAD : Vrai partenaire ou simple prestataire ?

S. Salome (1) ; F. Fortin (1) ; C. Tourbez (2) ; K. Parent (3) ; N. Declercq (4) ; A. Petit (3) ; MA. Julienne (2) ; H. Chekroud (4)

(1) Equipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs gériatrique, GHLH, Loos; (2) Equipe mobile d'accompagnement et de soins palliatif gériatrique, GHLH, Loos; (3) Unité de soins palliatifs, GHLH, Loos; (4) Soins de suite et de réadaptation, GHLH, Loos

**Introduction** : L'EMASPG du Groupe Hospitalier de Loos Haubourdin, est conventionnée avec 29 EHPAD. Parmi les missions de l'EMASPG figure la Formation du personnel des EHPAD et également la diffusion des bonnes pratiques des soins palliatifs. Dans ce travail, nous avons cherché à évaluer le pourcentage de suivi par les médecins prescripteurs, des propositions thérapeutiques formulés par de l'EMASPG suite à leurs interventions. **Méthodes** : Au cours du 1er semestre de l'année 2017, Nous avons pris en considération dans notre étude, toutes les interventions de l'EMASPG ayant généré des conseils thérapeutiques au sein des EHPAD conventionnées. Ces interventions ont été classées en 3 catégories : • Conseils thérapeutiques en lien avec la prise en soin de la douleur; • Conseils thérapeutiques en lien avec les autres symptômes (anxiété, dyspnée...); • Conseils thérapeutiques en lien avec les approches non médicamenteuses, quel que soit le domaine. Parmi les prescripteurs nous avons identifié deux 2 catégories : • Le médecin généraliste ET le médecin Coordonnateur assumant une fonction de soins. **Résultats** : Au cours de la période d'étude 53 dossiers ont été concernés dont 45 ont donné lieu à des propositions thérapeutiques. Les champs d'intervention de ces conseils thérapeutiques concernés étaient : 1. Conseils thérapeutiques en lien avec la prise en soin de la douleur : 30; 2. Conseils thérapeutiques en lien avec les autres symptômes (digestifs, respiratoires, psychique): 10; 3. Conseils thérapeutiques en lien avec les approches non médicamenteuses : 10

Taux de suivi des propositions en fonction des prescripteurs :		
	Médecin généraliste	Médecin Co assumant une fonction de soin
Suivi thérapeutique de la douleur	92,10 %	100 %
Suivi thérapeutique des autres symptômes	91,66 %	80 %
Suivi des approches non médicamenteuses	95 %	100 %

Principaux motifs de refus de suivi des propositions: Refus lié à la famille : 2 ( crainte des effets indésirables); Prescriptions jugées inadaptées par les prescripteurs : 3 (absence de formes galénique, contraintes institutionnelles, pas de personnel la nuit); Nombre de concertation: Nombre de contacts directs et à l'initiative des prescripteurs, après la formulation des propositions thérapeutiques : 5; Nombre de contacts directs à l'initiative de EMSPg, avant la formulation des propositions thérapeutiques : 45. **Conclusion :** Les principaux résultats de cette étude, note globalement un taux de suivi > 90 % par les médecins prescripteurs. Ces prescriptions font rarement l'objet d'appel à l'initiative des médecins prescripteurs (5) mais sont discutées en amont à l'initiative de l'EMASPG. Ceci explique sans doute ces pourcentages très élevés. Cependant le peu de sollicitation directe des médecins prescripteurs et la quasi reconduite systématique des propositions thérapeutiques n'expose-t-elle pas l'EMASPG à devenir un simple "prestataire" au même titre que le médecin spécialiste d'organe? Ceci rappelle combien il apparaît important de bien rester sur ses missions. L'EMASPG, en restant attaché au concept de proposition thérapeutique, en ne se substituant pas aux prescripteurs légitimes des EHPAD que sont les médecins généralistes, peut de fait devenir un réel partenaire !

#### A1-04-44

##### **Pratique des limitations et arrêts des thérapeutiques (LAT) chez les patients âgés dans les services d'urgence et gériatrie aiguë du Centre Hospitalier Universitaire Ambroise Paré (APHP) Etude rétrospective (service d'urgence et gériatrie aiguë) et pros**

R. Daire (1) ; L. Arrouy (2) ; S. Beaune (2) ; L. Teillet (3) ; S. Moulias (3)

(1) *Service de gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt;* (2) *Urgences adultes, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt;* (3) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

**Introduction :** La loi Léonetti puis Léonetti Claeys interdit l'obstination déraisonnable et introduit en corollaire la possibilité de limiter ou d'arrêter, de façon collégiale, des traitements (LAT) non adaptés. **Méthodes :** Etudes monocentriques sur les patients de plus de 80 ans, l'une rétrospective sur les décès dans les 5 premiers jours d'hospitalisation, aux urgences et en gériatrie aiguë; l'autre prospective sur les LAT réalisées dans les 5 premiers jours d'hospitalisation en gériatrie, avec une fiche de LAT permettant de formaliser. L'objectif principal était d'évaluer la collégialité de ces décisions. **Résultats :** Des LAT étaient retrouvées pour 65,4% des 52 patients dans l'étude rétrospective, dont 9,1% de procédures collégiales aux urgences et 25% en gériatrie aiguë. L'étude prospective retrouvait un tiers de collégialité pour 18 patients en situation de fin de vie. La fiche de LAT paraissait avoir été intégrée à la pratique gériatrique. La prise en charge palliative était peu présente aux urgences. L'implication paramédicale et familiale était

inconstante. **Conclusion :** Les exigences légales du processus de LAT restent inconstamment appliquées. Une fiche de LAT directive ciblant les éléments indispensables serait à évaluer pour améliorer la collégialité des décisions.

#### A1-04-45

##### **Est-il possible de prédire la fin de vie en EHPAD ?**

T. Delespierre (1) ; S. Sanchez (2) ; P. Denormandie (3) ; A. Letty (4) ; L. Josseran (5)

(1) *Handiresp-ea4047, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines - UFR de santé, Montigny le Bretonneux;* (2) *Pôle IMEP, Centre Hospitalier de Troyes, Avenue Anatole France, Troyes, France, Troyes;* (3) *Institut du bien vieillir, Korian, Paris;* (4) *Secrétaire générale, Institut du Bien Vieillir, Paris;* (5) *Handiresp-ea4047, Université de Versailles St Quentin - UFR de santé, Montigny le Bretonneux*

**Introduction :** Les données issues de la littérature montrent une prévalence élevée et une grande diversité de symptômes physiques et psychiques en fin de vie. Au premier rang des symptômes en fin de vie figurent les signes généraux mais également les symptômes psychiques tels que l'anxiété ou la tension psychique. Il existe aujourd'hui assez peu d'études s'intéressant aux symptômes en fin de vie des résidents en EHPAD et leur prise en charge. L'objectif de cette étude était de caractériser l'évolution des états de santé des personnes âgées en fin de vie à partir d'une population de résidents en EHPAD afin de mieux prendre en charge cette période.

**Méthodes :** Cette étude a été réalisée sur la base de données sanitaires obtenues par une extraction textuelle du contenu du dossier de soins des résidents. Un total de 24 syndromes a été défini. Les hospitalisations et le décès ont également été enregistrés et agrégés à l'information syndromique. Deux échantillons ont été constitués. Le premier a inclus les résidents entrés entre le 01/11/2010 et le 26/02/2017 dans un établissement Korian avec au moins une transmission syndromique sur les 100 premiers jours de leur séjour. Un second échantillon incluant les résidents décédés entre le 01/11/2010 et le 26/02/2017 avec également au moins une information syndromique dans les 100 jours précédant le décès, autre que la mention du décès et différent du premier. La comparaison des informations syndromiques a été réalisée par tests t sur les effectifs des 24 syndromes et hospitalisations sur les 2 échantillons. **Résultats :** L'âge moyen à l'entrée était de 85,6 ans pour les hommes (+/- 7 ans) et 86,6 ans (+/- 7 ans) pour les femmes. Le GIR à l'entrée était respectivement de 2,8 (+/- 1) pour les hommes et 2,7 (+/- 1) pour les femmes. La durée moyenne de séjour était de 23,1 mois (+/- 29 mois) pour les hommes et de 36,6 mois (+/- 38 mois) pour les femmes. Le groupe « 100 premiers jours » comprenait 20 504 résidents vivants. Pour ces résidents un total de 296 599 observations contenant au moins un syndrome, soit une moyenne de 14,5 transmissions par résident sur la période ont été analysées. Le groupe « fin de vie en EHPAD » comprenait 18 587 résidents avec au moins une transmission syndromique dans les 100 jours précédant le décès. Dans ce groupe, 416 381 syndromes ont été enregistrés, soit une moyenne de 22 transmissions par résident sur la période ont été analysées. La comparaison entre ces deux groupes montre des différences significatives sur la fréquence de survenue de plusieurs syndromes comme par exemple les syndromes douloureux ou les chutes et en fonction du sexe. Ainsi, 2,9 épisodes douloureux sont rapportés chez les hommes dans les 100 jours suivant l'entrée contre 5,9 dans les 100 jours avant le décès (p<0,001). Chez les femmes ce même syndrome passe de 3,5

à 6 ( $p < 0,001$ ). **Conclusion :** Ces résultats mettent en évidence la possibilité, sur la base d'informations syndromiques, d'identifier les personnes en fin de vie à travers l'évolution de leur état de santé. Ils montrent ainsi l'intérêt que représente le suivi quotidien d'une population, dans des conditions écologiques, pour la recherche en santé publique dans un contexte médico-social. Néanmoins, cette première approche présente des limites. Le fait d'avoir constitué 2 groupes d'échantillons différents et d'avoir travaillé sur des regroupements syndromiques nous fait perdre en puissance. C'est pourquoi ces résultats nécessitent d'être confirmés par d'autres travaux et il serait sans doute pertinent de comparer l'évolution des états de santé d'une même population dans le temps. Toutefois, nos premiers résultats laissent penser qu'il est possible de définir un ensemble de pathologies traceuses qui pourrait permettre l'élaboration d'un score de risque à partir du dossier soignant. Ce score autorisera ensuite le repérage précoce des personnes en fin de vie afin d'améliorer leur prise en charge en EHPAD, à travers une approche centrée à la fois sur les symptômes psychiques et physiques. Enfin, au-delà de la prise en charge des résidents, cette identification précoce peut également permettre au personnel soignant de se préparer humainement à la survenue des décès.

#### A1-04-46

##### «Évaluation des Pratiques Professionnelles dans le service de gériatrie du CHU d'Amiens : LATA du Sujet Agé»

I. Binot (1) ; C. Defouilloy (2) ; S. Hannat (3) ; I. Defouilloy (4) ; K. Ilhem (1) ; F. Bloch (1)

(1) *Gériatrie, CHU Amiens-Picardie, Amiens*; (2) *Médecine légale, CHU Amiens-Picardie, Amiens*; (3) *Gériatrie, CHU Amiens-Picardie, Amiens, France*; (4) *Gériatrie, CHU Amiens-Picardie, Salouël*

**Introduction :** L'accompagnement de la fin de vie est une pratique courante en gériatrie. Les lois qui encadrent les Limitations et Arrêts des Thérapeutiques Actives (LATA) guident la décision médicale pour la personne en fin de vie « hors d'état de s'exprimer » ou « en refus de traitement ». Qu'en est-il des patients âgés avec des troubles cognitifs et/ou des troubles du comportement ? Comment interpréter le « non » démontré par l'agressivité physique du patient étiqueté « opposant » ? Les trajectoires de fin de vie de la personne âgée sont variables et « trouver la limite du raisonnable » est souvent complexe, un choix difficile souvent pris dans l'urgence. La personne de référence peut être l'épouse de plus de 85 ans, elle-même épuisée. L'objectif de notre Evaluation des Pratiques Professionnelles est d'élaborer une procédure spécifique à l'accompagnement de la fin de vie du sujet âgé. **Méthodes :** A partir de Septembre 2017, sur une durée de 1 mois aura lieu dans l'ensemble des unités de court, moyen et long séjour du service de gériatrie du CHU d'Amiens ainsi qu'à l'EHPAD qui lui est attachée, une auto-évaluation par questionnaires anonymes, des soignants et médecins de gériatrie sur leurs pratiques en LATA. Dans le même temps, un questionnaire sera proposé aux aidants ayant accompagné une fin de vie dans le service de gériatrie. Un groupe d'expert validera la procédure de LATA spécifique du sujet âgé (LATA-SA). Sur une durée de trois mois, les soignants et médecins se verront proposer une formation théorique et pratique sur la LATA-SA. A 6 mois du début de l'EPP, nouvelle auto-évaluation des soignants et médecins de gériatrie sur leurs pratiques en LATA ainsi qu'un questionnaire destiné aux aidants. **Résultats :** Nous présenterons les résultats issus de la première phase d'état des lieux des pratiques en LATA dans le service de gériatrie d'Amiens dès novembre 2017. **Conclusion :**

Répondre aux besoins spécifiques du sujet âgé peut contribuer à améliorer la qualité de sa fin de vie, l'accompagnement des aidants et la satisfaction dans leur pratique des soignants et médecins de gériatrie.

#### A1-04-47

##### Pour quelles raisons les médecins généralistes prescrivent-ils des antibiotiques chez les patients âgés en phase terminale des soins palliatifs ?

M. Durand (1) ; T. Fraisse (2)

(1) *CSGA, C.H. Alès-Cévennes, Alès*; (2) *Service de gériatrie, CH Alès-Cévennes, Alès*

**Introduction :** En France, en moyenne, le médecin généraliste est impliqué dans une à trois situations de fin de vie à domicile chaque année. Du fait de la forte prévalence des infections en soins palliatifs mais aussi chez les personnes âgées, la probabilité d'être confronté à la discussion d'un recours à une antibiothérapie est non négligeable. Or dans un contexte de domicile, tout geste du fait de sa réalisation à son importance et à l'heure actuelle, aucune recommandation quant à l'utilisation d'antibiotique en fin de vie n'a vu le jour. En s'appuyant sur l'hypothèse que le médecin généraliste compose avec la singularité de chaque situation, nous nous sommes interrogés sur la question de recherche suivante : pour quelles raisons les médecins généralistes utilisent-ils des antibiotiques chez les patients âgés en fin de vie ? **Méthodes :** Pour y répondre, nous avons choisi une approche d'analyse quantitative en réalisant un questionnaire via Google form adressé aux médecins généralistes de divers départements de France. **Résultats :** Pour le moment, les résultats sont en cours. Nous avons à l'heure actuelle 134 réponses de médecins généralistes. 60% ont déjà prescrit des antibiotiques en situations de fin de vie. Nous analyserons les données obtenues de la prescription ou pas d'antibiotiques en fonction du lieu d'exercice, d'une formation ou pas en soins palliatifs... Les résultats préliminaires sont en faveur de prescriptions ayant pour but d'améliorer les symptômes des patients âgés en fin de vie et dans un second temps de traiter une infection documentée. **Conclusion :** Peu d'études se sont attachées à explorer le sujet antibiothérapie et fin de vie et aucune en médecine générale. De plus, aucune recommandation n'existe à ce sujet. Cette étude permettra je l'espère de mettre en évidence les difficultés auxquelles les médecins généralistes sont soumis lors de leur décision d'utiliser ou non d'une antibiothérapie.

#### A1-04-48

##### Effet de l'hypnose à court terme sur la douleur des personnes âgées suivies à domicile

M. Billot (1) ; P. Jaglin (1) ; C. Wood (2) ; T. Dantoine (1)

(1) *Upsav, pôle clinique médicale et gérontologie clinique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges*; (2) *Centre de prise en charge de la douleur, pôle clinique médicale et gérontologie clinique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges*

**Introduction :** La prévalence de la douleur augmente avec l'âge pour atteindre 29-86% pour les 75-84 ans et 40-79% pour les plus de 85 ans (Helme et Gibson 2001). La présence de douleur chez cette population âgée est associée à une augmentation des limitations fonctionnelles, de la fatigue, des problèmes de sommeil, d'état dépressif, et par conséquent une diminution de la qualité de vie (Jakobsson et al. 2003). Parmi les moyens d'agir sur la douleur, la technique de l'hypnose est un outil qui a démontré

une efficacité, notamment chez les jeunes adultes (Patterson et Jensen 2003). Lors de cette étude, nous proposons de quantifier l'effet de séances d'hypnose sur une période de 3 mois auprès d'une population de personnes âgées suivies à domicile par une équipe mobile extrahospitalière, l'Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillessement (UPSAV), en Haute-Vienne. **Méthodes** : 11 personnes âgées (79,6 ± 6,2 ans) ont accepté de participer aux séances d'hypnoses à domicile proposées par l'UPSAV du CHU de Limoges. Les personnes participent à trois séances d'hypnoses individuelles à domicile durant les 3 mois. Les participants sont invités à effectuer des séances seul en autohypnose entre les séances avec le professionnel de l'hypnose. La douleur est évaluée à partir du questionnaire Brief Pain Inventory (BPI) avant et après la période de 3 mois. **Résultats** : Nos résultats présentent une diminution du score général du questionnaire BPI après 3 mois d'intervention en hypnose (78 ± 13 vs 54 ± 21, p = 0,002). Plus spécifiquement, suite à la période de 3 mois, nos résultats indiquent une diminution de la douleur la plus forte ressentie (9,1 ± 0,9 vs 6,8 ± 2,2, p = 0,004), de l'impact de la douleur sur les activités de la vie quotidienne (8,3 ± 1,0 vs 5,5 ± 2,6, p = 0,001), de l'impact de la douleur sur la capacité à marcher (7,0 ± 2,7 vs 4,8 ± 2,3, p = 0,010), et de l'impact de la douleur sur le goût de vivre (7,8 ± 2,9 vs 5,4 ± 2,7, p = 0,037). **Conclusion** : Notre étude montre l'effet bénéfique de l'hypnose sur la douleur ressentie des personnes âgées, ainsi qu'une amélioration de leur qualité de vie. L'hypnose apparaît être une approche sécuritaire pour la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées en hospitalisation (Ardigo et al. 2016), et également à domicile. La technique de l'hypnose pourrait faire l'objet d'une approche systématique dans la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées.

#### A1-05-49

##### **Délai de mise en place des mesures de contrôle d'une épidémie dans 35 établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) lors de cas groupés d'Infections Respiratoires Aiguës (Ehpad) lors de cas groupés d'Infections Respiratoires Aiguës**

F. Ruban-Agniel (1) ; C. Denis (1) ; S. Amsellem-Dubourget (1) ; N. Larroumes (1) ; S. Bô (1) ; M. Lieutard (1) ; J. Monterrat (1) ; C. Chapuis (2)

(1) *Equipe Mobile d'Hygiène en Ehpad, Chu Lyon hôpital henri Gabrielle, Saint-Genis-Laval*; (2) *Equipe sectorielle de prévention du risque infectieux, Hospices civils de Lyon, Saint-Genis-Laval*

**Introduction** : Chaque hiver les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont confrontés à des cas groupés d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA), ayant une gravité potentielle bien connue pour des résidents fragiles. La mise en place rapide de mesures adaptées a une importance majeure pour le contrôle des épidémies au sein des Ehpad. Nous rapportons l'observation du délai de mise en place de 6 mesures de contrôle dans 35 établissements ayant signalé des cas groupés d'IRA. **Méthodes** : Les données sont fournies par la fiche de signalement à l'Agence Régionale de Santé (ARS) de cas groupés d'IRA en collectivités de personnes âgées, et la courbe épidémique. La date de mise en place, renseignée par les établissements, a été recueillie pour : • le renforcement de l'hygiène des mains (personnel/résidents/visiteurs); • les précautions de type « gouttelettes »; • la limitation des déplacements des malades; • l'arrêt ou la limitation des activités collectives; • l'information des visiteurs et intervenants extérieurs; • la chimioprophylaxie antivirale lorsqu'elle était prescrite. **Résultats**: Le renforcement de l'hygiène des mains et les précautions complémentaires « gouttelettes » sont loin d'être mis

en place dès le premier cas d'IRA, avec un délai allant jusqu'à 13 jours. La limitation des déplacements des malades intervient dans un délai moyen de 3 jours (0 à 17) jours après le 1er cas. Les mesures impliquant les résidents asymptomatiques, telles que l'arrêt ou la limitation des activités collectives, ne sont parfois mises en place qu'après plus de 20 cas. La chimioprophylaxie antivirale a été prescrite dans moins d'un établissement sur 3, entre 0 et 20 jours après le premier cas. **Conclusion** : La sensibilisation des établissements à la mise en place précoce des mesures de contrôle des épidémies reste à améliorer. Le délai n'est pas toujours le fait d'une méconnaissance de mesures nécessaires mais parfois la conséquence des contraintes liées à ces mesures (coût des masques, problèmes organisationnels du maintien en chambre notamment pour les repas), ou de l'impossibilité de limiter les déplacements de certains résidents.

#### A1-05-50

##### **Participation et adhésion à un essai multidomaine sur Internet pour la prévention des maladies cardiovasculaires et le déclin cognitif chez les personnes âgées en France, Finlande et aux Pays Bas : données de l'étude ancillaire ACCEPT-HATICE**

N. Coley (1) ; J. Guillemont (2) ; A. Rosenberg (3) ; T. Van Middelaar (4) ; M. Barbera (3) ; H. Soininen (3) ; E. Richard (4); M. Kivipelto (5) ; S. Andrieu (1) ; MIND-AD group; HATICE group

(1) *Université de Toulouse, INSERM UMR 1027 - CHU Toulouse, Toulouse*; (2) *Université de Toulouse 3, UMR 1027 Inserm, Toulouse*; (3) *Institute of clinical medicine/neurology, University of Eastern Finland / University of Eastern Finland, Kuopio, Finlande*; (4) *Department of neurology, donders institute for brain, cognition and behavior, Radboud University Nijmegen, Nijmegen, Pays-Bas*; (5) *Aging research center, Institut Karolinska, Solna, Suède*

**Introduction** : Nous avons comparé les raisons de participation à un essai de prévention testant une intervention d'eSanté, et l'adhésion à l'intervention chez des personnes âgées en Finlande, France et aux Pays-Bas. **Méthodes** : L'essai HATICE (« Healthy Ageing Through Internet Counselling in the Elderly ») est un essai randomisé de 18 mois testant une intervention multidomaine sur Internet visant à optimiser l'autogestion des facteurs de risque cardiovasculaire, avec l'accompagnement d'un conseiller, pour la prévention des maladies cardiovasculaires et le déclin cognitif chez 2725 participants européens âgés de 65 ans et plus présentant des facteurs de risque ou une maladie cardiovasculaire. Dans le cadre de l'étude ancillaire ACCEPT-HATICE, 341 participants ont rempli un auto-questionnaire électronique au moment de leur recrutement dans l'essai HATICE afin d'étudier les déterminants de leur participation. **Résultats** : Les participants des trois pays différaient selon l'âge (âge médian : 67 (Finlande), 70 (France) et 69 (Pays-Bas) ans, p<0,001), le soutien social [score médian (/ 12, un score plus élevé représentant un meilleur soutien social) : 11 (Finlande), 9 (France), 9 (Pays-Bas), p=0,003] et le locus de contrôle [score médian de contrôle externe "personnages puissants" (/ 12, un score plus élevé représentant une plus grande attribution de la santé aux professionnels de santé) : 7 (Finlande), 9 (France), 8 (Pays-Bas), p<0,001]. 51% des participants français ont déclaré que contribuer au progrès scientifique était leur principale raison de participer, contre 23% et 37% des participants finlandais et néerlandais, respectivement, tandis que 24% des participants finlandais ont déclaré que recevoir de meilleurs soins médicaux était leur principale raison de participation, contre 11% et 13%

des participants français et néerlandais ( $p=0,009$ ). L'adhésion à l'intervention différait également entre les pays [proportion de sujets se connectant  $\geq 10$  fois au cours des six premiers mois: 60% (Finlande), 79% (France), 65% (Pays-Bas),  $p=0,030$ ]. **Conclusion:** Les raisons de participation et l'adhésion à l'intervention étaient variables selon le pays, probablement en raison de différences à plusieurs niveaux : caractéristiques des participants, méthodes de recrutement, systèmes de santé et facteurs culturels.

#### A1-05-51

##### Retours d'expérience de la grippe en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

C. Denis (1) ; F. Ruban-Agniel (1) ; S. Amsellem-Dubourget ( ) ; N. Larroumes (1) ; S. Bô (1) ; M. Lieutard (1) ; J. Monterrat (1) ; C. Chapuis (2)

(1) *Equipe mobile d'hygiène en ehpad, Chu lyon hôpital henri Gabrielle, Saint-Genis-Laval*; (2) *Equipe sectorielle de prévention du risque infectieux, Hospices civils de Lyon, Saint-Genis-Laval*

**Introduction :** Les équipes mobiles d'hygiène à destination des EHPAD (EMHE) ont été sollicités au cours de l'hiver 2016-2017 pour aider les établissements à gérer les épidémies de grippe. Des retours d'expérience dans 3 établissements de la région ont permis d'identifier les facteurs qui ont pu contribuer à l'épidémie de grande ampleur. Certains étaient inévitables (résidents déambulants avec troubles cognitifs, familles non compliantes..) et d'autres pouvant être maîtrisés ont permis d'aboutir à des actions d'amélioration.

**Méthodes :** Notre équipe mobile d'hygiène a proposé aux EHPAD de son secteur un retour d'expérience de leur épisode de grippe. L'approche était différente et plus ou moins approfondie selon l'établissement (méthode ALARM, discussion avec les équipes). Les professionnels ayant vécu l'évènement étaient conviés à ces rencontres, afin de déterminer et analyser les différents facteurs qui ont pu contribuer à l'évolution de la grippe et mettre en place des actions afin d'éviter des situations comparables. **Résultats :** La grippe a concerné un grand nombre d'EHPAD pendant l'hiver 2016-2017. Trois établissements ayant été plus touchés ont accepté de participer à un retour d'expérience. Le partage d'expérience concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode ont permis d'identifier des causes qui ont pu contribuer à la propagation du virus. Les facteurs contributifs les plus retrouvés ont été la vaccination insuffisante des professionnels, un surcroît de travail au moment des fêtes de fin d'année entraînant une désorganisation de l'activité, le retard de diagnostic de grippe et de signalement, des protocoles d'hygiène peu connus et peu accessibles, un retard à l'arrêt des activités collectives, la difficulté de maîtriser des résidents déments et déambulants, des familles non coopérantes, un approvisionnement insuffisant de masques. Cette analyse a donné lieu à un plan d'actions notamment préventives dès l'automne passant par une incitation à la vaccination des professionnels, des ateliers « épidémie », une information en amont pour les familles. **Conclusion :** Ces retours d'expérience ont permis d'identifier avec les professionnels les facteurs ayant généré des situations compliquées au sein des EHPAD. La maîtrise de tels évènements passera par des actions de prévention du risque infectieux (bonne connaissance des protocoles, formations, la vaccination des professionnels), une information large aux familles, une incitation à utiliser des tests rapides de diagnostic.

#### A1-05-52

##### Observation de la Déshydratation de la Personne Agée à partir d'une Sélection de Facteurs de Risque

C. Gayot (1) ; P. Kajeu (2) ; A. Tchalla (3) ; T. Dantoïna (4)

(1) *Unité de recherche clinique en gériatrie, C.H.U de Limoges Dupuytren, EA 6310 HAVAE, Université de Limoges, Limoges*; (2) *Médecine d'urgence gériatrique de la personne âgée, C.H.U de Limoges, Limoges*; (3) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges; EA 6310 HAVAE, Université de Limoges, Limoges*; (4) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren; EA 6310 HAVAE Université de Limoges, Limoges*

**Introduction :** La déshydratation chez la personne âgée est complexe à dépister et à quantifier. La survenue de la déshydratation augmente au cours de l'avancée en âge (Hooper 2014). Son diagnostic est multifactoriel (biologie et clinique) et est favorisé par les comorbidités présentées par le patient (Mentes 2006, Thomas 2008, Chevront 2010). La déshydratation de la personne âgée représente un risque élevé de morbidité pouvant aboutir au décès (Waïkar 2009). Dans cette étude préliminaire, nous avons analysé le risque de déshydratation de la PA dans trois situations. **Méthodes** Une extraction de bases de données issues de trois cohortes différentes a été analysée : cohorte « urgences » du CHU de Limoges : 63 patients pris en charge par l'équipe MUPA (médecine d'urgence de la personne âgée), cohorte « EHPAD » : 51 résidents évalués lors d'un protocole de recherche clinique et la cohorte « domicile » 67 patients pris en charge par l'UPSVA (unité de prévention de suivi et d'analyse du vieillissement). Afin d'évaluer le risque de DHY, nous avons sélectionné 4 facteurs de risque parmi ceux identifiés par Mentes en 2009 : sexe, âge, autonomie (GIR<5, IADL + ADL altérés) et polymédication (>4 lignes de traitements). **Résultats :** La description de la cohorte globale (181 patients) retrouve une plus forte représentation du sexe féminin (63.54%). L'âge moyen des femmes est de 87.19 ans (+/- 4.59) ; âge minimum 75ans ; âge maximum 102 ans. Pour les hommes l'âge moyen est de 85.76 ans (+/- 5.92) ; âge minimum 75ans ; âge maximum 96 ans; 43% des résidents de la cohorte « EHPAD » ainsi que 36% des patients admis aux urgences (cohorte « urgences ») cumulent les 4 facteurs de risque. Dans la cohorte « domicile », 13.43% des patients sont identifiés comme étant à risque de déshydratation. **Conclusion :** Au vu de la prévalence des facteurs de risque identifiés au sein des 3 cohortes analysées, cela suggère une forte proportion de sujets déshydratés comparable à celle retrouvée dans la littérature Hooper (2016) : urgences : 15 à 35% des patients sont déshydratés, 28 à 44% le sont en EHPAD et 7 à 54% le sont à domicile. Une démarche de dépistage systématique de la déshydratation va être mise en place. Il nous paraît également intéressant d'évaluer le taux de diagnostic réalisé chez les patients à plus haut risque de déshydratation dans le cadre d'une prévention d'hospitalisation (domicile et EHPAD) ou pour éviter les complications d'hospitalisation pour les patients admis aux urgences.

**A1-05-53****L'essai HATICE/Préserv'Age en France : focus sur le recrutement via un centre de prévention**

N. Coley (1) ; J. Guillemont (2) ; F. Martin (3) ; S. Andrieu (4)

(1) *Équipe 1, INSERM UMR 1027 - CHU Toulouse, Toulouse;*  
(2) *Université de Toulouse 3, UMR 1027 Inserm, Toulouse;*  
(3) *Centre de Prévention Bien Vieillir Agirc Arrco Occitanie, Toulouse;*  
(4) *Université de Toulouse, INSERM UMR 1027 - CHU Toulouse, Toulouse*

**Introduction :** L'essai Healthy Ageing Through Internet Counselling in the Elderly (HATICE), dont Préserv'Age est la déclinaison française, vise à déterminer si une intervention multidomaine sur Internet, visant à optimiser l'autogestion des facteurs de risque cardiovasculaire (CV) chez les sujets âgés, est susceptible d'améliorer le profil de risque CV et de réduire le risque de maladies CV, de déclin cognitif et de démence. Cet essai, qui se déroule aux Pays-Bas, en Finlande et en France, s'adresse à des personnes de 65 ans et plus présentant un risque CV élevé. Le suivi dure 18 mois. En France, la moitié des 368 participants ont été recrutés via le centre de prévention Bien Vieillir Agirc/Arrco Occitanie de Toulouse (Cedip). Nous avons exploré le processus de recrutement auprès de cette population spécifique et examiné dans quelle mesure Internet a représenté un obstacle à la participation.

**Méthodes :** En France, les participants Cedip ont été recrutés parmi les bénéficiaires âgés de 65 ans et plus via 2 canaux : 1/ les bénéficiaires venant au Cedip pour leur bilan de prévention ont été invités à participer à l'essai HATICE/Préserv'Age s'ils étaient considérés comme éligibles ; ces personnes ont ensuite été recontactées par téléphone pour finaliser le préscreening ; 2/ un auto-questionnaire visant à évaluer les principaux critères de sélection a été envoyé à 6591 bénéficiaires ayant effectué un bilan de prévention depuis 2012 ; les personnes éligibles d'après cet auto-questionnaire ont alors été contactées par téléphone pour être invitées à participer à l'essai et, le cas échéant, finaliser le préscreening. **Résultats :** Parmi les 1027 personnes présélectionnées via le canal 1, 82,2% n'étaient pas éligibles. Les principales raisons de non-éligibilité étaient un faible risque CV (60,1%) et l'absence d'utilisation d'Internet (23,3%). Sur les 3359 auto-questionnaires qui ont été retournés (soit un taux de réponse de 51,0%), la non-éligibilité était certaine pour 52,2% des individus. 83,4% d'entre eux présentaient un faible risque CV et 39,5% ne savaient pas utiliser Internet. Les taux d'acceptation avant préscreening étaient de 55,9% pour le canal 1 et 56,0% pour le canal 2. **Conclusion :** Pour les 2 canaux de recrutement Cedip, Internet a représenté un obstacle important à la participation à l'essai HATICE/Préserv'Age. La principale raison de non-éligibilité était cependant un faible profil de risque CV.

**A1-05-54****Déterminants de santé des retraités en Côte d'Ivoire**

AOY. Binan (1)

(1) *IPS - CGRAE, Abidjan, Côte d'Ivoire*

**Introduction :** Suite à l'augmentation de l'espérance de vie et de l'âge de la retraite dans les pays en développement, les retraités sont de plus en plus confrontés à des pathologies chroniques qui peuvent altérer leur qualité de vie. L'objectif de cette étude est d'identifier les déterminants de la santé des retraités de Côte d'Ivoire. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale prospective à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée du 1er Novembre 2016 au 1 Mai 2017 soit sur 6 mois. Les enrôlés étaient des retraités du privé (CNPS)

et ceux du publique (CGRAE) percevant une pension, interrogés dans les antennes de ces 2 caisses. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire administré en face en face. L'analyse des données a été faite à partir des logiciels SPSS et STAT12 avec comparaison de moyenne au seuil de significativité. **Résultats :** Sur un total de 500 sujets, 85,6% étaient de sexe masculin, 65,6% âgés de 60 à 69 ans et 51,4% avaient une pension de 150000 FCFA (230 euros) à 200000 FCFA (305 euros). En outre 52,6% étaient affiliés à la CNPS. valence morbide. La prévalence morbide était de 86% et les pathologies les plus rencontrées étaient respectivement l'hypertension artérielle (43,8%), la baisse de l'acuité visuelle (27,4%) et le diabète (18%). La multimorbidité était également retrouvée chez 40,6% des retraités. Les facteurs associés à cette morbidité étaient l'absence de propriété immobilière ( $p=0,036$ ), le secteur privé ( $p=0,011$ ) et le sexe féminin ( $p=0,05$ ). Les pathologies rhumatologiques ( $p=0,011$ ) et le diabète ( $p=0,002$ ) avaient un impact significatif sur leur situation financière. **Conclusion :** Le profil épidémiologique des retraités est marqué par des pathologies chroniques tel le diabète, les pathologies rhumatologiques. Face à cette transition épidémiologique une bonne politique de prise en charge des maladies non transmissibles et la lutte contre la pauvreté des ménages par des politiques avantageuses pour le retraité. Mots clés: Déterminants, retraités, santé, Côte d'Ivoire

**A1-05-55****Première enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins et des traitements antibiotiques en EHPAD: Résultats 2016**

A. Savey (1) ; A. Machut (1) ; Y. Lestrat (2) ; G. Gavazzi (3) ; A. Berger-Carbonne (2) ; et le groupe de pilotage RAISIN

(1) *Cclin sud-est, Hôpital Henry Gabrielle - HCL, Saint-Genis-Laval;* (2) *Direction des maladies infectieuses, Santé publique France, Saint-Maurice;* (3) *Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble*

**Introduction :** Le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015 prévoit de réaliser une enquête nationale de prévalence dans les établissements médicosociaux tous les 5 ans. Objectifs : décrire et mesurer la prévalence un jour donné des infections associées aux soins (IAS) et des traitements antibiotiques (ATB) prescrits aux résidents, mobiliser l'ensemble des professionnels et prescripteurs en Ehpad, dégager des priorités d'actions et de suivi en termes de politique de prévention et de bon usage des antibiotiques. **Méthodes :** Cette première enquête nationale de prévalence des IAS et ATB centrée sur les Ehpad a été mise en œuvre par le réseau Cclin-Arln dans le cadre du RAISIN (Réseau national d'Alerte d'investigation et de surveillance des infections) en partenariat avec Santé Publique France. Elle a été proposée un jour donné entre le 16 mai et 30 juin 2016 auprès de l'ensemble des résidents présents dans un échantillon de 719 Ehpad (stratification par taille et par région à partir de la base Finess comptant 7387 Ehpad). Le recueil concernait la structure et l'organisation des Ehpad, les résidents, l'exposition aux procédures invasives, les IAS (définitions adaptées de Stones) et les traitements ATB (usage systémique, code ATC5). L'enquête ciblait les IAS les plus fréquentes : infection urinaire/URI (incluant l'écologie microbienne et le niveau d'antibiorésistance si ECBU), inf. à Clostridium difficile/ICD, pneumonie/PNE, inf. resp. basse/IRB, grippe/GRI, inf. peau et tissus mous/IPTM, inf. d'escarre ou plaie chronique/IESC, inf. liée au cathéter/ICAT et gale/GAL. Un protocole standardisé, une formation, un outil de saisie et analyse de données ont été fournis aux Ehpad. **Résultats :**

Les données ont concerné 367 Ehpad (participation 51%) incluant 28277 résidents (sex-ratio 0,36 ; 63,4% >85 ans). L'exposition aux procédures invasives est faible : cathéter (3,3%) en majorité sous-cutané, sondage urinaire (1,7%) et chir. < 30 j (0,9%). La prévalence nationale est estimée à 2,9%[2,57-3,29] de résidents infectés (méd 2,5 ; range 0-21,1) et 2,8%[2,46-3,07] de résidents avec antibiotiques (méd 2,3 ; range 0-21,1). Les variations ont été analysées selon les caractéristiques des résidents, des Ehpad et des régions. La prévalence des IAS est de 3,0%[2,65-3,42], avec la distribution suivante : 36,9% URI, 24,0% IRB, 11,0% PNE, 20,4% IPTM, 5,6% IESC, 1,3% ICAT, 0,3% GAL et 0,1% ICD. Seulement 68,8% des URI ont été confirmées par ECBU : E.coli, P.mirabilis et K.pneumoniae sont les germes les plus fréquents ; 26,3% des entérobactéries sont résistantes aux C3G et 13,3% sont productrices de BLSE. Concernant les ATB, la voie orale est majoritaire (85,1%), suivie de loin par la voie sous-cutanée (8,3%), IM (5,3%) et IV (1,3%). Les ATB les plus prescrits sont: 20,9% C3G (dont 12,9% de ceftriaxone), 19,0% pénic. A, 16,0% amoxi-clav., 12,3% macrolides et 11,4% fluoroquinolones. Les traitements prophylactiques sont fréquents (13,7%) surtout à visée urinaire. Concernant les traitements curatifs, la durée au jour de l'enquête dépasse 7 j dans 34,4% des cas et la réévaluation systématique dans les 3j n'est réalisée que dans 31,4% des cas. En termes d'organisation, la disponibilité des solutions hydro-alcooliques (99,5%), la présence d'un médecin coordonnateur (90,3%) ou d'une infirmière coordonnatrice (89,7%) semblent acquises. Il existe une forte marge de progression pour l'accès à une expertise en hygiène (64,6%), la présence d'un correspondant en hygiène (59,4%) ou l'accès à un référent en antibiothérapie (45,3%). **Conclusion** : L'objectif de participation à l'enquête a été largement atteint, témoignant de sa faisabilité et de l'engagement des Ehpad dans la prévention du risque infectieux. Cette première enquête de prévalence a permis de fournir des données nationales de référence et se révèle utile pour dégager des pistes d'amélioration au niveau local et national en termes de prévention des infections et de l'antibiorésistance ainsi que du bon usage des antibiotiques. La prévalence est faible en comparaison des précédentes enquêtes françaises ou étrangères mais les méthodologies sont difficilement comparables. Ce taux de 2,9% constitue le "poids de base" et ne doit pas faire sous-estimer le risque épidémique additionnel en secteur médicosocial. La répétition de cette enquête nationale tous les 5 ans permettra un suivi dans le temps de ces indicateurs.

#### A1-05-56

##### Critères d'évaluation de l'autonomie des sujets âgés pour l'analyse d'impact d'une équipe mobile extra hospitalière UPSAV en Haute Vienne

C. Bimou (1) ; M. Harel (2) ; N. Toumi (3) ; J. Trimouillas (3) ; C. Gayot (1) ; P. Boutet (3) ; R. Johann (3) ; C. Laubarie-Mouret (4) ; T. Dantoine (4)

(1) *Ifr 145 geist, ea 6310 havae (handicap, activité, vieillissement, autonomie, environnement), Université de Limoges, Limoges;*  
 (2) *Espe de limoges, Université de Limoges, Limoges Cedex 1;*  
 (3) *Unité de recherche clinique en gériatrie, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges;*  
 (4) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges*

**Introduction** : Depuis 2011, l'équipe mobile pluridisciplinaire extra hospitalière préventive (UPSAV) a été mise en place pour prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus à domicile. Dans ce cadre, un suivi est réalisé depuis 2 ans à

raison d'une visite tous les 6 mois. L'Évaluation Gérontologique Globale utilisée a intégré des critères classiques tels que le groupe GIR, les ADL (activités de la vie quotidienne), les IADL (activités instrumentales de la vie quotidienne), la GDS (dépression), le MMS (démence), mais aussi le SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) validé au Canada (Hébert R., 1982) afin de faciliter la mise en place d'intervention pour l'autonomie. Dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité de l'intervention de l'UPSAV, une analyse des critères pertinents a été mise en place. **Méthodes** : L'analyse concerne 281 dont l'âge moyen est de 86+/-5.6, ayant bénéficié de quatre évaluations à V0, V1, V2, V3. Les méthodes statistiques sont: une analyse de données manquantes, des corrélations et des ACP (analyses en composantes principales) pour vérifier le lien entre les facteurs quantitatifs, des techniques de classifications ascendantes hiérarchiques pour former des typologies de sujets et des ACM (analyses en composantes multiples) pour interpréter les tests de mémoire en fonction de l'âge et du niveau socioculturel. Une fois les classes formées, des analyses de variances (ANOVA) ont été faites, afin de détecter l'effet des facteurs sur les sujets. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R ( $\alpha$  de 5%). **Résultats** : L'analyse des données manquantes montre que le facteur GIR n'est pas réalisé chez 253 sujets lors de la troisième visite. Il a alors été enlevé de l'analyse pour éviter une importante perte d'informations. Les coefficients de corrélation trouvés sont tous supérieurs ou égaux à 0.69 entre les ADL et les IADL. Ils sont supérieurs ou égaux à 0.65 entre le SMAF et les ADL, sauf à la troisième visite où le coefficient de corrélation est de 0.16. Les classifications ascendantes hiérarchiques ont permis de regrouper les sujets en trois classes homogènes décrites par les facteurs. Trois classes de sujets ont été trouvées et sont décrites ci-dessous : • Classe 1 : sujets peu dépendants, légèrement dépressifs et déments • Classe 2 : sujets autonomes, non dépressifs et comportant des déments et non déments ; • Classe 3 : sujets robustes, non dépressifs et non déments. **Conclusion** : Les fortes corrélations observées ont permis de retenir les ADL au lieu des IADL. Les ADL et SMAF ont été gardés du fait que la corrélation s'avère très faible pour une visite. Dans cette étude, les facteurs déterminants démontrés et analysés sont le SMAF, les ADL, les MMS et la GDS. Cette étude confirme les 3 classes décrites par l'UPSAV.

#### A1-05-57

##### Echographie clinique et hypervitaminose B12 chez le sujet âgé : quels apports dans la prise en charge diagnostique ?

C. Arlaud (1) ; N. Azulay (2) ; S. Gonfrier (3) ; C. Rambaud (4) ; JM. Turpin (5) ; I. Bereder (6) ; C. Rafaelli (2) ; O. Guérin (5)

(1) *Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice;*  
 (2) *Département d'ultrasons, C.H.U de Nice, Nice;*  
 (3) *Ustld, Hopital de Cimiez, Nice;*  
 (4) *SSR C3, Hopital de Cimiez, Nice;*  
 (5) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice;*  
 (6) *Court séjour gériatrique-aliernord, Hopital de Cimiez, Nice*

**Introduction** : La présence et les caractéristiques des signes cliniques chez le sujet âgé en perte d'autonomie ou présentant des troubles cognitifs sont frustrés. De plus, l'accès aux examens complémentaires peut être difficile. Ainsi, l'échographie clinique, facile d'accès au lit du mal pourrait permettre de faciliter la prise en charge des praticiens. Fréquentes et souvent associées à plusieurs pathologies, parmi lesquelles on retrouve des néoplasies, hépatopathies, maladies inflammatoires ou infectieuses l'hypervitaminose B12 (HVB12) pourrait être un facteur de risque de pathologies sous-jacentes, non connues. L'objectif est de recueillir



les anomalies spécifiques retrouvées au bilan échographique clinique (BEC) chez les patients présentant une hypervitaminose B12 (HVB12). **Méthodes** : Il s'agit d'une étude de procédure diagnostique ancillaire, à une étude interventionnelle évaluant l'impact sur la prise en charge des patients d'un bilan écho-doppler systématique chez les patients âgés de plus de 75 ans admis en service de Court Séjour Gériatrique d'un centre de référence entre le 2 Novembre 2016 et le 30 Avril 2017 et présentant un taux de VB12 supérieure à 700pg/ml. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques ont été analysées. 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** : Parmi les 1087 patients hospitalisés, 501 avait bénéficié du bilan échographique. Parmi eux, 18.5% (n=93) avaient une HVB12. 58% sont des femmes (n=54), avec un âge moyen de 88 ans (75-98) avec un score de Charlson pondéré médian de 9. La découverte d'un épanchement pleural droit, gauche et péritonéal, associée à l'antécédent d'insuffisance cardiaque (30.3% vs 17.2% OR 2.04 IC [1.18 ;3.56] p=0.01) était statistiquement significative chez les patients avec une HVB12. Le nombre d'anomalies échographiques est statistiquement plus élevé chez les patients présentant une HVB12 (1.8 vs 2.8 IC [-1.37 ; -0.58] p inf. 0.005). HVB12 n'est pas liée statistiquement au nombre de tumeurs ou adénopathies et le nombre d'anomalies échographiques n'est pas liée à la découverte d'une tumeur ou adénopathies. **Conclusion** : L'apport de l'échographie clinique chez les sujets atteints d'HVB12 permet de déterminer des anomalies évoquant une atteinte cardiaque globale, sans spécificité d'étiologies directes ou indirectes évoquant une pathologie tumorale. Même si le bilan de 1ère intention par échographie peut apporter des bénéfices en termes de qualité et confort dans la gestion des examens d'imageries complémentaires (scanner, IRM) il ne permet pas d'exclure ces diagnostics et doit être discuté en concertation quant à leur bénéfices dans le projet personnel du patient fragile.

#### A1-06-58

##### Sexualité des personnes âgées en institution. Enquête auprès de 5 EHPAD Bourguignons

A. Soirat (1) ; I. Mangola (1) ; H. Bailly (1) ; A. Godard-Marceau (2) ; P. Jouanny (1)

(1) Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon;  
(2) Médecine gériatrique, Chu Besançon, Besançon

**Introduction** : La sexualité des personnes âgées en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes est un sujet tabou. En quoi l'institution et les soignants peuvent-ils être un frein à l'expression de cette sexualité ? **Méthodes** : Etude qualitative avec entretiens individuels semi-dirigés auprès de soignants exerçant dans 5 institutions bourguignonnes. Ils étaient invités à se remémorer une situation vécue décrivant une relation intime entre deux résidents. **Résultats** : Parmi les quatorze entretiens, tous ont cité au moins une histoire vécue ou rapportée. Dix soignants ont évoqué le respect de la liberté. Huit mentionnaient leur devoir de protection des personnes âgées. Un tiers a déclaré que le regard des autres résidents pouvait engendrer des difficultés. Beaucoup confiaient leur manque de formation sur ce sujet. Concernant l'information aux familles, les soignants étaient partagés. Enfin, il existait de nombreuses représentations des soignants sur la vie sexuelle des personnes âgées et celles atteintes de troubles cognitifs. **Conclusion** : Entre le respect de la liberté et la protection des personnes estimées vulnérables, les soignants sont confrontés à

un dilemme éthique. L'infantilisation du résident par les soignants et les projections de leurs schémas personnels rendent difficile de concevoir une sexualité. Cette étude a permis de révéler des freins liés à l'institution, à l'entourage et aux comportements des soignants conditionnés par leurs propres représentations qui semblent limiter l'expression de la sexualité. Comment l'institution s'adaptera-t-elle à l'arrivée de la nouvelle génération ayant connu la libéralisation sexuelle ?

#### A1-06-59

##### Vers l'autre rive de la vieillesse

D. Riviere (1)

(1) psychiatrie, CH Tulle, Neuvic

**Introduction** : Que disent les sujets âgés quand raison et mémoire font défaut ? Ceux que la médecine nomment déments restent des sujets, des êtres de parole. Quand les mots disparaissent, quand les connaissances s'estompent, reste l'ultime relation, que les anciens appellent "logos" **Méthodes** : L'ouvrage "sur l'autre rive de la vieillesse" (Editions Eres) est une sorte d'enquête sur le monde de la démence. Si la médecine, lentement, cherche des thérapeutiques à la maladie d'Alzheimer, les poètes, les sages, les philosophes, les artistes, les sociologues ont un autre regard qui, loin de s'opposer au travail du médecin, l'interpelle. Pourquoi la maladie dite d'Alzheimer apparaît comme une sorte d'invention récente ? Pourquoi les sujets âgés n'auraient-ils plus rien à dire, quelque soient les symptômes présentés ? L'aide soignante aurait-elle quelque chose à témoigner, face au discours parfois totalisant du médecin ? Et le philosophe, que devient le cogito quand la personne âgée n'a, en apparence, plus sa raison ? Maisondieu, Van der Linden, Whitehouse et d'autres ouvrent une voie. Et si la maladie dite d'Alzheimer n'était qu'une étape dans la vie, la dernière, celle qui permet de se préparer à mourir. Et si les troubles cognitifs et mnésiques cachaient une réalité difficile: la société est "malade d'Alzheimer". (M Billé). **Résultats** : Au terme de l'enquête, il n'est plus possible de voir le sujet âgé en perte de capacités cognitives comme "dément", simple malade en attente d'un traitement qui lui rendra ses neurones de jeune, cultivant insidieusement le mythe de l'immortalité. On le voit comme "présent". Entre passé souvent douloureux heureusement oublié, et futur impensable, reste l'instant présent comme cadeau. **Conclusion** : La personne âgée, derrière des symptômes mal vécus par une société âgiste, dit bien des choses essentielles. Tout passe en ce monde, même ce qui paraît stable, la mémoire et la raison. Seule demeure la parole. Dire avant le Dit cher à Lévinas.

#### A1-06-60

##### Que faire en cas de directives anticipées inappropriées ?

A. De Thézy (1) ; M. Coudert (1) ; M. Pépin (2) ; T. Cudennec (1); L. Teillet (3) ; S. Moulias (1)

(1) Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt;  
(2) Médecine gériatrique, HU-PIFO site Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt; (3) Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris

**Introduction** : La loi Claeys Leonetti (2016) prévoit que "les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement sauf en cas d'urgence vitale (...) et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes". Cela peut toutefois

entraîner une incompréhension de la part de la famille. **Méthodes:** Une patiente de 87 ans, atteinte d'une paralysie supra nucléaire progressive depuis 8 ans, est hospitalisée pour altération de l'état général et infection urinaire. Elle vit en EHPAD, elle est grabataire, présente une escarre sacrée stade IV, des troubles de la déglutition sévères qui se sont aggravés en contexte aigu. De même, sa vigilance est altérée et aucune communication orale n'est possible. Son fille nous apporte des directives anticipées tapées à l'ordinateur et signées par la patiente deux ans auparavant stipulant que la patiente souhaiterait être alimentée même artificiellement jusqu'à la fin de sa vie. Au vu de ces directives, elle nous réclame donc avec insistance une nutrition parentérale ou entérale. **Résultats:** Il appartient dans ce cas à l'équipe médicale d'expliquer à la famille le caractère inapproprié de leur demande et que les directives anticipées ne peuvent pas s'appliquer. De plus, nous consultons un juriste qui nous confirme l'absence de valeur juridique des directives anticipées, probablement rédigées par une tierce personne. Il nous précise que la décision finale revient toujours au médecin. En cas de litige avec l'entourage d'un patient, il y a possibilité d'avoir recours au bureau des usagers, disponible dans chaque institution. **Conclusion :** Dans cette situation, après discussion collégiale et pluridisciplinaire, il apparaît clairement pour l'équipe médicale et paramédicale que la nutrition artificielle relèverait d'une obstination déraisonnable. Un entretien avec la famille en présence de plusieurs médecins et de la psychologue du service est réalisé, pour refuser leur requête. L'évolution est rapidement défavorable et la patiente décède dans le service 7 jours plus tard. La fille n'a jamais vraiment accepté notre refus.

#### A1-06-61

##### La question du suicide des personnes âgées : regards croisés

A. De Malherbe (1) ; S. Moulias (2) ; C. Herve (3)  
(1) Réseau, Asdes, Nanterre; (2) Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt; (3) Cash, Asdes, Nanterre

**Introduction :** Tenter de comprendre pour prévenir le suicide et le suicide de la personne âgée est une activité sans fin, et intrinsèquement vouée à l'échec puisqu'il s'agit d'un acte violent, transgressif échappant à la catégorisation. Il concerne en effet la mort, inconnue par essence des vivants. Un des paradoxe réside dans le fait que le suicide est justement vécu par le vivant comme un appel à comprendre les intentions du geste peut être d'autant plus lorsqu'il s'agit de personnes âgées vulnérables. Il est culpabilisant pour les survivants et le deuil pour l'entourage est particulièrement difficile dans ce contexte. **Méthodes :** On propose une revue de la littérature scientifique, historique et sociologique en langue française et anglaise autour des représentations du suicide des personnes âgées. **Résultats :** Contexte juridique et historique: Le suicide a été longtemps un acte condamné par la loi. Cela n'est plus le cas en France même si l'incitation au suicide reste répréhensible. Les débats récents sur l'euthanasie n'ont pas conclu en France à un droit au suicide assisté. **Epidémiologie:** En France, les personnes de plus de 75 ans ont le taux de suicide le plus élevé. Dans ce groupe d'âge les hommes se suicident plus que les femmes et le ratio suicide réussi/ tentative de suicide est faible témoignant d'une forte intentionnalité, de moyens plus létaux et d'une plus grande fragilité physique des suicidants. Le taux de suicide des personnes âgées à tendance à diminuer en France depuis 1975. **Facteurs de risque:** De multiples facteurs de risque de suicide ont pu être mis en évidence, comme la dépression, l'isolement, la consommation d'alcool, les antécédents de tentative de suicide, l'existence d'une pathologie

somatique comme le cancer, peut être les troubles cognitifs débutants. **Approche sociologique:** Le postulat est que le suicide ne renvoie pas à l'individu mais au fonctionnement de la société. 4 grands types de suicides sont dégagés : suicide égoïste, anémique, altruiste, et fataliste. Une des catégories de suicide altruiste est celle de suicides d'hommes arrivés au seuil de la vieillesse ou atteints de maladie. Le suicide des personnes âgées pose la question des représentations sociales du vieillissement, et de manière implicite d'une échelle de valeur de vie en fonction de l'âge. Concernant la baisse du taux de suicide dans cette population, on avance les progrès de la médecine et les années de croissance continues, ainsi que l'invention du troisième âge. **Approche médicale.** Il existe une psychopathologie de la crise suicidaire réversible et des recommandations médicales pour sa prise en charge. Le passage à l'acte suicidaire est vu alors comme l'aboutissement d'une souffrance morale intense dans un vécu de non alternative de vie. La prévention est alors axée sur l'instauration d'un traitement antidépresseur et d'une psychothérapie de soutien. La lutte contre l'isolement, la sollicitation des structures d'écouter, la formation des médecins et semblent aussi efficaces dans la prévention du suicide des personnes âgées. Le manque de temps et de moyens pour cette prévention sont mis en avant. Le fait que le lien entre présence des facteurs de risque et passage à l'acte soit difficile à faire en pratique rend la prévention difficile à l'échelle individuelle. **Approche philosophique:** Le suicide pose la question de l'intime, de l'absurde, de la frontière entre le normal et le pathologique, de l'autonomie et de la liberté. Le suicide des âgés interpelle sur la vie bonne, sur le sens de la vieillesse, sur la responsabilité des humains face à la vulnérabilité. **Conclusion :** Une recherche qualitative transdisciplinaire impliquant des experts professionnels de la question du suicide des personnes âgées, des soignants, et des personnes âgées est nécessaire pour mettre ces résultats à l'épreuve de la pratique

#### A1-06-62

##### Vieillesse et handicap - Quel hébergement pour demain ?

S. Meyer (1) ; S. Borde (2)  
(1) Gériatrie, MCOOR, Limoges; (2) Unité mobile de réadaptation, C.H. Esquirol, Limoges

**Introduction :** Les personnes âgées en situation de handicap se trouvent bien démunies pour trouver un hébergement adapté à la fois à leur handicap et au vieillissement. **Méthodes :** L'équipe de "Mcoor" travaillant sur la Haute-Vienne et les départements limitrophes, a recensé les solutions existantes, en a fait l'analyse et a proposé des axes d'amélioration pour cette urgence sanitaire. **Résultats :** Des solutions innovantes que ce soit au niveau de l'hébergement repensé, des établissements existants ou d'une prise en charge améliorée, ont été étudiées et validées par les médecins de Mcoor. **Conclusion :** Re-penser l'hébergement des personnes handicapées vieillissantes, nécessite un respect du libre choix, une réflexion éthique, une optimisation des offres de soins afin d'améliorer dans une démarche bientraitante et respectueuse la reconnaissance du handicap vieillissant.

**A1-06-63****Maltraitance du sujet âgé : de la clinique à la typologie, à partir de cinq situations d'alerte hospitalière**

M. Pepin (1) ; E. Martinent (2) ; L. Teillet (3) ; S. Moulias (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*;(2) *Laboratoire d'éthique médicale, Paris Descartes, Paris*;(3) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

**Introduction :** La maltraitance des sujets âgés est une réalité complexe. L'OMS définit le « elder abuse » comme un préjudice résultant de l'action ou le manque d'action appropriée d'une personne en relation avec le sujet âgé. La maltraitance a des conséquences évidentes sur la santé des individus concernés, des familles, des communautés. Elle entraîne également des conséquences sur le système de soins en augmentant le recours à l'hospitalisation ou les durées d'hospitalisation. Les signalements de situation de maltraitance conduisent parfois à des hospitalisations d'évaluation et de répit. L'hospitalisation d'un patient peut également permettre d'alerter sur des situations de possible maltraitance à domicile. En tant que médecins gériatres, nous sommes régulièrement amenés à évaluer ce risque pour nos patients et leurs aidants. Pour évaluer des situations souvent complexes, les outils sont peu nombreux. **Méthodes :** Le recensement des différentes typologies de maltraitements peut apporter une aide à la réflexion et créer un cadre de lecture pour des situations similaires à l'avenir. Nous proposons l'analyse typologique de 5 situations cliniques ayant fait l'objet d'une suspicion de maltraitance sur un sujet âgé vulnérable. L'objectif est de proposer une réflexion sur les différentes formes de maltraitance du sujet âgé et d'améliorer la caractérisation des formes de maltraitance afin d'améliorer leur évaluation et leur prise en charge. **Résultats :** Cette étude rassemble des situations qui diffèrent sur le mode de signalement, les « victimes », les « auteurs », les lieux de la maltraitance de personnes âgées vulnérables. La maltraitance implique une relation de soins ou d'aides. La position maltraitante n'est pas toujours tenue par une personne physique mais parfois par une organisation ou une structure. Les patients victimes sont souvent porteurs de troubles cognitifs. La maltraitance financière avec abus de faiblesse reste la situation qui alerte le plus classiquement. **Conclusion :** L'amélioration de la définition typologique et parfois terminologique des situations de maltraitance a pour objectif de fournir des outils communs de réflexion et d'action pour la lutte contre la maltraitance.

**A1-06-64****Comment améliorer le respect des droits des patients au sein d'un GH ? Exemple de la désignation de la personne de confiance**

S. Moulias (1) ; Groupe de Pilotage Droits des Patients, GHU Paris Ile de France Ouest, APHP

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, GHU Paris Ile de France Ouest, APHP, Boulogne-Billancourt*

**Introduction :** La notion légale de personne de confiance date de la loi du 4 mars 2002, dans son titre II intitulé « Démocratie sanitaire ». Elle a été réaffirmée dans la loi Léonetti et la loi Claeys Léonetti du 2 février 2016. Cette loi affirme les droits des personnes malades. Elle accentue la portée du devoir d'information du patient, confirme la nécessité de recueillir l'expression de sa volonté et fait évoluer la relation médecin-malade et par-delà même celle de soignant-soigné. **Méthodes :** Pendant la mise en place de cette désignation

et sa traçabilité sont toujours à la peine dans les structures de soin françaises. Dans le cadre de la nouvelle certification V2014, nous avons voulu réfléchir à une façon pérenne et concrète de former et de sensibiliser les équipes aux droits des patients. **Résultats :** Riche d'une expérience de plusieurs années sur un de nos sites, nous avons développé de nouveaux outils et réfléchi à une diffusion GH adaptée à chaque site. Nous avons ainsi développé des formations, des journées d'informations sur les droits du patient, des outils pour faciliter l'information et la désignation, mais aussi des outils pour les professionnels. Nous présentons aussi nos outils d'évaluation, par le biais des visites à blanc et des patients traceurs, qui nous permettent d'adapter nos propositions de formations, aux besoins constatés. **Conclusion :** Si cette expérience nous est propre, elle peut inspirer d'autres GH ayant moins d'anticipation sur le sujet pour préparer les évolutions nécessaires de la certification

**A1-06-65****Liberté et contention chez le sujet âgé : un enjeu Ethique**

S. Ahmine (1) ; Groupe de réflexion COPIL Ethique &amp; Contention L'Ivrie-HCL

(1) *BI, Hôpital gériatrique Pierre Garraud, Lyon*

**Introduction :** Malgré les progrès considérables, les personnes fragilisées par le grand âge présentant des troubles physiques et autres risques comme les chutes sont souvent confrontées à des pratiques de contention paradoxales : sécurisantes mais souvent critiques hypothéquant leur liberté et leur dignité. Peu d'études abordent l'enjeu éthique sous-jacent en lien avec le dilemme fragilité-autonomie. Objectif : dans un apprentissage collectif, l'expérience du groupe pluridisciplinaire de réflexion COPIL « Ethique et Contention » vise à fournir une démarche déontologique innovante en réseaux avec des perspectives et des pistes thérapeutiques alternatives. **Méthodes :** Sur la base d'une approche rétrospective multidisciplinaire, des audits de prévalence et autres études sont réalisées sur trois ans dans six sites gériatriques de L'Ivrie-HCL à Lyon. Cette démarche est suivie d'ateliers d'évaluation et de formation auprès des soignants avec comme soubassement des postulats méthodologiques telle que la perception du paradoxe de la contention ou celui de la gestion du risque. **Résultats :** Si les résultats des audits sont en phase avec la littérature gériatrique, ils montrent aussi un apport positif de la transdisciplinarité et une bonne maîtrise des enjeux thérapeutiques et éthique de la part des soignants à un degré quasi équivalent à celui des praticiens. Pour optimiser la trajectoire thérapeutique, les participants plaident surtout pour des alternatives incluant l'environnement comme atout et le patient comme acteur. Ainsi, une alliance consensuelle entre liberté et fragilité peut être possible. **Conclusion :** L'étude incite non seulement à une vigilance accrue, mais de manière plus globale, propose également une reconnaissance des équipes impliquées pour approfondir la réflexion et l'action sur ces questions éthiques et la fragilité avec expérimentation d'espaces sans contention

**A1-06-66****La Géolocalisation : Conflit éthique entre Sécurité et Liberté individuelle**

JM. Cabaret (1) ; L. Teillet (2) ; S. Moulias (3)

(1) *Pôle 4, Hôpital Ambroise Paré, HU PIFO, APHP, Boulogne-Billancourt*; (2) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*; (3) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*

**Introduction :** La question de l'acceptabilité éthique de la géolocalisation du patient atteint de maladie d'Alzheimer a été posée en 1994 pour la première fois. Cette question demeure, même si de nombreuses réflexions ont nourri le débat amenant, en France, à l'expérimentation présentée dans ce mémoire. A titre personnel, face au projet de mettre en œuvre un système de géolocalisation pour les patients déambulant et à risque de sortie inopinée, ma première réaction a été d'assimiler cela aux mesures appliquées aux criminels auxquels il est posé un bracelet électronique. Comment pouvais-je accepter alors un tel traitement pour nos patients ? Parallèlement, comment pouvons-nous collectivement assurer la sécurité des patients que nous prenons en charge ? Doit-on les laisser déambuler avec les risques que cela comporte ? Doit-on les contenir au mépris de leur liberté fondamentale et des conséquences liées à la contention ? Comme souvent, voire toujours pour les questions éthiques, il n'existe pas de réponse claire et évidente. **Méthodes :** Mon expérience professionnelle, mes différentes lectures et les nombreux échanges que j'ai eus m'ont permis d'évoluer sur la question de la géolocalisation des patients atteints de maladie d'Alzheimer et maladie apparentées jusqu'à considérer que la géolocalisation permettait un juste positionnement du curseur entre le respect de la liberté individuelle et la protection de la vulnérabilité du patient. Le patient a la possibilité de se déplacer dans un large périmètre sécurisé comprenant le jardin sans être « pisté » ; le recours à la géolocalisation ne se produit qu'en cas d'alerte de sortie inopinée.

**Résultats :** Pour les conditions de travail des soignants, le système de géolocalisation apporte un en sécurité supplémentaire au-delà de la surveillance normale de soignants. Ce système de géolocalisation dans le respect des principes énoncés par la « Charte sur les bonnes pratiques relatives à l'emploi des dispositifs de géolocalisation en gérontologie au bénéfice de personnes âgées présentant des troubles des fonctions intellectuelles » fait peser sur le patient moins de contraintes que les différents systèmes de contention. In fine, ce système de géolocalisation ne représente-t-il pas pour le patient le choix de la liberté ? Au-delà de ce mémoire, de nos convictions personnelles, de la question du bracelet de géolocalisation, j'ai pu mesurer l'importance et la richesse des espaces de réflexion et de discussions pluri-professionnels tant pour les propositions de solutions que dans leur mise en œuvre. **Conclusion :** C'est ainsi que dans ma fonction d'encadrement dans un établissement de santé, je vais m'approprier et mettre en œuvre une des recommandations formulées par l'organisation « Alzheimer Europe ». « Il est essentiel que les personnes responsables de l'organisation des soins et de l'accompagnement prodigués aux personnes ayant des troubles cognitifs construisent une infrastructure éthique organisationnelle, c'est-à-dire un contexte général et un environnement permettant l'analyse éthique et donnant aux professionnels qui doivent traiter les dilemmes éthiques des compétences et des opportunités pour partager leurs réflexions ».

**A1-06-67****Le refus d'admission prononcé par l'institution : un sujet inédit à part entière ?**

S. Moulias (1) ; H. Robbiani (2) ; C. Richet (2) ; A. Bernadac (2) ; A. Miliotis (2) ; B. Carillon (2) ; L. Teillet (3)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (2) *Ehpad korian, Les Hauts de Jardy -, Vaucresson*; (3) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

**Introduction :** Si le refus d'entrée en EHPAD exprimé par la personne âgée concernée fait l'objet d'écrits variés, le refus du médecin coordonnateur d'admettre un résident est peu abordé dans la littérature. Lourd de conséquences pour la personne âgée et son entourage, difficile pour le médecin coordonnateur, souvent chargé de l'annoncer au résident et sa famille, le refus d'admission soulève de nombreuses interrogations. Les arguments ayant menés à la décision sont-ils fondés ? Comment annoncer ce refus à la personne âgée et ses proches ? Quel devenir pour cette personne âgée ? Quelle charge quotidienne pour sa famille ? Trouvera-t-elle une autre solution d'accueil ? Et quel espoir en cas de refus successifs de plusieurs EHPAD ? **Méthodes :** Après une recherche bibliographique et un état des lieux au sein de l'EHPAD où exerce l'équipe ayant mené cette réflexion, le travail réalisé a consisté à établir une carte mentale recensant les critères en jeu dans le processus de décision. **Résultats :** Il apparaît que le refus d'admission prononcé par le médecin coordonnateur résulte d'une décision complexe issue d'une réflexion intégrant de nombreux critères qui sont loin de se limiter à l'état de santé et d'autonomie de la personne âgée candidate à l'entrée en institution. Ce refus constitue une tâche à part entière pour le médecin coordonnateur. Il soulève certaines questions éthiques et demande du temps de réflexion, de concertation avec les autres membres de l'équipe, du temps pour annoncer la décision, l'expliquer au patient et rechercher des solutions à proposer chaque fois que possible. **Conclusion :** Visite de pré-admission, échanges pluridisciplinaires, concertation d'équipe, travail en partenariat sur le territoire de l'EHPAD peuvent constituer différents moyens de faciliter le processus de décision et la réorientation de la personne âgée si nécessaire.

**A1-06-68****« Consentement au soin » : tensions éthiques entre vulnérabilités et devoir de compétence**

C. Mouly (1) ; D. Zamo (1) ; T. Dona (1) ; L. Teillet (2) ; S. Moulias (3)

(1) *Service de médecine/ssr/lisp/evc, Centre Hospitalier de Fumel, Fumel*; (2) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*; (3) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*

**Introduction :** Dans le cadre du mémoire requis par l'enseignement du D.U. « problèmes éthiques liés à la prise en charge du sujet âgé », je me suis intéressée au consentement au soin du point de vue du professionnel de santé. Le soignant est lié au patient dans un devoir d'efficacité et de compétence qui se noue dans l'agir. Que recherche le soignant pour pouvoir agir lorsque l'autonomie de la personne est précarisée ? **Méthodes :** 30 professionnels de santé : 12 IDE et 18 AS travaillant en secteur sanitaire de gériatrie (SSR-Médecine, LISP et EPR); 1 enquête dont trois questions ont trait à la valeur du soin : Qu'est-ce pour vous un juste soin ? De manière générale quelle « force de persuasion » déployez-vous pour

convaincre une personne vulnérable à recevoir un soin jugé bon pour elle ? Quel sentiment avez-vous lorsque vous ne pouvez pas réaliser un soin ? Les verbatim ont été traités de manière heuristique sous forme de carte mentale. **Résultats :** Un soin juste est un soin double alliant des qualités intrinsèques et des qualités extrinsèques portant sur un double engagement soignant/soigné. Il existe une propension plus forte des IDE versus AS à convaincre la personne soignée à recevoir un soin et ce d'autant plus que la vulnérabilité en présence est faible. **Conclusion :** L'impossibilité d'action a une gouvernance tripartite reposant sur le respect de l'autonomie du soigné, un retour à soi du point de vue de l'impact émotionnel et des conditions de travail à repenser justifiant d'ouvrir le champ de la parole aux soignants.

#### A1-06-69

##### Le discours médical et la vulnérabilité

S. Moulias (1)

(1) *Laboratoire d'éthique médicale. ea 4569, Université Sorbonne Nouvelle - Paris 3, Paris*

**Introduction :** La vulnérabilité est souvent confondue avec la notion de fragilité non médicale. Les 2 termes sont utilisés de façon équivalente, alors que la vulnérabilité est une construction sociale, nécessitant d'être au moins 2 : celui qui juge l'autre vulnérable et celui qui est jugé comme tel. **Méthodes :** Suivant ces considérations, nous avons interrogé les différentes figures de la vulnérabilité dans le discours médical et la façon dont il se positionne par rapport à elles. **Résultats :** Les sujets vulnérables sont multiples. Pas toujours évidents pour tout le monde et en particulier pour ceux cités comme tels. Ainsi les enfants, les vieillards, les personnes handicapées, mais aussi les femmes enceintes, les personnes précaires sont considérés comme vulnérables dans le discours médical. Et pourtant cette position n'est pas toujours une posture d'aide mais souvent une posture d'injonction. Ainsi reconnaître l'autre comme vulnérable permet aussi de lui imposer une façon de se soigner auquel il ne peut pas toujours se soustraire. Telles les femmes enceintes, à qui tout le monde peut rappeler à propos qu'elles n'ont pas le droit de boire, de fumer, de prendre du poids etc... alors qu'elles ont la liberté d'exercer leur propre autonomie comme tout individu. **Conclusion :** Cette réflexion permet de s'interroger sur notre perception des patients âgés et la fragile limite entre ce que nous leur imposons pour leur bien et ce qui leur est vraiment bénéfique.

#### A1-07-70

##### Prise en charge de la gastro-entérite aigüe EHPAD-USLD au CHU de Rouen : A propos d'un retour d'expérience

K. Guignery-Kadri (1) ; C. Lebaron (2) ; S. Mias (2) ; V. Szklarek (1) ; L. Mbello (1) ; H. Marini (2) ; V. Merle (2)

(1) *EHPAD-USLD Boucicaut, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen;*  
(2) *Dpias, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen*

**Introduction :** Le plus souvent bénignes, les gastro-entérites aiguës (GEA) constituent avec les infections respiratoires aiguës les principales pathologies responsables d'épidémies en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Elles peuvent toucher en quelques jours un grand nombre de personnes et peuvent causer des déshydratations sévères chez les personnes âgées. Elles peuvent être d'origine virale (norovirus), bactérienne (toxi-infections alimentaires = TIAC) ou plus rarement fongique. Dans le cadre de la gestion du risque infectieux en EHPAD-USLD, un protocole de prise en charge de la GEA en EHPAD-USLD a été

rédigé par un groupe de travail pluridisciplinaire regroupant des professionnels de santé du pôle EHPAD-USLD et des professionnels de l'Unité de Prévention des Infections Nosocomiales (UPIN) en 2016. **Méthodes :** En Février 2017, l'EHPAD de Boucicaut a été victime d'une épidémie de GEA qui a nécessité l'instauration d'un isolement afin d'éviter la propagation de l'épidémie dès le 1er cas déclaré. Le protocole existant en cours de validation institutionnelle a permis de faciliter la mise en œuvre des mesures d'isolement, le diagnostic et la prise en charge thérapeutique. Cependant, l'apparition de nouveaux cas a nécessité la poursuite de l'isolement pendant 23 jours (du 16 Février au 10 Mars 2017) avec au total 22 résidents atteints sur 70 et 6 soignants. Les cas déclarés présentaient des formes bénignes sans complication. Une collaboration intense a été mise en œuvre avec le département de prévention des infections associées aux soins (DPIAS) et avec les autres services du CHU (UCPA = cuisine centrale, blanchisserie, pharmacie, services économiques). **Résultats :** La gestion de cette épidémie a fait l'objet d'un retour d'expérience afin d'analyser les points forts et les points à améliorer dans le cadre de la prise en charge de la GEA en EHPAD-USLD. Les points forts ont été une forte mobilisation de l'équipe soignante et une bonne réactivité des services de restauration, de la pharmacie et des services économiques. Les écarts notés ont été un défaut de réalisation systématique des coprocultures, un entretien des locaux perfectibles, une levée trop précoce de l'isolement, un manque de tenues professionnelles et une absence de concertation pluridisciplinaire alors que l'épidémie perdurait. Ces constats ont permis une réactualisation du protocole de prise en charge de la GEA en EHPAD-USLD dès Avril 2017. **Conclusion :** La survenue d'une épidémie de GEA en EHPAD au CHU de Rouen a permis la mise en application du protocole de prise en charge de la GEA en EHPAD-USLD nouvellement rédigé. La gestion de cette épidémie n'ayant pas été optimale, le retour d'expérience réalisé à distance de l'épisode a nécessité la mise à jour ce protocole en partenariat avec le DPIAS. Tout comme l'USLD de Boucicaut l'avait vécu 4 ans auparavant à l'occasion d'une épidémie sévère de grippe, l'épidémie de GEA dont a été victime l'EHPAD de Boucicaut a permis d'améliorer les pratiques professionnelles de chacun au bénéfice de l'ensemble du pôle EHPAD-USLD du CHU de Rouen et évitera ainsi peut-être en cas de récurrence un isolement prolongé néfaste pour les résidents sur le plan de leur qualité de vie mais indispensable pour limiter la progression de l'épidémie et la survenue de cas graves.

#### A1-07-71

##### Never Event insuline: audit de sécurisation de l'administration d'insuline au sein d'un EHPAD

B. Lewden-Bernadac (1) ; M. Nauleau (1) ; V. Lebreton (2) ; S. Pergeline (3) ; F. Delamarre-Damier (4) ; S. Lafargue (5) ; V. Pacaud (2)

(1) *Pharmacie, GCS Pays de Retz, Site de Saint-Brévin-les-Pins;*  
(2) *Pharmacie, GCS Pays de Retz, Site de Pornic;* (3) *Service qualité, HIPR, Pornic;* (4) *Gériatrie, CHU Nantes, Nantes;*  
(5) *Gériatrie, EHPAD Mer et Pins, Saint-Brevin-les-Pins*

**Introduction :** Les erreurs d'administration de l'insuline font partie des événements qui ne devraient jamais arriver, événements indésirables graves évitables (never events). Pour autant, le bilan annuel des événements indésirables répertoriés sur l'établissement ces dernières années a permis d'identifier plusieurs événements indésirables concernant le suivi diabétique des résidents et le traitement par insuline. L'analyse des causes d'une défaillance

potentielle ou avérée est une étape préliminaire essentielle pour établir un plan d'action adapté à l'organisation. L'objectif de ce travail est donc d'évaluer les écarts entre les pratiques quotidiennes professionnelles et la connaissance théorique d'une part et les recommandations officielles d'autre part. Cette analyse a permis ensuite de décider de la mise en place de mesures barrières adaptables au contexte local. **Méthodes :** Une grille d'audit a été élaborée en collaboration avec pharmaciens, préparateurs en pharmacie, qualitatifs et médecins. Les grilles comportent des items concernant tout le circuit du médicament jusque l'administration : référencement, conservation et stockage, prescription, analyse pharmaceutique, dispensation, transport, préparation-administration, surveillance, gestion documentaire et connaissances théoriques. Deux grilles différentes ont été réalisées à destination des infirmières et des médecins et le recueil des données a été effectué sous forme d'interviews et d'observation. Les audits ont été réalisés par les préparateurs en pharmacie à l'occasion des visites annuelles dans les services. **Résultats :** Neuf questionnaires ont été complétés par des infirmières, deux par des médecins et les observations des préparateurs ont porté sur 8 visites de service. Il a été observé d'une part des lacunes quant aux recommandations nationales ou locales et d'autre part des discordances entre la connaissance théorique et la mise en pratique : pour exemple, les stylos sont bien étiquetés au nom du résident mais leur date limite de péremption n'est jamais précisée sur le stylo, les principaux signes d'hypo/hyper glycémie ne sont pas connus de toutes les infirmières, la dispensation n'est pas nominative... **Conclusion :** L'identification des principaux écarts et dysfonctionnements lors de cet audit a permis une prise de décision éclairée des actions efficaces à mener afin de maîtriser la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du résident. Les actions d'amélioration mises en œuvre suite à cet audit ont été principalement: modification des conditions de dispensation et de stockage des insulines au niveau des services et de la pharmacie, création d'une fiche mémo destinée aux infirmières. Une évaluation à 1 an est prévue avec un 2ème tour d'audit et la poursuite du recensement d'éventuels événements indésirables en lien avec ce circuit.

#### A1-07-72

##### **Association entre régime transfusionnel restrictif et report des transfusions vers les services de SSR dans la prise en charge de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur**

L. Dourthe (1) ; L. Zerah (2) ; A. Gioanni (2) ; J. Cohen-Bittan (3) ; R. Haddad (4) ; M. Verny (2) ; A. Meziere (5) ; B. Riou (6) ; H. Vallet (3) ; J. Boddaert (7)

(1) *Upog, Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris*; (2) *Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (3) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (4) *Unité péri opératoire gériatrique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (5) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*; (6) *Service d'accueil des urgences, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (7) *Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*

**Introduction :** Nous avons précédemment rapporté l'intérêt d'une stratégie transfusionnelle restrictive en péri-opératoire d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF), associée à une réduction des événements cardiovasculaires et à une épargne transfusionnelle (CO SFGG 2016). Nous avons fait l'hypothèse que le passage du régime transfusionnel libéral à un régime restrictif chez les patients âgés atteints d'une FESF pourrait décaler les transfusions en service de soins de suite et de réadaptation (SSR).

**Méthodes :** analyse rétrospective de données collectées de manière prospective. Les patients de plus de 70 ans admis en UPOG et opérés d'une FESF sur le GH Pitié Salpêtrière entre juin 2009 et avril 2016 ont été inclus. Nous avons comparé un régime transfusionnel libéral (RL) (objectif: taux d'hb  $\geq$  10 g.dL<sup>-1</sup>, juillet 2009 à décembre 2011) à un régime restrictif (RR) (objectif : taux d'hb  $\geq$  8 g.dL<sup>-1</sup> ou transfusions en fonction des symptômes, janvier 2012 à avril 2016). Toutes les transfusions du Service d'Accueil des Urgences (SAU), Service de Soins Intensifs (SSI), UPOG, et SSR ont été analysées ainsi que la mortalité à 6 mois. **Résultats :** 667 patients ont été inclus (86 ans, CIRS 52.9 [6-12]), 193 dans le groupe RL, 474 dans le groupe RR, 396 patients (59%) ont été transfusés pour un total de 1003 concentrés de globules rouges (CGR). Le régime restrictif était associé à une diminution des transfusions au SAU/SSPI (22 vs 33%,  $p < 0,01$ ) et en UPOG (31 vs 50%,  $p < 0,01$ ), et à une augmentation des transfusions en SSR (18 vs 9%,  $p < 0,01$ ). Sur l'ensemble du parcours de soins, le régime restrictif permettait une épargne transfusionnelle (55% des patients avec 617 CGR, moyenne 1.3 par patient et 2.3 par patient transfusé) contre 69% des patients avec 386 CGR (moyenne de 2 par patient et 2.9 par patient transfusé) dans le groupe libéral ( $p < 0,01$ ). **Conclusion :** malgré un report des transfusions vers les services de SSR, le changement de stratégie transfusionnelle au profit d'un régime restrictif dans le cadre de la prise en charge péri-opératoire de la FESF dans la population âgée est associé à une épargne transfusionnelle et à une réduction du nombre d'événements cardiovasculaires sans modification de la mortalité à 6 mois.

#### A1-07-73

##### **Prescription des Antibiotiques par voie Sous-Cutanée chez le sujet âgé : enquête de pratique auprès de médecins gériatres d'un groupe hospitalier (Etude PRACTICE)**

H. Michelon (1) ; Z. Seridi (2) ; L. Fellous (1) ; Z. Mekerta (2) ; F. Marteau (1) ; F. Bouchand (1) ; B. Le Dastumer (2) ; JL. Le Quintrec (2) ; L. Teillet (2) ; M. Villart (1) ; B. Davido (3) ; A. Dinh (3)

(1) *Pharmacie, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Sites Sainte-Périne et Raymond Poincaré, APHP, Paris*; (2) *Services de gériatrie, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Sites Ambroise Paré et Sainte-Périne, APHP, Paris*; (3) *Infectiologie, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Sites Raymond Poincaré et Ambroise Paré, APHP, Garches*

**Introduction :** L'administration de médicaments par voie sous-cutanée (SC) est une alternative courante à la voie intraveineuse (IV) chez le sujet âgé en raison de la diminution du capital veineux et/ou de trouble des fonctions supérieures. Pourtant, peu de données scientifiques et peu d'autorisations de mise sur le marché (AMM) sont disponibles, en particulier pour les antibiotiques (ATB). Dans ce contexte, nous avons mené une enquête visant à évaluer les pratiques d'antibiothérapie par voie SC auprès des médecins gériatres de notre groupe hospitalier afin d'identifier les problématiques éventuelles liées à cette voie d'administration. **Méthodes :** L'enquête a consisté en un auto-questionnaire diffusé en ligne en février 2017 à l'ensemble des gériatres seniors en charge des 548 lits de gériatrie sur notre groupe hospitalier (65 lits de gériatrie aigue (UGA), 165 lits de soins de suite et réadaptation (SSR), 318 lits de soins de Longue Durée (SLD)). Ce questionnaire anonyme standardisé avait pour but d'interroger les cliniciens sur les pratiques, les modalités et les conditions de prescription des ATB par voie SC ; d'identifier les indications et les molécules les

plus fréquemment utilisées, et d'évaluer la tolérance de la voie SC. **Résultats :** Au total 25/40 (62,5%) gériatres ont répondu à l'enquête dont 44% qui exercent en UGA, 32% en SSR et 24% en SLD. Les 3 raisons principales justifiant la voie SC sont : troubles de la déglutition (84%), voie IV ou intramusculaire impossible (84%), meilleur confort du patient en fin de vie (64%). 44% des médecins interrogés privilégient la voie SC en première intention. 50 % des prescripteurs vérifient systématiquement si ce mode d'administration est reconnu officiellement dans l'AMM même si son absence ne constitue pas un frein systématique à la prescription de la voie SC (motif de non prescription rapporté par 28,5% des participants). Les autres sources consultées pour valider la faisabilité et les modalités d'administration sont les recommandations de sociétés savantes (32%) et les données de la littérature (30%). Parmi les autres motifs de non recours à la voie SC on retrouve la sévérité de l'infection (22%), l'absence de données pharmacocinétiques (20%) et l'absence de données de tolérance (17%). L'ATB le plus fréquemment cité est la ceftriaxone (100%), suivi de l'amikacine (24%) et de l'ertapénème (20%). Les principales indications d'antibiothérapie SC retrouvées sont les infections respiratoires (88%), les infections urinaires (82%), les pyélonéphrites (64%), les infections urinaires masculines (56%) et les sepsis (36%). Aucun protocole d'antibiothérapie SC spécifique à disposition des médecins et des soignants n'a été répertorié. 56% (14/25) des prescripteurs sondés déclarent renseigner les modalités d'administration (ex: bolus, perfusion). Parmi eux, 72% prescrivent en SC directe (< 5min), 21% en SC lente (5-30 min), 7% en SC lente (> 30-60 min). 64% des médecins interrogés ont déjà observé des effets indésirables de type douleurs et indurations au point d'injection liés à la voie SC. **Conclusion :** L'antibiothérapie SC est une pratique très fréquente en gériatrie en dépit de l'absence de données validées. Sa pratique semble sûre malgré une hétérogénéité dans les modalités d'administration. Ces résultats soulignent l'impérieuse nécessité de disposer de données homogènes sur de larges populations afin de valider cette pratique et de définir précisément ses modalités d'utilisation et d'administration. Ces études cliniques sont nécessaires à réaliser pour chaque ATB et en particulier pour la ceftriaxone, dont la voie SC a été supprimée de son AMM par l'Agence Européenne du Médicament faute de niveau de preuve suffisant. Le cas échéant, des protocoles à destination du personnel soignant sont à élaborer en partenariat avec les gériatres, les infectiologues et les pharmaciens pour sécuriser ces pratiques.

#### A1-07-74

##### **Prise en charge des patients âgés de plus de 70 ans après un accident vasculaire cérébral dans une filière neurogériatrique : diminution du handicap et de la durée de séjour**

B. Oquendo (1) ; C. Nouhaud (2) ; C. Oasi (3) ; A. Léger (4) ; W. Jarzebowski (2) ; J. Belmin (2)

(1) *Triade, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine;* (2) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine;* (3) *Neurogériatrie, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine;* (4) *Neurologie vasculaire, Hôpital de la Salpêtrière - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Paris*

**Introduction :** L'accident vasculaire cérébral (AVC) est la première cause de handicap acquis en France. Les patients en gardent des séquelles lourdes. L'incidence de l'AVC double par tranche de 10 ans après 55 ans chez l'homme et la femme. En juin 2013, une filière neurogériatrique spécifique est créée pour la prise en charge des AVC des patients de plus de 70 ans au sein

du groupe hospitalo-universitaire Pitié-Salpêtrière-Charles Foix en Ile-de-France. La filière se distingue par un plateau technique dédié et des moyens de rééducation renforcés. Notre hypothèse est une amélioration de la prise en charge des patients post-AVC grâce à la filière neurogériatrique. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective incluant des patients de plus de 70 ans traités dans l'unité de neurovasculaire de la Pitié-Salpêtrière entre 01/01/2015 et 31/12/2016 et hospitalisés dans les suites en filière neurogériatrique ou dans le parcours gériatrique classique. Les données relevées sont l'âge, le sexe, la durée de séjour hospitalier, le nombre de retour à domicile, le score du National Institute of Health Stroke Score (NIHSS) initial, le score de Charlson et le score de Rankin à l'entrée et à 3 mois. Le critère de jugement principal est la récupération fonctionnelle estimée par le score de Rankin à 3 mois. Les critères secondaires sont la durée de séjour hospitalier et le retour à domicile. Les résultats sont ajustés sur les variables pour lesquelles les groupes filière et soins classiques différaient à l'admission (le sexe, le score NIHSS initial et le score de Charlson). **Résultats :** 102 patients ont été inclus dans le groupe filière neurogériatrique et 66 patients dans le groupe hospitalisation gériatrique classique. L'hospitalisation en filière neurogériatrique améliore significativement le score de Rankin de 0,4 points (- 0,4 +/-0,20 points ( p = 0,039) et la durée d'hospitalisation de 16,4 jours (- 16,4 +/-6 jours (p<0.001) après ajustement. Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes sur le retour à domicile (aOR = 0,61 [0,28 ; 1,33], p = 0,22). **Conclusion :** Les patients post-AVC hospitalisés en filière neurogériatrique récupèrent mieux de leur handicap et sont hospitalisés moins longtemps que lors d'une hospitalisation gériatrique classique. L'hospitalisation en filière n'a pas montré une différence significative sur le nombre de retour à domicile.

#### A1-07-75

##### **Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en psychiatrie ambulatoire**

A. Besnard (1) ; M. Colin (1) ; H. Corneau (1) ; F. Kassab (2) ; A. Quillard (3) ; B. Lemoine (2) ; E. Krug (1)

(1) *Pharmacie, C.H. Jacques Monod, Flers;* (2) *Centre médico-psychologique, C.H. Jacques Monod, Flers;* (3) *Équipe mobile de gériatrie, C.H. Jacques Monod, Flers*

**Introduction :** La prescription médicamenteuse (PM) chez le sujet âgé (SA) constitue un problème de santé publique actuel. Dans le domaine de la santé mentale, les centres médico-psychologiques (CMP) se situent à la frontière ville-hôpital et présentent des contraintes liées à la pathologie mentale et aux interactions médicamenteuses (IAM) importantes entre les différents médicaments dits psychiatriques. Lors de la certification du centre hospitalier (CH) et de son CMP, une réserve a été émise sur la PM du SA en santé mentale, le CMP accueillant une file active importante de SA. Afin de déterminer et de hiérarchiser des axes d'amélioration, un audit interne a été réalisé sur la PM du SA en psychiatrie ambulatoire (PM initiale et préalable, lien avec le médecin traitant (MT), réévaluation du traitement, IAM, surveillance). **Méthodes :** Un audit clinique a été réalisé en novembre 2016 sur 37 dossiers de patients suivis au CMP au cours de l'année 2014. Les dossiers ont été tirés au sort parmi les patients de plus de 75 ans suivis en 2014 (n=378 soit 10%) puis analysés par 4 binômes composés d'une infirmière du CMP et d'un membre du groupe de travail de l'audit (psychiatre, gériatre, pharmacien ou cadre de santé). L'analyse portait sur différents critères devant être

précisés dans le dossier patient : des critères démographiques, des critères cliniques (poids, capacités de déglutition, notion de chutes durant les 6 mois précédents la consultation, traitement somatique du patient, observance du patient à son traitement et réalisation au cours de l'année écoulée d'un dosage de créatinine plasmatique, d'un ionogramme et d'un électrocardiogramme (ECG)). Une seconde partie portait sur l'analyse des PM réalisées en consultation au CMP à la recherche de PM inappropriées chez le SA selon les critères de Laroche. **Résultats** : L'étude des dossiers a concerné 27 femmes (73%) et 10 hommes (27%) avec une moyenne d'âge de 83 ans. Le lieu de vie des patients était indiqué dans 35 dossiers soit 95% des cas. Concernant les critères cliniques : l'ionogramme était présent dans 27% des cas (n=10), l'ECG dans 24% des cas (n=9), le poids et la créatinine dans 22% des cas chacun (n=8), la notion de chutes dans 19% des cas (n=7) et les capacités de déglutition n'étaient jamais tracées. Le poids, la créatinine et l'ionogramme étaient généralement présents lorsque les patients étaient entrés par les urgences du CH puisque le dossier est partagé. Pour les chutes et les capacités de déglutition, il a été impossible de discriminer les cas non explorés des cas non tracés. Concernant la PM : le traitement somatique du patient était connu dans 49% des cas (n=18), l'observance dans 22% des cas (n=8) et un courrier de consultation était adressé au MT dans 38% des cas (n=14). Les PM étaient inappropriées en termes de molécules ou de posologie dans 73% des cas. En effet, seuls 10 patients comportaient une PM totalement conforme. **Conclusion** : Cette étude montre qu'il existe de nombreux points à améliorer nécessitant une action en plusieurs étapes. Dans un premier temps, deux outils ont été créés : une fiche mémo (« PM chez le SA en psychiatrie » reprenant les recommandations du guide « PM adaptée aux personnes âgées » de la Société française de gériatrie et gérontologie et de la liste de Laroche) et une lettre type à adresser au MT. Les résultats et les outils ont été présentés à l'ensemble du personnel intervenant sur le secteur de psychiatrie du CH au cours d'une réunion institutionnelle. Un deuxième tour d'audit est prévu pour 2018 afin de vérifier l'utilité et la pérennité des outils. Dans un second temps, un troisième outil est envisagé : une check-list à insérer dans tous les dossiers des SA de plus de 75 ans. Cette check-list permettra de penser à compléter les différents critères devant être mentionnés dans le dossier et à rechercher les PM inappropriées (reprenant : les dates et valeurs du poids, du bilan biologique ; la date du dernier courrier au MT ; l'exploration des chutes, des troubles de la déglutition et de l'observance ; la recherche des PM inappropriées).

#### A1-07-76

##### **Difficultés rencontrées dans la prise en charge du syndrome confusionnel aigu en EHPAD : enquête qualitative auprès de médecins généralistes**

L. Elkouby (1) ; S. Moulias (1) ; T. Cudennec (1)

(1) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

**Introduction** : Du fait du vieillissement de la population, le médecin généraliste sera de plus en plus confronté aux pathologies du sujet âgé et à la dépendance. Le syndrome confusionnel aigu est une pathologie grave et d'autant plus fréquente chez les patients institutionnalisés. La politique actuelle vise à l'amélioration de la prise en charge des sujets en EHPAD (établissement d'hébergement des patients âgés dépendants), en diminuant notamment les hospitalisations « évitables ». Objectifs : Evaluer les pratiques actuelles des médecins généralistes dans la prise en charge du

syndrome confusionnel aigu en EHPAD, afin d'identifier leurs problématiques et de proposer des pistes d'amélioration. **Méthodes** : Etude qualitative réalisée par des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans les Hauts de Seine. Les entretiens ont été retranscrits et progressivement analysés, jusqu'à saturation des données. Une analyse thématique a été réalisée. **Résultats** : Dix médecins généralistes ont été interrogés entre Juin 2016 et Août 2016. Le syndrome confusionnel apparaît comme une pathologie sous diagnostiquée en EHPAD. Les médecins généralistes identifient trois principales difficultés : la gestion des troubles du comportement, les conditions d'exercice du médecin libéral en institution et les relations avec les différents soignants de l'EHPAD dont le médecin coordonnateur. **Conclusion** : Cette étude met en évidence les difficultés dans l'exercice de la médecine libérale en EHPAD. Les différentes propositions d'amélioration sont la mise en place de protocoles d'aide à la prise en charge du syndrome confusionnel, des mesures préventives pour les patients les plus à risque, le développement de la télémédecine et la formation des médecins généralistes et du personnel soignant au syndrome confusionnel.

#### A1-07-77

##### **Faisabilité de la mini-Zarit lors du suivi téléphonique à 2 mois auprès des aidants des patients âgés évalués par l'équipe mobile de gériatrie du CHU d'Angers**

C. Cosme (1) ; ML. Cesbron (1) ; E. Bigot (1) ; V. Léger (1) ; M. Briand (1) ; S. Maréni (1) ; PY. Paré (1) ; R. Hureaux-Huynh (1) ; C. Annweiler (1)

(1) *Gérontologie clinique, C.H.U - CHU Angers, Angers*

**Introduction** : L'équipe mobile de gériatrie (EMG) depuis 2012 a instauré un suivi téléphonique à 2 mois après les évaluations gériatriques standardisées (EGS), réalisé par les IDE de l'équipe. **Méthodes** : Sur la période de mai 2016 à août 2016, elles ont procédé à l'évaluation de l'épuisement des aidants à l'aide de la mini-Zarit. **Résultats** : 210 suivis téléphoniques ont eu lieu sur 4 mois. La mini-Zarit a pu être réalisée 46 fois, soit dans près de 22% des cas. Parmi ceux-ci, il s'agit du conjoint pour 37% des cas, des enfants pour 48% des cas et d'un autre membre de la famille pour 11% des cas. Le fardeau côté selon la grille de la mini-zarit est « absent ou léger » pour 41%, « léger à modéré » pour 30%, « modéré à sévère » pour 22% et « sévère » pour 7%. **Conclusion** : L'épuisement de l'aidant est modéré à sévère ou sévère pour 29% des mini-zarit effectuées auprès des aidants des patients évalués en EMG. Cet outil rapide devrait faire partie de l'EGS dès lors que le patient présente un trouble cognitif et/ou un trouble comportemental. L'information délivrée lors de l'appel téléphonique de l'IDE sur les dispositifs à destination des aidants et leur orientation via les CLIC s'avèrent indispensables.

#### A1-07-78

**Protection et promotion des personnes âgées en côte d'ivoire**  
KE. N'dri (1) ; Kone Djakaridja; Yeffe Pacôme; Kouadio Yahou Pascal; Gounougo Ibrahim; Kouame Kouadio Lucien  
(1) *Direction de l'Action Sociale, Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale, Abidjan, Côte d'Ivoire*

**Introduction** : La Côte d'Ivoire n'est pas épargnée du phénomène de vieillissement, bien que représentant 4 % de la population; en quatre décennies la population des 60 ans et plus a été multipliée par quatre avec un taux d'accroissement moyen annuel de 3,6 %



donc légèrement supérieur à celui de la population générale (3,2 %) sur la période 1975 – 2014. **Méthodes :** Selon le rapport de l'étude sur les conditions de vie des personnes âgées, diligenté par le Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale (MEPS) à travers la Direction de l'Action Sociale (DAS) en février 2015, il ressort entre autres les données suivantes relatives à la Situation des personnes âgées (PA) en Côte d'Ivoire. **Résultats :** Situation sociodémographique et culturelle des PA: §aux âges avancés, les femmes sont plus nombreuses; que les hommes §une forte proportion en situation de veuvage, qui est plus; marqué chez les femmes (62,1 %) que chez les hommes (10,1 %); §le mariage religieux ou coutumier est prédominant (41,8 %); au détriment du mariage légal (9,8 %). §un faible taux d'alphabétisation, près de 3 PA sur 4 (73,4 %) sont analphabètes. Cette situation est plus accentuée au niveau des femmes (87,4 %) qu'au niveau des hommes (63,5 %). Situation sociale des PA 74 % des PA sont chefs de ménage ; Cette proportion baisse avec l'âge mais se situe à un niveau respectable de 61 % à 85 ans et plus. Le cadre de vie des PA; §60 % des PA vivent dans des ménages d'en moyenne 5 personnes et plus. Moins d'une PA sur 10; à savoir 6 % vivent seules. Les ménages de grande taille (5 et +) sont plus nombreux en ville qu'en milieu rural (64 % contre 56 %). Situation économique des PA; §la majorité des PA exerce dans le domaine agricole (71 %) , suivi du secteur informel (18,4 %). Situation sanitaire des PA; §4 PA sur 10 ont une maladie chronique; §Moins d'une personne âgée sur cinq (16,5 %) bénéficient d'une prise en charge ; §43,8% et 15 % des PA sont prises en charge respectivement par leurs enfants et leurs parents ; §15,5 % des PA déclarent bénéficier d'une assurance maladie et (17,8 %) d'une mutuelle . La prise en charge de cette frange de la population de la part de l'Etat et des ONG est quasiment insignifiantes (resp. 0,6% et 1,7 %) ; §Plus d'un cinquième (22,6 %) des personnes âgées observe un régime. Le régime sans sel est le plus répandu parce que touchant 3 PA sur 4 (74,8 %). **Conclusion:** Malgré son taux relativement faible de personnes âgées, La Côte d'Ivoire envisage être au nombre des pays à l'avant-garde de la protection et de la promotion de cette frange de la population. C'est pourquoi elle ne manquera jamais d'être présente aux initiatives majeures comme cette rencontre pour à la fois présenter sa réalité et bénéficier de toutes les expertises et soutiens nécessaires.

#### A1-07-79

##### **Implication et point de vue des médecins généralistes sur l'admission de leurs patients âgés en réanimation**

S. Peiffer (1) ; L. Zerah (2) ; A. Gioanni (3) ; J. Cohen Bittan (3) ; M. Verny (4) ; J. Boddaert (5) ; H. Vallet (4)

(1) Upog, APHP et Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, Paris; (2) Gériatrie, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris; (3) Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (4) Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (5) Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris

**Introduction :** La population âgée de plus de 60 ans a triplée au cours des 50 dernières années et triplera encore d'ici 2050. Les services de réanimation sont impactés par cette évolution démographique, la proportion des patients de plus de 80 ans étant passée de 9 à 18% depuis 2005. Il n'existe pas de critères d'admission spécifiques dans cette population. Alors que l'avis des médecins traitant dans cette prise en charge invasive semble importante, il n'y a pas de données évaluant leur implication dans l'admission de ces patients. Notre objectif était donc d'évaluer le point de vue des médecins traitants et leur implication dans l'admission de leurs patients âgés en

réanimation. **Méthodes :** Nous avons mené une étude rétrospective incluant tous les patients âgés de plus de 75 ans, admis dans le service de gériatrie de la Pitié Salpêtrière entre novembre 2014 et mai 2015 après un séjour en réanimation. Chaque médecin traitant était contacté par téléphone afin de répondre à un questionnaire comprenant une vignette clinique résumant l'histoire de leur patient. **Résultats :** Vingt cinq patients ont été inclus (âge 84±5 ans; CIRS52 score 12 [2-21]). Les diagnostics principaux justifiant l'admission en réanimation étaient l'insuffisance respiratoire aigue (40%) et l'état de choc (36%). Vingt deux médecins traitants ont répondu au questionnaire (nombre d'années d'expérience professionnelle: 30 [25-30]). Aucun d'entre eux n'avait été contactés au moment de l'admission de leur patient en réanimation, alors que 86% (n=19) auraient souhaité l'être. De plus, les médecins traitants avaient connaissance des directives anticipées de leur patient dans 28% des cas. **Conclusion :** Les médecins traitants sont rarement sollicités lors de la prise en charge d'un de leur patient âgé en réanimation. Hors ils détiennent souvent des informations sur les souhaits de leurs patients quant à l'intensité de soin désirée. Il semble important qu'ils soient sollicités d'avantage dans la prise en charge de leur patient dès lors qu'un transfert et une prise en charge en réanimation est envisagée.

#### A1-07-80

##### **Contention physique passive chez la personne âgée : Etude transversale au sein d'un groupement de coopération sanitaire**

A. Saragoni (1) ; M. Julie (2) ; D. Céline (3)

(1) Gériatrie - ESPRAD, GHICL, Lille Lomme; (2) Mprf, GHICL, Lille Lomme; (3) Court séjour gériatrique, GHICL, Lille Lomme

**Introduction :** La contention physique passive chez la personne âgée de plus de 65 ans est une problématique fréquente pour les établissements de santé. Les recommandations de bonnes pratiques, éditées en 2000 par l'ANAES, restent complexes à appliquer. **Méthodes :** Un audit de 50% des situations de contention physique passive rencontrées au sein d'un groupement de coopération sanitaire de la région Lilloise comprenant 3 établissements hospitaliers a été réalisé. La grille d'audit proposée par la Haute Autorité de Santé (2006) a été adaptée au contexte hospitalier. **Résultats :** L'étude porte sur 21 services. 77 patients ont été audités, représentant 88 situations de contention. Les barrières de lit figurent comme le moyen de contention le plus utilisé, cependant elles sont rarement prescrites. **Conclusion :** La pratique de la contention, notamment les barrières, restent fréquentes et semble relever d'une pratique coutumière.

**A1-07-81****Pertinence de la prescription des inhibiteurs de la pompe à protons : évaluation dans une unité de soins de suite et de réadaptation gériatrique**

L. Fellous (1) ; A. Hiance-Delahaye (2) ; N. Clement-Rio (1) ; S. Fontenay (1) ; I. Magnus (1) ; H. Nanguem (1) ; F. Muller De Schongor (2) ; L. Teillet (2) ; J. Ankri (3) ; M. Villart (1) ; M. Herr (3) ; H. Michelin (1)

(1) *Pharmacie, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Sites Sainte-Périne et Raymond Poincaré, APHP, Paris;*  
 (2) *Services de gériatrie, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Sites Ambroise Paré et Ste-Périne, APHP UVSQ, Paris;*  
 (3) *Inserm umr 1168 et dhesp hôpitaux universitaires paris ile de france ouest, ste-périne, aphp, Université Versailles St Quentin, Paris*

**Introduction :** L'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) s'est largement répandue aussi bien en ville qu'à l'hôpital. D'après la HAS, 60% des prescriptions d'IPP seraient faites hors référentiel. Ces mésusages pourraient entraîner des effets indésirables à long terme tels que des infections à *C. difficile*, des pneumopathies, des fractures osseuses, des insuffisances rénales, des troubles métaboliques, des cancers, et des démences. La population gériatrique souvent polypathologique et polymédiquée est particulièrement exposée à ce risque iatrogène problématique en termes de santé publique et de dépenses de santé. L'objectif de ce travail est d'évaluer, au sein d'un service pilote, la pertinence des prescriptions d'IPP chez le sujet âgé, afin de limiter leurs mésusages et de prévenir le risque iatrogène. **Méthodes :** Il s'agit d'une enquête un jour donné menée au sein d'une unité de soins de suite et de réadaptation gériatrique. Elle a concerné tous les patients de plus de 70 ans traités par IPP le jour de l'enquête. Les données relatives aux prescriptions d'IPP (indication, dosage, posologie, durée de traitement, date d'instauration...) ont été recueillies à partir des dossiers médicaux (papiers et informatiques) et auprès des médecins traitants en cas d'information incomplète. Sur la base des données recueillies, la pertinence des prescriptions (indication, posologie et durée) a été évaluée en réunion pluridisciplinaire entre pharmacien, gériatre et gastroentérologue à partir des recommandations de bon usage de la HAS de 2009 et de la liste des médicaments potentiellement inappropriés de Beers (2016). Tout traitement prolongé depuis plus de 3 mois sans justification et toutes les indications en dehors de celles définies par la HAS (reflux gastro-oesophagien, ulcère gastro-duodéal, prévention des lésions gastro-duodéales sous AINS, syndrome de Zollinger-Ellison) étaient considérées comme non pertinentes dans cette évaluation.

**Résultats :** Le jour de l'enquête, 13 patients sur 38 présents étaient traités par IPP. Leur moyenne d'âge était de  $87.4 \pm 7.5$  ans (ratio H/F = 0.63). Chaque patient avait en moyenne 8,8 médicaments prescrits. Dix patients sur 13 étaient déjà traités par IPP avant leur admission dans l'unité de soins. La durée moyenne de traitement par IPP était de  $2,7 \pm 3,1$  années (min : 9 semaines ; max : 10 ans). Parmi les 13 patients traités, 4 patients recevaient leur IPP depuis moins de 6 mois, 1 patient entre 6 mois et 1 an, 5 patients entre 1 et 5 ans et 3 patients depuis plus de 5 ans. Pour 8 des 13 patients traités, le traitement par IPP a été instauré à l'hôpital. Seuls 4 patients sur 13 ont eu une fibroscopie oeso-gastro-duodéale (FOGD). L'indication s'est révélée pertinente selon la HAS pour 4 patients mais seul l'un d'entre eux présentait une posologie et une durée de prescription conformes aux recommandations. Au total, 9 patients présentaient une indication hors recommandations de bon

usage, dont une seule était justifiée (patient traité par anticoagulant avec RGO symptomatique persistant). Pour les 8 patients dont la prescription n'était pas justifiée il s'agissait pour 4 patients d'une absence d'indication connue (malgré une durée moyenne de traitement de 95 semaines), pour 3 patients d'une association médicamenteuse non justifiée (antiagrégants plaquettaires ou corticoïdes) et pour 1 patient d'une indication pour « douleur gastrique » non documentée. **Conclusion :** Cette enquête montre que les recommandations concernant les prescriptions d'IPP en gériatrie sont peu respectées et que les durées de traitements sont souvent prolongées. Ceci témoigne d'une réévaluation insuffisante de ces traitements en pratique courante. Du fait de leur efficacité, de leur facilité d'utilisation et d'une tolérance souvent considérée comme acceptable, l'usage des IPP s'est banalisé. En témoigne l'absence de traçabilité dans le dossier médical qui était la principale difficulté rencontrée dans notre enquête, pour détecter la date d'instauration et la justification du traitement. La non réalisation d'une FOGD peut s'expliquer par les difficultés de réalisation de cet examen en gériatrie (refus du patient, démence évoluée...) et ne peut être utilisée comme critère systématique pour justifier de l'indication d'un IPP. Ces résultats suggèrent que les spécificités liées à la gériatrie devraient être prises en considération dans les recommandations.

**A1-07-82****Intérêt de l'évaluation gériatrique pré opératoire chez les patients de plus de 75 ans, hospitalisés pour fracture de hanche. Etude rétrospective, mono centrique sur le Centre Hospitalier de Valenciennes**

C. Cartignies (1) ; E. Cantegrit (1)

(1) *Court Séjour Gériatrique, CH Valenciennes*

**Introduction :** Les chutes sont des événements fréquents et graves chez le sujet âgé. On estime qu'un tiers des sujets de plus de 65 ans et la moitié de ceux âgés de plus de 85 ans, chutent au moins une fois par an. Dix pour cent des chutes ont des conséquences traumatiques sévères à l'origine de 30% des hospitalisations des patients âgés. La fracture de l'extrémité supérieure du fémur est une complication fréquente et grave des chutes. Du fait du vieillissement de la population, leur nombre devrait doubler d'ici 2050. Dans le cadre de l'expérimentation PAERPA sur le territoire du Valenciennois Quercitain, l'Equipe Mobile d'Information et d'Orientation Gériatrique propose une évaluation gériatrique systématique des patients âgés de plus de 75ans adressés aux urgences pour une fracture de hanche. L'objectif principal de notre étude est d'étudier l'impact de l'évaluation gériatrique pré opératoire sur la DMS. Les objectifs secondaires sont d'étudier les complications post opératoires précoces (douleur, confusion, infection, décompensation cardio respiratoire), le taux de décès, le taux de ré hospitalisation, l'autonomie et le mode de vie à 3 et à 6 mois. **Méthodes :** Notre étude est observationnelle comparative chez des patients de plus de 75ans, présentant une fracture de hanche, pris en charge au Centre Hospitalier de Valenciennes. D'avril 2015 à décembre 2016, 193 patients ont été inclus. Quarante patients ont bénéficié d'une évaluation gériatrique en pré opératoire et d'un suivi en post opératoire. Nous avons étudié pour chaque patient les antécédents, les traitements, le type de chirurgie et le délai d'intervention, le type d'anesthésie, les complications post opératoires, les antalgiques utilisés, la durée d'immobilisation, la durée de séjour et le mode de sortie. Dans les suites, un suivi téléphonique a été réalisé pour récupérer les données concernant

le taux de décès et de ré hospitalisation rétrospective, le mode de vie, l'autonomie et la marche. **Résultats :** Actuellement, le recueil et le suivi sont terminés et l'analyse statistique est en cours. **Conclusion :** Les résultats définitifs ne seront disponibles que fin aout, raison pour laquelle nous vous transmettons qu'un résumé partiel de notre travail.

## SESSION POSTERS 2 : FRAGILITÉ/INSUFFISANCE RÉNALE/DIALYSE/ORGANISATION DES SOINS/PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES/PATHOLOGIES ET RISQUES INFECTIEUX/PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES/ONCOGÉRIATRIE

### A2-08-01

#### Comment gérer la fragilité? Les capacités des personnes âgées

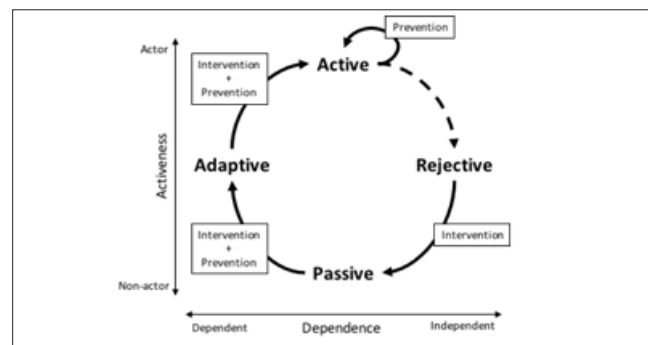
E. Verté (1) ; N. Dewitte (2) ; J. Schols (3) ; D. Verté (2) ; T. Kardol (2)

(1) *Vrije Universiteit Brussel, Boulevard de la Plaine, Ixelles, Belgique, Ixelles, Belgique;* (2) *Gérontologie sociale, Vrije Universiteit Brussel, Boulevard de la Plaine, Ixelles, Belgique, Ixelles, Belgique;* (3) *Family medicine, Universiteit Maastricht, Maastricht, Pays-Bas*

**Introduction :** Pour faire face aux défis du vieillissement de leur population, la plupart des gouvernements ont changé leur politique concernant les soins aux personnes âgées des soins résidentiels vers un «vieillessement chez soi» (ageing in place). Néanmoins, parce les personnes âgées sont confrontés avec les limites de leurs propres ressources, de leurs environnement et leurs capacités pour s'adapter au changement dans la vie quotidienne, ce changement politique représente un énorme défi pour les personnes âgées. Afin de soutenir le vieillissement en bonne santé dans leur environnement, il est important d'explorer les capacités d'adaptation qui contribuent le plus sur aux sentiments de bien-être. **Méthodes :** L'étude examine comment les personnes âgées font face à leurs fragilités actuelles et futures. Afin d'atteindre l'objectif, nous avons mené des interviews semi-structurées à Bruxelles (Belgique). 17 groupes de discussion ont été réalisés avec 137 participants. Tous les participants avaient entre 48 et 92 ans. Les transcriptions ont été analysées narrativement et par thème utilisant un processus de codage itératif. La façon dont les personnes âgées agissent sur leurs changements de situation était basée sur: (1) leur degré de dépendance d'autres personnes; et (2) leur degré d'activement changer leur situation de fragilité (Dunér & Nordström, 2005). **Résultats :** Nos analyses suggèrent deux résultats saillants: (I) les personnes âgées gèrent les changements dans leur vie quotidienne de quatre manières différentes: au moyen d'un style de gestion actif, d'adaptation, passif, et rejetés; (II) les styles de gestion sont dynamiques qui est lié aux dimensions de la fragilité. Les personnes âgées agissent dans les manières suivante: (1) les personnes actifs sont actif et indépendant, (2) les personnes qui adaptent sont actifs et dépendant, (3) les personnes passifs ne sont pas actifs mais sont dépendant, et (4) les personnes rejetés ne sont pas actifs mais sont indépendant. Les résultats démontrent deux effets par rapport à la relation entre les styles de gestion et fragilité: (A) les personnes âgées qui répondent à un type de la fragilité seront également plus enclins à aborder d'autres types; et (B) les questionnaires actifs géreront encore plus actifs et les passifs encore plus passifs. **Conclusion :** L'étude contribue par l'identification des facteurs subjectifs concernant gérer la fragilité qui influe la relation entre l'individu (les ressources interne) et l'environnement (les

ressources externe). Le besoin de soins et de soutien des personnes âgées varie selon la dimension de la fragilité et la gestion des styles. Le processus de gestion de la fragilité souligne que les quatre styles de gestion sont importants en termes de détection, néanmoins chaque type nécessite une autre approche en termes d'intervention et de prévention. Le processus de gestion de la fragilité est présenté dans la figure ci-dessous. Les programmes de prévention devraient empêcher les personnes âgées de se révéler non actives, alors que les programmes d'intervention devraient guider les « personnes rejetées » vers des styles de gestion plus actifs. Par conséquent, les résultats indiquent que les procédures d'identification spécifiques sont essentielles pour la politique factuelles et la pratique axée sur la personne. Référence: Dunér, A., & Nordström, M. (2005). Intentions and strategies among elderly people: Coping in everyday life. *Journal of aging studies*, 19, 437-451.

**Figure**  
Processus de gestion de la fragilité



### A2-08-02

#### SEGA: un outil robuste pour dépister la fragilité en officine de ville. Données sur 4090 patients âgés, hors EHPAD

A. Rauss (1) ; M. Rhalimi (2) ; E. Housiaux (3) ; A. Muller (4) ; C. Detunq (5) ; F. Comby (6) ; C. Wehré (7) ; N. Davoust (8)

(1) *ARCOSA, Limeil-Brévannes;* (2) *Pharmacie, CH bertinot juel, Chaumont-en-Vexin;* (3) *Officine, Pharmacie, Saint-Sauveur-de-Montagut;* (4) *Directeur adjoint responsable des stages officinaux, Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques, Montpellier;* (5) *Filière officine, UFR Médecine Pharmacie, Rouen;* (6) *Chimie thérapeutique et chimie organique, Faculté de Pharmacie, Limoges Cedex;* (7) *Professeur past - pharmacie pratique, Faculté de Pharmacie de Strasbourg, Strasbourg;* (8) *Filière officine, Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques, Rennes*

**Introduction :** le dépistage de la fragilité devient une étape importante dans la prise en charge des patients âgés surtout si celui-ci peut être réalisé tôt. Les patients âgés viennent mensuellement chercher leurs médicaments à l'officine. Il s'agit là d'un lieu idéal pour organiser un dépistage. L'étude EGO1 nous ayant montré que le volet A du score SEGA (3 types de patients : patients peu fragiles, patients fragiles et patients très fragiles) apparaissait clairement comme un outil adapté; restait à savoir comment ce dépistage se passerait, non plus dans une faculté, mais dans 6 facultés françaises. **Méthodes :** 217 étudiants de 6e année (pharmaciens à la fin de l'année) de 6 facultés de pharmacies françaises ont inclus sur la période du 20 mars au 7 avril pendant des plages horaires de 3 à 4 heures tous les patients âgés (65 ans et plus) se présentant à la pharmacie. L'âge, le nombre de médicaments, le TOST (test d'orientation temporo-spatiale) qui était demandé par ailleurs ont

permis de réaliser une vérification du score SEGA. Nous disposons ainsi d'un score SEGA calculé par l'étudiant et d'un score SEGA corrigé par recouplement des données. En dehors de savoir si le patient est fragile ou pas dans les 2 scores, il est aussi possible, pour chaque patient, de définir l'importance de la variation du score et ainsi 3 classes pour le statut du patient : pas de changement, neutre (le score change mais le statut du patient ne change pas), changement de statut. Enfin, il est possible de mesurer l'influence de l'apprentissage au travers de la distinction des étudiants suivant le nombre de patients âgés inclus. Le Kappa est utilisé pour étudier la concordance entre les 2 scores quel que soit le critère retenu.

**Résultats :** Au total, 4090 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge des patients est de 77,6 ans  $\pm$  7,6 (m  $\pm$ SD) avec un range de 65 à 104. D'après les étudiants, 26,4% des patients sont fragiles et très fragiles tandis qu'après vérification avec les autres données disponibles 25,1% des patients sont retrouvés fragiles. Dans le détail, on trouve 16,2% de patients fragiles et 10,2% de très fragiles en observés versus 15,4% et 9,7% dans la version corrigée. Le taux de discordance sur la fragilité (en oui versus non) est de 2,6% soit un Kappa = 0,932. En prenant en compte le détail du niveau de fragilité, celui-ci change pour 166 patients sur les 4090 (4%) soit un kappa = 0,90 et un kappa pondéré = 0,88. D'une autre façon, si pour 74,8% des patients il n'y a pas de changement du score, le statut du patient ne change pas pour 21,3% des patients et finalement le statut change pour 3,9% des patients. On notera que ni le recrutement le matin par rapport à l'après-midi, ni le nombre de patients inclus par le centre, ni l'appartenance au groupe non intervention ou au groupe intervention (randomisation en cluster de l'étude) n'a d'influence sur le kappa qui reste toujours entre 0,90 et 0,93. Enfin, on constate que la concordance est également excellente au sein de chaque faculté puisque le kappa est compris entre 0,89 et 0,97. On notera que le temps médian pour réaliser ce repérage est de 5 minutes. **Conclusion :** le score SEGA apparaît comme un outil robuste et rapide pour organiser le dépistage de la fragilité en pharmacie de ville des patients âgés. Dans cette étude sur plus de 4000 patients le Kappa est exceptionnel et les changements de statut très peu nombreux.

#### A2-08-03

##### Outil de prédiction de la mortalité intra-hospitalière en population gériatrique

H. Riviere (1) ; R. Hureaux-Huynh (2) ; PY. Paré (3) ; C. Annweiler (2) ; C. Launay (2)

(1) *Gérontologie clinique, CHU Angers, Angers;* (2) *Gérontologie Clinique, C.H.U - CHU Angers, Angers;* (3) *Department of neuroscience, division of geriatric medicine and memory clinic, Angers University Hospital, UPRES EA 4638, University of Angers, Angers*

**Introduction :** Les patients âgés représentent une population vulnérable, particulièrement à risque de décompensation et de décès au cours d'une hospitalisation. Repérer précocement les patients âgés à risque de décès permettrait de mettre en place des interventions adaptées. L'objectif de cette étude de cohorte était de déterminer l'efficacité d'une Evaluation Gériatrique Standardisée Courte (EGS-C) pour prédire la mortalité intra-hospitalière de patients gériatriques. **Méthodes :** 1082 patients (âge moyen 83,7 $\pm$ 7,4ans, 58,9% de femmes) hospitalisés à partir des urgences dans les services de Gériatrie, Médecine Interne, Médecine Post-Urgences, Soins de Suite et Réadaptation du Centre Hospitalo-Universitaire d'Angers ont été inclus de manière prospective entre

Avril et Novembre 2013. L'âge, le sexe, le nombre de classes thérapeutiques prises quotidiennement, les antécédents de chute dans les six derniers mois, la désorientation temporelle, l'environnement social et le motif d'hospitalisation ont été recueillis pour constituer l'EGS-C. **Résultats :** Le modèle de régression de Cox a montré que les patients définis par l'EGS-C comme étant « à haut risque », de même que les patients « à risque intermédiaire », étaient plus à risque de décès au cours de leur hospitalisation que les patients « à risque faible » (respectivement, Hazard Ratio [HR]=2,34, p<0,01 et HR=1,89, p<0,01). **Conclusion :** L'EGS-C permettait de prédire et de stratifier le risque de décès intra-hospitalier.

#### A2-10-04

##### Pronostic des patients gériatriques présentant une insuffisance rénale sévère

S. Samso (1) ; MA. Loko (2) ; F. Bouthier-Quintard (3) ; A. Jamet (4) ; M. Paccalin (4) ; E. Liuu (5)

(1) *Gériatrie, CH Girac, Angoulême;* (2) *Département information médicale, C.H. de Niort, Niort;* (3) *Gériatrie, C.H. de Niort, Niort;* (4) *Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers;* (5) *Service gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers*

**Introduction :** Le nombre de personnes ayant une maladie rénale chronique en France est estimé à près de 3 millions. Parmi eux, une proportion importante des patients hospitalisés en Gériatrie a une insuffisance rénale à un stade avancé pour laquelle la prise en charge thérapeutique est difficile. Nous avons conduit une étude mono-centrique prospective observationnelle avec pour objectifs d'évaluer le pronostic à court terme des patients gériatriques avec insuffisance rénale sévère et d'identifier les facteurs associés à la mortalité. **Méthodes :** Inclusion des patients  $\geq$ 75 ans, hospitalisés en unité de court séjour gériatrique qui présentaient un débit de filtration glomérulaire (DFG) < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> à l'admission (estimé selon la formule Chronic Kidney Disease Epidemiology CKD-EPI). Une évaluation gériatrique standardisée (EGS) était réalisée en cours d'hospitalisation. Elle comportait une évaluation de l'autonomie : scores ADL (Activities of Daily Living) et IADL (Instrumental Activities of Daily Living), du risque d'escarre par l'échelle Exton-Smith Scale, du statut cognitif par le Mini-Mental State Examination, du statut nutritionnel avec le Mini-Nutritionnel Assessment Short Form et le dosage de l'albuminémie, des comorbidités par l'indice Cumulative Illness Rating Scale, ainsi que le recueil du nombre de médicaments et du lieu de vie en sortie d'hospitalisation. Un suivi à 6 mois de la date d'inclusion était organisé par appel téléphonique afin de recueillir le statut vital et quand disponible la dernière analyse biologique évaluant la fonction rénale pour juger du déclin du DFG. **Résultats :** Soixante-sept patients ont été inclus, d'âge moyen de 88,6  $\pm$  4,82 ans avec un DFG moyen de 21,3  $\pm$  6 ml/mn. Le taux de mortalité à 6 mois était de 36 %. En analyse multivariée, un score CIRS élevé (RR = 1,52; IC 95 % 1,05-2,19) et un déclin  $\geq$  2 ml/mn du DFG (RR = 4,72; IC 95 % 1,27-17,52) étaient prédictifs de la mortalité à 6 mois. En revanche, un score MNA-SF élevé était protecteur (RR = 0,76; IC 95 % 0,62-0,94). **Conclusion :** Le pronostic de l'insuffisance rénale sévère est sombre avec plus d'un tiers de décès à court terme. La mise en évidence de paramètres prédictifs de mortalité apparaît utile pour aider les gériatres à optimiser la prise en charge thérapeutique des patients insuffisants rénaux sévères.

**A2-10-05****Impact de l'évaluation gériatrique sur la prise de décision thérapeutique: Dialyse ou traitement conservateur**

S. Azzaoui-Cuzon (1) ; AC. Dupin (2) ; E. Castel-Kremer (1) ; BA. Kim (1) ; V. Profit (1) ; G. Martin-Gaujard (2)

(1) *Equipe mobile de gériatrie intra hospitalière, Hôpital Édouard Herriot, Lyon;* (2) *Service de médecine gériatrique du pavillon k, Hôpital Édouard Herriot, Lyon*

**Introduction :** L'incidence de l'initiation d'un traitement par dialyse chez les sujets âgés ne cesse d'augmenter. La majorité des patients pensent que les traitements proposés sont lourds et contraignants, et limitent non seulement leur autonomie mais aussi leur qualité de vie. Le choix thérapeutique (hémodialyse, dialyse péritonéale ou traitement conservateur), revient certes en premier lieu au patient mais doit être adapté aux paramètres néphrologiques et gériatriques. La décision doit donc être mûrement réfléchie entre les différents acteurs : néphrologue, gériatre, le patient et son entourage. **Objectifs :** Analyser l'impact de l'évaluation gériatrique dans la prise de décision thérapeutique chez les patients de plus de 70 ans pour lesquels une dialyse est envisagée par les néphrologues. **Méthodes :** Analyse rétrospective de dossiers pour lesquels l'équipe mobile de gériatrie avait donné un avis sur sollicitation des néphrologues entre Mai 2014 à Décembre 2016. Les paramètres gériatriques utilisés pour ce travail étaient basés sur l'évaluation clinique, socio-environnementale et des échelles standardisées (VES 13, échelles de Katz et Lawton, MMSE, IMC, Get up and go et la CIRS G). **Résultats :** L'étude a porté sur 45 patients, âgés de plus de 70 ans, dont l'âge moyen était de 81 ans, avec un sex ratio H/F à 1,1. La population étudiée présentait les caractéristiques suivantes: Le VES 13 était > 4 chez 89% des patients, 13 % seulement de cette population étaient autonomes pour les activités basales de la vie quotidienne et 19% pour les activités instrumentales avec un ADL 4/4. Le MMS moyen était de 21/30 et un tiers des patients n'ont pas pu être évalués en raison de troubles neurocognitifs majeurs, d'une asthénie ou d'une barrière linguistique. La notion de troubles du comportement était présente dans le 1/4 des patients évalués. Tous les patients étaient poly-pathologiques, 70% avaient au moins une pathologie de stade 3 selon le score de la CIRS-G, 34 % présentaient des troubles de la marche au Get up and Go et 13 % des patients étaient totalement isolés socialement. Un avis favorable à la dialyse a été recommandé dans 36% des cas (16/45), un patient a refusé la dialyse. Dans 64% (29/45), un traitement conservateur a été conseillé, 3 patients ont refusé ce traitement et ont été dialysés en structure tierce. 71% des recommandations ont été suivies, 17% ont été dialysés en urgence. La majorité (88%) des patients pour lesquels un traitement conservateur avait été préconisé, sont décédés entre 6 mois et 2 ans. Pour ceux ayant bénéficié d'une dialyse, 31% sont décédés, les autres continuent à être dialysés à 2 ans de l'évaluation. **Discussion :** Les critères ayant conduit à solliciter l'EMG ne sont pas encore standardisés et reposent sur l'évaluation subjective du néphrologue. La majorité des patients évalués sont, hétérogènes sur le plan gériatrique, présentent des comorbidités préexistantes et des syndromes gériatriques sévères. Les troubles cognitifs majeurs et les troubles locomoteurs sont fortement corrélés au choix d'un traitement conservateur. Tous ces éléments peuvent être des facteurs prédictifs d'une mortalité précoce. Ces patients sont vus très tardivement et perdent la possibilité de choisir le traitement le plus adapté. L'espérance de vie des dialysés âgés est supérieure à celle des patients ayant un traitement conservateur. **Conclusion :** Ce résultat illustre la nécessité de repérer les patients

âgés plus précocement au stade de la fragilité et non plus au stade des comorbidités et syndromes gériatriques sévères et, dès le début de leur maladie rénale. La poursuite de la collaboration gériatre néphrologue permettra de définir des critères pertinents pour mieux cibler cette population et définir ainsi des objectifs de soins personnalisés.

**A2-10-06****Etude descriptive de la population des patients âgés de plus de 80 ans hémodialysés**

M. Cuvelier Billault (1)

(1) *SSR gériatrique, C.H. de la Cote Basque, Bayonne*

**Introduction :** Contexte : La hausse la plus importante de patients dialysés se trouve chez les plus de 85 ans (+ 9,6% ( 8- 11,3)). Y aurait-il un intérêt à une concertation entre néphrologue et gériatre pour programmer l'initiation d'une dialyse chez les patients souffrant de maladie rénale chronique ? Qui sont les patients très âgés dialysés ? **Objectif :** Etude descriptive de la population des patients âgés de plus de 80 ans hémodialysés. **Méthodes :** Etude rétrospective monocentrique réalisée au centre hospitalier universitaire ( CHU) Félix Guyon de l'île de la Réunion du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2015. Les critères d'inclusion étaient: être né avant le 01/01/1935 et bénéficier d'une hémodialyse au CHU. Les critères de jugement principaux étaient ceux tirés du score de mortalité à 6 mois du docteur Couchoud comprenant l'IMC, le diabète, l'insuffisance cardiaque congestive, l'AOMI, les troubles du rythme, le cancer évolutif, les troubles du comportement, la dépendance au transfert, les dialyses réalisées en urgence <24 heures d'hospitalisation ; ainsi que la consultation avec un gériatre, et certains critères de l'évaluation gériatrique standardisée. **Résultats :** Trente quatre patients ont été inclus. Dix sept patients bénéficiaient d'une hémodialyse chronique, majoritairement secondaire à une néphropathie mixte, la moyenne d'âge était de 84,6 ans, la durée moyenne des dialyses était de 9 ans, quatorze d'entre eux avaient un score de mortalité faible (0- 1), sept avaient rencontré un gériatre, le GIR moyen était de 4, l'IMC moyen de 21,4, l'albuminémie moyenne de 28,6 ; le MMS moyen de 19, tous vivaient au domicile. Quinze patients ont bénéficié d'une hémofiltration temporaire dans le cadre d'une défaillance rénale secondaire à un facteur précipitant : la moyenne d'âge était de 82 ans, quatre d'entre eux avaient rencontré un gériatre, le GIR moyen était de 4, l'IMC moyen de 27,7, l'albuminémie moyenne de 37 ; le MMS moyen de 26, tous vivaient au domicile. Deux patients avaient bénéficié d'une tentative d'hémodialyse en urgence dans les suites d'une maladie rénale chronique au stade terminal. Un était non suivi, et un avait initialement refusé la dialyse. La moyenne d'âge était de 88,5 ans. Ils sont décédés à 3 mois et 1 mois après l'initiation de la dialyse. Aucun n'avait bénéficié d'une évaluation gériatrique. **Conclusion :** Il n'y a pas d'âge pour initier la dialyse. L'évaluation gériatrique standardisée et ses propositions de prise en charge pourraient aider au succès de la dialyse.

**A2-12-07****Artérites à cellules géantes et syndrome myélodysplasique chez le sujet âgé : une association non fortuite à connaître par le gériatre**

AL. Gérard (1) ; J. Cohen Bittan (1) ; P. Fenaux (2) ; M. Verny (1) ; O. Fain (3) ; G. Leroux (4) ; J. Boddaert (1) ; L. Zerah (1)

(1) *Gériatrie, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris*; (2) *Hématologie, Hôpital Saint Louis, Paris*; (3) *Médecine interne, Hôpital Saint Antoine, Paris*; (4) *Médecine interne, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris*

**Introduction :** L'association entre syndrome myélodysplasique (SMD) et maladie systémique est bien connue dans la littérature, mais les vascularites des gros vaisseaux associées au SMD sont peu fréquentes. La présence d'une artérite à cellules géantes (ACG) et d'un SMD, deux pathologies bien connues par les gériatres, est fondamentale à diagnostiquer en regard du pronostic plus sombre et des options thérapeutiques différentes. **Méthodes :** Nous présentons le cas rare d'une patiente de 79 ans hospitalisée pour asthénie, perte de poids, céphalées et deux épisodes antérieurs de diplopie transitoire. **Résultats :** Elle n'avait aucun antécédent médical en dehors d'une lymphopénie isolée depuis de nombreuses années et ne prenait aucun traitement. Le bilan biologique à son arrivée retrouvait un syndrome inflammatoire majeur (C-reactive protein (CRP) : 204 mg/L) et une lymphopénie isolée à 780/mm<sup>3</sup> ; le bilan immunologique et infectieux était négatif ; la biopsie de l'artère temporale confirmait l'ACG. Une corticothérapie était débutée en urgence ce qui permettait une amélioration clinico-biologique (CRP 25 mg/L). Trois mois plus tard, au cours de la décroissance de la corticothérapie, la patiente devenait cortico-dépendante à 20 mg/jour de prednisone avec la réapparition d'une asthénie et l'ascension de la CRP à 93mg/L. En parallèle, la biologie révélait une pancytopenie avec émergence de blastes circulants justifiant la réalisation d'un myélogramme en urgence, confirmant le diagnostic de SMD de type AREB II (Anémie Réfractaire avec Excès de Blastes). Un mois plus tard, alors qu'un traitement de type EPO (érythropoïétine) avait été débuté en parallèle de la corticothérapie, un nouveau myélogramme était réalisé devant une aggravation des cytopénies et révélait une leucémie aigüe myéloïde (LAM). Une chimiothérapie par Azacitidine et inhibiteur d'IDH1 (Isocitrate Deshydrogenase) était débuté. **Conclusion :** Chez les patients âgés souffrant d'une ACG, une faible réponse à la corticothérapie ou une cortico-dépendance devrait faire suggérer la présence d'un SMD associé, notamment en présence de cytopénie(s). L'association SMD et vascularite pourrait prédire une issue défavorable, notamment liée au risque d'acutisation en LAM. Il pourrait être intéressant de traiter rapidement le SMD, en considérant la vascularite comme un syndrome paranéoplasique.

**A2-12-08****Comme une RCP, à propos d'un cas d'oncologie digestive**

T. Cudennec (1) ; M. El Hajjam (2) ; R. Malafosse (3) ; W. Cacheux (4) ; M. Richard-Molard (5) ; F. Peschaud (3)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (2) *Imagerie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (3) *Chirurgie digestive, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (4) *Oncologie digestive, Hôpital René Huguenin, Saint-Cloud*; (5) *Radiothérapie, Hôpital René Huguenin, Saint-Cloud*

**Introduction :** La réunion de concertation pluridisciplinaire est le moment clef lors de la prise en charge de tout patient ayant un

cancer, a fortiori lorsqu'il est âgé de plus de 75 ans. La qualité et la précision des évaluations oncologiques et gériatriques permet de confronter les informations propres au patient et à la lésion tumorale en cause. **Méthodes :** Madame G. est âgée de 81 ans. Elle présente pour seule comorbidité une hypertension artérielle bien contrôlée sous inhibiteur calcique. La patiente est en bon état général, elle ne présente pas d'autre pathologie associée et son autonomie fonctionnelle est parfaitement préservée. Elle est admise au Service d'Accueil des Urgences pour un arrêt des matières depuis 48 heures et des gaz depuis 12 heures, en rapport avec un syndrome occlusif intestinal. Il est identifié une tumeur sigmoïdienne en occlusion.

**Résultats :** La communication affichée propose de discuter les différentes options oncologiques et gériatriques de prise en charge : - chirurgie, type de chirurgie, risque pris en fonction des évaluations chirurgicale et gériatrique, - stent, - la place d'un traitement adjuvant, le quel, - la surveillance, - l'attitude thérapeutique en contexte métastatique : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie stéréotaxique, abstention, - l'avis des chirurgiens et celui des gériatres dans la vraie vie, - les souhaits du patient ! **Conclusion :** La discussion en RCP des dossiers cliniques médico-chirurgicaux est un moment crucial pour le devenir de chaque patient pris en charge. Le choix thérapeutique qui en découle de façon consensuelle mérite une attention toute particulière, qu'il s'agisse d'un traitement oncologique spécifique ou de soins de confort. La force et la spécificité de l'onco-gériatrie, sont d'associer deux évaluations complémentaires et indispensables, celle de l'équipe oncologique médico-chirurgicale et celle du gériatre. Il est essentiel de bien avoir à l'esprit que l'espérance de vie moyenne à l'âge de 80 ans est de 10 ans. Le patient doit rester au centre de nos préoccupations. Nos évaluations doivent être précises pour éviter deux écueils principaux, sous-traiter en introduisant la notion de perte de chance oncologique, ou sur-traiter en majorant le risque de morbidité et de mortalité. L'amélioration du processus décisionnel repose sur la qualité des évaluations et la connaissance des options thérapeutiques.

**A2-12-09****Cancer du pancréas résécable : oser opérer les patients âgés**

H. Gaci (1) ; C. Loiseau Breton (2) ; F. Raimbault (2) ; N. Te (1) ; C. Villelongue (1) ; V. Fossey Diaz (3)

(1) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris*; (2) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris*; (3) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris*

**Introduction :** Le cancer du pancréas survient le plus souvent entre 70 et 80 ans. Son pronostic est sombre. Tous stades confondus, la survie à 5 ans est de 5 %. Seuls 20 % des patients sont diagnostiqués à un stade où la tumeur est résécable. Une étude concernant les cancers digestifs a montré que la proportion de patients recevant un traitement potentiellement curatif diminue avec l'âge quel que soit le stade du cancer, et que cette attitude est responsable d'une surmortalité parmi les formes localisées pendant la première année suivant le diagnostic. On estime pourtant que l'espérance de vie d'un patient de 84 ans est de 8 ans. **Méthodes :** Une patiente de 84 ans est hospitalisée en gériatrie aiguë pour une chute dans un contexte de grippe A surinfectée. Elle est célibataire, sans enfant, habituellement autonome pour les activités de la vie quotidienne. Elle marche avec une canne et sort seule presque tous les jours. Elle présente comme principaux antécédents une ACFA sous anticoagulants, une HTA et une gammopathie monoclonale stable. Il est découvert fortuitement sur un angioscanner thoracique une masse abdominale en regard

de la loge pancréatique mesurant 10 sur 7 cm. La patiente est très inquiète : sa voisine vient de décéder en trois mois d'un cancer du pancréas. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien montre une lésion pancréatique exophytique de 9x8x13 cm au niveau du corps du pancréas à double composante kystique et tissulaire bourgeonnante qui communique avec le canal pancréatique principal en amont et en aval de 8 mm, évocatrice d'une TIPMP dégénérée. Il existe plusieurs nodules hépatiques hypodenses, probables kystes dont un atypique. Dans ce contexte, une évaluation onco-gériatrique est demandée : la patiente est OMS 2, recommence à marcher avec une canne. Elle a perdu 4kg en 6 mois mais l'albumine est correcte à 37g/l, l'appétit est conservé. Elle présente un trouble anxieux important en lien avec la découverte de cette masse pancréatique. Suite à cette évaluation, un traitement anxiolytique est introduit permettant une amélioration de l'état général. Il est alors décidé dans un premier temps de biopsier la lésion hépatique afin de s'assurer de l'absence de métastase. L'examen histologique conclut à un nodule nécrotique encapsulé solitaire. **Résultats :** La patiente bénéficie finalement d'une pancréatectomie gauche avec résection des vaisseaux et conservation de la rate. L'intervention dure 150 min. L'examen anatomo-pathologique retrouve de multiples foyers d'adénocarcinome infiltrant de phénotype pancréato-biliaire. Classification pT1N0 (0/7) Mx R0. Les suites opératoires sont simples. La patiente a bon appétit, a repris deux kilos le premier mois, remarche avec une canne, retrouve son autonomie antérieure à la chute. On note une disparition du trouble anxieux. Le scanner de contrôle est rassurant. La patiente rentre à domicile à un mois de la chirurgie. **Conclusion :** Lorsqu'un patient âgé présente un cancer du pancréas résécable, a fortiori lorsqu'il touche le corps du pancréas et que la chirurgie peut ainsi être moins lourde, l'âge ne doit pas être une contre-indication à l'opération

#### A2-12-10

##### **Transfusion et onco-gériatrie : A propos d'un cas en situation palliative exclusive**

C. Arlaud (1) ; C. Rambaud (2) ; M. Sanchez (3) ; JM. Turpin (4) ; R. Boulahssass (4) ; A. Franco (5) ; O. Guérin (4)

(1) *Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice*; (2) *SSR C3, Hopital de Cimiez, Nice*; (3) *Court séjour gériatrique-aIiernord, Hopital de Cimiez, Nice*; (4) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice*; (5) *Gériatrie, Université de Nice Sophia Antipolis, Nice*

**Introduction :** La prévalence de l'anémie croît avec l'âge. Il s'agit d'une pathologie hématologique fréquente en gériatrie, associée à une morbi-mortalité accrue. La prise en charge transfusionnelle de concentrés de globules rouges (CGR) est corrélée aux seuils biologiques. Cependant, en onco-gériatrie, notamment en cas de soins palliatifs exclusifs, il est licite d'avoir recours à des transfusion de CGR ; quels en sont les objectifs ? Atteindre un seuil, améliorer les symptômes ou prolonger la vie ? Le cas clinique suivant illustre ce questionnement éthique. **Méthodes :** Un patient âgé de 77 ans, isolé, est pris en charge en unité gériatrique de soins de suites et réadaptation suite à la découverte d'un carcinome urothelial papillaire et infiltrant grade III stade pT2 avec métastases pulmonaires. Une prise en charge initiale par chimiothérapie palliative est décidée pour ce patient mais devant une progression néoplasique associée à une dégradation de l'état général, une décision pluridisciplinaire d'abstention thérapeutique est décidée en mai 2016. Le patient est informé du diagnostic et accepte la proposition. Les bilans biologiques de suivis retrouvent une anémie normocytaire sévère chroniques (hémoglobine inférieure 10 g/dl)

bien toléré, nécessitant la transfusion de culots globulaires sanguins de manière itérative. Première transfusion en juin 2016, avec un rythme de 2 CGR toutes les 4 semaines. Dans les suites, le patient présente une hématurie persistante nécessitant un sondage à double courant avec lavage permanent associé à de la radiothérapie à visée hémostatique avec une mauvaise réponse clinique. L'équipe soignante est en difficulté et sollicite le corps médical devant des soins techniques complexes et le rythme transfusionnel (2 CGR par semaine). En septembre 2016, une réévaluation pluridisciplinaire avec les chirurgiens urologues est en faveur d'une prise en charge interventionnelle de dernier recours par radio-embolisation des artères vésicales mais le patient décèdera en octobre 2016.

**Résultats :** Les symptômes de l'anémie altèrent la qualité de vie et impactent sur le pronostic vital. L'objectif du support transfusionnel chez ce patient n'est pas la prolongation artificielle de la vie mais le soulagement des symptômes. L'analyse de la situation s'est appuyée sur des critères éthiques de bienfaisance, non malfaisance et d'autonomie en pesant la balance bénéfico-risque se fondant sur le retentissement clinique (asthénie, douleur thoracique, dyspnée). Cependant, la progression de la pathologie et l'impact de l'anémie chronique n'a pas permis au patient de pouvoir consentir à un arrêt des soins. Le support transfusionnel régulier peut contribuer à augmenter la durée d'hospitalisation, exposant le patient à d'autres risques, notamment infectieux pouvant accélérer la perte d'autonomie. La question éthique de la futilité de la transfusion peut alors se poser, avec une participation à la prolongation de la vie mais avec une qualité de vie pouvant être altérée par le caractère invasif du soin et pouvant imposer le maintien en milieu hospitalier.

**Conclusion :** La transfusion ne devrait pas être envisagée selon un seuil prédéfini mais argumentée au cas par cas, après une décision collégiale pluridisciplinaire avec les équipes d'onco-gériatrie et de soins palliatifs. La volonté du patient devrait être prise en compte dès l'évaluation gériatrique spécialisée avec la mise en place des directives anticipées.

#### A2-12-11

##### **Lymphome à EBV sous méthotrexate : à propos d'un cas**

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

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

**Introduction :** Plusieurs études ont mis en évidence un lien entre l'immunosuppression induite par le méthotrexate (MTX), notamment prescrit dans le cadre d'une polyarthrite rhumatoïde, et la survenue d'un lymphome non Hodgkinien (LNH). Nous rapportons le cas d'une patiente âgée qui présente un lymphome B à grandes cellules avec EBV positif, survenu sous traitement par MTX. **Méthodes :** Cas clinique et iconographie. **Résultats :** Une patiente de 88 ans est hospitalisée pour altération de l'état général évoluant depuis 3 mois avec apparition d'une masse sous cutanée latéro-thoracique droite responsable de douleurs neuropathiques. Comme principal antécédent elle présente une dermatomyosite traitée depuis 2 ans par Méthotrexate. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien retrouve une masse pariétale thoracique de 11 cm de hauteur avec lésions récentes des arcs latéraux des 3ème, 4ème et 5ème côtes ; absence d'adénopathie sus- ou sous-diaphragmatique. Sur le plan biologique on note un syndrome inflammatoire biologique modéré (CRP 40 mg/L), une anémie normocytaire inflammatoire entre 11 et 12 g/dL, une hypercalcémie à 3 mmol/L et une augmentation des LDH (4N). L'examen anatomopathologique

et immunohistochimique de la masse met en évidence un lymphome B à grandes cellules avec recherche EBV positive. La patiente est transférée en hématologie pour suite de la prise en charge. **Conclusion :** Le risque de syndrome lymphoprolifératif associé à une infection EBV est bien connu, et ce risque est majoré par une immunodépression qui peut être, comme dans le cas décrit liée à un traitement par MTX. La survenue de symptômes pouvant évoquer un lymphome (volontiers aspécifiques), chez un patient âgé sous traitement immunodépresseur, peut faire évoquer ce mécanisme.

#### A2-12-12

##### Qui sont les patients $\geq 75$ ans atteints d'un cancer hospitalisés pour un problème aigu en unité de court séjour gériatrique ou en unité d'oncologie ?

S. Valero (1) ; G. Simet (1) ; T. Fauchier (2) ; A. Jamet (1) ; P. Bouchaert (3) ; V. Migeot (4) ; JM. Tourani (3) ; E. Liuu (1) ; M. Paccalin (1)

(1) *Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers*; (2) *Pôle biologie, pharmacie et santé publique, CHU de Poitiers, Poitiers*; (3) *Oncologie, CHU de Poitiers, Poitiers*; (4) *Santé publique, CHU de Poitiers, Poitiers*

**Introduction :** Un tiers des cancers concerne des patients âgée de 75 ans et plus. L'augmentation des diagnostics de cancer chez ces patients, conjointement à l'avènement de l'oncogériatrie, entraîne des prises en charge thérapeutique (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie et nouvelles thérapies) plus fréquentes, avec comme corollaire les risques de problèmes médicaux aigus en cours ou en suivi de traitement. **Méthodes :** Objectif principal : Comparer les profils des patients avec un diagnostic de cancer hospitalisés pour un problème aigu en Médecine Gériatrique et en Oncologie. Méthode : Etude épidémiologique, analytique, monocentrique, transversale réalisée dans les unités de court séjour gériatrique et oncologique du CHU de Poitiers du 01/07/2014 au 30/06/2015. Seuls les patients avec un cancer connu avant l'hospitalisation étaient inclus. Les données gériatriques, oncologiques et de l'hospitalisation étaient recueillies dans les dossiers médico-soignants et dans le dossier informatisé du CHU. **Résultats :** 156 patients en Gériatrie, 74 en Oncologie ont été inclus. L'altération de l'état général était le motif d'admission le plus fréquent. Les patients étaient le plus souvent déjà connus du secteur d'hospitalisation. En analyse multivariée et après ajustement sur l'âge, les facteurs influençant l'admission en secteur gériatrique étaient les co-morbidités et la dépendance. La présence d'un traitement anti-tumoral en cours et un cancer métastatique influençaient l'hospitalisation en secteur oncologique. Lors du séjour hospitalier, l'intervention des paramédicaux était significativement différente entre les 2 secteurs, avec un soutien psychologique plus souvent retrouvé en Oncologie et un soutien social en Gériatrie. **Conclusion :** Cette 1ère étude comparative montre une différence significative du profil des patients âgés atteints de cancer hospitalisé pour un problème aigu, en fonction du secteur d'hospitalisation. Elle confirme la spécificité de chaque secteur avec la prise en charge de patients plus âgés, polypathologiques et dépendant en gériatrie et des patients le plus souvent métastatiques avec moins de comorbidités et un traitement oncologique en cours pour ceux hospitalisés en cancérologie. Ce constat doit permettre d'améliorer le parcours de soins, en formalisant des passerelles entre les deux secteurs pour optimiser la prise en charge et l'orientation des patients âgés avec un cancer.

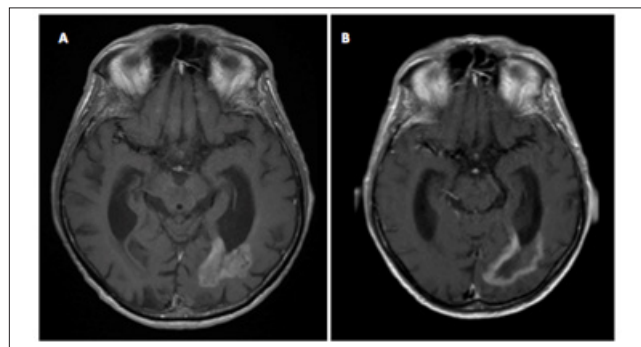
#### A2-12-13

##### Prise en charge d'un glioblastome de haut grade chez un patient de 81 ans

M. Sanchez (1) ; R. Nguyen (1) ; L. Girard (1) ; N. Faucher (1) ; A. Raynaud-Simon (1)

(1) *Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*

**Introduction :** Le glioblastome est une tumeur cérébrale de mauvais pronostic associé à une médiane de survie inférieure à 2 ans. Cette survie décline avec l'âge alors que l'incidence des diagnostics est en constante augmentation particulièrement chez les sujets âgés. Les études récentes confirment le bénéfice d'une approche thérapeutique agressive associant radiothérapie et chimiothérapie par Temozolone, y compris chez les patients âgés. **Méthodes :** Nous rapportons le cas d'un patient de 81 ans hospitalisé dans le service de Gériatrie de l'Hôpital Bichat en décembre 2016 pour le diagnostic et la prise en charge d'un glioblastome. **Résultats :** Ce patient, autonome au domicile, a pour antécédent une fibrillation atriale paroxystique non anticoagulée. Il consulte aux urgences pour un tableau neurologique apparu brutalement dix jours auparavant. Il présente un déficit du membre supérieur droit à prédominance distale, une hémianopsie latérale homonyme droite et une alexie prédominant sur les chiffres. L'hypothèse initiale est celle d'un accident vasculaire. L'IRM cérébrale retrouve finalement une lésion cérébrale de la corne occipitale gauche d'allure tumorale évoquant en premier lieu un lymphome ou une tumeur gliale primitive (Figure A). Un bilan d'extension associant scanner et tomoscintigraphie au  $^{18}\text{F}$ -FDG ne décèle pas de localisation extra crânienne. L'hypothèse d'une tumeur gliale primitive est renforcée par l'analyse de la lésion en IRM multimodale puis la biopsie neurochirurgicale stéréotaxique confirme le diagnostic de glioblastome grade IV. Compte tenu d'un état général et nutritionnel conservé, le traitement par radiothérapie et chimiothérapie est proposé. L'IRM réalisée un mois après la fin de la radiothérapie montre la persistance de la lésion associée à une plage de nécrose centrale (Figures B). A notre connaissance, le patient ne présente pas de complication du traitement ni évolution de la maladie 3 mois après sa prise en charge. **Conclusion :** En dépit d'un pronostic réservé, la prise en charge du glioblastome reste un enjeu chez les sujets âgés qui semblent bénéficier des thérapies même potentiellement agressives. Dans ce contexte le diagnostic doit donc être recherché activement par la coopération entre neurologues, radiologues, neurochirurgiens et gériatres.





**A2-12-14****Intérêt de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) dans les prises de décisions thérapeutiques en Cancérologie dermatologique au CHR d'Orléans**

N. Ballouche (1) ; G. Bens (2) ; B. Mignot (1) ; J. Biogeu (1) ; B. Colson (1) ; JB. Gauvain (1)

(1) *court séjour gériatrique, C.H. Régional d'Orléans, Orléans;*  
(2) *Dermatologie, C.H. Régional d'Orléans, Orléans*

**Introduction :** La cancérologie dermatologique est un domaine important de l'onco-gériatrie car elle comporte les néoplasies les plus fréquentes du patient âgé (PA). La consultation d'EGS dans le cadre des cancers des PA existe au CHR d'Orléans depuis 2008, en particulier en Onco-dermatologie. **Méthodes :** Etude mono-centrique, prospective, descriptive de soins courants, menée de décembre 2009 à décembre 2013 : - PA atteints de cancers cutanés et souffrant de fragilités, qui rendaient discutable une prise en charge selon le référentiel thérapeutique oncologique. - Les patients sont vus dans un premier temps par le Dermatologue, qui réalise l'évaluation oncologique et informe le Gériatre du traitement cancérologique selon le référentiel et les autres éventualités thérapeutiques possibles. - Les autres éventualités ont été explicitées au Gériatre mais la décision 1ère du Dermatologue est en aveugle de la consultation gériatrique. - Par la suite, le Gériatre réalise une EGS et se prononce sur la faisabilité du traitement de référence et des autres éventualités thérapeutiques. En cas de désaccord avec le traitement de référence, le Gériatre explicite dans l'ordre décroissant les 3 principaux éléments de l'EGS qui orientent son avis. - La décision thérapeutique finale relevait du Dermatologue. **Résultats :** De décembre 2009 à décembre 2013, 85 patients (47 femmes, 38 hommes) ont été évalués, d'âge moyen de 87 ans [68,5 à 100,5 ans]. Neuf patients sur 10 ont plus de 80 ans et 70 % plus de 85 ans. Il s'agissait dans 39 cas d'un carcinome baso-cellulaire, 24 cas un carcinome spinocellulaire, 15 cas un mélanome et 7 cas une autre néoplasie cutanée. L'EGS a permis de classer les patients en 3 groupes : vieillissement réussi 4 %, patients vulnérables 55%, vieillissement pathologique 41%. Dans 78 cas (92%), l'EGS a permis de détecter des comorbidités non signalées par le Dermatologue. Dans 47 cas, le Gériatre était d'accord avec le traitement de référence. Dans 28 cas, il a proposé de manière explicite une conduite à tenir différente. Les facteurs prédictifs d'un désaccord du Gériatre avec le traitement oncologique de référence sont l'âge, le groupe de vieillissement et la présence de comorbidités sévères. Les facteurs prédictifs d'un désaccord entre les propositions du Gériatre et celles du Dermatologue sont l'âge, le groupe de vieillissement et l'autonomie. **Conclusion :** L'hétérogénéité de la population gériatrique rend compliquée la prise en charge des cancers selon les référentiels thérapeutiques scientifiques. L'évaluation gériatrique globale est un outil indispensable à une meilleure adaptation de la stratégie thérapeutique. Dans notre étude, l'analyse des désaccords dermato-gériatriques a permis de révéler des éléments influant sur les décisions thérapeutiques, qui sont principalement l'âge, le groupe de vieillissement, l'état d'autonomie et les comorbidités.

**A2-12-15****Le sentiment d'isolement des médecins généralistes français dans la prise en charge de patients âgés atteints de cancer**

B. Chicoulaa (1) ; E. Escourrou (1) ; F. Durrieu (1) ; BME. Rouge (1)

(1) *Département universitaire de médecine générale, Faculté de Médecine Rangueil, Toulouse*

**Introduction :** La prise en charge des patients de plus de 75 ans atteints de cancers est complexe et nécessite la collaboration de différents acteurs : médecins généralistes (MG), oncologues, gériatres, aidants familiaux et professionnels. Les autorités françaises ont créé un réseau d'oncogériatrie entre les gériatres et les oncologues pour améliorer leur parcours de soins. Le MG a-t-il sa place dans ce réseau ? L'objectif était d'analyser le ressenti des MG dans la prise en charge de patients âgés atteints de cancer, ainsi que dans leurs relations avec leurs collègues oncologues et gériatres. **Méthodes :** Etude qualitative menée auprès de MG de lieu et de mode d'exercice différents. Le recueil des données a été réalisé par entretiens collectifs. Les données ont ensuite été analysées suivant la méthode d'analyse thématique, avec une triangulation des chercheurs. **Résultats :** Trois entretiens collectifs auprès de 26 MG de lieux et de mode d'exercice différents ont permis d'arriver à une saturation des données théoriques. Bien que très impliqués dans la prise en charge de patients âgés atteints de cancer, les MG se sentaient isolés : qui dépister ? Jusqu'où aller dans les examens complémentaires ? Comment gérer l'annonce ou les effets secondaires des différents traitements ? Quand commencer la prise en charge palliative ? Leur relation avec les oncologues semblait largement perfectible alors que celle avec les gériatres était plus fluide. Le réseau d'oncogériatrie n'est pas connu des MG. L'amélioration de la communication entre le MG, l'oncologue et le gériatre semble être une réponse au sentiment d'isolement des médecins généralistes dans la prise en charge de patients âgés atteints de cancer. **Conclusion :** L'intégration des MG au réseau d'oncogériatrie, peut être une solution pour améliorer le fonctionnement de ce réseau, et fluidifier la communication entre les médecins impliqués auprès du patient âgé atteint de cancer.

**A2-12-16****Colectomie après 85 ans pour cancer du colon : cinq cas de collaboration chirurgien/gériatre**

A. Aregui (1) ; M. Sanchez (1) ; F. Charlotte (2) ; N. Faucher, (1) ; A. Raynaud-Simon (3)

(1) *Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP), Rue Henri Huchard, Paris, France, Paris;* (2) *Département de gériatrie, Hôpital Beaujon (AP-HP), Clichy;* (3) *Département de gériatrie, Hôpitaux Bichat-Beaujon-Secteur Ambulatoire de Bretonneau, APHP, Paris*

**Introduction :** Plus d'1/3 des cancers diagnostiqués en France surviennent chez les patients de plus de 75 ans. La survie relative à 5 ans est moins bonne dans cette population : pour les hommes, 31% versus 44% pour les moins de 75 ans, 45% versus 63% pour les femmes. Le cancer colo-rectal est le 2e cancer par sa fréquence chez l'homme comme chez la femme. La prise en charge chez les plus de 85 ans est souvent inadaptée car soit insuffisamment, soit trop agressive. Il semble nécessaire de développer la collaboration chirurgien/anesthésiste/gériatre. **Méthodes :** Il s'agit de patients adressés à l'onco-gériatre pour avis, ou diagnostiqués en service de gériatrie aiguë, dans le Groupe Hospitalier Universitaire Paris

Nord Val de Seine, pour lesquels, une colectomie à visée curatrice en RCP a été décidée entre janvier et mars 2017. Tous ont bénéficié d'une collaboration étroite entre les services de chirurgie et de gériatrie aiguë (Hôpital Bichat ou Beaujon). **Résultats :** Cinq patients, 2 hommes, 3 femmes, âgés de 86 à 93 ans, ont été opérés d'une colectomie par laparotomie, soit subtotale, soit droite pour adénocarcinome pendant le premier trimestre 2017. Une patiente a bénéficié d'un wedge du segment VI hépatique du fait d'une métastase et un patient a eu une splénectomie associée. Ces patients ont tous été hospitalisés en post opératoire (immédiat ou quelques jours plus tard) en gériatrie aiguë. Certains également en pré opératoire. Tous étaient autonomes pour les actes de la vie quotidienne, 2/5 ne l'étaient que partiellement pour les activités instrumentales. La femme de 93 ans, n'avait pas de comorbidité active en dehors d'une dénutrition modérée, et est décédée à J3 post opératoire (chirurgie programmée) d'une probable bactériémie et ischémie mésentérique. Les 4 autres patients avaient une à plusieurs comorbidités actives : un patient une insuffisance respiratoire mixte sévère (VEMS 700mL), un autre une cardiopathie rythmique (FA et AVC) et ischémique tri tronculaire, un asthme et une dyslipidémie, une patiente une thrombose veineuse profonde récente traitée par filtre cave, une hypothyroïdie, une pseudo polyarthrite rhumatoïde. La dernière patiente, la plus fragile, avait une insuffisance rénale (DFG à 35ml/min), de probables troubles cognitifs débutants, une maladie de l'oreille moyenne, compliquée d'un AVC hémorragique contre-indiquant l'anticoagulation, une HTA, et une dyslipidémie. 3 n'étaient pas dénutris, 1 avait une dénutrition modérée. 4 interventions sur 5 étaient programmées, la 5e sur occlusion. Tous ont présentés des complications post opératoire. La patiente la plus fragile a fait 3 complications sévères : insuffisance rénale aiguë post opératoire prise en charge en réanimation, 1 péritonite sur lâchage de suture ayant nécessité une reprise chirurgicale avec stomie, puis une détresse respiratoire ayant nécessité un nouveau passage en réanimation. Le patient insuffisant respiratoire a présenté 2 décompensations respiratoires dont une liée à la grippe ; pour les 2 autres patients, on note un hématome sous cutané sous la cicatrice de laparotomie ayant nécessité uniquement des points de suture, et pour la dernière une confusion post opératoire, des difficultés au sevrage en O2 sans cause retrouvée et une pyélonéphrite aiguë. Les 4 patients sont rentrés directement au domicile, avec une durée de séjour post opératoire de 16 à 46 jours pour la patiente ayant fait les complications les plus graves. **Conclusion :** La littérature tend à montrer que la mortalité liée au cancer est indépendante de l'âge si la colectomie curatrice est possible. Les facteurs pronostics, en dehors des caractéristiques de la maladie, sont, dans une étude rétrospective de mai 2017 sur 915 patients, l'admission en urgence, les comorbidités, le performans status, l'âge élevé. Cependant la mortalité spécifique ne diffère pas selon l'âge après la chirurgie. Cela plaide en faveur de l'amélioration des diagnostics précoces chez les sujets âgés, fin d'opérer les patients qui peuvent l'être. En effet, l'augmentation de la mortalité est liée aux comorbidités, ce qui est retrouvé dans une revue de la littérature (Lancet oncol 2012). La colectomie à visée curatrice dans le cancer colo-rectal chez des patients fragiles de plus de 85 ans est donc possible, mais évidemment non dénuée de risques. L'évaluation gériatrique pré opératoire, le développement de la collaboration chirurgiens/anesthésistes/gérialtres, et la poursuite des études chez le sujet âgé afin de mieux évaluer les risques, et prendre en charge les complications est indispensable.

## A2-12-17

### Une forme rare de lymphome : le lymphome osseux primitif (LOP)

M. Costa (1) ; C. Golstein (2) ; K. Maley (1) ; E. Cotto (3) ; JM. Ziza (4)

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

**Introduction :** le lymphome osseux est une entité anatomo-clinique rare, dont la majeure partie correspond à des lymphomes non-hodgkiniens de haut grade agressif. Il faut le distinguer des lymphomes avec atteinte osseuse dont la prise en charge est différente. Il représente moins de 1% de l'ensemble des lymphomes, et 3 à 4% des tumeurs osseuses (1). Il survient à tout âge avec un pic de fréquence autour de 45 ans (2). Nous rapportons un cas de lymphome osseux diaphyso-métaphysaire de l'humérus gauche chez un patient de 97 ans. **Méthodes :** Un patient de 97 ans est adressé en mars 2017 par son médecin traitant pour une douleur de l'épaule gauche associée à une altération de l'état général depuis une dizaine de jours. L'examen clinique révèle une tuméfaction molle non inflammatoire de l'épaule gauche celle-ci, avec limitation des mobilités articulaires. Il y a un syndrome inflammatoire biologique avec CRP à 447mg/L, une élévation des phosphatases alcalines à 1,6N, des LDH à 281 UI/L, sans hypercalcémie. La radiographie révèle un remaniement de la partie supérieure de l'humérus gauche avec un aspect de lyse osseuse et de fracture pathologique du col chirurgical. une lyse osseuse et de fracture pathologique du col chirurgical. Le scanner montre une masse tissulaire artérialisée avec en son sein la fracture diaphyso-métaphysaire gauche de l'humérus, sans atteinte localisée à d'autres organes, ni adénopathies. La ponction sous scanner met en évidence un lymphome osseux anaplasique à grande cellules avec marqueurs CD30+, ALK -, Perforine +, CD43+, CD45+, CD20-. Devant le caractère agressif de la pathologie et l'AEG rapide, une corticothérapie orale a été initiée sur 4 jours à 1mg/kg. Malgré un bénéfice sur la douleur, l'évolution se complique d'un syndrome de lyse tumorale et d'une décompensation des comorbidités qui a nécessité une prise en charge palliative. Il y avait une indication théorique à une chimiothérapie par Cyclophosphamide qui n'a pu être réalisée étant donné l'issue défavorable. **Résultats :** Il existe peu de données dans la littérature sur le lymphome osseux primitif du sujet âgé. Néanmoins, la démarche diagnostic et thérapeutique est la même que pour les sujets plus jeunes en fonction du contexte. Le tableau clinique est bruyant avec des douleurs osseuses inflammatoires associées à une fracture pathologique (2). L'IRM est l'examen d'imagerie le plus performant (3). Le LOP donne un hyposignal en T1 et un hypersignal variable en T2 rehaussé de façon variable après injection de Gadolinium. Seule l'histologie permet un diagnostic de certitude avec étude immunohistochimique qui précise le degré d'agressivité et le phénotype tumoral. Les éléments de mauvais pronostic sont le type histologique à grandes cellules, l'atteinte osseuse multifocale et une extension aux parties molles (1). Le traitement du lymphome osseux primitif n'est pas consensuel, pouvant associer soit de la radio-chimiothérapie soit une chimiothérapie seule. Le pronostic est lié au type du lymphome, à l'âge et aux comorbidités du patient (4). **Conclusion :** Le lymphome osseux est une entité rare en population générale. Il existe peu de données en population gériatrique. Il faut savoir l'évoquer devant une lésion osseuse, même lorsque les

caractéristiques radiologiques peuvent faire suspecter un sarcome (5). Le pronostic dépend de la rapidité diagnostic et des possibilités thérapeutiques en fonction du terrain.

#### A2-12-18

##### **Analyse de la survie globale chez des sujets âgés atteints de cancer colorectal: une étude du Registre Général des cancers de la Martinique**

C. Joachim (1) ; L. Godaert (2) ; M. Dramé (3) ; J. Véronique-Baudin (4) ; J. Macni (5) ; J. Smith-Ravin (6) ; JL. Novella (7) ; R. Mahmoudi (8)

(1) *Registre du cancer, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique*; (2) *Pôle de Gériatrie et Gérontologie, CHU Martinique, Le Lamentin*; (3) *Unité d'aide méthodologique, CHU, Reims*; (4) *Pôle de cancéro-uro-hématologie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique*; (5) *Pôle de cancéro-uro-hématologie, Registre du cancer, Fort-de-France, Martinique*; (6) *Université des Antilles, Université des Antilles Campus de Schoelcher, Schoelcher, Martinique*; (7) *Um, Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex*; (8) *médecine interne et Gériatrie, CHU, Reims*

**Introduction :** L'objectif de cette étude était d'étudier la survie globale chez des sujets âgés atteints de cancer colorectal en analysant les données du Registre Général des cancers de la Martinique entre 1993-2012. **Méthodes :** Le test du log-rank a été utilisé pour évaluer les différences statistiques entre les courbes de survie selon l'âge au diagnostic, le sexe, le type histologique, la zone de résidence, le stade au diagnostic et la chimiothérapie. Un modèle Cox a permis d'identifier des facteurs pronostiques indépendants de survie globale. **Résultats :** 2230 sujets ont été inclus, 60,8% étaient  $\geq 65$  ans avec un âge moyen au diagnostic de  $75,7 \pm 7,2$  ans. Entre 2008-2012, 532 patients ont été analysés; l'âge moyen de ceux recevant une chimiothérapie était de  $73,0 \pm 0,4$  contre  $77,9 \pm 0,4$  ans (pas de chimiothérapie ( $p < 0,0001$ )). Le stade a été évalué chez 87,8% (467/532) des sujets; 63,0% (294/467) avaient un stade III-IV et 49,3% (145/294) ont reçu une chimiothérapie. La chimiothérapie a été moins fréquemment prescrite chez les sujets âgés de 75 à 84 ans et  $\geq 85$  ans par rapport aux sujets âgés de 65 à 74 ans (41,1% et 15,0% contre 64,6% respectivement  $p < 0,0001$ ). Le stade III-IV (HR = 5,25; 3,70-7,45;  $p < 0,0001$ ) et la non-prescription de chimiothérapie (HR = 3,05; 2,23-4,16;  $p < 0,0001$ ) étaient des facteurs pronostiques indépendants de survie globale. **Conclusion :** Notre étude souligne le rôle des registres des cancers dans l'évaluation de la survie. La chimiothérapie était moins fréquemment prescrite chez les sujets âgés.

#### A2-12-19

##### **Hypokaliémie sévère d'origine iatrogène chez un patient de 86 ans présentant un adénocarcinome prostatique métastaté**

C. Yves-Deville (1) ; F. El Dirani (1) ; M. Kassouf-Plaquet (1) ; F. Gleize (2) ; B. Berteaux (3)

(1) *Gériatrie 3, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (2) *Gériatrie 5, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (3) *Gériatrie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*

**Introduction :** Patient de 86 ans hospitalisé en court séjour pour pneumopathie et chute à domicile. L'évolution a été favorable sous antibiothérapie et traitement adapté. Les antécédents du patient sont marqués par un adénocarcinome prostatique métastaté au niveau osseux, un diabète de type 2, un syndrome parkinsonien, des troubles cognitifs modérés, une cardiopathie ischémique et une

cure chirurgicale de hernie inguinale. Son traitement comprend : Bisoco 1,25, Inexium 20, Citalopram 20, Pravastatine 20, Plavix 75, Modopar 125, Lantus, Zytiga 250 et Lamaline. **Méthodes :** Le bilan biologique initial retrouvait un syndrome inflammatoire et infectieux, une créatinine normale et l'absence de troubles ioniques. L'examen clinique du patient s'est amélioré rapidement, mais persistait une asthénie et des douleurs osseuses modérées. Sur le plan digestif pas de syndrome diarrhéique retrouvé. Le patient a présenté sur une biologie de contrôle une hypokaliémie sévère à 2,4 ayant nécessité plusieurs suppléments parentéraux de Potassium. Il n'avait pas de diurétique, la fonction rénale était normale et il n'a pas été retrouvé d'autres troubles ioniques. **Résultats :** La recherche des effets secondaires du traitement oncologique du patient, Zytiga, traitement du cancer de la prostate résistant à la castration chez les hommes adultes dont la maladie en progression. Cet effet secondaire connu de l'Abiratérone doit être régulièrement surveillé d'autant plus chez le patient âgé polypathologique et polymédicamenté. L'étude du cas clinique, la recherche de cause iatrogène et une discussion collégiale avec l'oncologue référent a abouti à l'arrêt du Zytiga. La kaliémie s'est normalisée rapidement. Sur le plan oncologique, il a été décidé une prise en charge palliative. **Conclusion :** Ce cas clinique confirme l'intérêt du suivi commun, gériatre et oncologue, des patients âgés porteurs d'un cancer. Devant la polymédication du sujet il est parfois difficile de mettre en évidence l'agent iatrogène responsable.

#### A2-12-20

##### **A propos d'un cas de mélanome avec nodules de perméation sur la cicatrice de mastectomie et le territoire de radiothérapie d'un cancer du sein chez une patiente de 87 ans**

H. Esnault (1) ; M. Sanchez (1) ; N. Faucher (1) ; A. Raynaud-Simon (1)

(1) *Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*

**Introduction :** Le mélanome est un cancer responsable de 75% des décès liés aux cancers cutanés. La mortalité est importante chez le sujet âgé. Les facteurs de risques sont l'exposition aux rayonnements ultra-violet, des prédispositions génétiques ou les déficits immunitaires. Bien que moins étudiée, l'exposition à la radiothérapie est un facteur de risque de plus en plus suspecté. **Méthodes :** Nous rapportons le cas de d'une patiente de 87 ans, hospitalisée pour une altération de l'état général, et présentant un mélanome multifocal sur le territoire de la radiothérapie d'un cancer du sein effectuée 4 ans auparavant. **Résultats :** Cette patiente, autonome au domicile, a pour antécédents un cancer du sein droit, traité par hormonothérapie d'août 2011 à avril 2012 puis mastectomie et radiothérapie de la paroi thoracique et des aires ganglionnaires en avril 2012, avant la reprise d'une hormonothérapie au long cours. Découverte en 2016, d'une lésion ulcérée en périphérie de la cicatrice de mastectomie puis rapidement de multiples nodules sous-cutanés, pigmentés, péricicatriciels correspondant à de multiples nodules de perméation. L'anatomopathologie confirme un mélanome de type SSM, niveau 5 de Clark. Altération nette de l'état général avec extension rapide des nodules de la face antérieure à la face postérieure du thorax droit (photographie ci-dessous). Devant l'altération rapide de l'état général, l'apparition d'un épanchement pleural néoplasique, aucun traitement curatif n'a pu être entrepris. **Conclusion :** Ce cas clinique rapporte une association entre la radiothérapie et le développement de mélanomes sur le territoire irradié d'un patiente traitée pour un cancer du sein. Le traitement est limité à la chirurgie seule, dans ce

contexte, si le mélanome est localisé.



#### A2-12-21

##### **Découverte d'une masse abdominale chez une patiente de 90 ans : quel est le diagnostic?**

M. Coudert (1) ; E. Fercot (1) ; A. De Thezy (1) ; M. Pépin (1) ; T. Cudennec (1) ; C. Sellier (1) ; L. Aubert (1) ; S. Moulias (1) ; L. Teillet ()

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*

**Introduction :** Les tumeurs rétropéritonéales sont des tumeurs rares naissant dans l'espace rétro et sous-péritonéal. Elles sont le plus souvent malignes dans 80% des cas et dans plus de la moitié des cas, ce sont des sarcomes. **Méthodes :** Madame L. âgée de 90 ans, est hospitalisée en Gériatrie Aiguë pour une douleur du flanc droit avec une altération de l'état général. Cette patiente ne présente pas d'antécédent notable et ne prend pas de traitement. Elle est veuve, ancienne femme de médecin, entourée par ses enfants. Elle est autonome dans les actes de la vie quotidienne et ne présente pas d'intoxication alcoolique-tabagique. Depuis 6 mois, elle décrit des vertiges intermittents sans trouble de la marche, avec un amaigrissement de 5 kg en un an et une asthénie. L'examen clinique révèle une masse abdominale du flanc droit sans adénopathie.

**Résultats :** Une échographie abdominale réalisée aux urgences, retrouve deux masses hétérogènes hépatiques d'aspect suspect. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien et cérébral met finalement en évidence une volumineuse masse surrenalienne droite d'allure maligne d'environ 15x9x17cm, sans lésion d'extension. Un avis endocrinologique est demandé devant la suspicion première d'un corticosurréalome : les dosages hormonaux reviennent négatifs. Les marqueurs tumoraux sont réalisés : CA19-19, ACE, AFP sont normales mais CA15-3 augmenté à 79 KU/L. L'évaluation onco-gériatrique retrouve un MMSE à 26/30, une dénutrition protéino-énergétique modérée, pas de perte de l'autonomie et une clairance de la créatininémie à 58,8 ml/min en Cockcroft. La patiente rentre à domicile et est envoyée dans une unité oncologique spécialisée pour la suite de la prise en charge. La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire est finalement en faveur d'un sarcome rétropéritonéal devant les résultats des différents examens. Une biopsie et un PET scan sont en attente. **Conclusion :** Chez cette patiente, le diagnostic évoqué initialement a été un corticosurréalome devant la localisation de la masse. Finalement, les résultats hormonaux revenus négatifs, nous orientent plus sur un sarcome rétropéritonéal. Les signes cliniques dans les tumeurs rétropéritonéales sont souvent tardifs et non spécifiques, avec un diagnostic souvent fait tardivement. Le diagnostic reste défini par l'analyse histologique.

#### A2-12-22

##### **Impact de l'activité physique adaptée sur la fatigue ressentie par les patients âgés atteints de cancer**

M. Sanchez (1) ; F. Chorin (1) ; L. Le Meur (1) ; R. Boulahssass (2) ; S. Gonfrier (3) ; C. Rambaud (4) ; D. Saja (2) ; C. Arlaud (5) ; F. Leborgne (6) ; FH. Brunschwig (7) ; E. Clais (8) ; F. Capriz (9) ; E. Francois (10) ; O. Guérin (2)

(1) *UCOG, C.H.U de Nice, Nice;* (2) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice;* (3) *Usld, Hopital de Cimiez, Nice;* (4) *SSR C3, Hopital de Cimiez, Nice;* (5) *Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice;* (6) *EMG, Hopital de Cimiez, Nice;* (7) *Ssr-cheret Rdc, Hopital de Cimiez, Nice;* (8) *Court sejour geriatrique sud, Hôpital Cimiez, Nice;* (9) *Ssr c2, Hôpital Cimiez, Nice;* (10) *Ucog, Centre Antoine Lacassagne, Nice*

**Introduction :** Près d'un tiers des cancers sont diagnostiqués après l'âge de 75 ans. Un tiers des cancers peuvent être attribués au surpoids, à l'obésité ou à une activité physique insuffisante. L'activité physique permet de diminuer le risque de survenue et de récurrence de certains cancers. Elle diminue la sensation de fatigue ressentie par les patients et améliore la condition physique, la qualité de vie, l'anxiété. L'objectif principal de ce travail est de déterminer l'impact de l'activité physique adaptée (APA) sur la fatigue ressentie par les patients âgés atteints de cancer. **La fatigue (FACT-G).** **Méthodes :** Il s'agit d'une étude clinique interventionnelle prospective monocentrique. Les patients inclus seront les patients âgés de plus de 70 ans, ayant bénéficiés d'une consultation d'oncogériatrie dans le cadre de la prise en charge d'un cancer, ayant été vu en consultation ou au décours d'un séjour en Service de Soins et de Réadaptation (SSR). **Résultats :** Deux axes d'évaluations sont prévus : • une évaluation gériatrique standardisée multi-domaine (ADL, IADL, MNA, IMC, perte de poids, MMS, Horloge, Dubois, GDS, CIRSg, Charlson et réévaluation des thérapeutiques, QLQ-c30, douleur, évaluation sociale) avec réalisation de la FACT-G, et de l'Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) (durée 1h) ; • puis une évaluation des capacités fonctionnelles (durée 45min) : Repérage de fragilité (questionnaire sur 5 questions), Evaluation de la Force de préhension, Evaluation de la Force en isométrie (Extenseur/Flechisseur genou, cheville, Force fessiers), Evaluation de l'équilibre (Unipodal, Tandem), Evaluation de la marche (test avec l'opte Gait sur 10m), Test de lever de chaise (five sit to stand), Time up and go (TUG). Les mesures seront effectuées par ces 2 équipes à l'inclusion (S0) et après 4 à 6 semaines (S4-S6) d'activité physique adaptée, soit environ 12 séances, puis seront de nouveau proposées à 6 mois. **Conclusion :** Deux projets sont envisagés suite à cette étude et sont en cours de développement : un programme d'activité physique adaptée pour les patients ne nécessitant pas d'hospitalisation qui pourraient donc bénéficier des séances en externe ; un programme d'activité physique douce aux patients non éligibles aux séances d'activités physiques adaptées car trop fragiles, hospitalisés en SSR, qui pourraient bénéficier d'exercices d'intensité faibles pouvant améliorer leur qualité de vie et le lien social. Ces séances ont déjà débuté et s'effectuent 2 fois par semaine, en groupe, et sont d'une durée de 45 min.

**A2-12-23****Suivi infirmier téléphonique des patients évalués en oncogériatrie au CHU de Grenoble : analyse des applications des recommandations et enquête de satisfaction des patients**

E. Bourdolle (1) ; N. Zerhouni (1) ; N. Mitha (1) ; G. Gavazzii (1)  
(1) *Gériatrie, CHU Grenoble Alpes, Grenoble*

**Introduction :** Dans le cadre du suivi des patients âgés atteints de pathologies malignes vus en évaluation gériatrique au sein du CHU de Grenoble, un suivi téléphonique a été mis en place et assuré par une Infirmière Diplômée d'État (IDE) formée à la coordination en oncogériatrie. L'objectif de cette enquête est d'analyser le taux du suivi des recommandations faites à l'issue de l'évaluation gériatrique. Une enquête de satisfaction des patients a été réalisée de façon concomitante. **Méthodes :** L'enquête a été réalisée par entretiens téléphoniques avec les patients à 30 jours puis à 90 jours de l'évaluation gériatrique. L'analyse de suivi des recommandations issues de l'évaluation gériatrique ont concerné 3 domaines : le statut nutritionnel avec l'application des conseils diététiques et la surveillance de l'appétit et du poids, le statut fonctionnel avec l'application des conseils d'activité physique. L'enquête de satisfaction a été réalisée en utilisant une échelle qualitative élaborée à partir d'un questionnaire remplie après un entretien semi-directif. **Résultats :** Les conseils nutritionnels ont été suivis par les patients dans seulement 40% des cas. Concernant l'activité physique adaptée, une personne sur deux ne les applique pas. Malgré tout, 87 % des patients interrogés sont très satisfaits du suivi téléphonique réalisé par l'IDE et trouvent utile de refaire le point sur les recommandations de l'évaluation gériatrique. **Conclusion :** L'infirmière de coordination a un rôle clé dans le suivi du patient âgé atteint de cancer, notamment concernant l'application des recommandations issues de l'évaluation oncogériatrique. Ainsi, l'appel téléphonique au patient post-évaluation gériatrique pourrait augmenter le taux du suivi des recommandations et la réussite des actions correctives dans le domaine nutritionnel et d'activité physique. D'autant plus que les patients sont très satisfaits de ces entretiens téléphoniques avec l'IDE.

**A2-12-24****Fréquence et valeur pronostique de la sarcopénie avant traitement du cancer : Revue systématique**

F. Pamoukdjian (1) ; T. Bouillet (2) ; V. Lévy (3) ; M. Soussan (4) ; L. Zelek (2) ; E. Paillaud (5)

(1) *Médecine gériatrique, Hôpital Avicenne, Bobigny* ;  
(2) *Oncologie médicale, Hôpital Avicenne, Bobigny* ; (3) *Urcrc, Hôpital Avicenne, Bobigny* ; (4) *Médecine nucléaire, Hôpital Avicenne, Bobigny* ; (5) *Gériatrie médecine interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil*

**Introduction :** La sarcopénie est consensuellement définie comme un syndrome lié au vieillissement et associant une altération quantitative de la masse musculaire squelettique (indice musculaire squelettique) et qualitative (perte de force musculaire et / ou performance physique) sans ou avec une augmentation de la masse grasse (obésité sarcopénique). La sarcopénie est physiologique avec le vieillissement (sarcopénie primaire) mais peut être associée à des pathologies (sarcopénie secondaire). La fréquence de la sarcopénie varie selon les populations étudiées et les méthodes de mesures. Ainsi, elle est présente dans 1-30% des personnes âgées vivant en communauté, dans 14-68% chez ceux vivant en soins de longue durée et dans 10% chez les patients âgés hospitalisés. La

sarcopénie est un facteur de risque indépendant de survie globale réduite, de dépendance, de chutes et d'infections nosocomiales chez les personnes âgées. Le cancer est une cause majeure de sarcopénie secondaire et a été récemment rapportée dans de nombreuses études menées en population cancéreuse. Peu de revues ont été dédiées à la fréquence et aux conséquences de la sarcopénie associée au cancer. Dans une méta-analyse récente qui incluait 38 études publiées entre 2008 et 2015, la fréquence de la sarcopénie avant traitement du cancer variait de 15-75%. Cette revue était centrée seulement sur la survie prédite par la sarcopénie avant traitement du cancer et ne considérait pas les autres complications de la sarcopénie. Les objectifs de notre revue systématique était d'estimer la prévalence globale de la sarcopénie avant traitement du cancer (chirurgie, chimiothérapie, thérapies ciblées, hormonothérapie ou radiothérapie) et ses valeurs prédictives au cours du traitement. **Méthodes :** Revue systématique de la littérature conduite sur PubMed en suivant les recommandations de la méthode PRISMA incluant les études observationnelles prospectives et les études interventionnelles qui évaluaient la prévalence de la sarcopénie recherchée avant traitement du cancer chez les adultes âgés de 18 ans et plus. Deux reviewers indépendants ont sélectionné les articles sur la base des titres et résumés avant analyse complète. Les méthodes de recherche de la sarcopénie recommandées par les consensus (TDM, IRM, Absorption biphotonique à rayons X et Bio-impédancemétrie) étaient considérées. Les caractéristiques des études retenues incluait, la prévalence de la sarcopénie avant traitement du cancer et ses valeurs pronostiques durant le traitement du cancer. **Résultats :** 35 articles publiés entre janvier 2008 et mars 2016 étaient sélectionnés incluant 6894 participants. L'âge moyen des participants variait entre 53-69,6 ans. La sarcopénie avant traitement du cancer était présente dans 38,6% [IC95%: 37.4-39.8]. Les cancers de l'oesophage et pulmonaires à petites cellules montraient les plus fortes prévalences (75-79,2%). La sarcopénie avant traitement du cancer était significativement et indépendamment associée aux complications post-opératoires, à la chimiotoxicité et à une survie globale réduite chez les patients cancéreux. Aucune étude n'évaluait la sarcopénie comme prédicteur de l'hormonotoxicité ou de la radiotoxicité ni la perte d'autonomie au cours du traitement des cancers. La plupart des études ne concernait pas spécifiquement les plus âgés soulignant le manque de données dans cette population. **Conclusion :** La sarcopénie recherchée avant traitement du cancer est très fréquente et à des conséquences sévères chez les patients au cours du traitement du cancer. Des études spécifiques en population onco-gériatrique sont nécessaires afin d'améliorer nos connaissances sur la sarcopénie et ainsi guider les décisions thérapeutiques chez les plus âgés.

**A2-13-25****Conciliation médicamenteuse en unité d'hospitalisation d'urgence : un outil de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse**

S. Mosnier-Thoumas (1) ; A. Lafargue (1) ; MN. Videau (1) ; M. Moueza (1) ; V. Sinholle (1) ; D. Breilh (2) ; I. Faure (3) ; N. Salles (4)

(1) *Emg, Pôle de gériatrie clinique CHU de Bordeaux, Bordeaux*; (2) *Pharmacie, Pôle des produits de Santé CHU de Bordeaux, Bordeaux*; (3) *Unité d'hospitalisation d'urgences, Pôle Urgences Adultes CHU de Bordeaux, Bordeaux*; (4) *Médecine gériatrique, Pôle de gériatrie clinique CHU de Bordeaux, Bordeaux*

**Introduction :** La polymédication chez le sujet âgé est fréquente et source d'accidents iatrogènes prévisibles et évitables. Les erreurs médicamenteuses surviennent principalement aux étapes de transition du parcours de soins du patient et notamment après passage aux urgences, l'hospitalisation en elle-même peut aussi avoir un effet délétère pour les patients. Dans un service de post urgence, l'équipe médicale profite de leur séjour et de la présence d'une équipe mobile de gériatrie pour réévaluer la balance bénéfique/risque de chaque médicament. La présence nouvelle d'un pharmacien dans cette équipe a permis la mise en place d'une démarche de conciliation médicamenteuse en amont de l'optimisation thérapeutique réalisée. L'objectif de cette étude était d'évaluer la pertinence de la démarche, 8 mois après sa mise en œuvre. **Méthodes :** La conciliation médicamenteuse a été réalisée par 2 externes en pharmacie encadrés par le pharmacien. Tous les patients de plus de 75 ans pour lesquels un avis gériatrique a été demandé par les urgentistes ont été inclus. Le recueil du bilan médicamenteux (BM) a été effectué en consultant le dossier patient informatisé et les ordonnances apportées par le patient. Puis lors d'un entretien avec le patient, nous avons recueilli les coordonnées de sa pharmacie d'officine qui a été contactée afin d'obtenir l'historique de dispensation ou les ordonnances des 3 derniers mois. Le dossier pharmaceutique a également été consulté quand la carte vitale du patient était disponible. Le BM a été comparé à l'ordonnance médicale à l'admission (OMA) permettant d'identifier les divergences non intentionnelles (DNI) encore appelées erreurs médicamenteuses. **Résultats :** 87 patients ont été inclus (sex ratio 1,5). Le nombre de lignes de prescriptions était de 6.8 pour l'OMA et 8.3 pour le BMO. Cent cinquante et une erreurs médicamenteuses ont été recensées soit en moyenne 1.7 par patient. Quarante huit pourcent des patients (42) ont eu au moins une DNI : 75% concernaient une omission (113 DNI), 13% une erreur de dosage (20 DNI), 6 % une erreur de posologie (9 DNI), 3% une erreur de dénomination commune internationale (4 DNI) et 3% un ajout de médicaments (5 DNI). Quatre classes médicamenteuses représentaient 79% des DNI: les médicaments du système nerveux (40 DNI), les médicaments du système digestif (40 DNI), les médicaments du système sensoriel (22 DNI) et les médicaments du système cardiovasculaire (18 DNI). Au total, 61 DNI (41 %) interceptées ont été corrigées par les urgentistes et la totalité (151) a été documentée dans le dossier du patient. **Conclusion :** Ces résultats montrent qu'il est nécessaire d'avoir une approche plus méthodique du recueil de l'historique médicamenteux. En effet, l'anamnèse médicamenteuse après passage d'un patient aux urgences est souvent incomplète ou erronée. Cette méconnaissance peut avoir un impact clinique important d'où l'intérêt de solliciter les externes de pharmacie présents dans les services de soins et encadrés par un pharmacien

pour effectuer la conciliation médicamenteuse. Au-delà de la maîtrise du risque médicamenteux lors de l'interface ville/hôpital, ce processus est un pré requis essentiel à une réévaluation efficiente de la pertinence des prescriptions effectuée par l'équipe mobile de gériatrie au sein de ce service d'hospitalisation d'urgence.

**A2-13-27****De la mise en place de la filière gériatrique, à la coordination territoriale d'appui PAERPA, vers le déploiement du projet médical du Groupement Hospitalier de Territoire**

D. Dambre (1) ; N. Leveque (2) ; M. Thumerelle (3)

(1) *Eclair 'age senior, GCS filière gériatrique du Territoire du Valenciennois, Saint-Amand-les-Eaux*; (2) *Eclair 'age senior, GCS Filière gériatrique du Territoire du Valenciennois, Saint-Amand-les-Eaux*; (3) *Gcs filière gériatrique du territoire du valenciennois, C.H. de St Amand-les-Eaux, Saint-Amand-les-Eaux*

**Introduction :** Impulsé en 2009 par l'ARH, un groupe de travail composé des gériatres du Valenciennois a abouti à la construction d'un projet médical gériatrique de territoire activé dès 2011 grâce à la création d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) composé de 7 établissements membres et de 6 membres associés: 5 CLIC et le réseau gériatrique. Ce GCS filière gériatrique du Territoire du Valenciennois a été retenu comme pilote de l'expérimentation PAERPA déployée sur le Territoire. **Méthodes :** L'objectif initial de ce PMT est la déclinaison d'une organisation de territoire dans une logique de partenariat et de collaboration des membres fondateurs et associés, avec une volonté dès son élaboration de décloisonnement du sanitaire et du médicosocial en se centrant sur les besoins des Personnes Agées. Le premier projet porté par le GCS est la MAIA. L'organisation et la dynamique développées par la coordination médico administrative du GCS ont favorisé son intégration dans l'expérimentation PAERPA en la positionnant comme coordination territoriale d'appui. Le PMT initial évolue ainsi en élargissant son champs d'action vers les personnes âgées prises en charge à domicile, et les professionnels de premiers recours. Actuellement les réflexions engagées sur le Projet médical du Groupement Hospitalier de Territoire sont partagées et alimentées par les acteurs du GCS. Grâce au positionnement des tutelles et à la diplomatie de la coordination médico-administrative, la concertation du GCS comme instance de réflexion et de décision concernant le développement de tout projet de gériatrie a été systématisé. La connaissance du territoire et des multiples partenaires potentiels a été possible grâce au travail de la Maia, à l'appui des établissements membres et associés, ainsi qu'au travail en réseau initié, puis par de nombreuses rencontres et un sens développé de la communication. **Résultats :** Les instances du GCS sont des lieux d'échanges, d'instruction et d'évolution des projets, des axes et orientations médicales de la filière gériatrique du Territoire. La mise en place de groupes de travail associant les partenaires du territoire aux réflexions et aux projets portés grâce à la complémentarité, la diversité et aux expertises des champs sanitaire, médico-social et social...et par le respect de la place de chacun, aboutissent à la concrétisation des projets comme : \*Le déploiement du programme AMI Alzheimer auprès de 24 Ehpad; \*Un programme de formation à l'évaluation gériatrique pour les IDE; \*Le projet de plateforme de répit des aidants 2012-2013; \*Le projet de formation des aidants (collaboration 4 CH et 5 CLIC, depuis 2012); \*L'expérimentation télémédecine (2 CH et 8 EHPAD volontaires depuis 2012); 48 sur 49 EHPAD situés sur le territoire du Valenciennois ont signé la convention avec le GCS. Depuis 2015, de nouveaux membres

partenaires sont venus rejoindre le GCS: 1 MSP, 2 SSIAD, 1 SAAD, l'APEI. Les différents axes de l'expérimentation PAERPA ont été déployés. Depuis 2015 près de 10500 appels ont été analysés par la plate-forme de Territoire d'information et d'orientation dont 44% provenant des usagers. Fin Avril 2017, 756 ALERTES ont été traitées dont 71 % issues des libéraux. 48 % n'aboutissent pas à la formalisation d'un Plan personnalisé de santé (PPS) lié pour les ¾, au refus du patient, de son entourage, ou à une problématique dans la constitution de la Coordination clinique de proximité.

**Conclusion :** La reconnaissance par les Tutelles de la légitimité du GCS a été essentiel à son positionnement. La projection dans les travaux du GHT, du déploiement de dispositifs du GCS, adaptés et étendus sur le Territoire du GHT permet au PMT d'intégrer les évolutions conjoncturelles de l'organisation des soins

#### A2-13-28

##### Connaissances et recours aux associations d'aides à domicile du nord de Paris, par les médecins généralistes

J. Chopart (1) ; F. Raimbault (2) ; C. Villelongue (3) ; V. Fossey Diaz (2)

(1) Soins palliatifs, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris;  
 (2) Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris;  
 (3) Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris

**Introduction :** Alors que la société encourage le maintien à domicile des sujets âgés, on ne cesse de constater, lors des hospitalisations en gériatrie aigüe, l'absence de plan d'aides établi pour les personnes âgées. **Méthodes :** Un travail de thèse de médecine générale s'est penché sur l'état des connaissances, l'utilisation et les attentes des médecins généralistes des 8ème, 17ème et 18ème arrondissements de Paris. Ce travail a été réalisé par le biais d'entretiens individuels semi dirigés, en deux temps. Un tirage au sort de 100 médecins généralistes a permis de constituer un échantillon représentatif et d'obtenir un nombre total de 50 réponses positives. Les médecins répondant ont permis d'établir des groupes de profils cohérents dépendant de variables issues de l'enquête téléphonique. A l'issue de ce premier travail, 15 médecins ont été interviewés en entretiens semi dirigés. **Résultats :** Les médecins ont décrit la complexité de prise en charge des personnes âgées, minorée par la présence d'un tiers à qui se référer. Leur disponibilité décroissante pour réaliser des visites à domicile, jugées indispensables pour le maintien à domicile, est un facteur notable de complexité. Ils ont une bonne connaissance des services de soins à domicile sur leur secteur mais expriment des difficultés de mise en place et de coordination, parfois liées à l'isolement ou au refus de ces aides par la personne âgée. Enfin, ils mettent en avant l'utilité d'un aidant naturel ou professionnel pour coordonner les intervenants du parcours de soins. **Conclusion :** Les médecins généralistes ont un rôle central dans la prise en charge des personnes âgées et dans la mise en place des services d'aide et de soins pour un maintien à domicile satisfaisant. Face à leurs difficultés, il semble indispensable de penser à un système de coordination des aides afin de garantir la qualité des soins et d'améliorer la prise en charge à domicile.

#### A2-13-29

##### Intérêt des unités spécialisées dans la prise en charge de troubles du comportement : Revue systématique de la littérature

MA. Sanchez (1) ; A. Letty (2) ; D. Armaingaud (3) ; S. Sanchez (4)  
 (1) Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées, Service de Santé des Armées, Paris; (2) Secrétaire générale, Institut du Bien Vieillir, Paris; (3) Conseil scientifique, Institut du Bien Vieillir, Paris; (4) Pôle IMEP, Centre Hospitalier de Troyes, Avenue Anatole France, Troyes, France, Troyes

**Introduction :** Le nombre de personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) en France est de plus en plus important, l'on comptait près de 9 % des plus de 75 ans dans ce cas en 2012. La prise en charge de ces patients nécessite une pluridisciplinarité et demande la mise en œuvre de moyens importants, matériels, humains ou financiers, ce qui a un impact sur l'organisation des soins. La gestion des équipes et même les politiques de santé qui seront à mettre en œuvre pour répondre aux futurs besoins de santé sont des questions à se poser aujourd'hui. Le développement d'unité de soins spécialisées ou Special Care Unit (SCU), se développent souvent au sein d'institution généralistes, en sus de no-Special Care Unit (n-SCU) déjà existantes, au profil de patients présentant des démences modérées ou avancées. L'objectif de notre travail est de réaliser une revue de la littérature récente de 2006 à février 2016 sur la prise en charge des patients institutionnalisés présentant une maladie neuro-dégénérative dans les unités de soins spécialisées par rapport aux unités de soins classiques, selon des critères spécifiques de qualité de vie, de maintien des fonctions supérieures, de troubles du comportement ou d'autonomie. **Méthodes :** Nous avons réalisé une revue de la littérature en suivant les recommandations du groupe EPOC (Effective Practice and Organisation of Care) de la collaboration Cochrane. Chacun des critères PRISMA a été abordé et répertorié. Les paramètres STARLITE (« Standard for Reporting Literature searches ») ont été utilisés : il s'agissait d'une revue sélective de type revue de littérature, effectué par recherche électronique. Les études sélectionnées devaient avoir moins de 10 ans au moment du recueil de données. Les articles pouvaient être publiés en anglais, ou en français pour tenir compte des études publiées en français s'intéressant plus spécifiquement aux particularités liées au système de soins français. Plusieurs bases de données ont été utilisées pour garantir l'exhaustivité des résultats obtenus : Medline, Central, Embase, Pascal. Différentes interface de recherche ont été utilisées pour consulter ces bases (Pubmed, sciences direct, psyinfo, Ovid, Web of Science). Des moteurs de recherche plus généraux comme Google Scholar ont également été utilisés. La littérature grise a été étudiée grâce à Open Grey. Les références citées par les articles ont pris en compte. **Résultats :** Les études retrouvaient un profil médical et des caractéristiques socio-démographiques différentes entre les patients vivant en SCU et les patients vivant en n-SCU. Les patients en SCU présentaient des troubles du comportement plus importants, des pathologies neuro-génératives plus évoluées que les patients en n-SCU. Ces patients étaient souvent plus jeune et en meilleur état général que les patients en n-SCU. La moyenne du score QUALID semblait être plus élevée chez les patients vivants en unité spécialisée. De même, la qualité de vie globale mesurée selon d'autre critère était meilleure dans les SCU. Certaines études ont montré des résultats inverses soit une dégradation plus rapide des critères liés à la qualité de vie dans ces unités, une autre une amélioration ou un déclin en SCU ou même l'absence de différence entre les deux type d'unité pour les patients

nouvellement institutionnalisés. Les patients en SCU étaient moins souvent hospitalisés que les patients en n-SCU. **Conclusion :** Les études utilisaient pour comparer la prise en charge en SCU et en n-SCU, aux scores reproductibles et validés pour évaluer la qualité de vie, la cognition, les troubles du comportement ou encore l'autonomie, dans chacune des unités. L'utilisation des thérapies médicamenteuses, les taux d'hospitalisation, le recours aux contentions physiques, étaient aussi souvent étudiés. Notre travail s'est focalisé sur les études récentes prenant en compte les dernières mesures mise en place dans les EPHAD comportant des SCU. En conclusion, les résultats de ces études confirment un bénéfice supposé qu'il reste encore à démontrer de façon fiable. Les études longitudinales suivant des cohortes importantes semblent clairement en faveur des SCU, tant pour les patients en terme de préservation de la qualité de vie ou de la qualité de la prise, que pour le personnel soignant, mieux formés et compétents pour accompagner ces patients fragiles dans leur prise en charge, jusque dans leur fin de vie.

#### A2-13-30

##### Accueillir dans les EHPAD des personnes âgées vivant avec le VIH : Etes-vous prêts ?

F. Delamarre Damier Racineux (1) ; S. Solene (2) ; C. Allavena (3) (1) *Geriatric, EHPAD Montfort et Gériatrie Bellier CHU Nantes, Nantes et Saint Laurent sur sevre*; (2) *Corevih pays de la Loire, CHU de Nantes - Hôtel-Dieu, Nantes*; (3) *Servide de maladies infectieuses et tropicales, CHU de Nantes, Nantes*

**Introduction :** Les personnes vivant avec le VIH (PvVIH) ont aujourd'hui une espérance de vie proche de celle de la population générale grâce aux traitements antirétroviraux puissants et bien tolérés. Aujourd'hui en France l'âge médian des PvVIH est de 50 ans et 1.6% ont 75 ans et plus. Les demandes d'hébergement en EHPAD de PvVIH âgées vont devenir de plus en plus fréquentes. **Méthodes :** Afin d'évaluer les éventuels freins ou difficultés à l'accueil de PvVIH dans les EHPAD, la connaissance sur l'infection VIH et les particularités de sa prise en charge, un questionnaire en ligne a été en janvier 2016 aux directeurs(DIR), médecins coordonnateurs (MEDCO) et infirmières coordonnatrices (IDEC) des EHPAD des Pays de la Loire. **Résultats :** Sur les 599 EHPAD de la région, 182 ont répondu (taux de réponse 30,4%) correspondant à 209 questionnaires (DIR 29%, MEDCO 28%, IDEC 41%, autres 2%). 97% des structures n'avaient jamais hébergé de PvVIH. 74% des répondants étaient prêts à héberger des PvVIH (DIR 63%, MEDCO 72%, IDEC 83%) mais 33% pensaient que le VIH pouvait être un frein à l'accueil de PvVIH. Les freins principaux étaient l'absence de formation spécifique sur la prise en charge des PvVIH dans l'EHPAD ( 57 % des répondants), des difficultés dans la prise en charge médicale liées aux troubles associés au VIH (32 %), des difficultés à prendre en charge les éventuelles interactions médicamenteuses (26 %), le coût des traitements (24 % mais 32 % des directeurs), la peur d'une éventuelle contamination avec les résidents et/ou les membres du personnel (20 % : MEDCO 25% > IDEC 16 %). La crainte vis-à-vis de difficultés dans la prise en charge sociale (11 %) et la prise en compte de la sexualité du résident (11 %) étaient moins fréquemment exprimées. 31 % des répondants ont déjà bénéficié d'une formation sur le VIH et 98 % sont demandeurs d'une formation avant accueil d'un résident VIH. **Conclusion :** Cette enquête met en évidence la nécessité d'organiser des formations sur l'infection VIH et sa prise en charge auprès du personnel médical et paramédical travaillant dans les EHPAD afin

d'optimiser l'accueil des futurs résidents VIH.

#### A2-13-31

##### Viellir chez soi: les besoins des soins des personnes âgées

E. Verté (1) ; N. Dewitte (2) ; J. Schols (3) ; D. Verté (2) ; T. Kardol (2)

(1) *Vrije Universiteit Brussel, Boulevard de la Plaine, Ixelles, Belgique, Ixelles, Belgique*; (2) *Gérontologie sociale, Vrije Universiteit Brussel, Boulevard de la Plaine, Ixelles, Belgique, Ixelles, Belgique*; (3) *Family medicine, Universiteit Maastricht, Maastricht, Pays-Bas*

**Introduction :** La combinaison du vieillissement progressive et la volonté de «vieillir à domicile» (ageing in place) imposent un fardeau à la société. Les personnes fragiles sont un groupe aussi diversifié qui a des besoins distincts et complexes. En conséquence, la réalisation des soins de santé et de services sociaux à domicile est un vrai challenge. En plus, l'efficacité des interventions de soins intégrés est contestée par les pressions contextuelles (p.ex. pénurie de professionnels, ...). Rarement, des chercheurs se sont concentrés sur les besoins des personnes âgées qui gèrent la fragilité d'un point de vue positive des personnes fragile, et ont rarement pris le contexte dans lequel ils passent leur temps en considération. **Méthodes :** L'analyse de l'étude de cas est utilisée comme méthode pour identifier toutes les ressources internes et externes des personnes âgées qui sont cruciales pour vieillir à domicile. Afin d'obtenir une variance maximale, deux cas ont été sélectionnés à Bruxelles (Belgique): (A) les quartiers à risque haut (risque élevé de fragilité, proportion forte d'étrangers et présence faible des services et commodités) et (B) les quartiers à risque faible (risque de fragilité faible, proportion faible d'étrangers et présence élevée des services et commodités). Pour chaque cas, un processus itératif d'entrevues a été organisé consistant en trois séries de commentaires contrôlés. Pour le cas A, 20 personnes âgées vivant dans la communauté ont été interrogées, alors que pour le cas B, 30 personnes âgées ont été interrogées. Le profil des cas en tant que risque élevé et risque faible permet d'étudier l'impact du contexte sur les besoins de gérer la fragilité. Par conséquent, une « typologie des besoins » a émergé. La typologie considère à la fois les similitudes et les divergences. Chaque cas présente des besoins spécifiques ainsi que des besoins universels indépendants des caractéristiques du quartier. **Résultats :** Les résultats identifient trois types: (I) besoins indépendants du contexte, (II) besoins à haut risque et (III) besoins à faible risque. Les besoins indépendants du contexte (I) étaient liés à l'accès aux soins et au soutien, à une approche axée sur la communauté, le client et son environnement. Par ailleurs, les résultats globaux suggèrent que: • les besoins sont fortement liés aux caractéristiques spécifiques du contexte (II, III) ; • l'accès aux soins et services de soutien ait été identifié par toutes les personnes comme un élément essentiel de «soins idéaux» (I) ; • les quartiers à faible risque ont souligné la qualité de la prestation des services (III) ; • les personnes âgées dans les quartiers à haut risque rencontrent des besoins plus importants et plus sévères (II) que les personnes âgées dans les quartiers à faible risque (III). **Conclusion :** L'étude contribue à la politique et à la recherche, car elle vise les personnes âgées tant que protagonistes de leur vie en identifiant leurs besoins afin de gérer leur fragilité et en étudiant l'impact du contexte sur le système de soins. Les résultats mettent l'accent sur les caractéristiques spécifiques du contexte car il est fortement lié à la gestion efficace de la fragilité. Par conséquent, un changement du paradigme et une refonte du système de soins tel que nous le connaissons sont proposés. Afin de



soutenir le «vieillessement à domicile» les soins et autres services devraient être individuellement adaptés ainsi que englober les atouts et le seuil spécifique des quartiers et ça de façon structurelle.

#### A2-13-32

##### **Programme PAERPA : EMPSA (équipe mobile de psychiatrie du Sujet Agé) Un modèle organisationnel**

O. Chermak (1) ; M. Perez (1) ; S. Gakou (1)

(1) *Equipe mobile de psychiatrie du Sujet Agé, C.H. de Maison Blanche, Paris*

**Introduction :** L'Equipe Mobile de Psychiatrie d Sujet Agé a été créée pour répondre aux besoins en santé mentale (et psychiatrique) de la population âgée. Cette unité mobile, intersectorielle et transversale est intégrée dans le programme national PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) mené dans le Nord-Est Parisien ainsi que dans 8 autres régions Françaises.

**Méthodes :** La prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée représente l'objectif principal de la démarche PAERPA. Ce projet piloté par l'ARS (agence régionale de santé) permet la mise en œuvre d'un parcours de santé fluide et identifié pour les personnes âgées de 75 ans et plus. C'est dans ce cadre qu'il a été envisagé la création d'une équipe mobile pluridisciplinaire de psychiatrie du Sujet Agé. L'évaluation se fait au domicile de la personne après signalement de la situation par un proche ou par un partenaire. Ce programme s'adresse aux personnes encore autonomes, mais dont l'état de santé est susceptible de se dégrader en raison de troubles psychiatriques. Elle vise à maintenir la personne âgée autant que possible à domicile dans les meilleures conditions, en réduisant le recours par défaut aux urgences hospitalières et en renforçant la coordination entre les acteurs. **Résultats :** Au-delà des missions liées au « soin direct », L' EMPSA a des missions transversales que l'on qualifiera de « soins indirects » qui consiste à des actions de formations auprès de différents professionnels sur le territoire, assurer la coordination avec les réseaux existants, participer aux réunions cliniques des partenaires et engager une réflexion éthique pour les situations complexes rencontrées. L'équipe se préoccupe aussi du bien-être des aidants. Un accompagnement individuel et de courte durée peut leur être proposé, ainsi que des actions d'éducation et de conseils. Au terme d'une évaluation, l'orientation se fera préférentiellement vers le médecin traitant ou si besoin vers la filière gériatrique ou encore une consultation spécialisée.

**Conclusion :** Le but de ce travail est de présenter notre modèle organisationnel original qui consiste en : La mise en avant des compétences infirmières lors de l'évaluation gérontologique et psychiatrique qui sont en première ligne avant toute intervention médicale. Une collaboration étroite avec les partenaires du territoire, en particulier avec la maison des aînés et des aidants M2A (ancien CLIC +MAIA+CTA). Une orientation au cas par cas soit vers le médecin généraliste, la filière gériatrique ou vers le secteur psychiatrique tout en sollicitant si besoin les partenaires médicaux et ou sociaux du territoire. Permettant ainsi un renforcement du lien ville-hopital et une amélioration du parcours du patient.

#### A2-13-33

##### **Expérience d'une Unité Transitoire d'Aval Gériatrique (UTAG) au CHU d'Amiens**

J. Moyet (1) ; S. Hannat (1) ; B. Marquant (1) ; I. Binot (1) ; F. Bloch (1)

(1) *Gériatrie, CHU Amiens-Picardie, Amiens*

**Introduction :** Jusqu'à la fin 2016, il n'y avait pas de présence régulière d'un gériatre aux urgences du CHU d'Amiens, ni d'avis afin d'apprécier la nécessité d'une hospitalisation ou les possibilités du retour au domicile. La réponse, pour les plus de 75 ans, était donc le plus souvent une hospitalisation inadaptée. Dans le cadre de la mise en place d'un nouveau projet de soins dans le service de Gériatrie, la création d'une Unité transitoire d'Aval gériatrique (UTAG) avait été évoquée et devait être effective courant 2017. Cependant, afin de répondre à la demande de soins consécutive à l'épidémie de grippe hivernale, l'ouverture de cette unité de très court séjour a été avancée au 16 janvier 2017. **Méthodes :** Il s'agit d'une unité d'aval des urgences de 6 lits fonctionnant dans un premier temps comme hôpital de semaine et ouverte du lundi au vendredi afin d'accueillir les patients des urgences. Un médecin temps plein partage son activité entre l'intervention aux urgences pour l'orientation et les décisions thérapeutiques et la gestion des 6 lits. Il coordonne l'activité en lien étroit avec le pôle ambulatoire (HDJ, consultations) et les services de court séjour gériatrique et SSR. Il est accompagné par un interne et une équipe paramédicale formée à la médecine gériatrique. L'hospitalisation est décidée par le gériatre en respectant des critères cliniques (âge, critères de polyopathie et de fragilité, ne relevant pas d'un autre service de spécialité) et d'un séjour court (maximum 72 heures). **Résultats :** Sur la période du 16 janvier au 12 mai 2017, 627 patients ont été évalués aux urgences par le gériatre, la moyenne d'âge était de 86.66 ans. Cent quatre vingt onze (30%) ont été admis à l'UTAG et 178 (28%) sont retournés directement au domicile. Au total, 58 % patients ont donc évité une hospitalisation traditionnelle en court séjour gériatrique. A cela s'ajoute la satisfaction des urgentistes d'avoir un interlocuteur gériatre senior en direct. Sur les 191 patients admis à l'UTAG, 117 (61,2%) ont pu regagner leur domicile, 11 (5,7%) sont décédés, 48 (25,1%) ont été transférés dans un service de court séjour gériatrique et 15 (7,8%) transférés dans un autre service (SSR, autre spécialité). **Conclusion :** La création de cette unité a permis clairement de diminuer les hospitalisations inappropriées en service de médecine gériatrique aigue. Elle a permis également de diminuer les hospitalisations en hébergement dans des services de chirurgie. A court terme, cette unité va voir sa capacité augmentée à 12 lits ouverts 7 jours sur 7. Les compétences spécifiques des gériatres, leur expérience et leur évaluation pluridisciplinaire leur permettent d'apprécier la prise en charge et le parcours de soins les plus adaptés aux sujets âgés gériatriques. La collaboration avec le service des urgences apparaît comme un moyen d'optimiser ce parcours du patient âgé au sein du CHU par une intervention le plus en amont possible.

**A2-13-34****Actualités, recherche et place de l'hôpital de jour dans la filière Alzheimer : synthèse des travaux du congrès annuel APHJPA, Paris juin 2017**

JM. Michel (1)

*(1) Gérontologie clinique, Centre Pour Personnes Agées, Colmar*

**Introduction :** L'hôpital de jour à orientation gériatrique a évolué ces dernières années, avec des missions récemment cadrées par des textes réglementaires contraignants, mais qui ont contribué à lui donner ses lettres de noblesse et à structurer une activité qui était au départ peu homogène. **Méthodes :** .. **Résultats :** C'est un lieu privilégié d'interactions et de coordination dans un cadre pluri et interdisciplinaire, permettant une prise en soins cohérente de situations complexes, une hiérarchisation des problématiques, en particulier dans la filière Alzheimer. Son implication dans la recherche clinique dans le domaine des maladies neurodégénératives est croissante. Enfin, le développement de nouveaux partenariats avec les réseaux gérontologiques, les MAIA, les nouveaux acteurs de la filière gériatrique et psychiatrique (unités cognitivo-comportementales, équipes mobiles de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancée, équipes de soins Alzheimer, unités d'hébergement renforcées, SSIAD Alzheimer...) consolide le rôle pivot des hôpitaux de jour entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, deux mondes souvent cloisonnés, le médecin traitant restant l'interlocuteur privilégié. **Conclusion :** Le 37ème congrès annuel des hôpitaux de jour gériatriques, se tenant à Paris les 7 et 8 juin 2017, est consacré à la place de ces structures dans la filière Alzheimer, notamment dans le domaine de la recherche clinique, du parcours de soins au sein de la filière mémoire, des prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses. Nous ferons part des réflexions et des partages d'expériences des professionnels de terrain dans la démarche diagnostique et la prise en soins des maladies neurodégénératives présentés lors de ces journées.

**A2-13-35****Apports de ViaTrajectoire dans le pilotage de la filière gériatrique**

L. Luquel (1) ; S. Ghulam (2) ; V. Charnay-Faure (2) ; V. Quentin (2)

*(1) Gériatrie, Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias, Ballainvilliers; (2) Département parcours, GCS SESAN, Paris*

**Introduction :** ViaTrajectoire est un outil Internet d'aide à l'orientation inter régional dans le secteur sanitaire et médico-social ([www.viatrajectoire.fr](http://www.viatrajectoire.fr)). Le module sanitaire propose une aide à l'orientation des patients de Court Séjour (MCO) vers les Soins de Suite et Réadaptation (SSR), à partir de leurs pathologies, des objectifs de prise en charge en SSR, de l'environnement des patients et de la proximité au domicile. Un observatoire est accessible directement par les médecins coordonnateurs de la filière gériatrique. L'analyse des données contribue à l'animation et au pilotage de la filière. En Ile-de-France, ViaTrajectoire est utilisé pour plus de 80 % des demandes d'admission en SSR. En conséquence, la fonction observatoire permet de disposer d'une base de données exploitable d'analyse de la trajectoire hospitalière des patients gériatriques. **Méthodes :** Les données sont issues du catalogue de données quantitatives et qualitatives présent sur ViaTrajectoire. Il permet aux professionnels du territoire d'accéder directement à leurs données (analyse des flux quantitatifs et profils des patients). L'étude porte sur les données d'observatoire ViaTrajectoire de la

filiale gériatrique Nord-Essonne (sept établissements membres). Le périmètre observé est l'année civile 2016 pour les patients âgés de 75 ans et plus. Deux bases de données sont étudiées : • Patients pour lesquels les établissements membres de la filière (UGA et autres spécialités) ont réalisé une demande d'admission en SSR; • Patients dont les demandes d'admission ont été adressées vers les SSR des établissements membres de la filière. Limites de l'étude : Les dossiers non archivés ne sont pas inclus dans les statistiques entraînant une sous-évaluation de l'effectif. La qualité des dossiers et le renseignement des motifs d'annulation et de refus dépendent des pratiques des professionnels. **Résultats :** Les établissements membres de la filière ont réalisé 3189 demandes d'admissions en SSR dont 2681 admissions effectives. 86 % des patients sont admis dans des SSR de l'Essonne. L'analyse du processus d'admission montre que l'admission en SSR varie entre 12 et 19 jours à partir de la date d'hospitalisation en MCO. Le délai est largement corrélé aux pratiques organisationnelles : anticipation de la demande, coordination entre le médecin hospitalier et l'assistant social, délais de réponse des SSR, qualités de rédaction de la demande d'admission... Le taux d'annulation est de 15,7 % et est lié principalement à la problématique médico-sociale du patient. Les SSR gériatriques des établissements membres ont reçu en cumulé 7564 demandes d'admission dont 2184 admissions effectives. 85 % des admissions proviennent d'établissements de l'Essonne. Une large majorité des refus porte sur l'absence de place en SSR et la charge en soins jugée trop lourde. Sur les 1377 prescriptions correspondant à une orientation en SSR Gériatrique, 64 % ont donné lieu à une admission effective dans ce type de SSR. Les données permettent également l'analyse des délais de réponse des SSR, l'analyse des partenariats entre établissements de la filière, la visibilité sur les besoins non couverts en SSR et les profils admis et refusés (tranches d'âge, niveaux de dépendance, escarres, isolement, problématiques sociales, ...). **Conclusion :** L'analyse des résultats nécessite le regard d'un médecin expert croisé avec les retours d'expérience d'usage de ViaTrajectoire par les établissements membres. La SFGG d'Ile-de-France, l'ARS d'Ile-de-France, le GCS SESAN et des experts métiers de gériatrie travaillent actuellement à la construction d'un tableau de bord synthétique pour les filières gériatriques. L'objectif est de mettre à disposition des coordonnateurs de filières gériatriques un outil d'aide au pilotage du parcours du patient gériatrique entre MCO et SSR. ViaTrajectoire a élargi son périmètre aux EHPAD, Accueils de Jour et USLD, donnant la perspective d'un observatoire élargi au secteur médico-social pour les filières.

**A2-13-36****Les thérapeutiques non médicamenteuses innovantes en hôpital de jour gériatrique**

D. Guibaud-Dressaire (1)

*(1) Place du pr debré 30029 nîmes, Hôpital de jour Centre Ruffi , Nîmes*

**Introduction :** Les pathologies neurodégénératives s'accompagnent de troubles phasiques, avec diminution du stock lexical, simplification syntaxique, manque du mot. Aussi, afin de travailler d'autres formes de communications que la communication verbale, nous avons mis en place un atelier mime. **Méthodes :** ... **Résultats :** Cet atelier de théâtre – mime repose sur les concepts de communication verbale et non verbale de l'école de Palo Alto, Bateson, Ekman, ... et sur la théorie que tout acte de communication met en interaction des interlocuteurs qui interagissent les uns avec

les autres ; le langage corporel, non verbal va également avoir un rôle important sur cette interaction, sur cette mise en relation, car selon le message transmis par le corps il pourra tout à la fois amplifier le message, ou au contraire le brouiller si le langage corporel est trop contradictoire. **Conclusion** : Les objectifs de cet atelier sont donc multiples : renforcer la communication non verbale, et cela tant sur les mimiques, l'intonation, la gestuelle, la posture ou encore le regard ; exploiter l'environnement comme support de communication ; travailler les connaissances sémantiques mais aussi revaloriser les participants.

#### A2-13-37

##### L'équipe mobile gérontologique de suivi d'hospitalisation - E.M.G.S.H

P. Verger (1) ; S. Meyer (2)

(1) *Direction, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges* ;  
(2) *Geriatric, MCOOR, Limoges*

**Introduction** : L'hospitalisation des résidents des E.H.P.A.D. est souvent délétère à leur autonomie. **Méthodes** : Une équipe gérontologique en provenance de l'EHPAD du résident comprenant le plus souvent un I.D.E., un A.S., ... se rend au chevet du résident hospitalisé après avoir informé le cadre du service de cette visite qui se réalise le plus souvent à J+3. **Résultats** : Meilleure connaissance réciproque des secteurs sanitaires et médico-sociaux, optimisation de la prise en charge du résident patient lors de l'hospitalisation diminuant ainsi sensiblement la durée moyenne de séjour et les complications dues à l'immobilisation et réussite du retour en E.H.P.A.D. tant d'un point de vue administratif que social. **Conclusion** : Cette nouvelle équipe mobile gérontologique démontre encore une fois les qualités d'innovation des équipes pluridisciplinaires qui oeuvrent au quotidien auprès des personnes âgées dépendantes.

#### A2-13-38

##### Le médecin coordonnateur : un expert gériatrique de terrain

S. Meyer (1) ; O. Reynaud-Levy (2) ; G. Durel (3)

(1) *Geriatric, MCOOR, Limoges* ; (2) *Médecine interne gériatrie thérapeutique, Hôpitaux Sud I AP-HM, Marseille* ; (3) *Soins, EHPAD, Saint-Domineuc*

**Introduction** : L'élaboration des filières gériatriques dans les G.H.T. ne font que constater une réalité : une désertification médicale en particulier en zone rurale. **Méthodes** : Le médecin coordonnateur se doit de "repenser" la 13<sup>ème</sup> mission qui lui incombe et devenir en raison de la situation sanitaire du territoire, un expert gériatrique de terrain. **Résultats** : L'E.H.P.A.D. se doit de devenir "une maison de santé gériatrique de territoire" avec comme référent le médecin coordonnateur qui non seulement fera bénéficier de son expertise les résidents de l'établissement mais également toutes les personnes âgées en risque de rupture d'autonomie sur le bassin de vie de l'E.H.P.A.D. Il saura s'aider de la télémédecine qui ne tardera pas à devenir une consultation courante dans la prise en charge de la personne âgée fragile. **Conclusion** : Re-penser l'offre de soins en utilisant l'atout que représente le médecin coordonnateur sur le territoire est aujourd'hui indispensable. Cette réflexion doit être menée conjointement avec les gériatres du secteur sanitaire, les autorités du territoire, les acteurs du domicile ainsi que les personnes âgées et leurs représentants.

#### A2-13-39

##### Organisation, filières, et pertinence des journées au sein des HDJ gériatriques en France : résultats de l'enquête nationale de l'APHJPA

L. Volpe-Gillot(1)

(1) *Service de neuro-psycho-gériatrie espace imagine, hôpital Leopold Bellan, Paris*

**Introduction** : Dans un contexte où on nous parle souvent de virage ambulatoire, les hdj gériatriques apparaissent souvent comme les oubliés des filières de soins. Or ces structures sont des lieux privilégiés de soins et de recherche, à l'interface entre la ville et l'hôpital et ont réussi à tisser des liens en amont et en aval avec les différentes structures gériatriques qu'elles soient sanitaires ou médico-sociales, pour s'intégrer pleinement dans des parcours de soins et notamment dans le diagnostic et la prise en charge des maladies neuro-dégénératives. Par ailleurs, dix ans après la circulaire Frontière qui régit les conditions de financement des séjours en HDJ MCO, et les nombreux contrôles CPAM qui ont suivi (avec des requalifications de séjours ou de structures à la clef), ces unités ont repensé leur organisation. L'APHJPA (Association pour la promotion des hôpitaux de jour pour personnes âgées) a voulu réaliser une étude descriptive nationale des moyens humains et techniques, et de l'organisation des hdj gériatriques (MCO et SSR), et analyser la pertinence des séjours en HDJ MCO au regard de la circulaire Frontière. **Méthodes** : Etude descriptive, réalisée à partir d'un mailing aux HDJ répertoriés par l'aphjpa, avec -un questionnaire sur la typologie, le dimensionnement, les moyens humains et techniques et l'organisation des différents HDJ et -une grille de recueil de données portant sur le contenu des 20 derniers séjours en HDJ MCO, analysant l'adresseur, l'indication, la présence d'un bilan infirmier et d'un examen gériatrique, les examens complémentaires réalisés, le nombre d'intervenants, la présence d'une action d'information/éducation enfin la traçabilité de la synthèse multidisciplinaire, des recommandations thérapeutiques et la réalisation d'un CRH à JO ou J8 (enquête comparative 10 ans après celle de 2007). **Résultats** : Les résultats de 53 HDJ répartis sur le territoire national (28 MCO et 25 SSR) sont ainsi présentés, ainsi que l'analyse de 440 séjours d'HDJ MCO. **Conclusion** : Cette enquête de l'APHJPA permet de dresser un état des lieux sur l'organisation, les moyens humains et techniques, les pratiques, l'activité et les difficultés rencontrées par les HDJ gériatriques et d'élaborer des pistes de réflexion pour continuer de satisfaire au mieux les besoins des patients et des « adresseurs » de ville ou hospitaliers, tout en répondant aux contraintes de la circulaire Frontière (pour l'HDJ MCO), en intégrant le principe de réalité d'une population fragile, d'un personnel toujours plus restreint et d'un accès aux plateaux techniques généralement très contraint.

#### A2-13-40

##### Quel avenir pour le Médecin Coordonnateur en EHPAD? Présentation de l'enquête nationale sur le Livre Blanc du Médecin Coordonnateur

G. Durel (1) ; S. Meyer (2)

(1) *Gériatrie, MCOOR, Saint-Domineuc* ; (2) *Gériatrie, MCOOR, Limoges*

**Introduction** : L'activité du Médecin Coordonnateur (MC) 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 aucune étude jusqu'alors n'avait permis d'identifier ces pratiques. Les modifications en cours des territoires de santé avec l'arrivée de nouvelles structures (PAERPA, PTA...) ou méthodes de travail (MAIA) nécessitent une réflexion de l'ensemble des acteurs et notamment des Médecins Coordonnateurs sur leur place au sein de ces dispositifs et au sein de leurs EHPAD. MCOOR a donc interrogé les médecins coordonnateurs et présentent les résultats et les propositions issus des réponses émanant de plus du tiers des médecins coordonnateurs exerçant en France. **Méthodes :** Questionnaire en ligne ayant recueilli plus de 700 réponses. Analyse statistique: Etude quantitative et qualitative des réponses selon le mode d'exercice des médecins coordonnateurs; Validation des propositions issues des réponses par le CA de MCCOR. **Résultats:** Les résultats de l'enquête permettent de mieux connaître les spécificités d'exercice selon les structures qui emploient un MC. Les variabilités d'exercice entre les organismes privés ou publics, lucratifs ou non lucratifs, autonome ou hospitalier sont exposés. La problématique de la prescription reflète des aspects différents selon l'implication des médecins traitants au sein des EHPAD, et il est impossible d'extraire de ce questionnaire une seule proposition pour répondre à cette question. Pourtant des solutions permettant une amélioration des pratiques en assurant une continuité des soins dans le cadre de bonnes pratiques sont possibles et MCOOR expose ses propositions. Les MC qui ont répondu à notre questionnaire sont expérimentés et bien formés avec plus de 66% d'entre eux qui disposent d'un DESC ou d'une Capacité de Gériatrie. L'urgence d'une réflexion sur la future formation des MC est posée et MCOOR se veut avec l'ensemble des acteurs de la gériatrie et de la gérontologie force de proposition. Un socle commun partagé par les médecins exerçant une activité de coordination devrait être couplé à une formation gériatrique reconnue au niveau national permettant de renforcer la légitimité du médecin au sein de son EHPAD et de l'inscrire en tant qu'expert Gérontologique de proximité sur le territoire au sein duquel il exerce. **Conclusion:** Un métier encore jeune mais déjà en mutation nécessite une meilleure connaissance des réalités, des difficultés et des spécificités d'exercice et cette enquête permet de partager avec l'ensemble de la communauté Gériatrique et Gérontologique les réalités de terrain. Des évolutions sont nécessaires, une redéfinition de la formation du futur MC est indispensable et MCOOR se veut dans cette dynamique force de proposition.

## A2-13-41

### **GRIMM, GeRIatric Multidisciplinary Meeting, une rencontre hospitalière angevine pour les professionnels de santé du troisième âge**

PY. Paré (1) ; R. Hureau-Huynh (1) ; J. Barré (1) ; A. Brangier (1) ; G. Duval (1) ; H. Rivière (1) ; L. Floch (2) ; JB. Mouzet (3) ; JM. De Boisjolly Bonnefoi (4) ; M. Boré (5) ; MP. Ombredane (6) ; S. Affagard (7) ; C. Annweiler (1)

(1) *Gérontologie clinique, C.H.U - CHU Angers, Angers;* (2) *Secteur 6, Centre Santé Mentale Angevin CESAME, Sainte-Gemmes-sur-Loire;* (3) *Soins de suite réadaptation de saint-barthélémy, C.H.U - CHU Angers, Angers;* (4) *Soins de suite réadaptation, Clinique Saint Claude, Trélazé;* (5) *Soins de longue durée et ehpad, Hôpital Local Saint-Nicolas, Angers;* (6) *Soins de longue durée et ehpad, Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle des Capucins, Angers;* (7) *Réseau de santé, Plateforme Gérontologique Angers Loire Métropole, Angers*

**Introduction :** L'équipe mobile de gériatrie (EMG) du CHU d'Angers organise depuis 2008 une réunion de coordination pluridisciplinaire gériatrique (RCP-G) avec ses différents partenaires médicaux et médico-sociaux du territoire de santé, afin d'améliorer les parcours des patients âgés et leurs orientations dans la filière de soins gériatriques. **Méthodes :** L'étude GRIMM (GeRIatric Multidisciplinary Meeting) analyse les dossiers de patients présentés en RCP-G sur l'année 2015. **Résultats :** 734 dossiers ont été présentés en RCP-G. Ils concernaient en majorité des femmes (n=471, 64,2%), d'âge moyen de 83,8 ans (ET 6,1 ans), vivant avec leur conjoint (n=270, 36,8%) ou seul (n=345, 47,0%), principalement à leur domicile personnel (n=482, 65,7%). La demande de prise en charge gériatrique émanait du médecin traitant (n=494, 67,3%), d'un spécialiste d'organe (n=140, 19,1%) ou d'un urgentiste (n=89, 12,1%). Le motif de la demande était un trouble cognitif (n=597, 81,3%) associé ou non à des troubles psychocomportementaux (n=319, 43,5%), une chute ou des problèmes d'équilibre (n=299, 40,7%), une prise de risque ou un refus d'aides à domicile (n=153, 20,8%), une dénutrition ou un syndrome inflammatoire (n=114, 15,5%). A l'issue de la RCP-G, il a été décidé une prise en charge dans la filière gériatrique du Centre Hospitalier Universitaire (n=464, 63,2%), dans une autre filière de soins (n=74, 10,1%) et une orientation vers la plateforme gérontologique d'appui aux professionnels de santé de premier recours et d'accompagnement des usagers (n=179, 24,4%). **Conclusion :** L'étude GRIMM a permis une analyse de l'offre de soins proposée à chaque situation de personne âgée, adaptée dans le temps et ciblant l'action des professionnels de santé.

## A2-13-42

### **Admission directe en SSR une opportunité ou perte de chance pour la personne âgées ?**

H. Chekroud (1) ; A. Petit (1) ; T. Chenu (1) ; P. Thierry (1) ; N. Defer (1) ; M. El Mouafek (2)

(1) *soins de suite et de réadaptation, GHLH, Loos;* (2) *Soins de suite, C.H. d'Arras, Arras*

**Introduction :** Durant l'année 2016, 63 patients âgés de plus de 70 ans ont été admis directement du domicile au sein de l'unité de soins de suite et de réadaptation. Ces hospitalisations étaient motivées par une situation complexe à la fois sur le plan social, médical ou psychoaffectif. Dans ce travail nous avons comparé la typologie des séjours de la population des Entrées Directes (groupe

ED) versus la population admise suite à un séjour en médecine ou en chirurgie (groupe MC). **Méthodes :** Il s'agit d'une enquête rétrospective portant sur l'exploitation des données PMIS SSR issues des dossiers d'hospitalisation. Le groupe ED comprend 63 patients admis directement du domicile et le groupe MC 460 patients admis à l'issue d'un séjour en médecine ou chirurgie. A chaque admission une fiche signalétique comportant plusieurs items (motif d'hospitalisation, données socio-économique, niveau d'autonomie à l'entrée, mode de sortie, durée de séjour..) était renseignée. Ces données ont été recueillies sur la base de l'outil PMSI soins de suite et traité via le logiciel PMSI pilot. Critère d'exclusion : les demandes d'admissions directe dans le cadre d'un séjours de repit; **Résultats :** La demande d'admission des patients dans le Groupe ED provenait majoritairement du médecin traitant (80% des cas) et plus rarement par les familles (20 %). Dans le Groupe MC, 93 % des demandes émanait directement du service d'hospitalisation (via l'outils trajectoire) et 7 % des patients eux même (ou de leurs famille), qui ne souhaitaient pas un retour direct à leur domicile. Parmi la population accueillie, 55,74 % des patients ont été repéré comme relevant d'un SSR Personnes âgées PolyPathologique ou a risque de dépendance (PAPP) dans le groupe ED versus 59 % en groupe MC. Les autres relevant d'un SSR polyvalent

Données	Groupe ED	Groupe MC
AGE (Moyen / Médian)	76 ,72/ 78 ans	77,06ans / 79 ans
DMS (Moyen / Médian) en jours	35,59j / 25 j	38,18 j / 31 j
% de Femme	81,83%	79,08%
Score dépendance globale grille PMSI à l'entrée /20	12,42	11,88
Case Mix en niveau en GME	Niv 2 : 10,87%	
Niv 1: 89,13 %	18,97 % niv 2	
	81,03 % niv 1	
Taux de transfert en urgence	12,07%	11,78%
Taux de retour à domicile	82,76 %	84,75%
Admission en EHPAD	3,45%	2,29%
Décès	1,72%	1,16%

Cette étude ne met pas en évidence de différences significatives entre les deux groupes en termes d'âge, de sexe ratio, de score de dépendance à l'entrée, ou encore de taux de transferts aux urgences ou en court séjour. Parmi le groupe ED, on note un nombre légèrement plus important de réorientation en EHPAD (+ 1,16%) ou de décès (+0,56%). En revanche, les items concernant les séjours sont sensiblement différents selon les groupes. Ainsi le Case Mix est plus varié: Alors que dans le groupe ED, 53% des motifs d'admission étaient liés à une affection et traumatisme du système ostéo-articulaire (CM 08), ce taux grimpe à plus de 76% dans le groupe MC. De même les autres motifs de recours aux services de santé (CM 23) étaient nettement plus représentés dans le groupe ED ( 22% des prises en charge) que chez leurs homologues du groupe MC ( 8 %). Concernant les niveaux de sévérités, ceux ci apparaissent plus important 19 % de niveau 2 dans le Groupe MC . Ce taux apparait assez logique compte tenu du fait que c'est dans le Groupe MC que l'on dénombre le plus de patients relevant d'un SSR PAPP. Le fait le plus notable concerne la DMS qui est sensiblement plus courte pour le groupe ED qu'il s'agisse de la

moyenne (- 2,59 jours) ou de la médiane (-5 jours). **Conclusion :** Il semble au regard de ces premiers résultats que l'admission directe des patients âgés en SSR ne constitue pas une perte de chance et peut, être une alternative à l'hospitalisation sous couvert du respect des critères d'éligibilité pour l'admission en SSR (Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation HAS 2013).

## A2-13-43

### Etat des lieux du repérage et de l'évaluation des personnes âgées fragiles en Maison de Santé Pluriprofessionnelle : étude descriptive transversale

E. Escourrou () ; V. Milon (1) ; F. Durrieu (1) ; B. Chicoulaa (1) ; S. Oustric (1)

(1) Département universitaire de médecine générale, Faculté de Médecine Rangueil, Toulouse

**Introduction :** Le nombre de personne âgée fragile augmente avec le vieillissement de la population. Leur prise en charge précoce pourrait permettre de retarder l'entrée dans la dépendance. Initialement réalisée en hospitalier, l'évaluation d'une personne âgée repérée fragile est maintenant réalisable en soins premiers. Cette évaluation gérontologique peut être réalisée dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), par un infirmier formé, via le protocole de délégation de tâches « médecin vers infirmier » proposé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Nous nous sommes interrogés sur le fonctionnement de ce nouveau mode d'évaluation et de prise en charge entièrement réalisé en soins premiers. Objectif: Etablir un état des lieux du fonctionnement du protocole de délégation de tâche pour le repérage, l'évaluation et la prise en charge de la personne âgée fragile en MSP dans notre région. **Méthodes :** Etude descriptive transversale réalisée entre octobre 2016 et janvier 2017. La population cible était l'ensemble des 16 MSP de notre région, identifiées par l'ARS comme étant engagées dans un protocole de repérage et d'évaluation des personnes âgées fragiles. Le recueil des données a été réalisé par questionnaire. Le questionnaire a été construit par le chercheur de l'étude en s'appuyant sur le cahier des charges du protocole de coopération de l'ARS, et les deux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant le repérage, l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées fragiles en soins premiers. Le questionnaire a ensuite été testé sur un panel de 3 médecins généralistes pour vérifier la faisabilité du recueil et l'intelligibilité des questions. Le questionnaire comprenait une première partie de 20 questions visant à recueillir le fonctionnement du protocole aux différents temps : repérage, évaluation et élaboration d'un plan personnalisé de soins, modalités de suivi. La seconde partie visait à recueillir le ressenti des professionnels impliqués interrogés à travers 5 questions ouvertes. Le questionnaire a été soumis lors d'un entretien téléphonique ou physique avec l'infirmier ou le médecin généraliste responsable du protocole dans la MSP concernée. **Résultats :** Les 16 MSP ayant adhéré au protocole ont participé à l'étude. Le repérage était réalisé par le médecin généraliste et l'infirmier en charge du protocole pour 9 MSP sur 16. Cinq MSP utilisaient la grille de repérage proposée dans le protocole et les recommandations de bonne pratique de la HAS : « Gerontopôle Frailty Screening Tool ». Concernant l'évaluation, quatorze MSP utilisaient le protocole de coopération de l'ARS sous la responsabilité d'un médecin généraliste et d'un infirmier. Les synthèses des évaluations étaient présentées en réunion de concertation pour l'ensemble des MSP, avec réalisation d'un compte rendu inséré dans le dossier médical

du patient. Concernant la prise en charge et le suivi : sept MSP ont élaboré un protocole de suivi par l'infirmier. Après analyse des réponses aux 5 questions ouvertes sur le ressenti des acteurs participant au protocole, trois profils de MSP se détachaient, représentant le résultat principal de notre étude : (1) les MSP avec mise en place du protocole il y a plus d'un an, en perte de vitesse pour le recrutement de nouveaux patients, (2) les MSP où le protocole est soutenu exclusivement par l'infirmier rendant parfois difficile la coopération inter professionnelle, (3) les MSP où la mise en place du protocole date de moins de 3 mois, actuellement en période de perfectionnement. **Conclusion** : L'échantillon de petite taille, centré seulement sur une région ne permet qu'une description à un instant « t » du fonctionnement de cette population. Cependant, cette étude originale permet de se rendre compte que le protocole de délégation de tâche est un outil prometteur mais encore d'utilisation hétérogène et parfois difficile dans notre région.

#### A2-13-44

##### **Coopération médecin-pharmacien pour la revue médicamenteuse (RM) des traitements chroniques des patients au sein de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) : Expérience de l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran**

M. Petit (1) ; J.J. Portier (2) ; B. Mozziconacci (2) ; C. Rocher (2) ; P. Le Garlantezec (1) ; S. Le Tohic (1)

(1) pharmacie, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Marseille; (2) Equipe mobile de gériatrie, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Marseille

**Introduction** : Du fait de la polyopathie, de la polymédication et de la multiplicité des prescripteurs, les personnes âgées ont un risque 2 fois plus important d'être victime de iatrogénie médicamenteuse qu'un patient jeune<sup>1</sup>. Elle représente 10% des hospitalisations chez les personnes de plus de 65 ans et 20% chez les octogénaires<sup>2</sup>. Depuis la loi n° 2004-806 relative à la politique de santé, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (PECM), notamment du sujet âgé, apparaît comme une nécessité. **Méthodes** : Un interne en pharmacie a été intégré en septembre 2016 à l'EMG, constituée d'un médecin gériatre et de 2 infirmiers (IDE). Les patients âgés les plus fragiles nécessitant une optimisation de leur traitement sont identifiés, dans les 72h suivants leur admission, par le gériatre ou par des requêtes informatiques (PHARMA®). Le risque de chute et leur degré de dépendance (GIR) sont réalisés par les IDE. L'interne réalise une RM des traitements chroniques selon la méthodologie de la HAS et formule des interventions pharmaceutiques (IP) selon la méthodologie de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). Il se base sur des recommandations de bon usage des médicaments chez le sujet âgé (outils STOPP/START et liste Laroche). Les IP sont discutées avec le gériatre et une fois acceptées, deviennent des interventions médico-pharmaceutiques (IMP). Leur mise en place est alors proposée à l'hôpital ou en ville aux médecins du service. Un bilan médicamenteux de sortie (BMS) et un suivi post-hospitalisation sont réalisés pour informer les professionnels de santé de ville du patient et permettre le suivi de ces IMP. **Résultats** : Parmi les 41 premiers patients, âgés de 80 ± 8,8 ans, 63% (n = 33) avaient un risque important de chute et 66% (n = 27) étaient dépendants (GIR 1-4). Ont été détectés, 357 problèmes, soit 9 ± 4 problèmes/patient : • 27% (n = 131) correspondent à la présence de médicaments potentiellement inappropriés (MPI), soit 3 ± 3/patient. Les plus fréquents sont les benzodiazépines (BZD) prescrites > 4 semaines (25%) et chez des patients ayant un risque de chute identifié (20,2%), ainsi que les

NLP (9,7%), les médicaments constipants (13,7%), les IPP > 8 semaines (7,3%) et les antidépresseurs tricycliques (4,8%). • 26% (n = 91) des problèmes correspondent à l'absence de médicaments recommandés, soit 2 ± 1/patient. Sur 241 IP proposées, comme l'ajout d'un traitement en prévention primaire (29%), l'arrêt de MPI (23%), l'adaptation de posologie (13%) ou l'ajout d'un traitement curatif (11%), 220 ont été acceptées par le gériatre. Sur 168 IMP à réaliser à l'hôpital, 1 seule a été refusée par les médecins des services (<1%), 128 (76,2%) acceptées et mises en place à l'hôpital et 39 IMP reportées pour une réalisation en ville par manque de temps à l'hôpital (23,2%). Après le suivi post-hospitalisation, 73% des IMP ont été acceptées par les médecins de ville. **Conclusion** : Les IMP proposées sont majoritairement acceptées, mises en place à l'hôpital et poursuivies en ville. La vision pharmaceutique axée sur le respect du bon usage des médicaments associée à l'expertise clinique du gériatre permettent ainsi de formuler des IMP pertinentes. La RM pluriprofessionnelle apparaît comme une nouvelle organisation de travail permettant de renforcer la sécurisation de la PECM du sujet âgé. Le transfert d'information de l'hôpital vers la ville par le BMS assure un bon suivi de ces IMP. 1 - Bégaud B, et al. Br J Clin Pharmacol, 2002; 2 - Pouyanne P et al. BMJ, 2000

#### A2-13-45

##### **La plateforme parcours patient du CHANGE : maîtriser la DMS du patient à risque de séjour prolongé, c'est aussi prendre soin de son parcours pour l'accompagner dans l'adaptation de son projet de vie**

F. Bellifa (1) ; D. Serlupp (2) ; V. Robin (3)

(1) Hôpital Annecy, Metz-Tessy; (2) Service social, Hôpital Annecy, Metz-Tessy; (3) Direction clientèle et parcours patient, Hôpital Annecy, Metz-Tessy

**Introduction** : Le CHANGE est confronté à une forte activité, conduisant de plus en plus fréquemment à déclarer « l'hôpital en tension ». Ces situations de crise impliquent des dispositifs de lits supplémentaires et des sorties rapides moins satisfaisants en terme d'accompagnement du patient. Optimiser la DMS est un moyen pour répondre à cette augmentation d'activité, en partant du postulat qu'il existe des séjours prolongés injustifiés médicalement, et potentiellement délétères pour des patients fragiles. L'objectif est alors de repérer précocement les patients à risque de séjour prolongé, pour individualiser leurs parcours, éviter la perte fonctionnelle et favoriser un parcours adapté à leurs besoins (« le bon patient, au bon endroit, au bon moment »). Ce suivi individualisé est assuré par une équipe pluridisciplinaire intra-hospitalière (médecin, infirmière, assistante sociale, secrétaire) repérant les patients en situation complexe, accompagnant la sortie, en lien avec l'unité de soins et les partenaires extérieurs. **Méthodes** : Points de vigilance: Le repérage précoce est important et a nécessité la création d'outils, et une communication dans les unités de soins et auprès des partenaires. L'appropriation en interne de ce dispositif a été lente, nécessitant un temps d'explication sur la complémentarité et non la concurrence aux équipes des unités de soins. Il n'existe pas de création de places, pouvant créer une frustration de ces équipes par rapport à des patients déjà en séjour prolongé à la date de création de ce dispositif. Le manque de relais extérieur est aussi un frein à notre action. **Eléments-clés de réussite** : Le soutien de la Direction et du Président de la CME, avec l'appui d'une délégation médico-administrative parcours patient est fondamental, avec l'engagement des financements nécessaires pour l'expérimentation. L'équipe pluridisciplinaire a des compétences larges, avec une

bonne connaissance des réseaux, que ce soit la compétence sociale (HAD, gériatrie CEG/SSR, PASS), infirmière (connaissance des unités de soins, expérience équipe de soins palliatifs) ou médicale (gériatre, médecin coordonnateur d'EHPAD et ancien médecin généraliste du secteur). La communication régulière en intra et en extra hospitalier (médecins et paramédicaux libéraux, SSR, filière gériatrique, conseil départemental, réseau de santé..) permet l'évolution et l'optimisation de notre travail en repérant dès les urgences les patients à risque de séjours prolongés. La création et le suivi d'indicateurs permettent aussi l'évaluation de la pertinence du dispositif, et donc son évolution rapide. **Résultats :** Résultats et éléments d'évaluation : Nous démontrons, par le suivi de nos indicateurs à 6 mois, que les possibilités du maintien à domicile, en respectant le souhait des patients, sont plus étendues que ne le laissent supposer les projets de sortie initialement décidés par les unités de soins hospitalières. Nous faisons évoluer le projet de sortie en proposant des solutions alternatives au maintien en hospitalisation, en attendant le projet d'entrée en institution. Le suivi sur 2 ans montre une baisse de la DMS de ces patients à risque de séjours prolongés, avec une maîtrise du nombre de ré hospitalisations. Les patients en attente d'EHPAD, sans autres alternatives possibles représentent un pourcentage non négligeable tout au long de l'année. Cette problématique nécessite une autre approche, comme celle qui est expérimentée par le centre hospitalier Pierre Oudot à Bourgoin-Jallieu : les lits « SAS ». Le maintien de l'hospitalisation par manque de places en SSIAD incite à la création d'un SSIAD hospitalier pour une réactivité plus importante avant de passer le relais à une équipe extérieure. **Conclusion :** En conclusion, la création d'une équipe pluridisciplinaire dédiée a permis de modifier l'organisation du parcours, par une prise en compte globale de la situation médicale et sociale du patient, et de structurer l'interface entre l'intra hospitalier et les partenaires extérieurs.

#### A2-13-46

##### **Prise en charge médicamenteuse de la personne âgée à l'hôpital: retour d'expériences au sein de 2 établissements de santé en France et au Québec**

F. Peillon (1) ; L. Bernard (1) ; G. Ducher (2) ; MO. Hager (3) ; P. Ledieu (4) ; Y. Lepley (5) ; J. Bohatier (5) ; V. Sautou (1)

(1) Pharmacie, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand; (2) Court Séjour Gériatrique, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand; (3) Court séjour gériatrique, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand; (4) Court séjour gériatrique, C.H. Guy Thomas, Riom; (5) Gérontopôle, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

**Introduction :** Depuis plusieurs années, l'espérance de vie de la population en France et au Québec ne cesse d'augmenter. Toutefois, ce vieillissement accru a entre autres pour conséquences d'augmenter la polypathologie et la polymédication dans cette population, majorant ainsi le risque iatrogène. La lutte contre cette iatrogénie médicamenteuse est devenue une priorité de santé publique dans le monde, obligeant les établissements de santé à s'organiser pour sécuriser chaque étape de la prise en charge médicamenteuse du patient. Quelles stratégies les hôpitaux de chacun des pays ont-ils mis en place pour sécuriser le circuit du médicament ? **Méthodes :** Par le biais d'un retour d'expériences de stages hospitalo-universitaires de 5<sup>e</sup> année de pharmacie de plusieurs mois en France et au Québec, nous avons établi une comparaison des actions de sécurisation du circuit du médicament entre les 2 établissements (CHU français et hôpital québécois).

Nous avons également étudié le rôle du pharmacien clinicien impliqué dans une équipe pluridisciplinaire prenant en charge des patients âgés. Une cartographie du circuit du médicament détaillant chaque étape a été réalisée. Le descriptif comparatif du processus a été effectué et couplé à une analyse des moyens de sécurisation associés. **Résultats :** Toutes les étapes du circuit du médicament présentent des convergences et des divergences exceptée l'étape de dispensation pour laquelle la phase de délivrance se distingue dans le centre hospitalier québécois par un système plus sécuritaire de délivrance nominative complètement automatisé. Le déroulement de la prescription et notamment le choix du médicament prioritairement dans le livret thérapeutique, le cadencement des livraisons des commandes, le stockage des médicaments dans l'armoire du service et le processus d'administration sont similaires en dans les 2 établissements. En revanche, il existe une différence majeure dans le support de prescription/administration utilisé, non unique (phase de retranscription) et toujours manuel dans le centre québécois. Le pharmacien y réalise une analyse de niveau 3 (présence quotidienne dans le service) de l'ensemble des ordonnances des patients âgés de l'établissement tandis que l'activité clinique du pharmacien français s'organise davantage en actions de bon usage par le biais de la COMEDIMS de l'établissement. **Conclusion :** Malgré les quelques divergences observées dans le circuit du médicament des 2 établissements, les pharmaciens cliniciens s'attachent à développer des interfaces fortes avec les services de soins pour diminuer la iatrogénie médicamenteuse. La structuration du circuit en processus ciblé sur la personne âgée, assurée par une coordination médecins-pharmaciens à l'hôpital doit permettre d'assurer la continuité des soins en ville et ainsi proposer au patient un parcours de soins personnalisé.

#### A2-13-47

##### **Projet de télémédecine en EHPAD dans une zone rurale de désertification médicale: méthode, bilan de l'expérience et synthèse pratique**

G. Pisca Donose (1) ; A. Plumereau (2) ; S. Guillemet (3) ; JH. Veyron (ANAP) (4) ; P. Frédéric (5) ; P. Charvin (6)

(1) Médical, Expertise et Soins, Suresnes; (2) Direction, Résidence Médicalisée La Capitainerie, Digoin; (3) Soins, Résidence Médicalisée La Capitainerie, Digoin; (4) Direction, ANAP, Paris; (5) Unité mobile de gériatrie, C.H. Paray-le-Monial, Paray-le-Monial; (6) Direction medico-sociale, DomusVi, Verdun-sur-le-Doubs

**Introduction :** En zone rurale, la démographie médicale pose un vrai problème pour la prise en charge de la population et les EHPAD sont encore plus impactés car ils ne trouvent pas suffisamment de médecins traitants pour suivre la totalité des résidents de la structure. Les résidents, âgés et poly-pathologiques forment une population fragilisée et à haut risque de décompensation, de complication et d'hospitalisation qui font appel aux ressources médicales en urgence, source de consommation médicale importante. Pour le suivi des résidents, la charge de travail médical peut être allégée par le service de la télémédecine : réduction du temps de déplacement, accès instantané au dossier médical informatisé, aux résultats des analyses et mesures biologiques mais aussi contact direct avec les spécialistes, donc possibilité de prise en charge de plus de résidents par le même médecin. **Méthodes :** La Résidence de la Capitainerie à Digoin (Groupe DomusVi), département de Saône-et-Loire, dans la région Bourgogne-Franche-Comté, implantée dans une zone de désertification médicale, fut choisie pour porter l'expérimentation

de télé-médecine, avec les téléconsultations par les médecins traitants de proximité. Un autre axe de travail a été la téléconsultation/télé-expertise gériatrique avec l'hôpital de proximité (CH Paray le Monial) et l'Unité Mobile de Gériatrie. La résidence est aussi intégrée dans un projet ANAP: La filière de soins gériatriques en Charolais Brionnais « l'Hôpital de demain » - Organisation des soins et recours spécialisés. En pratique, dans l'EHPAD le système utilise un chariot mobile HOPI Médical avec le logiciel Néolinks, la messagerie sécurisée MS Santé, et pour le dossier médical le logiciel NetSoins. Des postes distants sont installés au cabinet du médecin traitant, à l'hôpital ou à la Maison Pluri professionnelle de Santé. En fonction des besoins, dans la résidence, le chariot peut se déplacer au lit du malade, dans son environnement habituel, pour que le médecin requis puisse se rendre compte des conditions et comportements réelles du résident. **Résultats :** Les médecins traitants connaissent leurs patients dans la résidence et peuvent être sollicités pas le personnel soignant pour prendre des décisions médicales. Ils peuvent consulter le patient à distance, consulter le dossier médical, avoir les résultats des examens, faire des observations et des prescriptions à distance à l'aide du logiciel de soins et du système de télé-médecine, le tout sans se déplacer. Les résidents et leurs familles sont informés de consentent l'accès au dossier informatisé et donnent l'accord pour la télé-médecine. Aucun refus n'a été enregistré. Avec l'hôpital l'organisation est différente : En première étape le gériatre de l'UMG est venu dans l'EHPAD, a participé à la commission gériatrique, a rencontré les équipes et discuté les problématiques majeures de l'établissement. A cette occasion il a listé les besoins et a connu les patients à risque, leur profil et leur contexte. Les médecins traitants ont été informés et ils ont tous été d'accord avec la démarche. Après installation du système il a été testé dans la résidence et validé en comparant les informations directes et en télé-médecine. Après validation il a été mise en place une organisation spécifique avec une plage horaire dédiée et une périodicité mensuelle ; coté résidence, une équipe pluridisciplinaire propose les cas à soumettre et prépare le résident pour la téléconsultation. Le médecin requis étudie la demande et le dossier en amont, réalise la téléconsultation et après il débriefe avec l'équipe, puis rédige un compte rendu transmis au médecin traitant. La grande majorité des consultations a été pour des résidents présentant des troubles du comportement et toutes les préconisations nécessitant prescriptions ont été suivies par le médecin traitant. **Conclusion :** A ce jour, l'état de santé des patients suivis en téléconsultation s'est amélioré, les familles sont contentes et rassurées et les professionnels de l'EHPAD sont valorisés. Ils ont amélioré leurs conditions de travail, et les résidents leur qualité de vie. Ils restent dans leur lieu de vie, entourés des soignants qu'ils connaissent et ne sont pas perturbés par le changement d'environnement. Plusieurs hospitalisations et transports médicalisés ont ainsi pu être évités. Tous sont demandeurs d'augmenter le nombre et la fréquence des téléconsultations et le temps de transport économisé par le médecin de l'UMG pourra permettre une amélioration dans ce sens.

## A2-13-48

### Sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients âgés par la conciliation médicamenteuse à l'admission dans le cadre de l'équipe mobile de gériatrie : Mise en place à l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran

M. Petit (1) ; J.J. Portier (2) ; P. Le Garlantezec (1) ; S. Le Tohic (1) (1) pharmacie, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Marseille; (2) Equipe mobile de gériatrie, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Marseille

**Introduction :** La continuité du parcours de soins du patient est fragilisée aux points de transition thérapeutique, que sont l'admission, les transferts et la sortie de l'hôpital. Cela affecte la qualité et la sécurité du parcours de soins, ce qui peut avoir des conséquences particulièrement graves chez le sujet âgé. En effet, cette population, première consommatrice de soins, est entourée par une multiplicité de professionnels de santé. Leur coordination apparaît alors comme essentielle. **Méthodes :** L'EMG de notre hôpital intervient à la demande des médecins des services. Sur sollicitation du gériatre, une CMA peut y être associée pour les patients les plus fragiles, dans les 72h après son admission. Le pharmacien intégré à l'EMG réalise le bilan médicamenteux optimisé (BMO) et évalue l'observance du patient. Les divergences entre le BMO et l'ordonnance prescrite à l'admission sont listées et discutées avec le médecin du service. Les divergences non intentionnelles (DNI) sont corrigées, évitant une erreur médicamenteuse (EM), et les divergences intentionnelles non documentées (DIND) par le médecin sont justifiées dans le compte-rendu de la CMA. **Résultats :** Les 41 premiers patients étaient âgés de  $80 \pm 8,8$  ans et étaient principalement hospitalisés en chirurgie orthopédique (n = 11), en pneumologie (n = 10), en médecine interne (n = 6) et en cardiologie (n = 6). Le test d'observance de Gireard a pu être réalisé chez 15 patients : 8 sont bons observants, 5 non observants mineurs et 2 sont non observants. Pour formaliser le BMO,  $4 \pm 1$  sources ont été consultées, les plus fréquentes étant les ordonnances papiers (23%), les dossiers patients des urgences (20%), l'entretien avec le pharmacien d'officine (12%) et l'entretien avec le patient (11%). Lors de la comparaison du BMO à l'ordonnance à l'admission, 382 divergences ont été identifiées, soit  $9 \pm 3$  divergences par patient. Soixante-seize pourcents sont des DI (n = 292), dont 23% n'étaient pas documentées (n = 86), soit  $2 \pm 2$  DIND par patient à l'admission. Vingt-quatre pourcents sont des DNI (n = 90), dont 20% ont été modifiées après notre appel (n = 75), soit  $2 \pm 3$  DNI par patient. Les DNI les plus fréquentes sont des oublis de prescription de médicaments habituellement pris par le patient (67%), des modifications de posologies (19%) et des ajouts de médicaments (9%). Les DIND et les DNI, constituant une importante source d'EM, représentent environ la moitié des divergences (47%). **Conclusion :** A l'admission d'un patient âgé, le risque majeurs d'EM sont les interruptions de traitements chroniques. Ces EM sont des facteurs de prolongations d'hospitalisations voire de ré-hospitalisations précoces du sujet âgé. Dans un premier temps, la CMA permet d'intercepter les EM à ce premier point de transition et elle sera complétée par la mise en place de la conciliation médicamenteuse de sortie. La sécurisation du parcours de soins du sujet âgé passe ainsi par une coopération pluridisciplinaire et le décloisonnement entre la ville et l'hôpital, notamment dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse du patient.



**A2-13-49****Amélioration de la prise en charge médicamenteuse - Retour d'expérience de 15 EHPAD franciliens**

L. Bonneau (1) ; A. De Saunière (1) ; JP. Flouzat (2) ; V. Godinot (1) ; S. Talem (3) ; L. Noirot (3) ; F. Bienvenot (3) ; B. Dufay (1)  
(1) Département Qualité Sécurité Pharmacie Médicament Biologie, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Paris; (2) Direction de l'autonomie, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Paris; (3) -, Cabinet Adopale, Paris

**Introduction :** Le risque d'iatrogenie est souvent important en EHPAD du fait L'Île d'une organisation souvent non-optimale de la prise en charge médicamenteuse (PECM), de prescriptions inadaptées ou insuffisamment réévaluées, et de la polymédication des résidents. Or, la réduction de la iatrogénie médicamenteuse passe par l'amélioration des pratiques et des organisations en matière de PECM. Aussi, l'ARS Île de France a mis en place une phase pilote ayant pour objet de tester des actions et outils d'amélioration de la PECM. **Méthodes :** Dans un premier temps, l'ARS a travaillé avec des professionnels de terrain pour définir les actions prioritaires à tester et leurs indicateurs de suivi, proposer des modalités de mise œuvre et choisir voire élaborer des outils opérationnels en appui de chaque action. La phase pilote a consisté en un plan d'actions testées par 15 EHPAD volontaires de la région. Ce plan d'actions comportait 14 actions réparties selon 3 axes principaux (gouvernance, efficacité des prescriptions, sécurisation de l'administration), et était accompagné d'un kit de 22 outils opérationnels. Les EHPAD « pilotes » ont été accompagnés pendant 10 mois, en groupe de 2 à 4 EHPAD, au rythme d'une réunion tous les 2 mois. **Résultats :** A l'issue de la phase pilote, une progression notable a été observée avec 74% des EHPAD ayant mis en place toutes les actions proposées versus 21% au départ. Les facteurs clés de succès ont été l'implication des médecins coordonnateurs, IDEC et pharmaciens, le travail en groupe favorisant le partage d'expérience et le suivi rapproché de l'avancement des actions. La mise en place d'une gouvernance en matière de PECM (identification d'un référent PECM est apparue comme un pré-requis pour la mise en œuvre des actions d'amélioration. L'auto-évaluation des pratiques en matière de PECM via l'outil INTERDIAG a eu un grand succès et a permis à tous les EHPAD de mettre en évidence leurs priorités d'amélioration. Afin de réduire la prescription de médicament inappropriés à la personne âgée, les EHPAD ont jugé très utile de disposer d'une liste préférentielle de médicaments, précisant si les médicaments étaient écrasables et les alternatives galéniques. De plus, il ressort de l'accompagnement des établissements pilotes, que la traçabilité de l'administration ainsi que l'efficacité de la prescription peuvent être améliorées avec des projets de nouveaux outils informatiques. **Conclusion :** A présent, l'ARS Île de France prépare le déploiement de ce plan d'actions à l'échelle de la région, pour en faire bénéficier un maximum d'EHPAD. Pour ce faire, un grand nombre d'acteurs sont impliqués, des transferts de compétence ainsi que des journées de sensibilisation seront organisés, et les outils opérationnels développés pendant cette phase pilote ont été mis en ligne sur la boîte à outils PECM en EHPAD de l'Agence.

**A2-13-50****Cellule de coordination gérontologique Rhône-Sud - Appuis pour les situations complexes - Retour sur un an d'expérience**

N. Jomard (1) ; C. Gauthiez (2) ; M. Bonnefoy (3)  
(1) Equipe Mobile de gériatrie extra-hospitalière, Hospices Civils de Lyon, Pierre-Bénite; (2) Maia Lyon-sud, Maison de la Métropole d'Irigny, Irigny; (3) Gériatrie, CHU Lyon Sud, Lyon

**Introduction :** Depuis la création de l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière (EMG-EH) et de la MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie), les professionnels de ces deux équipes ont constaté une file active commune de près de 25% sur l'année 2014-2015. Les situations complexes concernant des personnes âgées à domicile sont donc souvent signalées à plusieurs instances en même temps. Les professionnels de santé ne savent pas toujours vers qui se tourner pour être soutenus dans leur accompagnement. L'idée d'une coordination renforcée pilotée à la fois par l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière et la MAIA a ainsi émergé. **Méthodes :** La cellule de coordination gérontologique Rhône-Sud (CCGRS) se réunit depuis le 31 mai 2016 une fois par semaine pour étudier les demandes de prise en charge en gestion de cas et les demandes de visites à domicile à l'équipe mobile. La CCGRS ne se substitue pas aux professionnels existants et s'adosse aux dispositifs de proximité sur le territoire pour informer/orienter les professionnels vers les ressources adaptées, proposer un appui à l'élaboration du parcours de santé, activer les dispositifs de droit commun ou dérogatoires, mobiliser les expertises et ressources gériatriques, gerontopsychiatriques et médico-sociales et assurer le suivi des situations complexes en concertation avec les partenaires locaux. Au sein de la filière gérontologique Rhône-Sud un formulaire dédié à l'appui des situations complexes a été créé et diffusé à tous les membres. **Résultats :** Entre le 31 mai 2016 et le 31 mai 2017, 351 situations ont été discutées en staff hebdomadaire qui ont abouti à - 241 visites à domicile par l'EMG-EH. - 31 visites à domicile par la MAIA avec 27 inclusion en gestion de cas; - 23 visites conjointes EMG-EH et MAIA; - 1 visite conjointe MAIA - Equipe mobile de géronto-psychiatrie. La majorité des situations ont été orientées par le secteur sanitaire (77%). L'âge moyen des patients était de 84 ans. Dix patients résidaient en résidence autonomie, 8 en EHPAD et 333 à domicile. Aucun aidant n'était identifié pour 117 patients. Le délai moyen d'intervention entre la réception de la fiche de signalement et la visite à domicile était de 17 jours. Le dispositif dispose d'un comité de pilotage organisé par la filière gérontologique Rhône Sud pour tracer son activité et améliorer son fonctionnement. **Conclusion :** La coordination des situations complexes est un point clé pour limiter les ruptures de parcours du sujet âgé. Le rapprochement de la MAIA et de l'EMG-EH permet une action de proximité qui adapte directement la réponse à la situation présentée. Les professionnels de santé ont ainsi une porte d'entrée commune. Un comité de pilotage vérifie que les objectifs sont remplis et permettra d'améliorer le fonctionnement de ce service innovant.

**A2-13-51****Les outils SI au service des acteurs gérontologiques, de l'évolution des pratiques professionnelles et de la coordination du parcours des personnes âgées – L'exemple des MAIA en Ile-de-France**

L. Luquel (1) ; E. Bataille (2) ; C. Barbieux (2) ; I. Leroux (2) ; V. Charnay-Faure (2) ; C. Battais (2)

(1) *Gériatrie, Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias, Ballainvilliers*; (2) *Département parcours, GCS SESAN, Paris*

**Introduction :** Depuis 2014, en Ile-de-France, les MAIA se sont généralisées dans un écosystème hospitalier, médico-social et social, avec un maillage territorial commun avec les filières gériatriques, les réseaux, les CLIC, les équipes mobiles... La méthodologie MAIA s'appuie sur trois axes principaux : • Concertation des acteurs de la gériatrie et de la gérontologie; • Guichet Intégré : Accueil, information et orientation; • Gestion de cas : Du maintien à domicile "complexe" à l'institutionnalisation. A travers les MAIA, déclinés pour la personne âgée, les problématiques de l'orchestration des parcours de soins, de la réponse adéquate et graduée aux besoins de la personne et des « cas complexes », transversales à l'organisation du système de santé. Avec la CNSA avec l'ASIP Santé, les équipes MAIA ont pour objectif la mise en place de Systèmes d'Information (SI) favorisant ces trois axes. L'ARS Ile-de-France a coordonné la mise en place d'un SI régional, s'appuyant sur les dynamiques territoriales et tenant compte de leurs spécificités. La maîtrise d'ouvrage a été confiée au GCS SESAN (Groupement de Coopération Sanitaire E-Santé régional). **Méthodes :** Les représentants des MAIA, des filières gériatriques et du médico-social ont participé aux travaux. Les équipes MAIA avaient en charge de remonter les besoins exprimés par les tables tactiques et de se concerter avec les professionnels de leur territoire. En parallèle, SESAN a mené le volet SI du programme national PAERPA pour 3 arrondissements parisiens. Plusieurs ateliers ont permis l'émergence de besoins partagés avec la région et de volets spécifiques, expérimentés sur les territoires PAERPA. Un travail de convergence des différentes initiatives a été mené pour : • Eviter la multiplication d'outils SI différents et favoriser les extensions sur des SI ayant déjà fait leurs preuves sur le secteur hospitalier (ROR, ViaTrajectoire); • Proposer des outils ouverts à l'ensemble des professionnels; • Favoriser la participation de la personne comme acteur de son parcours. **Résultats :** Le SI du Parcours Gérontologique prend la forme du site Maillage, en réponse au "Guichet Intégré", portail départemental unique d'accès aux solutions du SI Gérontologique : • Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) : Référentiel de description de l'offre de santé, il permet de connaître l'offre des acteurs et leur contact. • Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation : outil de repérage et de signalement de perte d'autonomie, accessible à tout acteur. • Lisa : Développé via PAERPA, il permet aux professionnels intervenant auprès de la personne de partager des alertes et de coordonner leurs interventions. • ViaTrajectoire : Porteur du dossier national d'admission, son objectif est d'aider à l'orientation de la personne vers les structures d'hébergement et d'accueil de jour, en concertation avec le médecin traitant, l'utilisateur et l'aidant. La "Gestion de cas" a été outillée avec des SI dont l'objectif est la réalisation d'un Plan de Santé Individualisé (PSI). L'orchestration du PSI se concrétise dans Lisa. L'ensemble des outils permettent la consolidation de données d'analyse des parcours dans des observatoires, mis à disposition des professionnels. Ils outillent une concertation entre les acteurs du territoire, de la filière gériatrique

et un dialogue avec les tutelles. L'outil Hygie Protocoles permet le partage de pratiques professionnelles, de référentiels de prise en charge, d'outils de score, dans l'objectif de favoriser l'amélioration des pratiques. **Conclusion :** Le SI Gérontologique est en cours de mise en place en Ile-de-France. Il s'inscrit en cohérence avec la gradation de la prise en charge des personnes âgées. La démarche SI a été un appui à la structuration d'une concertation territoriale et à un « incubateur » de nouvelles pratiques professionnelles sur les territoires MAIA et PAERPA. Des travaux sont en cours pour élargir la mise en place d'un SI coordonné autour des personnes en situation de handicap. Le programme Territoire de Santé Numérique (TSN) a permis l'émergence d'outils SI de coordination pluri-thématiques entre professionnels. La mise en place de Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) pluri professionnelles préfigure des coordinations territoriales "coordonnées". Ils sont structurants d'une approche multi-parcours, en cohérence avec le SI Gérontologique mis en place, les besoins professionnels de santé et les usagers.

**A2-14-52****Déterminants de la prescription d'anticoagulants oraux chez la personne âgée avec fibrillation atriale et survie à 1 an**

M. Deidda (1) ; I. Martin (1) ; S. Da Silva (1) ; E. Mazen (1) ; M. Dipanda (1) ; S. Asgassou (1) ; P. ManckoundiaA (1) ; P. Jouanny (1)

(1) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon*

**Introduction :** La fibrillation atriale (FA) est l'arythmie la plus fréquente chez les personnes âgées, particulièrement exposées aux risques thromboemboliques en l'absence d'anticoagulation. Notre étude évalue les déterminants induisant la prescription d'anticoagulants oraux (ACO) à travers une analyse des pratiques professionnelles des praticiens gériatres et généralistes. **Méthodes:** Etude monocentrique rétrospective descriptive de 100 patients consécutifs en FA hospitalisés en gériatrie aiguë à Champmaillot. Dans un deuxième temps, étude prospective du suivi à un an des patients par une enquête auprès de leurs médecins généralistes. **Résultats :** Sur les 100 patients inclus, 85% avaient des antécédents connus de FA. Parmi ces derniers, 74,1% étaient sous ACO à l'entrée. Le traitement par ACO à la sortie était significativement corrélé au traitement anticoagulant à l'entrée ( $p < 0,0001$ ). Les déterminants significatifs de la non-prescription d'ACO sont le risque hémorragique (Hasbled  $2.9 \pm 0.9$  vs  $2.3 \pm 0.9$  ;  $p < 0,01$ ) et la polyopathie (Charlson  $8.3 \pm 2.1$  vs  $7.2 \pm 2.2$  ;  $p < 0,05$ ). Sur les 93 patients sortis vivants de l'hôpital, 81 ont été évalués à 1 an. Le pronostic est défavorable avec un taux de mortalité de 40.7% (33/81). Le taux d'événements indésirables sous ACO à un an est élevé avec 7% d'AVC et 15% d'hémorragies. Il y avait significativement moins de décès dans sous ACO à un an (23.3 vs 71.9% ;  $p < 0,05$ ). **Conclusion :** Cette étude montre un fort pourcentage d'anticoagulation chez les patients tout au long du suivi. Le choix de l'anticoagulation apparaît corrélé aux facteurs de risque et aux déterminants de la fragilité des patients âgés. Le taux de décès est moindre à 1 an sous traitement mais la présence d'effets indésirables importants à un an pourrait amener à la prescription en première intention d'anticoagulants oraux directs qui semblent avoir un meilleur ratio efficacité/tolérance/facilité d'utilisation y compris chez la personne âgée polyopathologique

**A2-14-53****Une phlébite révélée par une cécité monoculaire**

M. Pepin (1) ; C. Picart (1) ; A. De Thezy (1) ; E. Fercot (1) ; L. Boujday (1) ; O. Auzel (2) ; T. Cudennec (1) ; S. Moulias (1) ; L. Teillet (3)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt;*  
 (2) *Cardiologie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt;*  
 (3) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

**Introduction :** Le foramen ovale perméable (FOP) réalise un court chenal inter-atrial. Il s'agit de la persistance du canal de Botal qui assure pendant la vie fœtale un court-circuit de la circulation pulmonaire. La fréquence du foramen ovale perméable (FOP) à l'âge adulte varie en fonction des études et du mode d'évaluation (anatomo-clinique, échographique) de 15 à environ 25 %.

**Méthodes:** Mme G., 90 ans est admise en chirurgie vasculaire pour une ischémie critique du membre supérieur gauche. Une chirurgie de thrombectomie permet de lever l'ischémie mais la patiente semble confuse en post-opératoire. Elle est donc transférée vers le service de gériatrie. Malgré la confusion, elle dit clairement être « aveugle » de l'œil droit depuis le matin... L'examen ophtalmologique confirme l'hypothèse d'une occlusion de l'artère centrale de la rétine. Un examen clinique « approfondi » révèle aussi une asymétrie des deux membres inférieurs. Le doppler retrouve une thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche. **Résultats :** Afin d'être « unicistes », nous évoquons la possibilité d'un foramen ovale perméable et d'une embolie paradoxale. Celui-ci est confirmé par l'échocardiographie avec épreuve de bulles. Mme G. a donc probablement d'abord présenté une phlébite du membre inférieur gauche. Après une remontée dans les cavités cardiaques droites, le thrombus a profité d'un FO déjà ouvert ou entraîné sa réouverture pour partir dans l'oreille gauche. De là, il a embolisé dans le membre supérieur, l'œil (et le cerveau). **Conclusion :** Le FOP n'est pas systématiquement recherché sur une échocardiographie standard. La réalisation d'une épreuve de bulles nécessite la présence d'un cathéter veineux. Elle permet de mettre en évidence un shunt droit-gauche en conditions basales ou sensibilisé par une manœuvre de Valsalva. Les indications de fermeture restent peu fréquentes, dans le cas du rare syndrome platypnée-orthodéoxie notamment.

**A2-14-54****Syndrôme cave supérieur : quelle prise en charge ?**

A. De Thézy (1) ; M. Pépin (2) ; M. Coudert (1) ; L. Teillet (3) ; T. Cudennec (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt;*  
 (2) *Médecine gériatrique, HU-PIFO site Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt;*  
 (3) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

**Introduction :** Le syndrome de compression de la veine cave supérieure (SCVCS) est une urgence diagnostique. La prise en charge consiste en un traitement étiologique. Les étiologies sont largement dominées par les causes néoplasiques notamment pulmonaires. Une corticothérapie est souvent introduite bien que n'ayant jamais fait preuve de son efficacité. La pose d'endoprothèse vasculaire est une technique rapide, efficace sur les symptômes et associée à une faible morbidité. **Méthodes :** Un patient de 83 ans est hospitalisé pour une AEG avec apparition semi-récente d'œdèmes

cervical et des membres supérieurs, une dyspnée au moindre effort, une dysphagie aux solides ainsi qu'une amyotrophie des membres inférieurs et une perte de 8 kilos en plusieurs semaines. Devant cette suspicion SCVCS, un TDM puis une fibroscopie bronchique sont réalisés. Nous diagnostiquons un carcinome à grandes cellules peu différencié de type épidermoïde compliqué de thromboses étendues jugulaire et sous-clavière. **Résultats :** Le score de Stanford permet de quantifier la sévérité de la sténose et de distinguer les patients chez qui une endoprothèse cave supérieure est indiquée. Les complications les plus fréquentes sont la sténose intra-stent et le saignement. Toutefois, la réouverture d'une sténose cave supérieure entraînant un retour cardiaque rapide du troisième secteur peut générer un « overload syndrome » avec hypertension artérielle pulmonaire pré-capillaire et œdème pulmonaire. Il faut donc évaluer la fonction cardiaque en amont de cette intervention et parfois surveiller les patients en unité de soins intensifs. Un traitement anticoagulant est par la suite instauré pour une durée de deux mois. **Conclusion :** Au vu de la taille des thromboses et de l'absence de lit d'aval chez ce patient, il n'a pas été possible de proposer une angioplastie luminale. L'état général de ce patient étant trop précaire pour une radio ou chimiothérapie, une prise en charge palliative a été instaurée ainsi qu'une corticothérapie et un traitement anticoagulant. Le patient est décédé deux mois plus tard en EHPAD.

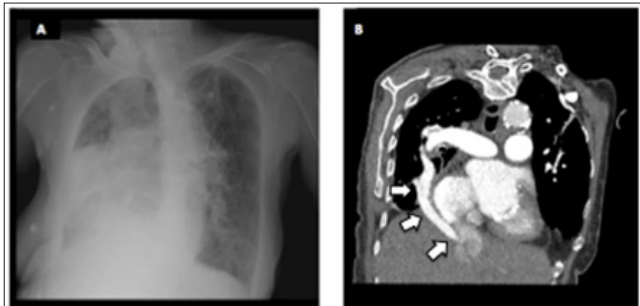
**A2-14-55****Description d'un cas de syndrome de Cimeterre chez une patiente de 86 ans**

MA. Desoutter (1) ; N. Faucher (1) ; A. Raynaud-Simon (1) ; M. Sanchez (1)

(1) *Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*

**Introduction :** Le syndrome de cimeterre est une malformation cardio pulmonaire congénitale rare associée à un retour veineux pulmonaire anormal dans la veine cave inférieure. Son expression clinique et sa gravité sont liées au shunt et aux malformations associées allant de l'intolérance dès les premiers jours de vie à une découverte fortuite à l'âge adulte. **Méthodes :** Nous décrivons le cas d'une patiente de 86 ans hospitalisée dans le service de gériatrie de l'hôpital Bichat pour décompensation cardio-respiratoire associée à un syndrome de Cimeterre. **Résultats :** Cette patiente ayant pour principal antécédent une HTA rapporte une symptomatologie de dyspnée d'effort et des infections respiratoires à répétition depuis l'enfance. Une radiographie réalisée à l'âge de 6 ans lui diagnostiquait un "situs inversus" devant une déviation majeure de la silhouette cardiaque vers la droite (aspect retrouvé sur les radiographies récentes, Figure A). Ces dernières années, une errance diagnostique demeure avec l'apparition d'une insuffisance respiratoire chronique nécessitant une oxygénothérapie de longue durée : la gazométrie artérielle retrouve une hypoxémie et une hypercapnie, et les explorations fonctionnelles respiratoires un trouble ventilatoire mixte. Ce n'est finalement qu'en 2016, au décours d'une décompensation cardiaque sur fibrillation atriale (FA) qu'elle bénéficiera d'une échographie cardiaque et d'un scanner thoracique objectivant la malformation à l'âge de 85 ans. À nouveau hospitalisée dans notre service pour le même tableau, la réalisation d'un angioscanner thoracique nous permet de constater une nouvelle fois ce syndrome : une des veines pulmonaires droites décrit un arc de cercle avant de se jeter dans la veine cave inférieure (figure B). L'évolution clinique est favorable grâce à une prise en

charge classique de insuffisance cardiaque permettant à la patiente le retour au domicile avec une autonomie préservée pour les actes simples de la vie quotidienne. **Conclusion :** Le syndrome de Cimeterre reste méconnu en médecine adulte avec des présentations polymorphes et un pronostic très variable comme en témoigne la longévité de cette patiente malgré un diagnostic ignoré pendant plus de 80 ans.



#### A2-14-56

##### **Patients sous anticoagulants oraux : de la nécessité d'adapter les traitements en Soins de Suite et Réadaptation Gériatrique (SSRG)**

F. Barge (1) ; A. Lepelletier (1) ; M. Berlioz-Thibal (2) ; E. Le Fur (3) ; G. Berrut (4)

(1) Pharmacie, CHU de Nantes - Hôtel-Dieu, Nantes; (2) Médecine aigüe gériatrique, CHU de Nantes, Nantes; (3) Soins de suite gériatrique, CHU de Nantes, Nantes; (4) Pole de gérontologie clinique, C.H.U de Nantes, Nantes

**Introduction :** Les anticoagulants oraux directs (AOD) représentent une alternative aux anti-vitamines K (AVK). Leur prescription doit prendre en compte le bénéfice thérapeutique souhaité, le risque hémorragique et l'observance des traitements. L'objectif de cette étude est d'évaluer la prescription et la réévaluation des traitements par anticoagulants oraux lors de l'hospitalisation d'un patient en SSRG. **Méthodes :** Etude observationnelle rétrospective incluant 32 patients sur une période de 6 mois. Les inclusions ont été faites à partir des Bilans Médicamenteux Optimisés réalisés lors de la conciliation médicamenteuse. Les données comprenaient : âge, sexe, anticoagulant prescrit, indication et clairance rénale du patient (Cockcroft et Gault). Les critères de réévaluation du traitement anticoagulant prenaient en compte : instauration de traitement, modification du schéma posologique, changement par un autre anticoagulant, arrêt ou poursuite (sans modification). **Résultats :** L'âge moyen était de 88 ans, 72% étaient des femmes. 12% n'ont eu aucune modification de leur traitement anticoagulant. 25% ont eu une instauration (systématiquement un AVK en curatif et un AOD en préventif). L'anticoagulant a été arrêté pour 19% des patients (5 pour risque hémorragique et 1 pour hépatite médicamenteuse sous Apixaban). 25% ont eu une modification du schéma posologique (5 patients sous-dosés sous fluindione et 2 patients surdosés sous warfarine). 19% ont eu un changement d'anticoagulant lié au mauvais contrôle de l'INR (4 fluindione substitué par warfarine et 2 autres dans le sens AVK vers AOD). **Conclusion :** Les prescriptions d'entrée et de sortie démontrent un net recul de la fluindione (de 54 à 31%), une augmentation des prescriptions de warfarine (de 29 à 38%) et de rivaroxaban (de 13 à 31%), s'expliquant par un meilleur équilibre de l'INR sous warfarine chez la personne âgée. Les AVK restent le traitement curatif de référence, alors qu'à titre préventif les AOD sont de plus en plus prescrits. Toutefois l'état

de la fonction rénale, facteur limitant à l'utilisation des AOD, ainsi qu'une bonne observance sont des facteurs à prendre en compte lors de leur prescription. Des recommandations de prescriptions des anticoagulants ont été rédigées, par un groupe de travail pluriprofessionnel, afin de sécuriser la prise en charge des personnes âgées.

#### A2-14-57

##### **Hypovitaminose D initiale et apparition d'une hypotension orthostatique chez les personnes âgées: résultats préliminaires de l'étude MERE**

G. Duval (1) ; A. Brangier (2) ; J. Barré (1) ; C. Launay (1) ; O. Beauchet (1) ; C. Annweiler (1)

(1) Gérontologie clinique, C.H.U - CHU Angers, Angers; (2) Gériatrie, CHU Angers, Angers

**Introduction :** L'association entre l'hypovitaminose D (HVD) et l'hypotension orthostatique (HO) implique des récepteurs spécifiques de la vitamine D dans les cellules de la paroi des vaisseaux sanguins et dans les neurones responsables du baroréflexe. Les études précédentes étaient limitées par leur conception transversale qui empêchait de conclure à une relation causale. L'objectif de cette étude longitudinale prospective était de déterminer chez les personnes âgées si l'HVD initiale était associée à l'apparition de l'HO après 12 mois de suivi. **Méthodes :** Les mesures de la pression artérielle (PA) lors d'une première visite et lors d'une visite de suivi à 12 mois et des dosages sériques de la 25-hydroxyvitamine D (25 OHD) lors de la première visite ont été effectuées chez 51 participants initialement sans HO (moyenne,  $82,0 \pm 4,7$  ans; 49,0% de sexe féminin, moyenne de 25 OHD,  $54,8 \pm 26,9$  nmol/L) d'une cohorte observationnelle prospective unicentrique : étude MERE. L'HVD a été définie comme 25OHD sérique  $\leq 25$  nmol/L et une HO globale, par une baisse de PA systolique  $\geq 20$  mmHg (c.-à-d. HO systolique, S-HO) et / ou une baisse de PA diastolique  $\geq 10$  mmHg (c.-à-d. HO diastolique, D-HO) dans les 3 minutes en position debout. L'âge, le sexe, le nombre de comorbidités, l'utilisation de médicaments antihypertenseurs, l'utilisation d'une supplémentation en vitamine D et la concentration sérique en l'hormone parathyroïdienne ont été utilisés comme facteurs de confusion potentiels. **Résultats :** Les 18 participants (35,3%) qui ont développé une HO à la deuxième visite avaient plus souvent une HVD initiale que ceux ne développant pas d'HO (38,9% vs 9,1%,  $P = 0,010$ ). L'HVD initiale a été corrélée positivement à l'apparition de D-HO pendant le suivi ( $P = 0,006$ ). L'HVD a été associée à l'apparition d'une HO globale après 12 mois (OR = 3,36,  $P = 0,017$ ), persistant après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels (OR = 18,20,  $P = 0,041$ ). **Conclusion :** L'HVD initiale a été associée à l'apparition d'une HO dans les 12 mois chez les personnes âgées de cette cohorte. Nos résultats fournissent de nouvelles preuves sur l'implication de l'HVD dans le contrôle de la PA en montrant que l'HVD précède l'apparition de l'HO chez les personnes âgées.

**A2-14-58****Survivre à un arrêt cardio-respiratoire à 87 ans**

M. Pepin (1) ; C. Picart (1) ; A. De Thezy (1) ; S. De La Roche Saint André (1) ; F. Bavozet (2) ; S. Moulias (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt;*  
(2) *Réanimation, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*

**Introduction :** La proportion des patients âgés admis dans les services de réanimation augmente. Le pronostic de l'arrêt cardiaque pré-hospitalier est sombre quel que soit l'âge avec 90 % de mortalité au 30ème jour. Chez le sujet âgé, ce taux de mortalité est encore plus important que chez le plus sujet plus jeune. Les survivants même âgés ont en revanche un pronostic fonctionnel neurologique plutôt bon avec une préservation de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne dans 70 à 100 % des cas. **Méthodes :** Nous rapportons ici le cas de M. D., âgé de 87 ans, pris en charge au décours d'un arrêt cardiaque pré-hospitalier. Lors de sa séance hebdomadaire de bridge, M. D., médecin retraité, présente un malaise brutal avec perte de connaissance. Il est massé par les témoins soit un no flow évalué à moins de 3 minutes. Le défibrillateur semi-automatique délivre un premier choc électrique externe avant l'arrivée des pompiers. Il recevra au total 4 chocs électriques externes avant de récupérer une activité mécanique sous catécholamines, low flow estimé à 20 min. **Résultats :** En réanimation, il présente des éléments en faveur d'un infarctus inférieur pour lequel il reçoit des anticoagulants et antiagrégants malgré un déficit en facteur XI qui l'expose à un risque hémorragique important. Il présente une dysfonction bi-ventriculaire sévère. Les réanimateurs décident d'une prise en charge peu agressive compte tenu de l'âge du patient. M. D. est transféré en gériatrie après 6 jours. Il est conscient mais ralenti et confus, avec une désorientation temporelle et des difficultés en mémoire antérograde. Dans le service, il s'améliore progressivement sur le plan neurologique, marche sans aide. Il est capable de converser et d'élaborer, il améliore son atteinte mnésique. Il rentre à domicile au bout de 15 jours, capable de monter les 3 étages qui lui permettent de rejoindre son appartement. **Conclusion :** Les facteurs pronostiques de survie après un arrêt cardiaque pré-hospitalier chez les sujets âgés restent les mêmes : notamment durée du no flow, présence d'un rythme « chocable ». Le pronostic neurologique en cas de survie n'est pas nécessairement catastrophique.

**A2-14-59****Embolie pulmonaire chez le patient âgé de plus de 80 ans : étude rétrospective comparative de 180 patients**

M. Bordage (1) ; L. Goodrich (2) ; F. Roca (3) ; H. Levesque (4) ; Y. Benhamou (4) ; G. Armengol (4)

(1) *Médecine interne gériatrique, ERFPS, Rouen;* (2) *Médecine interne gériatrique, C.H.U Rouen, Rouen;* (3) *Service de médecine interne gériatrique, Chu De Rouen, Rouen;* (4) *Médecine interne, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen*

**Introduction :** L'Embolie Pulmonaire (EP) est fréquente, particulièrement chez le sujet âgé. Peu de travaux concernent cette population spécifique. L'objectif de notre travail était d'identifier les caractéristiques des patients de plus de 80 ans hospitalisés pour EP, en comparaison avec les sujets plus jeunes. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude descriptive monocentrique rétrospective, menée sur une période s'étendant de janvier 2012 à décembre 2013, dans un service de médecine interne. Tous les patients hospitalisés pour EP ont été inclus dans l'étude. Les caractéristiques démographiques

et cliniques des patients ont été recueillies, ainsi que les données biologiques et d'imagerie. Enfin, le traitement et le devenir des patients ont été colligés. **Résultats :** Au total, 180 patients ont été inclus, âgés en moyenne de  $65,8 \pm 20,7$  ans. Le groupe 2 (plus de 80 ans) comportait 62 patients (34,4 %). Dans ce groupe, la dyspnée et l'hypoxémie étaient plus fréquents (74 % vs 58 %,  $p=0,028$  et 72,9 mmHg vs 87,5,  $p=0,004$ ). L'EP était également plus grave avec un sPESI plus élevé, plus de signes de cœur pulmonaire au scanner et des biomarqueurs (troponine et NT-proBNP) plus fréquemment élevés. Le traitement reposait principalement sur les AVK, avec une moindre utilisation du rivaroxaban dans le groupe 2. Le scanner abdomino-pelvien présentait une bonne performance diagnostique, révélant un cancer dans 22,0 % de cas dans le groupe 2. Le pronostic des patients âgés était plus sombre, avec une mortalité extra-hospitalière élevée (15 % vs 6 %,  $p=0,048$ ). **Conclusion :** Notre travail souligne la présentation particulière des EP chez les sujets âgés de plus de 80 ans. Une étude spécifiquement dédiée à la population âgée pourrait être intéressante, afin de déterminer la prise en charge optimale chez ces patients à risque élevé de décès.

**A2-14-60****Cardiomyopathie de stress ou Syndrome de Tako-Tsubo : les patients sont à risque de récurrence. A propos d'un cas**

E. Chidlovskii (1) ; M. Daudin (1) ; A. Ledoyen (1) ; G. Vanzetto (2) ; P. Couturier (1)

(1) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes, Grenoble;* (2) *Clinique universitaire de cardiologie, CHU Grenoble Alpes, Grenoble*

**Introduction :** Décrite pour la première fois au Japon en 1990, la cardiomyopathie de stress ou syndrome de Tako Tsubo (STT) est classée parmi les syndromes coronariens aigus (SCA) avec sus-décalage du segment ST telle la variante angineuse: syndrome de Prinzmetal. La présentation clinique, les résultats électrocardiographiques et le profil des biomarqueurs sont souvent similaires à celles d'un SCA. Le STT est généralement reconnu comme une affection bénigne. Cependant, les patients sont à risque de récurrence, et ce, des années après le premier événement. **Méthodes :** Une patiente aux antécédents d'hypertension artérielle, de diabète de type 2, d'accident vasculaire cérébral transitoire et de cardiomyopathie ischémique à FEVG préservée (notion de SCA en 1982 et 1984) est prise en charge à l'USIC pour douleur thoracique d'apparition brutale précédée de vomissements. La douleur irradie dans les deux omoplates et les deux bras. La tension artérielle est à 83/50 mmHg, la fréquence cardiaque à 76 bpm, on ne note pas de signes de surcharge pulmonaire. L'ECG retrouve un rythme sinusal régulier avec sus-décalage du segment ST dans le territoire antéro-apical. L'échocardiographie objective une FEVG à 15% avec ventricule gauche (VG) non dilaté, non hypertrophique ainsi qu'une hypokinésie sévère antéro-inféro-septo-apicale avec aspect de ballonnisation apicale du VG, et hypercinésie limitée des bases. Sur le plan biologique : troponine à 10.45 microg/l, CPK à 297 UI/l, LDL-cholestérol à 0.75 g/L, HbA1c à 5.6 %. La coronarographie retrouve un réseau coronaire sain, avec une ventriculographie évoquant un STT. Sur le plan thérapeutique, une anticoagulation curative temporaire est introduite devant la grande défaillance du VG. Aucun facteur de stress physique ou psychologique négatif ou positif n'a été retrouvé. L'évolution clinique est rapidement favorable avec normalisation des biomarqueurs cardiaques. On note une amélioration de la fonction cardiaque au contrôle échographique à 7 jours avec FEVG récupérée à 40 %, akinésie

apicale large, pressions de remplissage du VG normales. **Résultats:** Le STT vient du japonais tako/piège-tsubo/poulpe, en raison de la forme prise par le VG. Sa fréquence serait de 1,5 à 3% des SCA ST+. L'incidence est beaucoup plus élevée (de 80 à 100%) chez les femmes ménopausées, âgées de 55 à 75 ans, sans facteurs de risques cardiovasculaires ni cardiomyopathie sous-jacente. Déclenché par des événements malheureux ou heureux, l'évolution du STT est très souvent favorable avec restitutio ad integrum dans la majorité des cas. Des complications graves, comme des décès, des troubles du rythme cardiaque sévères, des chocs cardiogéniques ont été aussi décrits. Dans l'International Takotsubo Registry aucune circonstance déclenchante n'a été retrouvée dans 73% des cas et le risque de récurrence a été estimé à 1,8% patient/année, allant de 25 jours à 9,2 ans après le premier événement. C'est le cas de notre patiente. Au vu des résultats récents de coronarographie indiquant l'absence de séquelles ischémiques et d'une FEVG conservée lors des échocardiographies de suivi par son cardiologue, il est possible que les épisodes passés de SCA en 1982 et 1984, comme le dernier épisode décrit, entrent dans le cadre d'un STT récidivant. L'introduction de bêtabloquant a été proposée en phase aigüe du STT mais aussi au long cours en prévention de la récurrence. Dans l'International Takotsubo Registry, 32,5% des patients souffrant de STT prenaient des bêtabloquants avant l'évènement aigu et, sur 57 patients présentant une récurrence de STT, 29 prenaient des bêtabloquants au moment du deuxième évènement. Ces données suggèrent que les bêtabloquants ne sont pas efficaces dans la prévention de la cardiomyopathie de Tako-Tsubo. Dans le même registre, l'utilisation des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) semble être associée à une meilleure survie à 1 an. **Conclusion :** Les données actuelles suggèrent qu'une vasoconstriction profonde et prolongée de la microcirculation coronaire est la cause principale de STT. Des essais futurs permettront probablement d'identifier les patients à risque de complications ou de récurrence de STT, mais aussi la gestion thérapeutique optimale.

#### A2-14-61

##### **Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI) du sujet âgé ; dépistage, épidémiologie et facteurs de risques. Etude d'une population dans une unité de soins gériatrique**

F. Arbia Boudjelthia (1) ; C. Jeandel (2) ; H. Blain (2) ; B. de Wazières (3)

(1) médecine interne, CHU Hassani Abdokader, Sidi Bel Abbès, Algérie; (2) Gériatrie, C.H.U. de Montpellier, Montpellier; (3) Médecine gériatrique, CHRU de NÎMES, Nîmes

**Introduction :** Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité dans les pays industrialisés et sont en progression constante dans les pays émergents. Savoir dépister et guetter ces maladies et leurs complications devient une nécessité pour tout clinicien. Il existe une corrélation entre les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les atteintes coronariennes et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI). L'étude REACH retrouvait une association d'au moins 2 pathologies vasculaires à une AOMI dans 15,9% des cas. L'index de pression systolique (IPS) partie intégrante de l'examen clinique, reconnu actuellement comme le marqueur de risque indépendant de morbidité cardio-vasculaire (CV) le plus puissant après l'âge est un examen non invasif, rapide et simple, malheureusement peu pratiqué il permet de dépister une AOMI infraclinique. Nos objectifs c'est de connaître et dépister les patients porteurs

d'AOMI dans une structure de soins gériatrique (centre antonine balmas de Montpellier), étudier les autres localisations athéromateuses associées (AVC, IDM, coronaropathie.) et enfin évalué les connaissances de l'équipe médicale sur l'IPS et l'AOMI. **Méthodes:** Étude épidémiologique descriptive prospective par mesure d'IPS (La valeur moyenne de l'IPS chez le sujet normal est de  $1,10 \pm 0,10$ . Les seuils de normalité retenus sont entre 0,90 et 1,30). Cette étude est observationnelle, sans aucune modification des pratiques médicales. **Résultats :** - Le travail a permis un dépistage de 16 patients artéritiques sur un total de 42 patients (23 hommes et 19 femmes) vus en hospitalisation durant la période février et mars 2017. - Plus du tiers des patients (38%) avaient été définis à haut risque cardio-vasculaire selon les critères de l'ACC et étaient porteur d'une AOMI diagnostiqué par IPS. - Parmi les 16 patients ; 10 présentés une AOMI asymptomatique et 6 une AOMI non compensé (4 patients artéritiques déjà connus). - l'âge moyen est de 77,81 ans, les extrêmes d'âges étés entre 69 ans - 88 ans. - 14,28% étaient tabagiques (sevré au moins de 3 ans). - 16,66 consommaient régulièrement de l'alcool (plus de 2 vers /S et un apéritif). - 33,33 % étaient hypertendus (dont 3 patient duper+). - 26,6% étaient diabétiques. - 14,28% étaient coronariens. - 14,3 ont présentés un AVC et un patient a présenté un AIT. - 8 patients seulement étés sous trithérapie recommandés. Les résultats obtenus étaient globalement comparables avec ceux de la littérature. Ils permettent de préciser plusieurs points : L'âge est désormais un FDR CV essentiel et l'AOMI croît avec l'âge. Plus d'un patient à risque dépisté sur trois (38%) était porteur d'une AOMI, plus la moitié d'entre elles étaient méconnues du médecin. Ces artérites étaient infracliniques sept fois sur dix. **Conclusion :** Le dépistage technique (IPS, doppler) doit donc être promu. Nous pouvons attirer l'attention du médecin pour optimiser le dépistage de cette maladie. Il est nécessaire de dépister l'AOMI préclinique chez les sujets à risque et particulièrement les sujets âgés. Dépistons, évitons les complications et surtout sauvons des vies.

#### A2-15-62

##### **Score prédictif de mortalité intra-hospitalière chez les sujets ages infectés par le virus du Chikungunya en Martinique**

L. Godaert (1) ; S. Barholet (2) ; F. Dorléans (3) ; F. Najioullah (4); JL. Fanon (1) ; M. Dramé (5)

1) Pôle de Gériatrie et Gériatrie, CHU Martinique, Le Lamentin; (2) Pôle de gériatrie et gériatrie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique; (3) Cellule inter-régionale d'épidémiologie, ARS Martinique, Fort-de-France, Martinique; (4) Service de virologie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique; (5) Unité d'aide méthodologique, CHU, Reims

**Introduction :** Le virus du Chikungunya est un alpha-virus transmis par les moustiques de type Aedes. L'infection se transmet sur un mode endémo-épidémique avec une prévalence importante dans les populations non-immunisées. Les observations faites lors des épidémies récentes ont mis en évidence un excès de mortalité, rapportée à l'infection par le virus du Chikungunya (IVCk). Les taux de mortalité ainsi que les facteurs de risques restent encore largement méconnus, notamment dans la population âgée qui est très peu étudiée dans la littérature. Le but de notre travail était de créer un outil de prédiction du risque de mortalité intra-hospitalière dans une population de sujets âgés hospitalisés pour une IVCk en phase aiguë. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle menée au Centre Hospitalier Universitaire de Martinique (CHUM). Entre le 10 janvier et le 31 décembre 2014, tous les sujets âgés de

65 ans et plus, admis dans une unité du CHUM avec un diagnostic biologique positif d'IVCK par RT-PCR ont été considérés comme éligibles. Les données cliniques et sociodémographiques ont été recueillies sur base des dossiers médicaux. Un score prédictif a été créé à partir des facteurs prédictifs de la mortalité intra-hospitalière. Une courbe ROC a été utilisée pour déterminer le seuil le plus discriminant. L'analyse par bootstrap a été utilisée pour évaluer la validité interne du score. **Résultats :** Au total, 385 patients âgés de 65 ans et plus ont été inclus (âge moyen 80±8 ans). La moitié d'entre eux étaient des femmes et 35 (9.1%) sont décédés durant le séjour à l'hôpital. Nous avons mis en évidence sept signes/symptômes cliniques indépendamment associés avec la mortalité intra-hospitalière : une décompensation cardio-vasculaire (12 points); une infection respiratoire concomitante (10 points) ; un déficit sensitivomoteur de novo (8 points); l'absence de douleur musculo-squelettique (3 points); un antécédent d'alcoolisme actif (3 points); des signes digestifs associés (2 points); la présence d'un syndrome confusionnel ou d'une désorientation temporo-spatiale de novo (2 points). L'aire sous la courbe était excellente (0.90; 95% IC: 0.86-0.94). Le seuil le plus discriminant était un score  $\geq 8$  points; la sensibilité était à 91% (82%-100%) et la spécificité à 75% (70%-80%). **Conclusion :** Un score basé sur des critères cliniques faciles à recueillir dès l'admission permet de prédire le risque de mortalité intra-hospitalière chez des sujets âgés admis pour une IVCK. Ce score peut se révéler très utile en période épidémique, afin d'orienter la prise en charge de cette population.

#### A2-15-63

##### Score de dépistage de l'infection par le virus du Chikungunya adapté à la population âgée de 65 ans et plus : développement et validation interne

L. Godaert (1) ; S. Barholet (2) ; F. Najioullah (3) ; M. Hentzien (4); JL. Fanon (1) ; M. Dramé (5)

(1) Pôle de Gériatrie et Gérontologie, CHU Martinique, Le Lamentin; (2) Pôle de gériatrie et gérontologie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique; (3) Service de virologie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique; (4) Service des maladies infectieuses, CHU, Reims; (5) Unité d'aide méthodologique, CHU, Reims

**Introduction :** L'infection par le virus du Chikungunya (IVCK) se répand sur un mode endémo-épidémique. La phase aiguë de l'infection se caractérise par une fièvre et des douleurs articulaires très invalidantes. Dans les populations non-immunisées, la prévalence de l'infection est élevée et peut atteindre près de 50%. En période épidémique, le recours au système de santé par les populations touchées est important. Etablir un diagnostic est nécessaire pour adapter la prise en charge car des diagnostics différentiels existent, tout particulièrement dans la population âgée plus fragile. Les scores de dépistages établis dans les populations jeunes ont montré des performances médiocres dans la population âgée. Et le diagnostic biologique de certitude n'est pas réalisable en routine lors d'une épidémie. Le but de notre travail était de créer et de valider un score de dépistage de l'IVCK dans une population de sujets âgés admise aux urgences. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle menée au Centre Hospitalier et Universitaire Martinique (CHUM). Entre le 10 janvier et le 31 décembre 2014, tous les patients âgés de 65 ans et plus, se présentant au service des urgences du CHUM avec une symptomatologie évocatrice d'une IVCK (Fièvre et/ou arthralgie), ayant bénéficié d'un diagnostic biologique pour l'IVCK par RT-

PCR ont été considérés comme éligibles. Les données cliniques, biologiques et sociodémographiques ont été recueillies. Le diagnostic par RT-PCR a été considéré comme le gold standard. Un score de dépistage a été créé à partir des facteurs associés avec un résultat positif de la RT-PCR pour l'IVCK. Une courbe ROC a été utilisée pour déterminer le seuil le plus discriminant. L'analyse par bootstrap a été utilisée pour évaluer la validité interne du score. **Résultats :** Au total, 687 patients ont été inclus, 68% avec un diagnostic confirmé par RT-PCR d'IVCK, et 32% avec un diagnostic non-confirmé par RT-PCR. L'âge moyen des patients était de 80±8 ans, et 51% étaient des femmes. Quatre variables ont été identifiées comme indépendamment associées avec un RT-PCR positive (fièvre: 3 points; arthralgie de la cheville: 2 points; lymphopénie: 6 points; absence de neutrophilie: 10 points). Le seuil le plus discriminant était un score  $\geq 12$ ; la sensibilité était de 87% (83%-90%) et la spécificité de 70% (63%-76%). **Conclusion :** Ce score de dépistage d'une IVCK spécifique de la population âgée a de bonnes performances et une bonne validation interne. En période épidémique, le recours à un score de dépistage permettra d'orienter la prise en charge.

#### A2-15-65

##### Une pneumonie à *Pneumocystis jirovecii* chez une patiente de 92 ans après une cure de corticothérapie. Quels en sont les mécanismes physiopathologiques ?

E. Chidlovskii (1) ; A. Ledoyen (1) ; C. Dentan (2) ; ML. Chardon-Tourne (1) ; V. Mercier Cubizolles (1) ; P. Couturier (1)  
(1) Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, CHU Grenoble Alpes, Grenoble; (2) Clinique universitaire des maladies infectieuses, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

**Introduction :** La pneumocystose humaine est due à un champignon, *Pneumocystis jirovecii*, spécifique de l'homme. Il se développe principalement dans les poumons de patients immunodéprimés. Par ailleurs, la corticothérapie altère les réponses immunitaire et inflammatoire en exposant aux infections graves, souvent à germes opportunistes. Nous rapportons un cas de pneumocystose chez une patiente hospitalisée pour une insuffisance respiratoire et traitée par corticothérapie pour une anémie hémolytique auto-immune (AHA). **Méthodes :** Une patiente de 92 ans, autonome à domicile, aux antécédents d'insuffisance rénale chronique stade 3B et de myélodysplasie est hospitalisée pour une insuffisance respiratoire d'apparition progressive. L'auscultation pulmonaire retrouve des crépitations secs bilatéraux. Le scanner thoracique montre des plages en verre dépoli du lobe supérieur gauche et des deux bases pouvant correspondre à des foyers infectieux. La recherche de *Legionella pneumophila*, de *Mycoplasma Pneumoniae* et de *Chlamydia Pneumoniae* revient négative. Devant l'évolution clinique défavorable sous antibiothérapie probabiliste par Tazobactam-Piperacilline/Roxithromycine, une fibroscopie bronchique est réalisée, retrouvant un aspect d'hémorragie alvéolaire. La quantification du génome du cytomégalovirus, du virus herpès simplex et du virus varicelle-zona dans le liquide broncho-alvéolaire conclut à une charge virale négative. La recherche d'ADN de *Pneumocystis jirovecii* par PCR quantitative revient positive à 28 000 copies/ml, compatible avec une pneumocystose débutante. La numération des lymphocytes T par cytométrie de flux retrouve des lymphocytes CD4 à 0,27 G/L (Normale: 0,70-1,10) et CD8 à 0,22 G/L (Normale: 0,50- 0,90). La sérologie du VIH et la recherche de l'Antigène P24 est négative. L'anamnèse minutieuse rapporte une cure récente de corticothérapie à 1 mg/kg/jour pendant cinq

semaines (charge totale de 1800mg) pour une AHAI sur IgG anti-globulines dans le contexte de sa pathologie hématologique sans autre traitement immunomodulateur. L'antibiothérapie probabiliste est remplacée par Cotrimoxazole, associé à une corticothérapie.

**Résultats :** La pneumocystose pulmonaire se traduit par une triade classique : fièvre, toux sèche et dyspnée d'apparition progressive. Au début, l'auscultation pulmonaire est normale. La radiographie objective un infiltrat interstitiel diffus bilatéral à prédominance hilare avec un aspect en verre dépoli au scanner thoracique. En cas de retard diagnostique, les patients présentent un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë. Sont exposés au risque de pneumocystose les patients en état d'immunodépression tel que l'infection par le VIH, la transplantation d'organe ou de moelle osseuse, les hémopathies (leucémies aiguës, lymphomes), les collagénoses (Maladie de Wegener, périartérite noueuse, lupus), les chimiothérapies. Le diagnostic est réalisé par examen direct après coloration du LBA. La PCR quantitative peut être utile au diagnostic surtout en cas de pauci-infection. Les glucocorticoïdes (GC) affectent principalement l'immunité cellulaire. Ils augmentent le nombre de polynucléaires neutrophiles circulants mais inhibent leur activation et diminuent leur chimiotactisme et leur phagocytose. Ils altèrent les fonctions des monocytes-macrophages. Ils inhibent la transcription des gènes codant pour la synthèse des cytokines pro-inflammatoires et diminuent le nombre de lymphocytes circulants surtout la sous-population T. Le risque infectieux semble être corrélé à l'effet de la dose quotidienne (supérieure ou égale à 10 mg/j), de la dose cumulée (supérieure ou égale à 700mg) ou de la durée de la corticothérapie (supérieure ou égale à 14 jours). La survenue de l'infection opportuniste chez notre patiente semble être en lien avec la dose cumulée de corticoïdes de 1800mg. **Conclusion :** La pneumocystose reste une infection grave pouvant survenir chez tous les patients immunodéprimés. La prévention du risque infectieux lié à la corticothérapie passe par l'optimisation de la durée et de la dose du traitement.

#### A2-15-65

##### Place du DARI dans la gestion du risque infectieux en EHPAD-USLD au CHU de Rouen

K. Guignery-Kadri (1) ; C. Lebaron (2) ; S. Mias (2) ; E. Dussard (1) ; B. Arson (1) ; H. Marini (2) ; A. Kadi (3) ; V. Merle (2)  
(1) EHPAD-USLD Boucicaut, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen;  
(2) Dpias, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen; (3) Hôpital d'Oissel, CHU De Rouen, Rouen

**Introduction :** Le document d'analyse du risque infectieux (DARI) s'inscrit dans le cadre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social qui constitue une déclinaison dans les établissements médico-sociaux (EMS) du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins et dont l'objectif est de mobiliser les EMS sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux pour une meilleure sécurité des résidents tout en tenant compte de leurs spécificités et des moyens disponibles. **Méthodes :** Le DARI est un outil d'auto-évaluation (fichier Excel) élaboré par un groupe de travail GREPHH dont l'objectif est d'accompagner les établissements pour établir leur bilan sur les moyens mis en place pour lutter contre les Infections Associées aux Soins et les prévenir. La démarche d'analyse se fait en 3 étapes : une évaluation du risque, une gestion du risque et une communication sur le risque. Il permet de dégager les points forts et les points faibles de l'organisation de l'EHPAD-USLD et d'élaborer un plan d'actions d'amélioration (rapport automatisé

obtenu à la fin de cette évaluation). Dans le cadre de l'évaluation interne et externe des EHPAD, le pôle EHPAD-USLD du CHU de Rouen a mis en place un groupe de travail pluridisciplinaire regroupant des professionnels des EHPAD, des USLD et du DPIAS (Département de prévention des infections associées aux soins) dont la mission est la gestion du risque infectieux en EHPAD-USLD. L'utilisation annuelle du DARI a permis d'analyser le niveau de maîtrise du risque infectieux sur le pôle EHPAD-USLD, d'élaborer le programme d'actions prioritaires, de prévoir le calendrier de réalisation du programme d'actions prioritaires et la périodicité des évaluations du programme. Le comité de pilotage se réunit 2 fois par an. Des groupes de travail pluridisciplinaires se sont réunis parallèlement en fonction des thématiques de travail retenues. **Résultats :** Le DARI est permis depuis 2013 d'établir un pourcentage d'objectifs atteints en termes de gestion du risque infectieux en EHPAD-USLD avec une nette progression des scores depuis 4 ans.

	06/2013	02/2015	04/2016	04/2017
% d'objectifs atteints	88,7%	92,7%	94,1%	96,6%

D'autre part, il a permis de mettre en exergue des thématiques nécessitant une réflexion pluridisciplinaire afin d'élaborer des procédures et/ou protocoles de prise en charge au profil du pôle EHPAD-USLD. La prévention et la prise en charge de la grippe en EHPAD-USLD a fait l'objet d'un programme de formation annuelle en collaboration avec la médecine du travail, le DPIAS et un médecin d'USLD afin de promouvoir la vaccination antigrippale du personnel soignant et d'améliorer la prise en charge d'une épidémie grippale en institution. La prévention et la prise en charge de la gastro-entérite aigue en institution a fait l'objet de la rédaction d'un protocole institutionnel tout comme l'aérosolthérapie en EHPAD-USLD et l'entretien des chariots mobiles. **Conclusion :** Le DARI s'avère donc être un outil très utile et performant d'auto-évaluation de la gestion du risque infectieux en EHPAD-USLD qui permet de dégager les points forts et les points faibles de l'organisation de l'EHPAD-USLD et d'élaborer un plan d'actions d'amélioration de façon annuelle dans le cadre d'une amélioration continue de la qualité pour une meilleure sécurité des résidents.

#### A2-15-66

##### Une dyspnée dans un contexte d'épidémie grippale : un diagnostic peut en cacher un autre...

A. Ledoyen (1) ; E. Chidlovskii (1) ; B. Rivière (1) ; C. Rohan (1) ; P. Couturier (1)  
(1) Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes, Grenoble

**Introduction :** La dyspnée est un motif fréquent d'hospitalisation. Elle correspond à une perception anormale de la respiration. L'analyse séméiologique d'une dyspnée est essentielle avant toute investigation étiologique. On distingue les dyspnées inspiratoires, expiratoires et les dyspnées à rythme particulier (Kussmaul et Cheyne-Stokes). **Méthodes :** Un patient de 83ans, grabataire, aux antécédents d'hypertension artérielle, de démence à Corps de Léwy et d'AVC ischémique est hospitalisé pour dyspnée fébrile depuis 3 jours dans un contexte d'épidémie grippale à l'EHPAD où il réside. L'examen clinique objective une dyspnée inspiratoire associée à une aphonie ainsi qu'une impossibilité de déglutition. Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire. La radiographie



pulmonaire n'objective pas de foyer infectieux, le rachis cervical est masqué par l'extrémité céphalique en hyperflexion. La TDM thoracique conclue à un corps étranger de l'hypopharynx (partie postérieure du larynx) ainsi qu'à une pneumopathie basale droite. Le corps étranger s'avère être la prothèse dentaire supérieure du patient. En reprenant les données anamnestiques, une notion de fausse route est retrouvée 24 heures après l'apparition de la dyspnée fébrile. Le retrait du corps étranger s'est fait par pince de Magyll sous contrôle laryngoscopique et le traitement de la pneumopathie par antibiothérapie et oxygénothérapie. **Résultats :** La dyspnée laryngée est inspiratoire. Elle correspond à un allongement du temps inspiratoire, supérieur au temps expiratoire, lié au rétrécissement de la filière laryngée. Elle s'accompagne parfois d'un tirage inspiratoire sus-claviculaire, sus-sternal ou d'un cornage caractéristique. Elle peut être précédée d'une dysphonie. L'irruption dans les voies aériennes d'un corps étranger est toujours marquée par un syndrome clinique : le syndrome de pénétration. Chez l'adulte, les corps étrangers à l'origine d'inhalation peuvent être métalliques ou biologiques (alimentaires). Les facteurs de risque d'inhalation sont les troubles de déglutition (post-AVC, syndrome parkinsonien...), le mauvais état bucco-dentaire, les troubles cognitifs, les troubles de vigilance (confusion hypovigile, iatrogène...)... Le siège du corps étranger est essentiellement bronchique (75%) plus fréquemment à droite en raison de la disposition anatomique de la bronche souche droite; parfois trachéal (15%) et plus rarement laryngé (10% des cas). Les conséquences de l'inhalation d'un corps étranger sont graves: les pics de décès liés à cette inhalation sont constatés pour les enfants de moins de 1 an et les adultes de plus de 75ans. De plus, l'incidence des décès augmente pour les plus de 75 ans jusqu'à un maximum aux alentours de 85ans. Contrairement à l'inhalation chez l'enfant, les manifestations cliniques de l'adulte sont plus frustrées comme une toux chronique, une douleur thoracique, une hémoptysie ou un wheezing. Dans les cas de corps étrangers laryngés, la symptomatologie dépend de la taille de l'obstruction. Elle va du wheezing pour une obstruction incomplète à l'asphyxie aigue pour une obstruction complète. La localisation dans le tiers des cas de corps étrangers laryngés est supra-glottique. L'imagerie (radiographie cervico-thoracique, tomodynamométrie) contribue au diagnostic d'inhalation de corps étranger, si celui-ci est radio-opaque, mais ne doit en aucun cas retarder la prise en charge en cas d'asphyxie. Le diagnostic sera confirmé par la laryngoscopie voire la bronchoscopie en cas de corps étrangers plus distaux. En cas de corps étranger asphyxique, la prise en charge doit être immédiate avec un retrait, sous contrôle laryngoscopique, par pince de Magyll. Uniquement en cas d'asphyxie suraiguë avec mort imminente, la manœuvre de Heimlich pourra être tentée. Dans le cas gravissime d'un arrêt respiratoire, si l'intubation orotrachéale est impossible, un geste de trachéotomie s'impose. Pour notre patient, l'extraction de la prothèse dentaire a été réalisée par pince de Magyll sous contrôle laryngoscopique. **Conclusion :** La dyspnée laryngée de l'adulte peut être aigue mais également chronique et peut parfois engager le pronostic vital. Chez la personne âgée, en cas de dyspnée inspiratoire, l'inhalation doit être évoquée et le syndrome de pénétration recherché à l'anamnèse.

## A2-15-67

### Qualité de l'antibiothérapie des infections urinaires en EHPAD

M. Salmon (1) ; R. Girard (2) ; S. Gaujard (1)  
(1) *Gériatrie, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon;* (2) *Unité d'hygiène et épidémiologie, C.H. Lyon Sud, Pierre-Bénite*

**Introduction :** La littérature apporte peu d'informations qualitatives sur l'utilisation des antibiotiques en EHPAD. Il s'agit pourtant d'un secteur de soin à haut risque, du fait de la population accueillie et du risque de transmission croisée. Les infections urinaires sont un modèle d'étude. L'objectif de ce travail était de définir le taux de conformité des prescriptions d'antibiotique en EHPAD, et si possible identifier les facteurs susceptibles d'optimiser ces prescriptions. **Méthodes :** Etude rétrospective de toutes les antibiothérapies pour infection urinaire dans les 6 derniers mois de 2015 dans les EHPAD volontaires du département du Rhône et de Lyon Métropole. Evaluation de la conformité aux recommandations de l'antibiothérapie prescrite, recherche d'une réévaluation, et de la traçabilité. Recherche d'un lien statistique avec le type d'infection, l'organisation de l'établissement, les prescripteurs. **Résultats :** 23 EHPAD ont répondu favorablement, représentant 2091 résidents. 304 infections urinaires ont été traitées dans la période d'étude. 44% des antibiothérapies de première intention et 59% de celle de seconde intention étaient conformes aux recommandations en vigueur (SPILF 2014) ; seulement 30% ont fait l'objet d'une réévaluation médicale. En particulier, seulement 6% des désescalades possibles ont été réalisées. La traçabilité écrite dans le dossier du patient au moment du diagnostic était retrouvée dans 69% des cas. Au total, seules 10,5% des antibiothérapies étaient entièrement conformes sur tous les critères. A l'issue des analyses un peu multi-variées, il apparaît que la présence d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) est le facteur le plus significativement associé à la bonne qualité de l'antibiothérapie (choix des molécules et présence d'une réévaluation). La participation des médecins prescripteurs à des formations améliore l'adéquation du traitement aux recommandations. L'existence d'un dossier informatisé favorise la réévaluation. On note que 88% des épisodes ont évolué favorablement. Au regard de l'analyse des dossiers, il est en outre probable que certains des épisodes traités correspondaient à de simples colonisations. **Conclusion :** Les résultats et l'analyse des non-conformités permettent d'identifier des pistes d'amélioration. La réévaluation se heurte à des problèmes d'organisation, et repose probablement souvent sur une évaluation clinique paramédicale, mais que nous n'avons pas recherchée systématiquement dans ce travail. Une meilleure diffusion des recommandations est nécessaire. Les améliorations à promouvoir sont l'absence d'antibiothérapie dans les colonisations, la nécessaire désescalade antibiotique après documentation microbiologique, l'épargne des céphalosporines et des quinolones, la prise en compte des spécificités des infections urinaires masculines.

## A2-15-68

### Dosage de l'amoxicilline au CHU Henri Mondor : Étude observationnelle chez des patients âgés de plus de 70 ans

S. Krypciak (1) ; L. Corsin (1) ; J. Massias (1) ; M. Laurent (1) ; E. Paillaud (1)

(1) *Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri Mondor, Créteil*

**Introduction :** L'amoxicilline est un antibiotique bactéricide temps-dépendant, largement utilisé et prescrit à fortes doses dans

les infections sévères comme les endocardites à streptocoques ou entérocoques. Il existe un risque de surdosage à forte posologie notamment neurologique et rénale. Afin d'éviter les surdosages, le dosage de l'amoxicilline peut être une aide utile dans la prise en charge du patient. **Méthodes** : Nous avons réalisé une étude rétrospective observationnelle de tous les patients de plus de 70 ans atteints d'une infection sévère et ayant bénéficié d'un dosage de résiduelle d'amoxicilline le 1 janvier 2016 et 31 décembre 2016 au laboratoire de pharmacologie du Centre Hospitalier Universitaire Henri Mondor dans le but d'estimer la prévalence de surdosage de l'amoxicilline et des facteurs associés. Les données suivantes ont été recueillies : âge, sexe, le service demandeur, le site de l'infection, le germe, la concentration minimum inhibitrice (CMI) du germe, la dose initiale journalière d'amoxicilline, la concentration résiduelle de l'amoxicilline. Une efficacité de l'antibiothérapie est attendue entre 4 et 10 fois la CMI du germe (CMI des streptocoques à 0.05 et CMI des entérocoques à 2 en moyenne). **Résultats** : Sur 193 dosages d'amoxicilline réalisés en 2016, 54 concernaient des patients de plus de 70 ans soit 29 patients au total. La population d'étude était constituée de 17 hommes (soit 58.6%) et 12 femmes (41.4%). L'âge moyen était de 80.1 ans, la médiane de 79 ans[75-84]. Les services d'hospitalisation demandeurs étaient la fédération de cardiologie (essentiellement la chirurgie cardiaque), la réanimation médicale et le service d'immunologie/maladies infectieuses dans respectivement 58.6%, 17.2% et 13.8% des cas. Dans 2/3 des cas, l'indication de l'antibiothérapie par amoxicilline concernait des patients atteints d'endocardite. Parmi les 17 cas d'endocardite, 3 patients avaient une infection du pace-maker (PM), 7 une atteinte infectieuse de la valve aortique (dont 1 ayant atteint du PM et de la valve aortique native) et 8 de la valve mitrale (dont 2 avec atteinte concomitante de la valve aortique). Le germe a été identifié chez 22 patients sur 29 (3 infections décépitées )10.3% ; 4 données manquantes (13.8%). Dans 51.7%, le germe était un streptocoque et 24.1% un entérocoque. La dose médiane initiale d'amoxicilline était de 12 g/j [IQR 8-12] et plus précisément de 12 g/j [IQR 6-12] en cas de streptocoque (n=15) et de 12 g/j [IQR 8-12] en cas d'entérocoque (n=7). La médiane de la résiduelle de l'amoxicilline était de 50.2 [IQR 27.2 -72.7]. Les 22 patients avec un germe identifié avaient une résiduelle supérieure à 10 fois la CMI. 6 patients avaient une résiduelle > 100 (seuil considéré comme toxique) soit 20.7% de l'effectif total. La résiduelle > 100 était plus fréquemment observée en cas d'entérocoque (14.3% vs 13.3% pour les streptocoques, p à 0.0037). La médiane de la clairance de la créatinine était de 41 mL/min [IQR 33.5-59.2]. En régression logistique, il existe une relation non significative entre la clairance de la créatinine et un taux >100 (p=0.08). Ainsi, plus la clairance était élevée, plus le risque d'avoir une résiduelle > 100 diminuait. Cette tendance existait surtout pour des clairances < 30 mL/min. Parmi les 22 patients dont le dosage d'amoxicilline dépassait 10 fois la CMI, nous avons pu obtenir la posologie d'amoxicilline dans 12 cas. Dans la moitié des cas, il n'y avait aucune adaptation de posologie suite au dosage. La médiane passait à 8.5 g/j [IQR 6-12]. Le fait que la résiduelle dépasse 100 n'influe pas sur l'adaptation de posologie puisque dans la moitié des cas, la posologie était inchangée. **Conclusion** : Notre étude montre que tous les patients âgés dépassaient la valeur de 10 fois la CMI dont un peu moins d'un tiers dépassait le seuil considéré comme toxique de 100. Il existait une corrélation non significative entre une clairance de la créatinine basse et une valeur élevée de la résiduelle. En l'absence de schéma adaptatif validé à l'issue de la valeur de la résiduelle, l'impact du dosage reste faible puisque dans la moitié des cas y compris en cas de surdosage, cela n'était pas

suivi par une modification de doses.

## A2-15-69

### Une endocardite à E. coli BLSE : une infection iatrogène ?

P. Mary De Farcy (1) ; C. Souques (2) ; D. Lieberherr (2) ; E. Karoubi (2) ; L. Teillet (3) ; L. Lechowski (1)

(1) Service de gériatrie, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris;  
(2) Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP), Villejuif;  
(3) Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris

**Introduction** : Les endocardites infectieuses touchent de plus en plus fréquemment les sujets âgés. Escherichia coli est un germe de plus en plus incriminé au cours de ces endocardites, sans doute à cause des multiples facteurs de risques tels les comorbidités. Par ailleurs, les principaux facteurs de risque de sélection des germes multirésistants aux antibiotiques sont d'une part l'âge très élevé et d'autre part les antibiothérapies multiples, largement favorisées par les comorbidités. **Méthodes** : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 90 ans, qui a motivé la prescription en ville de 4 antibiothérapies successives. Elle a été hospitalisée un mois plus tard pour chute et fièvre. Une endocardite à E. coli porteur d'une bêta-lactamase à spectre élargi (BLSE) sera alors diagnostiquée.

**Résultats** : En janvier 2017, la patiente a consulté à plusieurs reprises en ville pour une infection bronchique. L'époux rapportait la prescription de 4 antibiothérapies successives. Les antécédents de la patiente comportaient une HTA, une laparotomie sur occlusion grêlique ancienne, une dyslipidémie, une prothèse de genou et une arthrose diffuse. On notait la consommation quotidienne d'alcool. Des prélèvements naso-pharyngés ont permis d'éliminer une grippe. Des hémocultures et un ECBU isolent alors un E. coli BLSE. L'antibiothérapie initiale était cefotaxime et amikacine par voie intraveineuse, puis imipénème dès que le germe multirésistant a été isolé. La tolérance clinique initiale était mauvaise avec nécessité d'un remplissage vasculaire. Un scanner corps entier ne permettait pas d'identifier une localisation extra-urinaire. Une échocardiographie était normale par voie trans-thoracique tandis que par voie trans-oesophagienne (ETO), elle retrouvait une végétation mitrale de 17 mm. Le diagnostic d'endocardite infectieuse a conduit à modifier le traitement par méropénème à forte dose. (2g/8h). Après quelques jours d'apyrexie, la fièvre est réapparue. Une seconde ETO retrouvait une végétation augmentée à 20 mm. La patiente a refusé la chirurgie cardiaque qui lui était alors proposée. Un traitement par cotrimoxazole et amikacine pendant 3 semaines a été initié. Quatre jours après l'arrêt des antibiotiques, la fièvre a récidivé et des hémocultures ont isolé le même E. coli BLSE. Une scintigraphie aux leucocytes marqués a permis d'éliminer une infection de la prothèse de genou. Un traitement par cotrimoxazole, méropénème et amikacine est alors repris. Une ETO a enfin retrouvé une diminution de taille de la végétation mitrale. Un traitement suspensif par cotrimoxazole est alors envisagé. L'IRM montrait des lésions ischémiques cérébrales et une spondylodiscite en T11-T12. **Conclusion** : L'endocardite infectieuse est une infection très difficile à traiter chez les malades âgés, en raison du fréquent retard diagnostique, et difficultés à poursuivre un traitement antibiotique intraveineux plusieurs semaines de suite. Les germes multirésistants sont fréquemment isolés chez les malades âgés hospitalisés, dans le cadre d'un dépistage parfois systématique. Il s'agit donc souvent d'un portage asymptomatique, nécessitant bien sûr des mesures de précaution d'hygiène en établissement de santé, plutôt que d'infections. Les endocardites à E. coli sont de plus en plus

fréquentes en gériatrie selon la littérature récente. Une endocardite infectieuse à *E. coli* multirésistant chez un malade âgé impose une prise en charge extrêmement difficile. La collaboration étroite avec les cardiologues et les infectiologues est alors cruciale.

#### A2-15-70

##### **Efficacité d'un protocole d'antibiothérapie prophylactique en cas de chirurgie urologique prostatique chez le patient âgé porteur d'une sonde vésicale à demeure**

C. Arlaud (1) ; C. Rambaud (2) ; M. Durand (3) ; N. Degand (4) ; V. Mondain (5) ; E. Demonchy (5) ; O. Guérin (6)

(1) *Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice*; (2) *SSR C3, Hopital de Cimiez, Nice*; (3) *Service d'urologie, d'androgologie et de transplantation, Nice CHU Hôpital Pasteur 2, Nice*; (4) *Bactériologie, Hôpital l'Archet 2, Nice*; (5) *Infectiologie, Hôpital l'Archet 2, Nice*; (6) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice*

**Introduction :** La sonde vésicale à demeure (SVD) est surutilisée chez la personne âgée (PA), entraînant un risque infectieux. Des alternatives thérapeutiques existent, avec parmi elles, la chirurgie prostatique. Il n'existe pas de recommandations établies sur la prise en charge péri-opératoire des chirurgies urologiques de la PA porteuse d'une SVD prenant en compte l'émergence de souches résistantes. L'objectif de notre étude est d'étudier l'efficacité d'un protocole d'antibiothérapie prophylactique péri-opératoire, ciblé, à spectre restreint, dans le cadre d'une chirurgie urologique prostatique chez la PA, porteuse d'une SVD. **Méthodes :** Toutes les PA > 70 ans, d'un centre de gériatrie de référence, porteuses de SVD avec échec de désondage, bénéficiaient d'au moins une évaluation multidisciplinaire entre le 1er mars et le 1er novembre 2016. En cas de chirurgie prostatique, un protocole d'antibiothérapie prophylactique était réalisé selon l'ECBU réalisé dans les 10 jours précédant la chirurgie : en cas d'Entérobactérie, un traitement par pivmecillinam adapté à la fonction rénale ou, en cas d'allergie, un traitement par fosfomycine ; en cas d'Enterocoque un traitement par amoxicilline ou, en cas d'allergie, par linezolidine ; en cas de *Pseudomonas aeruginosa*, un traitement par ciprofloxacine. En cas de résistance ou d'ECBU polymicrobien, le protocole recommandait un avis spécialisé. En cas d'ECBU négatif, l'abstention thérapeutique était indiquée. L'antibiothérapie était effectuée pour une durée totale de 5 jours (48h avant, le jour, et 48h après la chirurgie). L'efficacité de notre protocole était définie par l'absence d'infections urinaires symptomatiques dans les 30 jours suivant l'intervention. **Résultats :** Parmi les 65 patients qui ont bénéficié d'une évaluation uro-gériatrique, 14 ont bénéficié du protocole antibiotique établi. On retrouvait 100% d'hommes avec un âge moyen de 84 ans (73-94). 6 ont bénéficié d'une chirurgie d'incontinence par implantation d'un stent et 8 d'une photo vaporisation transurétrale de prostate (PVP). Plus de 2/3 des patients (n=10) ont reçu une antibiothérapie dans les 6 mois précédant le geste chirurgical. 4 ECBU étaient stériles. Les principaux germes retrouvés, en cas d'ECBU positives, étaient *Klebsiella pneumoniae* (4), *Enterococcus faecalis* (3) et *Escherichia coli* (3 dont 1 BLSE). Un avis d'expert a été pris devant 2 ECBU poly microbiennes. L'efficacité du protocole était de 93% (n=13). 1 patient, avec ECBU stérile initial, a présenté en post-opératoire d'une PVP, un sepsis sévère urinaire. **Conclusion :** Le protocole d'antibioprophylaxie établi permet dans notre étude une efficacité dans 93 % des cas, en permettant un usage restreint des antibiotiques associés à une durée d'exposition courte. Les résultats seront à confirmer sur un échantillon de patients plus important.

#### A2-15-71

##### **Evaluation des pratiques médicales concernant les patients porteurs de Clostridium difficile dans un hôpital de gériatrie**

N. Sabourin (1) ; H. Rakotoniaina (1)

(1) *Equipe opérationnelle d'hygiène, Hôpital Joffre-Dupuytren (AP-HP), Draveil*

**Introduction :** *Clostridium difficile* est une bactérie anaérobie stricte dont les souches pathogènes sécrètent des toxines responsables de plus de 95% des colites pseudomembraneuses et de 15 à 25% des diarrhées associées à l'antibiothérapie. C'est la première cause de diarrhée infectieuse nosocomiale chez l'adulte. C'est une cause fréquente de diarrhée associée à la prise d'antibiotiques chez les personnes âgées, pouvant dégénérer en entérocolites nécrosantes dans 10 à 20 % des cas. L'évaluation des pratiques médicales concernant les infections à *Clostridium difficile* (ICD) dans notre hôpital de gériatrie a pour objectif d'améliorer la transmission médicale de l'information en cas d'infection à *Clostridium difficile*, la juste prescription des isolements et la conformité du traitement au référentiel. **Méthodes :** Cette enquête rétrospective porte sur les patients qui ont contracté une infection à *Clostridium difficile* entre le 1er janvier et le 31 décembre 2016, répartis sur les cinq services de l'hôpital. L'hôpital Joffre-Dupuytren est un hôpital de gériatrie situé sur la commune de Draveil (91) qui fait partie du groupe Henri Mondor. Il possède 323 lits de médecine gériatrie (MG) et soins de suite et réadaptation (SSR) ainsi que 206 lits de soins de longue durée (SLD). Pour chaque cas d'ICD, le médecin prescrit un isolement géographique contact et l'antibiothérapie adéquate par rapport au référentiel, informe le médecin référent de la lutte contre les infections nosocomiales, celui-ci devant réaliser un signalement interne sur le logiciel Osiris. Cette enquête porte sur 17 questionnaires pour les 17 patients ayant contractés une ICD en 2016. L'EOH veille au respect du protocole « intervention en cas d'infection digestive à *Clostridium difficile* ». Le questionnaire d'évaluation porte sur 10 questions : 1. Le médecin du patient est informé par le laboratoire de bactériologie; 2. L'EOH est informée par le laboratoire de bactériologie dans les 24H qui suivent; 3. Le médecin du patient informe le référent médical; 4. Le médecin du patient ou le référent médical informe le praticien hygiéniste; 5. Le médecin prescrit un isolement précautions contact sur Actipidos; 6. Le médecin prescrit un isolement géographique sur Actipidos; 7. Le médecin prescrit un traitement conforme au référentiel; 8. En cas de prescription non conforme, le praticien hygiéniste effectue une formation au médecin concerné; 9. En cas de prescription non conforme, le médecin modifie sa prescription; 10. Le référent médical effectue un signalement interne sur Osiris. L'indicateur est la moyenne des résultats aux 10 questions. **Résultats :** L'indicateur montre que les pratiques médicales sont conformes dans 83,6% des cas. L'information entre le laboratoire, les médecins et l'EOH est satisfaisante ainsi que les prescriptions d'isolement. Des améliorations devraient être apportées, d'une part au niveau de la communication entre les médecins et le référent médical de leur service, qui doit effectuer un signalement interne sur Osiris, d'autre part au niveau de la conformité de la prescription par rapport au référentiel. Des formations sur le traitement de l'ICD ont été réalisées dans 100% des cas par le praticien hygiéniste aux médecins prescripteurs lorsque les traitements prescrits n'étaient pas conformes au référentiel. **Conclusion :** La fréquence et la gravité des infections à *Clostridium difficile* en gériatrie justifie cette évaluation des pratiques professionnelles. Elle montre que les mesures sont suivies dans 83,6% des cas. Des améliorations

sur la communication de l'information entre les professionnels doivent être apportées ainsi que la conformité de la prescription au référentiel. L'évaluation des pratiques réalisée annuellement permettra de mesurer l'impact des actions correctives apportées.

#### A2-15-72

##### **Syndrome inflammatoire chronique pauci symptomatique: oser ponctionner un vieux kyste hépatique**

F. Raimbault (1) ; C. De Villelongue (2) ; N. Te (3) ; H. Gaci (3) ; P. Som (2) ; C. Loiseau Breton (4) ; V. Fossey Diaz (5)

(1) *Gériatrie, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris*; (2) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris*; (3) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris*; (4) *Gériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris*; (5) *gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris*

**Introduction :** Les kystes hépatiques simples représentent les formations kystiques hépatiques les plus fréquentes. Leur prévalence croît avec l'âge, avec une prédominance féminine (1 femme pour 4 à 9 hommes). Ils sont majoritairement uniques (70%) et asymptomatiques. Ils peuvent se manifester lors de complications rares dont la surinfection bactérienne (1%), souvent favorisée par un terrain d'immunodépression. **Méthodes :** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée et immunodéprimée présentant un syndrome inflammatoire chronique révélant tardivement un volumineux kyste hépatique surinfecté. **Résultats :** Mme J, 92 ans, est hospitalisée en Maladies Infectieuses en novembre 2016 pour un syndrome fébrile dans un contexte d'altération de l'état général depuis plusieurs jours. Ses principaux antécédents sont une polyarthrite rhumatoïde séropositive (PREDNISONE 7mg/j et METHOTREXATE 7.5mg/semaine), une primo infection tuberculose avec réactivation à 67 ans, une HTA, une cardiopathie ischémique stentée, une valvulopathie aortique serrée, un AIT sur sténose carotidienne opérée et une hypothyroïdie substituée. Mme J est asymptomatique hormis une toux et des lombalgies. Un traitement probabiliste par AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE est instauré pour une pneumopathie basale droite, relayé à 48h par CEFOTAXIME. La recrudescence de l'inflammation biologique fait pratiquer une TDM thoraco-abdomino-pelvienne injectée retrouvant un aspect compatible avec une pneumopathie bi-basale et des images d'allure kystique du foie, la plus volumineuse mesurant 17 cm stable depuis 2013. La fièvre récidivante et la stagnation du syndrome inflammatoire font prolonger l'antibiothérapie par 5 jours supplémentaires de PIPERACILLINE/TAZOBACTAM finalement suspendu en l'absence de documentation bactériologique et obtention de l'apyrexie. Février 2017, Mme J est ré hospitalisée en Gériatrie pour le même motif. Il existe un train fébrile (38 à 38.5°C) et un syndrome inflammatoire franc (CRP 200 à 300 mg/l). Absence de point d'appel clinique infectieux ou inflammatoire en dehors des lombalgies d'horaire mixte chroniques. La PCR multiplex, 3 séries hémocultures, les BK tubages gastriques, le quantiferon, les sérologies virales (VIH 1-2) et parasitaires (Amoebiose, hydatidose, bilharziose, echinococcose) sont négatifs. L'ECBU retrouve un *Escherichia Coli* sauvage sans signe fonctionnel urinaire. L'IRM lombaire exclut une atteinte inflammatoire ou infectieuse. Absence d'argument échographique pour une endocardite. L'échographie abdominale retrouve un kyste hépatique de 12.5 cm au contenu hétérogène évoquant une complication hémorragique. En l'absence de point d'appel évident, une scintigraphie au 18F-FDG est réalisée retrouvant un volumineux kyste du dôme hépatique présentant un hypermétabolisme périphérique suspect de complication

hémorragique ou infectieuse. Une ponction écho-guidée est réalisée malgré les réticences initiales de l'équipe de radiologie. Le geste permet d'évacuer 1200cc de pus franc monomicrobien à *E Coli* sauvage. Après avis des infectiologues et des hépatologues, traitement par AMOXICILLINE 3g/j pour 6 semaines au total. Au décours, on constate une rapide amélioration de l'état général, une régression précoce des lombalgies, de la fièvre et du syndrome inflammatoire biologique. **Conclusion :** La surinfection d'un kyste hépatique est une complication rare, favorisée dans ce cas par un traitement au long cours par PREDNISONE et METHOTREXATE. Le tableau clinique était frustré, limitée à des lombalgies. L'imagerie standard (échographie et TDM injecté) a été peu contributive au diagnostic. La scintigraphie au 18F-FDG orientait vers une complication kystique, sans pour autant pouvoir préciser s'il s'agissait d'une complication infectieuse ou hémorragique (trois fois plus fréquente). Parmi les rares cas décrits dans la littérature une telle surinfection se présente de façon plus bruyante associant des douleurs abdominales, une fièvre marquée et un syndrome infectieux franc. Le diagnostic a reposé sur la ponction radio guidée dont l'indication, renforcée par la scintigraphie au 18F-FDG, souligne l'importance de la démarche clinique.

#### A2-15-73

##### **Enquete d'opinion des médecins traitants et coordonnateurs d'EHPAD dans la prise en charge des sujets âgés porteurs de bactéries multirésistantes urinaires aux antibiotiques**

C. Arlaud (1) ; V. Mondain (2) ; N. Degand (3) ; F. Lieutier (4) ; T. Fosse (5) ; I. Bereder (6) ; O. Guérin (7)

(1) *Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice*; (2) *Infectiologie, Hôpital l'Archet 2, Nice*; (3) *Bactériologie, Hôpital l'Archet 2, Nice*; (4) *Pharmacie, Hôpital l'Archet 2, Nice*; (5) *Service hygiène, Hôpital Cimiez, Nice*; (6) *Court séjour gériatrique-aliernord, Hôpital de Cimiez, Nice*; (7) *Ucog, Hôpital de Cimiez, Nice*

**Introduction :** Devant des facteurs de vulnérabilités intrinsèques et liés à l'institutionnalisation, la population âgée est consommatrice accrue d'antibiotiques. L'épidémiologie des entérobactéries est en train de changer avec la dissémination d'un mécanisme de résistance de type Béta-Lactamase à Spectre Étendu (BLSE), responsable d'une résistance à presque toutes les pénicillines et céphalosporines constituant un problème majeur de santé publique. Afin de préserver l'efficacité et limiter le risque d'une impasse thérapeutique, une stratégie de prévention avec le bon usage des antibiotiques a été mise en place avec le kit BLSE. **Méthodes :** Evaluer l'apport des documents relatifs au kit BLSE auprès des médecins traitants et coordonnateurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans la prise en charge des patients âgés (PA) colonisé(e) et/ou infecté(e) par une bactérie multi résistante aux antibiotiques (BMR) de type BLSE, principalement urinaire. Tous les PA > 75 ans hospitalisés dans un centre gériatrique de référence, porteurs d'un germe BLSE étaient recensés entre le 1er novembre 2016 et le 1er mai 2017. Pour chaque médecin référent du patient, un courrier explicite signalant le portage BMR avec délivrance du résultat microbiologique/antibiogramme a été réalisé. 1 mois après la sortie d'hospitalisation, nous avons précédé à un entretien téléphonique afin de connaître la perception et l'utilisation de ce document. **Résultats :** Au total, 15 médecins traitants et coordonnateurs d'EHPAD ont été contactés. La plupart d'entre eux (8/15) reconnaissent « ne pas avoir assez d'informations » relatives aux BLSE et le bon usage des antibiotiques. Il existe une tendance « à contrôler à distance » les prélèvements afin de vérifier la présence

du germe BMR. Certains (4/15) expliquent traiter systématiquement « les patients fragiles ». Parmi les médecins traitants, les mesures d'isolement contact (respect hygiène des mains, sanitaires) sont données aux familles. Concernant les médecins coordonnateurs, la majorité assure « ne pas mettre d'isolement systématique ». Une partie (6/15) « préférerait un support numérique ». Un besoin de contact ville-hôpital avec le service référent est récurrent au cours des interrogatoires menés (13/15). **Conclusion :** Il existe une connaissance insuffisante des interventions menées et des protocoles de soins à dispositions des médecins de soins primaires. Une tendance vers un support numérique pourrait être envisagé afin de favoriser la prévention des complications infectieuses et l'usage d'une antibiothérapie efficace. Des études complémentaires avec un suivi plus long permettraient d'en évaluer l'impact.

#### A2-15-74

##### **Conseil infectieux en gériatrie : retour sur les 5 premiers mois d'une collaboration transversale**

L. Vaillant (1) ; R. Collarino (2) ; C. De Villelongue (3) ; X. Lescure (2) ; LB. Luong Nguyen (2) ; M. Romdhani (4) ; O. Drunat (5) ; V. Fossey Diaz (6)

(1) *Equipe opérationnelle d'hygiène, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris;* (2) *Equipe mobile antibiothérapie - smit, Hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP), Paris;* (3) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris;* (4) *Service de psychogériatrie, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris;* (5) *Service de psychogériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris;* (6) *gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris*

**Introduction :** La maîtrise de la résistance bactérienne reste un enjeu complexe, comme en témoigne l'augmentation constante des bactéries multirésistantes (BMR), notamment en milieu gériatrique. Ainsi les équipes mobiles d'antibiothérapie (EMA) et le conseil infectieux ont acquis une place indispensable dans les structures de soin pour la lutte et la prévention de ce phénomène en synergie avec les équipes opérationnelles d'Hygiène. A l'hôpital Bretonneau, structure gériatrique complète regroupant des lits de médecine, SSR et SLD en gériatrie, psychogériatrie, soins palliatifs et hôpital de jour, une collaboration a été mise en place fin 2016 avec l'équipe mobile d'antibiothérapie (EMA) de l'hôpital Bichat. Alors que l'équipe est disponible par téléphone depuis plusieurs années, des visites complémentaires sur site par les infectiologues ont été mises en place de manière bimensuelle, afin d'appréhender spécifiquement la dimension gériatrique et le suivi à plus long terme des patients, pour une gestion de l'antibiothérapie plus adaptée et plus précise. Un bilan à 5 mois a été réalisé pour décrire les cas d'infection ayant nécessité l'intervention de l'EMA. **Méthodes :** A chaque visite, les gériatres, le praticien hygiéniste ou l'EMA ont rempli une fiche comprenant les variables cliniques et biologiques du patient, le contexte d'hospitalisation, la documentation de l'infection et son traitement, ainsi qu'un avis antibiotique. Parallèlement, afin d'évaluer la perception des gériatres sur la nouvelle organisation de ce conseil infectieux et son utilité, un questionnaire de satisfaction anonyme, composé d'une quinzaine de questions fermées, sera distribué à tous les médecins participants en juin 2017. **Résultats :** Du 7/12/2016 au 17/05/2017, 9 visites sur site ont été effectuées avec 80 consultations de patients, répartis en 60 avis initiaux et 20 suivis de patients. Parmi les avis initiaux, 62% (37/60) concernaient le secteur de gériatrie, 30% (18/60) le secteur de psychogériatrie et 8% (5/60) le secteur de soins palliatifs. Parmi les 60 patients ayant eu un avis initial, 12% (7/60) étaient porteurs de BMR. La majorité des

avis initiaux a concerné les infections pulmonaires (33% ; 20/60), les infections urinaires (22% ; 13/60) et les bactériémies (18% ; 11/60) de porte d'entrée principalement urinaire (64% ; 7/11). Une modification d'antibiothérapie (molécule, adaptation posologique ou durée) a été réalisée dans 37% (22/60) des cas et a concerné principalement les bactériémies (55% ; 6/11), les infections urinaires (54% ; 7/13), et les infections pulmonaires (35% ; 7/20). Aucun traitement n'a été prescrit suite à l'avis de l'EMA dans 22% (13/60) des cas. La documentation microbiologique de l'infection a été possible dans 40% (24/60) des cas mais aucune infection pulmonaire n'a pu être bactériologiquement documentée. Les résultats de l'enquête de satisfaction seront analysés après recueil des questionnaires. **Conclusion :** La mise en place d'une collaboration d'avis infectieux dynamique est essentielle afin d'agir sur les changements de pratique en antibiothérapie que ce soit pour un bénéfice individuel (bactériémie) ou collectif (infection urinaire et pulmonaire). Par ailleurs, devant une proportion importante d'infections pulmonaires dont la confirmation reste difficile et le choix antibiotique probabiliste, une autre démarche d'évaluation des pratiques professionnels pourrait compléter cette organisation afin d'optimiser le choix et la durée de l'antibiothérapie et réduire leur impact écologique

#### A2-15-75

##### **Une augmentation concomitante de la CRP, de l'Intestinal-Type Fatty Acid-Binding Protein (I-FABP), et du sCD14 identifie les personnes âgées à haut risque d'infection nosocomiale**

E. Paillayd (1) ; S. Bastuji-Garin (2) ; P. Anne (3) ; Y. Levis (4) ; S. Hue (3)

(1) *Gériatrie médecine interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil;* (2) *Cepia, Hôpital Henri Mondor, Créteil;* (3) *Immunologie biologique, Hôpital Henri-Mondor (AP-HP), Créteil Cedex;* (4) *Immunologie clinique. vaccine research institute.upec, Hôpital Henri-Mondor (AP-HP), Créteil Cedex*

**Introduction :** Les infections nosocomiales (IN) chez le sujet âgé constituent une préoccupation majeure en santé publique puisqu'elles sont fréquentes et associées à morbidité-mortalité élevée. Nous avons émis l'hypothèse qu'une inflammation de bas grade présente à l'admission du patient âgé en soins de suite et rééducation était associée à une translocation microbienne et à un risque accru d'IN. **Méthodes :** Nous avons inclus 121 de la cohorte initiale de patients âgés de 75 ans et plus hospitalisés en soins de suite et réadaptation. Les critères d'inclusion à l'admission étaient patient stable médicalement ; absence de maladie terminale, fièvre, infection, cancer ou dysfonction immunologique connue. Les patients traités avec des corticostéroïdes ou des immunosuppresseurs et ceux qui ont séjourné moins de 48 heures dans l'unité de rééducation n'étaient pas éligibles. Les caractéristiques socio-démographiques, la comorbidité, le statut fonctionnel, Le MMSE, le statut nutritionnel ont été recueillies à l'admission. La protéine C-réactive hautement sensible (hs-CRP) comme marqueur de l'inflammation de faible intensité, I-FABP comme marqueur de l'intégrité de la barrière épithéliale intestinale et sCD14 comme marqueur de l'activation des monocytes ont été mesurés à l'admission. La survenue d'une infection nosocomiale (répondant à la définition. CDC for nosocomial infection) a été recherchée au cours du séjour hospitalier. **Résultats :** 121 patients age moyen 84 ans, 75% de femmes, avec CIRS-G median 11(10-14). 62 patients (51%) ont présenté une IN. Le taux élevé de hs-CRP ( $\geq 6,02$  mg / L,  $\geq$ médiane) a été associé à un risque d'IN

significativement plus élevé lorsque I-FABP était dans le quartile le plus élevé (odds ratio [OR], 4; intervalle de confiance 95% [IC 95% ], 1,39-11,49; P = 0,010). Chez les patients présentant une élévation de l'hs-CRP et un I-FABP à quartile supérieur, l'élévation de la sCD14 ( $\geq 0,65$  pg / mL,  $\geq$ médiane) était associée à un risque HAI 11 fois plus élevé (OR, 10,8, IC à 95%, 2,28- 51,1; P = 0,003). Les analyses multivariées ajustées pour les procédures invasives et les comorbidités n'ont pas changé les associations reliant les trois marqueurs au risque IN. **Conclusion** : Les niveaux accrus de hs-CRP, I-FABP et sCD14 peuvent refléter la perte de l'intégrité de la barrière épithéliale intestinale avec une translocation microbienne conduisant à une activation des monocytes et une inflammation de bas grade. Dans notre cohorte, ces marqueurs ont identifié des patients présentant un risque élevé d'IN.

#### A2-15-76

##### **Le TEP-scan peut-il contribuer au diagnostic d'une endocardite infectieuse sur valve native chez le sujet âgé ?**

D. Vythilingum (1) ; M. Tardivel (2) ; S. Balesdent (3) ; S. Turki (4); L. Lechowski ( ) ; L. Teillet (5)

(1) Médecine gériatrique - pr teillet, HUPIFO, Paris; (2) Médecine gériatrique - pr teillet, Hôpital Sainte-Périne - HUPIFO - APHP, Paris; (3) UGA, Hôpital Sainte-Périne-Rossini-Chardon Lagache, Paris; (4) Gérontologie 2, Hôpital Sainte-Périne, Paris; (5) Gériatrie, Hôpital Sainte-Périne-Rossini-Chardon Lagache, Paris

**Introduction** : L'endocardite infectieuse est une pathologie rare mais avec une morbi-mortalité élevée. Le diagnostic est difficile du fait de sa présentation polymorphe, en particulier chez les sujets âgés. La situation clinique que nous présentons a conduit au diagnostic d'endocardite infectieuse chez un sujet âgé, et ce entre autre à la suite de la réalisation d'un TEP-scan (tomographie par émission de positrons). **Méthodes** : Nous rapportons le cas d'un patient de 86 ans hospitalisé en gériatrie aiguë pour une altération de l'état général, évoluant depuis un mois. **Résultats** : Ce patient avait pour principaux antécédents un rétrécissement aortique calcifié modérément serré, un adénome de prostate et un syndrome anxio-dépressif. L'histoire remonte à avril 2017 où le patient avait été hospitalisé pour une altération de l'état général dans un contexte d'infection urinaire à *Enterococcus faecalis*, traitée par Amoxicilline pendant 10 jours. Le patient est rentré au domicile. Treize jours plus tard une nouvelle antibiothérapie probabiliste par Amoxicilline a été introduite par le médecin traitant dans l'hypothèse d'une récurrence d'infection urinaire. Le patient consulte aux urgences 48 heures après avec une altération marquée de l'état général. Dans le service, l'examen clinique n'a retrouvé ni fièvre ni de point d'appel infectieux. Le bilan biologique a retrouvé un syndrome inflammatoire et un ECBU positif à *Escherichia Coli*. Trois séries d'hémocultures réalisées de façon systématique, ont été toutes positives à *Enterococcus faecalis*. Devant un diagnostic possible d'endocardite infectieuse selon les critères modifiés de Dukes (2014), une bi-antibiothérapie parentérale par Ceftriaxone et Amoxicilline a été instaurée dès le 2ème jour d'hospitalisation. Une échocardiographie trans-thoracique ne mettait pas en évidence d'endocardite. Une échocardiographie trans-oesophagienne (ETO) a été initialement refusée par le patient. Un TEP-scan à J12 a montré uniquement un hypermétabolisme suspect sur la valve aortique native. Une ETO est finalement réalisée à J21 et a confirmé le diagnostic d'endocardite infectieuse au niveau de la valve aortique, sans image associée d'abcès. L'antibiothérapie par voie

intraveineuse est poursuivie pour une durée totale de six semaines permettant rapidement une amélioration clinico-biologique. Des explorations digestives sont prévues au terme du traitement antibiotique, à la recherche d'une lésion digestive, porte d'entrée potentielle du germe. Longtemps utilisé en oncologie, le TEP-scan est validé en infectiologie pour le bilan d'une fièvre d'origine indéterminée et pour la recherche d'embolus septiques dans le cadre d'une endocardite infectieuse. La Société Française de Cardiologie propose depuis 2015 l'utilisation du TEP-scan dans l'exploration d'une endocardite infectieuse, particulièrement en cas de prothèse valvulaire. En un seul examen, le TEP-scan contribue ainsi au diagnostic d'endocardite infectieuse, la recherche d'embolus septiques et la détection d'une éventuelle porte d'entrée. Sa valeur prédictive négative est proche de 100%. **Conclusion** : L'apport du TEP-scan dans le diagnostic d'endocardite infectieuse sur valve native n'est pas encore bien mis en évidence dans la littérature. Cependant le TEP-scan, étant assez facilement toléré chez le sujet âgé, pourrait être une alternative intéressante à l'échographie trans-oesophagienne dans la démarche diagnostique d'une endocardite infectieuse en gériatrie.

#### A2-15-77

##### **Rentabilité diagnostique de la prescription systématique d'une bandelette urinaire (BU) à l'entrée dans un service de gériatrie aiguë**

S. Makdessi (1) ; F. Ketz (1) ; H. Le Petitcorps (1) ; E. Pautas (1) (1) Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine

**Introduction** : Les infections urinaires (IU) sont un motif fréquent d'hospitalisation du sujet âgé, même si les données épidémiologiques sont variables, notamment parce qu'il n'existe pas de définition consensuelle de l'IU chez le sujet âgé. Les symptômes d'IU dans cette population peuvent être frustrés et atypiques (confusion, chute, décompensation d'une comorbidité), ce qui amène certains services de gériatrie à proposer la prescription systématique d'une bandelette urinaire (BU) à l'entrée du patient en hospitalisation. Nous avons fait l'hypothèse que la prescription systématique d'une BU à l'entrée n'améliore pas le diagnostic d'IU chez les patients âgés hospitalisés. **Méthodes** : Etude rétrospective observationnelle de cohorte, menée dans un service de court séjour gériatrique. Critères d'inclusion : tous les patients consécutifs sur une période de 2 ans, hospitalisés à partir du domicile (y compris EHPAD), ayant bénéficié d'une BU dans les 24 premières heures d'hospitalisation. Critères d'exclusion: passage par les urgences (impossibilité de certifier la réalisation d'une BU aux urgences et d'en retrouver la cause éventuelle) ; sonde urinaire à demeure. Objectif principal : évaluer l'intérêt d'une BU systématique en terme de diagnostic d'IU. Critère principal de jugement : présence d'une infection urinaire avec antibiothérapie, en comparant le groupe «BU systématique » versus « BU sur point d'appel ». Les points d'appels retenus étaient : fièvre, frissons, syndrome inflammatoire biologique, signes fonctionnels urinaires, et formes frustrés (chute, confusion). Le diagnostic d'IU repose sur les recommandations de la SPILF de 2015 : suspicion clinique d'IU (soit symptôme habituel soit forme frustré ou atypique : chute, confusion...) associée à un ECBU positif (leucocyturie > 104 et bactériurie significative) et toute autre infection éliminée. Objectifs secondaires : pour les IU diagnostiquées, déterminer les fréquences de chaque point d'appel. Comparer la sensibilité et spécificité de la BU par rapport à la population générale. Comparer les sensibilités et spécificité de la

BU dans le groupe « systématique » versus « point d'appel ». Comparer les sensibilités et spécificité de la présence d'un point d'appel pour nos patients ayant eu une BU positives versus BU négative. **Résultats :** 165 patients ont été inclus dans l'étude : 87 (52.7%) dans le groupe BU sur point d'appel et 78 (47.3%) dans le groupe BU systématique. Les données descriptives de la population étaient comparables dans les deux groupes. Dans le groupe BU sur point d'appel 28 (32.2%) avaient une IU avérée versus 7 (9%) dans le groupe systématique.  $P = 0.0005$ . Les points d'appel plus souvent retrouvés de façon statistiquement significative dans le groupe IU avérées étaient le syndrome inflammatoire biologique (60% versus 35.4% ;  $p = 0.01$ ), les signes fonctionnels urinaires (25.7% versus 8.5% ;  $p = 0.01$ ), les brûlures mictionnelles (17.1% versus 0.8% ;  $p = 0.03$ ) et les douleurs lombaires (8.6% versus 0.8% ;  $p = 0.03$ ). **Conclusion :** La réalisation systématique d'une BU à l'entrée dans le service de gériatrie n'est pas associée à une meilleure rentabilité diagnostique d'IU. La prescription systématique de BU pourrait induire un excès de faux diagnostics (colonisations urinaires), un excès de traitement par antibiotiques et donc d'effets indésirables. Même si la démarche diagnostique des IU du sujet âgé reste controversée, la prescription d'une BU devrait donc être réalisée seulement selon des critères cliniques adaptés au sujet âgé.

#### A2-15-78

##### Une méningite à Méningocoque W... chez un patient de 96 ans !

C. Picart (1) ; M. Pepin (1) ; T. Cudennec (1) ; A. De Thezy (1) ; E. Fercot (1) ; L. Aubert (1) ; L. Boujday (1) ; L. Teillet (2) ; S. Moulias (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt;*  
(2) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

**Introduction :** L'incidence de la méningite est de 1/100 000 habitants par an en France. Parmi ces cas, seuls 4.5% d'entre eux sont dus au sérotype W et seulement 20% surviennent chez les plus de 50 ans. **Méthodes :** M. B., 96 ans, s'est présenté aux Urgences pour fièvre et vomissements avec un tableau clinique initial de pneumopathie de base droite. Par argument de fréquence, une pneumopathie d'inhalation est soupçonnée et motive l'introduction d'une antibiothérapie par Augmentin. Une dégradation rapide de l'état neurologique et l'apparition de signes focaux font réaliser un scanner cérébral, sans anomalie. Après transfert en gériatrie, la ponction lombaire réalisée, à titre systématique et sans grande conviction. Elle ramène un LCR purulent. L'analyse bactériologique conclut à un méningocoque W, de sensibilité intermédiaire à l'amoxicilline. Une antibiothérapie adaptée est débutée 24 heures après l'arrivée aux Urgences. Le patient décèdera 3 jours après. **Résultats :** Les infections à méningocoque W se manifestent plus volontiers par un tableau de bronchopneumopathie, en particulier chez les sujets âgés. **Conclusion :** Le traitement initial recommandé des méningites à méningocoque sont les C3G parentérale à forte dose, associées à une corticothérapie intra-veineuse qui doit être débutée avant la première injection d'antibiotique ou au plus tard pendant. Le relai per os est pris par de l'Amoxicilline si possible (30% des méningocoques sont de sensibilité diminuée à la Pénicilline) pour une durée de 4 à 7 jours.

#### A2-15-79

##### Penser à la pasteurellose chez le sujet âgé

R. Nakkash (1) ; F. Bensiradj (1) ; T. Lefebvre (1) ; J. Leporrier (2) ; I. Landrin (1)

(1) *Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen - Hôpital St Julien, Rouen;* (2) *Maladies infectieuses et médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen*

**Introduction :** Les pathologies infectieuses fébriles nécessitent, chez le sujet âgé, un interrogatoire et un examen clinique bien conduits pour ne pas omettre des diagnostics plus rares. Nous rapportons le cas d'une patiente ayant eu une bactériémie à *Pasteurella* après griffure de chien. **Méthodes :** Madame L., âgée de 73 ans, était hospitalisée pour une dyspnée secondaire à une décompensation cardiaque globale dans un contexte infectieux après une chute avec station au sol prolongée. Dans ses antécédents, on retrouvait un diabète de type 2, une surcharge pondérale, une insuffisance rénale chronique, des pyélonéphrites à répétition, une rétention urinaire chronique pour laquelle elle bénéficiait d'hétéro-sondages. A l'examen clinique, la température était à 38,5°C, l'hémodynamique était stable. La patiente était ralentie, confuse. On retrouvait des signes de décompensation cardiaque globale, une plaie du pied suppurée avec une inflammation locale minime autour de la plaie d'inoculation. Cette plaie avait été provoquée par une griffure par son chien 48h plus tôt. La bandelette urinaire était positive, sans signe fonctionnel urinaire associé. **Résultats :** Il existait un syndrome inflammatoire (CRP: 299mg/l), une hyperleucocytose (GB: 16G/L) avec prédominance de neutrophiles. L'ECBU était positif à *E.coli*. Les hémocultures montraient la présence de *Pasteurella multocida*. La plaie n'a pas été prélevée. La radiographie pulmonaire ne retrouvait pas de foyer et l'échographie cardiaque trans thoracique n'a pas montré de valvulopathie ni de végétations. L'évolution a été favorable cliniquement et biologiquement après traitement par Amoxicilline-acide clavulanique. **Conclusion :** Il convient d'interroger les patients âgés sur la présence de chats ou de chiens à domicile en cas de plaie cutanée, mais la pasteurellose peut aussi se transmettre par contact domestique sans morsure, ni piqure. La pasteurellose est une maladie peu fréquente (1% des infections aux Etats-Unis) [Giordano 2015] mais sa fréquence augmente avec l'âge [Nollet 2016]. Les formes invasives représentent 28% des cas de pasteurelloses et 8% sont des bactériémies. [Nollet 2016]. Elles peuvent se compliquer de localisations secondaires. Les facteurs d'immunodépression comme le diabète et l'insuffisance rénale chronique accroissent le risque d'avoir une infection sévère.

#### A2-15-80

##### Malaise révélant une endocardite à *Neisseria Elongata*

E. Desvaux (1) ; MA. Picat (1) ; N. Giroult (1) ; T. Dantoine (1) ; A. Tchalla (1)

(1) *Service de médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges*

**Introduction :** Le malaise est un recours fréquent de consultation aux urgences de la personne âgée. Nous rapportons le cas d'une patiente de 80 ans adressée pour malaise sur un abcès péri prothétique aortique à *Neisseria Elongata*. **Méthodes :** Mme V., 80 ans est adressée aux urgences pour un malaise. A son arrivée, la patiente présente un sepsis sans point d'appel et une héli anopsie droite. La patiente avait comme principal antécédent un remplacement valvulaire aortique par valve mécanique. L'équipe de médecine d'urgence de la personne âgée (MUPA) retrouve une

arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire. La biologie retrouvait une CRP à 270mg/L, une procalcitonine positive à 1,3 ng/mL, une hyperleucocytose à neutrophiles à 24 300 et un INR à 7,45. Il est réalisé un scanner cérébral retrouvant une lésion occipitale droite. La patiente est hospitalisée en médecine interne gériatrique. Les hémocultures reviennent positives à *Neisseria Elongata*. Après revue de la littérature, il s'agit d'un germe buccal décrit en 1970 par Bovre et Holten. C'est une cause rare d'endocardite infectieuse (EI), 18 cas décrit entre 1966 et 2007. Une IRM cérébrale retrouve une lésion hémorragique au niveau occipital droit pouvant être secondaire à un embolie septique. Il n'a été retrouvé qu'un seul cas décrit dans la littérature d'EI compliqué d'embolie cérébrale. Une échographie trans thoracique puis une échographie trans oesophagienne sont réalisées mettant en évidence une végétation de 8mm sur la prothèse aortique ainsi qu'un abcès péri-prothétique au niveau du trigone aortomitral. Un ECG de contrôle retrouve un rythme sinusal avec un bloc auriculoventriculaire de 1er degré. Il est donc conclu une syncope sur un trouble du rythme lié à l'endocardite. La patiente est transférée en cardiologie où après avis des infectiologues, le traitement par CLAMOXYL 12g par jour est maintenu pour une durée de six semaines. La patiente est transférée en soins de suite et sort après sa durée d'antibiothérapie sans récurrence de fièvre ou de syndrome inflammatoire. Elle nous confie avoir fait des soins dentaires un mois au préalable sans antibioprophyllaxie. **Résultats :** Le malaise est un recourt fréquent de consultation aux urgences de la personne âgée et les étiologies sont variées. Les troubles du rythme sur EI sont rares mais la présence de germes comme *Neisseria E.* doit faire suspecter ce diagnostic d'autant plus devant la présence d'une prothèse valvulaire cardiaque. **Conclusion :** Il s'agit d'un cas de syncope sur un trouble du rythme secondaire à un abcès péri prothétique aortique. Devant une septicémie à *Neisseria E.*, il faut rechercher une EI, d'autant plus que dans notre cas la patiente présentait une lésion cérébrale en faveur d'un embolie septique. L'autre élément en faveur du sepsis d'origine bactérienne était une procalcitonine fortement élevée à l'entrée de la patiente. Ce germe d'origine dentaire aurait pu être couvert par une antibioprophyllaxie selon les recommandations.

#### A2-15-81

##### **Bactériémie sans porte d'entrée chez le sujet âgé : Impact de la prise en charge probabiliste et la réévaluation anti biothérapeutique à 72h**

C. Arlaud (1) ; H. Millet (2) ; T. Lemboub (2) ; F. Leborgne (3) ; M. Sanchez (4) ; C. Rambaud (5) ; N. Degand (6) ; T. Fosse (7) ; I. Bereder (4) ; F. Lieutier (8) ; V. Mondain (9) ; O. Guérin (10)

(1) *Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice*; (2) *Csg, Hopital de Cimiez, Nice*; (3) *EMG, Hopital de Cimiez, Nice*; (4) *Court séjour gériatrique-a-liernord, Hopital de Cimiez, Nice*; (5) *SSR C3, Hopital de Cimiez, Nice*; (6) *Bacteriologie, Hôpital l'Archet 2, Nice*; (7) *Service hygiène, Hôpital Cimiez, Nice*; (8) *Pharmacie, Hôpital l'Archet 2, Nice*; (9) *Infectiologie, Hôpital l'Archet 2, Nice*; (10) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice*

**Introduction :** L'incidence des bactériémies augmente avec l'âge et est responsable d'une morbi-mortalité importante. Devant ces critères de gravité, une antibiothérapie probabiliste intraveineuse à large spectre est souvent initiée. Compte tenu de l'épidémiologie microbiologique locale, dépendant du site infectieux et du lieu d'acquisition de l'infection, la réévaluation à 48-72h n'est pas toujours réalisable. L'absence de documentation paraclinique (DP) de la porte d'entrée, comme un imagerie ou des prélèvements

bactériologiques efficaces, peut mettre en difficulté le clinicien dans la prise en charge thérapeutique avec le maintien d'une voie veineuse périphérique et une antibiothérapie spécifique pouvant engendrer une perte d'autonomie et une dépendance chez ces patients fragiles. L'objectif de l'étude est d'analyser la prise en charge des bactériémies des sujets âgés hospitalisés et l'impact d'une documentation sur la réévaluation à 72h de l'antibiothérapie.

**Méthodes :** Une étude de cohorte observationnelle rétrospective de patients âgés de plus de 75 ans présentant au moins une hémoculture sur prélèvement central ou périphérique positive, considérée soit comme une colonisation ou répondant au diagnostic de bactériémie admis dans un centre hospitalier de référence durant la période du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2016. Pour chaque patient, des données infectio-gériatriques cliniques et démographiques étaient collectées. **Résultats :** Un total de 162 patients a été inclus avec un âge moyen de 85,6 ans (75-98 ans). Parmi eux 58 % (n=94) étaient des hommes et 86 % (n=139) provenaient du domicile. 85% (n= 138) étaient dénutris selon les critères de la HAS, 62 % (n=100) en perte d'autonomie sur les ADL et 42% (n=68) présentaient un cancer. Parmi les motifs d'hospitalisation, seul 30% (n=47) correspondaient à une étiologie infectieuse initiale (urinaire, respiratoire ou digestive). Près de 50% (n= 78) étaient porteurs d'un matériel étranger et 16% (n=26) étaient colonisés à germes BLSE. 58% (n=94) des patients n'ont pas bénéficié de DP. Parmi eux, 60% (n= 56) avaient été hospitalisés et 63% (n=59) avaient reçu une antibiothérapie dans les 6 derniers mois. Dans 30% des cas (n=28), le germe le plus fréquemment retrouvé était le *Staphylococcus aureus* (contamination inclus). L'antibiothérapie la plus prescrite était l'amoxicilline-acide clavulanique (15%, n=14) dans le groupe non-DP et céfotaxime (21%, n=14) dans le groupe DP. Dans le groupe non-DP, seules 37 % [27,10 ; 46,82] des antibiothérapies ont été adaptées à 72h contre 63% [51,78 ; 74,4] p inf. 0.05 dans le groupe DP. Dans le 2 groupes, les taux d'aggravation (18%) et décès (17%) étaient comparables mais non statistiquement significatifs. **Conclusion :** Avec des hospitalisations répétées, pourvoyeuses de germes résistants et une perte d'autonomie importante limitant les examens paracliniques, la non-documentation étiologique des bactériémies est fréquente. Le sous-diagnostic bactériologique entraîne des traitements probabilistes large spectre liés à l'institutionnalisation (prévalence élevée de bactéries multi-résistantes) ou l'acquisition nosocomiale de l'infection. Bien que cette absence d'étiologie de la porte d'entrée ne soit pas associée à une morbi-mortalité plus élevée, la réévaluation à 72h doit être systématiquement proposée. En effet elle permet de limiter la consommation accrue d'antibiotiques critiques à larges spectres génératrice et l'émergence de résistance. Ainsi, un travail collaboratif entre gériatres, infectiologues, pharmaciens, hygiénistes et bactériologistes serait à développer pour assurer un bon usage des antibiotiques.

#### A2-15-82

##### **Antibiorésistance de 312 souches d'Escherichia coli responsable d'infection urinaire diagnostiquée dans 14 EHPAD**

D. Dye (1) ; F. Guerber (1) ; C. Jacques (1) ; G. Gavazzi (2)

(1) *Groupe oriade-noviale, grenoble, france, Oriade, Saint-Martin-d'Hères*; (2) *Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble*

**Introduction :** L'infection urinaire est une des infections majeures et aboutissant à de nombreux traitements antibiotiques en EHPAD; la majorité de ces traitements sont probablement inadaptés; Ils peuvent être à l'origine d'une augmentation des résistances antibiotiques



dnas des populations à haut risque infectieux et pouvant nécessiter des Antibiothérapie empirique rapidement. Escherichia coli reste la principale bactérie responsable d'IU et de bactériémie tout en faisant partie de la flore du microbiote fécal dnas cette population Le risque d'émergence chez cete bactérie de reistance aux cephalosporines (Beta-lactamine à spectre élargie) rendant inefficace les cephalosporine de 3ème génération est donc particulièrement préoccupante. Compte tenu de la presion antibiotique habituelle nous emettions l'hypothèse d'une forte prevalence des resistances de cette bactérie dans la population d'EHPAD de notre région. L'objectif de cette etude était donc de mettre en evidence les niveaux de reistance d'Escherichia coli idnas des ECBU collectés dans 14 EHPADs de la même région. **Méthodes** : Entre 2014 and 2015, nous avons collectées les données de sensibilité antibiotique de tous les ECBU positifs Escherichia coli analysés dans un laboratoire de biologie privé "ORIADE" ; Les ECBUS avaient tous été réalisés chez des résidents de 14 EHPAD de l'agglomération grenobloise. tous les antibiotiques habituels ont été testés. **Résultats** : 312 ECBU positifs à Escherichia coli ont été analysés: les résistances étaient les suivantes : amoxicillin 52%, amoxicillin+ clavulanate 34% , ciprofloxacine 18%, ceftriaxone 11,8% , cefexime 14,1% et en dessous de 5% pour les penems, gentamycin, Furane et fosfomycine; il n'y avait pas de différence entre les EHPADs. Les taux de resistance avec Production de B lactamase à spectre élargi était particulièrement haut par rapport aux données nationales de 2014 et 2015 (<5% ainsique les taux de résistance aux quinolones. **Conclusion** : Compte tenu des hauts taux de reistances vis à vis de l'amoxicillin et l'amoxicillin+ clavulanate il est impossible de les utiliser comme traitement empirique. Les taux de reistances aux cephalosporine de 3ème génération, sont supérieur à la même époque que ceux des hôpitaux de la région. Ceci suggère que les EHPADs peuvent être des réservoir de bacille multirésistants qu'il y a nécessité d'une surveillance des résistances pour définir des recommandations locales d'antibiothérapie.

#### A2-15-83

##### Prévalence et caractéristiques des escarres chez les personnes âgées hospitalisées au Pôle de Santé du Villeneuvois

N. Simo-Tabue (1) ; L. Noel (1) ; M. Tabue Teguo (2)

(1) *Gériatrie, C.H. Saint-Cyr, Villeneuve-sur-Lot*; (2) *Inserm u897, Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Bordeaux cedex*

**Introduction** : L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. Elle est une complication fréquente du décubitus, touchant 5% à 6% des patients hospitalisés. Elle constitue un véritable enjeu de santé publique car source de douleur et d'inconfort pour le patient et prédicteurs d'évènements de santé défavorable (dépendance, hospitalisations non programmées, institutionnalisation et décès). L'objectif de ce travail était d'estimer la prévalence et déterminer les caractéristiques des escarres chez les personnes âgées de 65 ans et plus hospitalisées au Pôle de Santé du Villeneuvois (PSV). **Méthodes** : L'étude est réalisée dans une unité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) (capacité de 44 lits) et dans une unité de soins longue durée (USLD) (capacité de 36 lits). Nous avons évalué tous les sujets, un jour donnée ceci nous a permis d'identifier l'ensemble des personnes ayant une escarre. Le recueil de données médicales a été fait lors de la journée d'enquête. Un questionnaire standardisé a permis de collecter les informations sur les patients porteurs d'escarre. La

prévalence des différents SG a été estimée. **Résultats** : Parmi les 80 sujets (44 en SSR et 36 en USLD) considérés, 18 (22.5%) avaient une escarre toutes localisations confondues soit 10 (27%) en USLD et 8 (18 %) au SSR. L'âge moyen des sujets hospitalisés au SSR était de 86(SD+/-10) ans, 61 % étaient des femmes. Les sujets hospitalisés en USLD avaient un âge moyen de 83 (SD+/-10) ans, 61% étaient des femmes. De même, l'âge moyen des sujets avec une escarre était supérieur autres (86 vs 84 ans, P<.001). Nous avons également observé que tous les sujets ayant une escarre avaient une infection urinaire et présentaient un état de dénutrition sévère. L'escarre du sacrum représentait la localisation la plus fréquente dans les 2 services soit environ 50%. 60% des cas étaient des lésions en phase bourgeonnantes, 50% des rougeurs, 30% des ulcérations et dans 15% des lésions nécrotiques. **Conclusion** : L'escarre est un problème important au sein des unités d'hospitalisation. Sa survenue peut être considérée comme un événement indésirable de santé. Sa prise en charge nécessite une approche pluridisciplinaire. Une diffusion large de protocoles de soins, accompagnée d'un plan de formation du personnel et d'une formalisation de la politique d'équipement pourraient contribuer à diminuer la prévalence et la gravité des escarres et partant améliorer la qualité de vie des sujets.

#### A2-15-84

##### Infection urinaire à Lactobacillus delbrueckii : un germe rare pour une pathologie banale

M. Mistral (1) ; A. Breining (2) ; F. Ketz (1) ; H. Le Petitcorps (1); E. Pautas (1)

(1) *Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (2) *Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*

**Introduction** : Une infection des voies urinaires, deuxième site d'infection bactérienne communautaire du sujet âgé, est une pathologie très fréquente en pratique gériatrique. Même si les recommandations des dernières années ont permis de préciser la définition d'une infection urinaire du sujet âgé, la gestion du traitement antibiotique reste souvent purement probabiliste, ciblant les entérobactéries (E. coli, Proteus spp. et Klebsiella spp.) responsables dans la très grande majorité des cas. Cependant, l'antibiothérapie probabiliste initiale doit être systématiquement ré-évaluée en fonction des résultats des prélèvements car des germes bien plus rares peuvent être en cause comme le montre le cas clinique que nous décrivons. **Méthodes** : Cas clinique. **Résultats** : Une patiente de 93 ans est hospitalisée pour une perte d'autonomie brutale liée à un tableau de sepsis. Ses principaux antécédents sont: HTA, diabète de type 2, lymphœdème chronique des membres inférieurs, et allergie aux beta-lactamines. La patiente décrit depuis quelques jours des douleurs abdominales associées à une dysurie, et l'examen clinique note un aspect de vulvite. Une sonde à demeure est posée transitoirement. Le sepsis est rapporté à une infection des voies urinaires et l'ECBU est positif au Lactobacillus delbrueckii, germe commensal de la flore vaginale; il n'est pas retrouvé de consommation de probiotiques pouvant être à l'origine d'une prolifération de ce germe commensal et le prélèvement bactériologique vaginal est négatif. L'évolution clinique est favorable après un traitement par Vancomycine adapté à l'antibiogramme de l'ECBU. **Conclusion** : Ce cas clinique illustre que même si très fréquente en gériatrie, une infection urinaire peut avoir une étiologie aussi inattendu qu'un germe a priori simplement commensal. Il montre également l'importance d'une adaptation secondaire de l'antibiothérapie en fonction de la culture.

**A2-15-85****Formation « Prévention de la transmission de la grippe » Sur le pôle EHPAD/USLD au CHU de Rouen : A propos d'un Retour d'expérience**

K. Guignery-Kadri (1) ; C. Lebaron (2) ; S. Mias (2) ; S. Bertrand (3) ; V. Merle (2) ; H. Marini (2)

(1) EHPAD-USLD Boucicaut, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen; (2) Dpias, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen; (3) Médecine du travail, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen

**Introduction :** Dans le cadre de la gestion du risque infectieux en EHPAD-USLD, le pôle EHPAD-USLD du CHU de Rouen a mis en place un groupe de travail pluridisciplinaire regroupant des professionnels d'EHPAD-AUSLD et des représentants du Département de Prévention des Infections Associées aux Soins (DPIAS) (médecins et infirmières). L'utilisation du Document d'analyse du risque infectieux (DARI) a permis l'élaboration d'un programme d'actions d'amélioration annuel depuis 2013 dont un des axes était la promotion de la vaccination antigrippale du personnel en EHPAD-USLD. La survenue d'une épidémie de grippe en USLD en 2013 avait fait l'objet d'une analyse par la méthode ALARM qui avait abouti à la mise en place d'une formation annuelle à l'attention des professionnels du pôle EHPAD-USLD. Après 4 ans de recul, le bilan de cette initiative s'avère plutôt positif. **Méthodes :** La formation, réalisée par un gériatre, 2 infirmières hygiénistes et une infirmière de la médecine du travail est reconduite tous les ans à l'automne à raison de 6 sessions à l'attention des professionnels de jour et 6 sessions à l'attention des professionnels de nuit. Elle s'intègre dans le cadre du Développement Professionnel Continu comprenant une séance de QCM avant la formation et une séance de QCM après la formation. Le programme de la formation théorique comprend un bilan de l'épidémie de grippe saisonnière de la saison précédente, un rappel de la nécessité de se vacciner contre la grippe et un cas clinique interactif permettant d'aborder les précautions standard et les précautions complémentaires gouttelettes dans le cadre de la grippe. La session se termine par une séance de vaccination contre la grippe à l'attention du personnel soignant formé sur la base du volontariat par l'infirmière du travail.

**Résultats :**

Année	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de sessions		8	11	12	6
Professionnels formés		155	152	147	99
Professionnels vaccinés			45	51	30
Taux de vaccination des professionnels	6%	17%	21%	26%	31,6%

La formation annuelle a permis d'améliorer les connaissances en termes de mesures de prévention et une bonne réactivité des équipes soignantes dès l'automne, le repérage rapide des cas, la mise en place précoce des précautions complémentaires gouttelettes dès les 1ers cas suspects, le dépistage systématique et rapide (virocult) et la déclaration rapide des 1ers cas au DPIAS. Depuis la mise en place de cette formation annuelle, on constate peu de cas de grippe chaque année, un isolement de courte durée, une meilleure gestion des cas groupés et des conséquences réduites de la grippe

(décès...). **Conclusion :** L'épidémie de grippe saisonnière survient chaque année en France entre les mois de décembre et d'avril et entraîne une surmorbidity et une surmortalité chez les personnes âgées institutionnalisées. La collaboration pluridisciplinaire mise en place sur le pôle EHPAD-USLD du CHU de Rouen a permis une meilleure prévention et une meilleure prise en charge de la grippe en institution ainsi qu'une couverture vaccinale du personnel soignant qui s'améliore d'année en année. Le renouvellement fréquent du personnel soignant en EHPAD-USLD incite à poursuivre cette formation annuelle innovante et performante au profil d'une meilleure qualité de prise en charge des résidents en institution.

**A2-15-86****Tuberculose du sujet au Centre Anti Tuberculeux d'Adjamé AOY. Binan (1)**

(1) IPS - CGRAE, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Introduction :** Devant un tableau clinique et para clinique polymorphe et non spécifique de la TB chez le sujet âgé, sa prise en charge représente un véritable écueil. L'objectif de notre étude a été d'évaluer les caractéristiques de la tuberculose chez le sujet âgé suivi en ambulatoire. **Méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive et analytique. Elle a porté sur l'ensemble des patients pris en charge pour tuberculose diagnostiqués pendant la période de 2010 à 2012 et dont l'âge est supérieur ou égal à 15 ans. Tous les cas de tuberculose notifiés pendant cette période d'étude dans les registres de déclaration de la tuberculose ont été inclus. **Résultats :** L'analyse multivariée a permis de mettre en évidence les caractères pertinents de la tuberculose du sujet âgé versus le sujet adulte jeune. Ont été moins importantes chez les personnes âgées, la proportion des TPM+ (OR= 0,301 ; IC 95%= 0,209-0,432), la proportion de la co-infection TB/VIH (OR=0,215; IC 95% = 0,133-0,348) et la proportion du succès thérapeutique (OR = 0,482 ; IC 95%= 0,342-0,680). **Conclusion :** Il existe une différence particulière entre la tuberculose du sujet âgé et celle du sujet adulte jeune.

**A2-15-87****Vaccination antigrippale des professionnels de santé dans un service de Gériatrie de L'Hôpital Charles Foix- Ivry sur Seine**

E. Magny (1) ; O. Christel (2)

(1) La Triade, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Paris; (2) Triade, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine

**Introduction :** En Europe, la grippe reste l'un des grands problèmes de santé publique. L'Européen Center of Disease Control (ECDC) estime que 40 000 à 220 000 personnes meurent chaque année en raison de cette maladie. Par conséquent, en 2009 le Conseil de l'Union Européenne a recommandé que tous les États membres adoptent un plan d'action pour améliorer la couverture vaccinale à 75% dans tous les groupes à risque, y compris le personnel de la santé. Pourtant ce chiffre est rarement atteint. L'hiver 2017 a été marqué par une épidémie de grippe à l'Hôpital Charles Foix, hôpital hospitalo-universitaire gériatrique situé à Ivry Sur Seine. Au sein du service la Triade, service de gériatrie aigüe et de soins de suite et de rééducation comptant 94 lits d'hospitalisation, seuls 4 professionnels paramédicaux sur 95 ont été vaccinés. Aucun des rééducateurs ne s'est fait vaccinés, aucune des cadres ne s'est fait vacciner et 12 médecins sur 16 soit 75% se sont fait vaccinés. L'objectif principal de ce travail était de comprendre pourquoi le taux de vaccination

est aussi bas chez les soignants de la Triade en réalisant des focus groups au sein de cette équipe. **Méthodes :** Ces focus groups ont été réalisés sur la période de mars à mai 2017. Le service de la Triade comprend : 27 infirmier(e)s et 43 aides soignant(e)s (dont 5 en arrêt longue maladie) de jours, 6 rééducateurs, 3 cadres de santé (dont une en arrêt longue maladie), 8 internes, 8 médecins seniors. Ces focus groups ont été réalisés à la fin de réunions d'équipes hebdomadaires ou de réunion de service. Ils ont été animés par un médecin du service initiateur de l'étude qui était modérateur et observateur. La discussion pendant les groupes a été basée sur des questions de recherche qualitative. Un questionnaire quantitatif a permis de recueillir les caractéristiques des participants : profession, sexe, âge, ancienneté dans le domaine de la gériatrie. **Résultats :** Au total, 6 focus groups ont pu être réalisés au cours de la période, avec un total de 32 participants. La moyenne d'âge des participant est de 37 ans. Pour les infirmiers, la moyenne d'âge est de 33 ans et la moyenne d'années d'ancienneté de 4,8 ans en gériatrie. Pour les aides soignants il est de 44 ans et 17 ans respectivement. Les cadres ont moins de deux ans d'ancienneté en tant que cadre et ont une moyenne d'ancienneté en gériatrie de 4 ans. Aucun des participants aux focus groups ne s'est fait vacciner cette année. **Conclusion :** Les connaissances erronées sur le sujet chez une équipe ayant pourtant une certaine ancienneté et expérience dans le domaine de la gériatrie pour les aides-soignants et une équipe d'infirmiers jeunes sortant de l'école d'infirmiers laisse supposer que l'information sur le sujet n'est pas ou mal passée. Les raisons invoquées le plus fréquemment par les soignants quant à l'absence de vaccination sont les mêmes que celle retrouvées dans les études avec essentiellement la peur des effets indésirables et le manque de confiance en la vaccination et cela malgré les diverses interventions de ces dernières années. L'inefficacité du vaccin a aussi été pointée du doigt. La possibilité de porter un masque en remplacement de la vaccination a été une solution invoquée et déjà adoptée pour plus de la moitié des soignants. Cette année seuls des affichages ont été mis en place pour sensibiliser l'équipe à la vaccination. La promotion de la vaccination ne semble pas avoir été portée par l'encadrement, dont les priorités étaient ailleurs du fait d'un sous-effectif très important dans notre service lors de la période de campagne vaccinale, et de leur arrivée récente dans le service. Pour les années à venir, il serait nécessaire qu'un groupe de personnes au sein de l'équipe porte le projet de la vaccination. L'équipe a été demandeuse d'une formation sur la grippe, la vaccination et les bénéfices attendus car tous étaient très sceptiques quant au bienfondé de cette vaccination. Idéalement il faudrait organiser sur le temps de travail des soignants, une formation courte adaptée aux craintes de chaque profession et de proposer une vaccination directement au décours de la séance afin de rendre l'accès à la vaccination la plus simple possible. Aux Etats-Unis, la vaccination contre la grippe est obligatoire et figure dans le contrat de travail des personnes qui exercent dans les structures de soins. En Europe, l'obligation fait débat du fait d'une efficacité vaccinale remise en cause. En France dans un climat de scepticisme vis-à-vis des vaccins en général, quel serait l'impact d'une telle obligation ?

## A2-15-88

### Spondylodiscite infectieuse après BCG thérapie : Une évolution inattendue d'un cancer de vessie chez un homme de 82 ans

A. Hiance Delahaye (1) ; L. Lechowski (1) ; L. Teillet (1) ; S. Balesdent (1) ; B. Denis (1) ; O. Senard (2) ; G. Aldeguer (1)  
 (1) Service de gériatrie, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris;  
 (2) Maladies infectieuses, Hôpital Raymond-Poincaré - APHP, Boulevard Raymond Poincaré, Garches, France, Garches

**Introduction :** Le bacille de Calmette et Guérin (BCG) est une forme atténuée de la souche virulente de *Mycobacterium bovis* (M. bovis). Elle est utilisée comme vaccin contre la tuberculose et comme immunothérapie, par instillation vésicale, pour traiter les cancers superficiels de vessie et prévenir les récurrences. La spondylodiscite à M.bovis est une complication rare mais grave de la BCG thérapie. **Méthodes :** Un homme âgé de 82 ans a été hospitalisé en gériatrie aiguë à la suite d'une chute compliquée d'une fracture de T12 avec des douleurs intenses et invalidantes. Ses antécédents médicaux comprenaient une HTA, une hyperthyroïdie, une suspicion de paralysie supranucléaire progressive avec des troubles cognitifs (dernier MMSE à 15/30) et des chutes à répétitions. Il a également été pris en charge pour un cancer de la vessie diagnostiqué 2 ans auparavant à un stade G3pT1 traité par 6 cycles hebdomadaires de BCG-thérapie intravésicale et polypectomie vésicale. Le patient a ensuite refusé un nouveau cycle de traitement. Dans le service le patient souffrait de dorso-lombalgies intenses nécessitant des morphiniques. La verticalisation était impossible. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur ni d'anesthésie en selle. Il existait un ralentissement psycho-moteur et le MMSE était à 12/30. La CRP était à 50 mg/L et l'albuminémie à 40 g/L. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien et encéphalique montrait des lésions osseuses destructrices agressives à la fois ostéolytiques et ostéocondensantes de T10 à T12 avec un tassement de T11. Il révélait également une embolie pulmonaire bilatérale et des séquelles de lésions ischémiques encéphaliques. Une biopsie osseuse radio-guidée de vertèbre a permis d'isoler M. bovis. Une trithérapie par RIFAMPICINE, ISONIAZIDE, ETHAMBUTOL est instaurée pendant 2 mois, suivie de RIFAMPICINE et ISONIAZIDE pendant 7 mois. Un corset rigide a également été mis en place. A 3 mois, l'amélioration clinique était nette et le scanner montrait un affaissement quasi complet de la vertèbre T12 et la formations de ponts osseux. A 6 mois, persistait des signes de spondylodiscite au scanner avec une fracture tassement complète de T12 sans consolidation des ponts osseux. Une chirurgie est alors proposée au patient pour solidification (non encore programmée). A 5 mois de son arrivée à l'hôpital, le patient alors pris en charge en Soins de Suites et de Réadaptation gériatrique, est transféré en Unité de Soins Longue Durée. **Résultats :** La BCG-thérapie est utilisée depuis les années 1970 pour traiter les cancers vésicaux superficiels et les cancers in situ. Les principaux effets indésirables sont la cystite et les hématuries. Les complications régionales tels que les prostatites (1%), orchio-épididymite (<0.5%) et lésions péniennes sont rares. Les complications systémiques restent exceptionnelles. Elles peuvent toucher l'ensemble des organes. Il a été décrit des arthralgies et arthrites réactionnelles (0,5%), aplasies toxiques, miliaires et autres lésions pulmonaires, hépatites biologiques ou granulomateuses, anévrismes mycotiques et des cas de spondylodiscite. Seize cas ont été rapportés. Les patients étaient tous des hommes et l'âge moyen était de 79 ans avec un délai de survenue après instillation de 2 semaines à 12 ans. Les vertèbres de T10 à L3 sont les plus souvent touchées. Les manifestations

cliniques sont peu spécifiques : Dorso-lombalgies, altération de l'état général, radiculopathie, ou parfois lors d'apparition de signes de gravité d'emblée comme un déficit neurologique ou un psoriasis. Le diagnostic est posé grâce à la ponction biopsie radioguidée mettant en évidence un granulome inflammatoire sans nécrose caséuse. La PCR permet l'identification de *M. bovis*. Il n'y a pas de recommandations concernant l'antibiothérapie. *M. bovis* possède une résistance intrinsèque au PYRAZINAMIDE. La trithérapie par RIFAMPICINE, ISONIAZIDE et ETHAMBUTOL est le plus souvent employée. La durée de traitement est de 12 mois en moyenne. La chirurgie est nécessaire pour drainer un abcès ou en cas de rachis instable. **Conclusion :** La spondylodiscite à *M. bovis* après BCG-thérapie intravésicale est rare mais grave avec un pronostic fonctionnel sombre. Cette complication peut survenir après un délai de plusieurs mois voire de plusieurs années. Un antécédent de BCG-thérapie intravésicale paraît très souvent bénin, mais nos patients très âgés et polymorbides peuvent représenter un terrain favorable au développement d'une authentique infection à *M. bovis*.

### SESSION POSTERS 3 : RÉÉDUCATION/ RÉADAPTATION DU SUJET ÂGÉ/NUTRITION/ DIABÈTE / MÉTABOLISME/SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES/GÉRONTECHNOLOGIE/ THÉRAPEUTIQUES EN GÉRIATRIE/TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX /TROUBLES TROPHIQUES/TROUBLES SENSORIELS ET DÉSAFFÉRENTATION/ TROUBLES VÉSICOSPHYNCTÉRIENS/URGENCE / SOINS INTENSIFS/AUTRES

#### A3-09-16

##### TLD 91 : Télé expertise buccodentaire en Essonne ou comment améliorer la santé bucco-dentaire des résidents en Ehpad

N. Cohen (1) ; C. Hvestoff (2) ; C. Wozniak (3) ; S. Madrange (4) ; N. Vlimant (4) ; L. Luquel (5)

(1) Equipe Mobile Gériatrique de Liaison, Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias, Ballainvilliers; (2) Réseau buccodentaire, Réseau Appolline, Ballainvilliers; (3) Ortif, Sesan, Paris; (4) Equipe mobile gériatrique de liaison, Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias, Ballainvilliers; (5) Gériatrie, Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias, Ballainvilliers

**Introduction :** Les études concernant l'état buccodentaire des personnes âgées confirment la prévalence élevée des pathologies dentaires (caries, pathologies parodontales, degré d'édentement ou niveau d'hygiène). Parallèlement la perte d'autonomie et la poly pathologie peuvent conduire au renoncement des consultations auprès d'un chirurgien-dentiste et entraver le maintien d'une bonne hygiène buccale, alors que les pathologies buccodentaires sont source de dénutrition, douleurs, et troubles du comportement. L'objectif de ce projet est de promouvoir la santé buccodentaire en l'intégrant dans la prise en charge gériatrique globale. **Méthodes :** L'Equipe Mobile Gériatrique de Liaison (EMGL) de l'HPGM porte le projet de Teledentisterie sur 8 Ehpad la première année. Le déploiement sera progressif sur les 34 Ehpad partenaires de la filière gériatrique Nord Essonne. Il s'agit d'un projet de téléexpertise en mode asynchrone. Il s'appuie sur la plateforme régionale de télémédecine ORTIF. Des vidéos sécurisées sont réalisées via une caméra endo buccale au lit du résident. (Un workflow dédié avec

spécificité buccodentaire a été créé). Les bilans buccodentaires sont réalisés sur prescription médicale. Des réunions de concertation pluridisciplinaire pourront être mises en place si besoin, intégrant le médecin traitant, le médecin coordonnateur et le gériatre de l'EMGL, en tenant compte des attentes du résident et/ou de ses proches. Les vidéos sont lues sous 48h par un chirurgien dentiste coordonnateur du Réseau Appolline et des préconisations sont données sur la prise en charge buccodentaire. Une aide à l'orientation pour la réalisation des soins est proposée, tout en respectant le libre choix du praticien. Les comptes rendus des évaluations sont adressés aux médecins traitants et aux médecins coordonnateurs des ehpad. En parallèle, le personnel soignant de l'Ehpad bénéficie de formations à la santé buccodentaire. **Résultats :** Il s'agira d'apprécier l'impact du dispositif sur l'accessibilité aux soins (Volumes des téléexpertises) mais également de déterminer des critères d'inclusion et d'exclusion dans le recours au dispositif (l'objectif n'étant pas un dépistage de masse). Le nombre de formations réalisées sera recueilli, la diffusion des bonnes pratiques d'hygiène buccodentaire dans les ehpad restant le socle de l'amélioration de la prise en charge buccodentaire. Enfin, nous évaluerons les dispositifs de prise en charge proposés de manière graduée et hiérarchisée au décours de l'évaluation pour chaque résident, en s'appuyant sur les acteurs mobilisés par le Réseau Appolline. **Conclusion :** Il s'agit d'un projet pilote innovant porté par trois partenaires de compétences différentes (Equipe mobile gériatrique de Liaison, Réseau Appolline, plateforme ORTIF) permettant : -le développement de la télémédecine en ehpad, -l'intégration de la santé buccodentaire dans la prise en charge gériatrique globale via l'EMGL; -et l'illustration d'une activité hospitalière hors les murs.

#### A3-09-17

##### Mise en place d'une réhabilitation cognitive informatisée (Rehacom®) auprès d'une population gériatrique en HDJ de Réadaptation – Etude de faisabilité

S. Ghani (1)

(1) *Neuro-Psycho-Gériatrie Espace IMAGINE, Hôpital Léopold Bellan, Paris*

**Introduction :** La stimulation cognitive est largement utilisée chez les sujets âgés ayant des troubles cognitifs. Elle a pour but de limiter le déclin du fonctionnement cognitif en se basant sur les capacités préservées des patients (Clare et al., 2004). Elle a fait l'objet de nombreuses recherches qui ont montrées l'existence d'effets significatifs de la stimulation cognitive sur le fonctionnement cognitif global, mais également sur le bien-être et la qualité de vie (Aguirre et al., 2013). Depuis peu, les interventions cognitives basées sur ordinateur ont fait l'objet d'un réel engouement et de multiples programmes informatisés ont vu le jour (Garcia-Casal et al., 2016). L'étude de faisabilité présente cherche à faire valoir la pertinence de l'utilisation d'un logiciel de réhabilitation cognitive auprès de patients suivis en Hôpital de Jour de Réadaptation (HDJR) gériatrique. **Méthodes :** Le logiciel mis en place est Rehacom®. Il s'agit d'un programme informatique adapté qui ajuste automatiquement la complexité de chaque tâche aux performances actuelles du patient, avec de multiples modules, permettant l'entraînement des différentes sphères cognitives (attention soutenue, attention sélective, mémoire épisodique verbale et visuelle). Il a été testé à raison d'une séance par semaine, sur une population de patients ayant une pathologie neuro-dégénérative, avec des troubles cognitifs légers à modérés, sans trouble visuel, suivis en HDJR. Une évaluation cognitive et thymique globale a

été réalisée avant et après la stimulation. **Résultats :** 26 patients ont été inclus, ayant une moyenne d'âge de 81 ans ( $\pm 7$ ), et un MMSE moyen à l'inclusion de 26,7 ( $\pm 2,1$ ), présentant majoritairement des troubles cognitifs mineurs et principalement une maladie d'Alzheimer. Il existe un effet significatif du nombre de séances réalisées sur les modules attentionnels, et sur certains scores mnésiques. Des résultats significatifs ont également été observés au niveau de l'évaluation thymique. Par ailleurs, 6 patients ont interrompu leur prise en charge en raison d'une fatigabilité et d'oublis de consignes, mais il n'y a pas eu d'arrêt en lien avec l'interface proposée. **Conclusion :** Cette étude de faisabilité a permis de valider la pertinence d'un tel logiciel auprès d'une population de patients gériatriques suivis en HDJR et ayant des troubles cognitifs légers à modérés. Les avantages ainsi que les limites d'une telle prise en charge sont discutées.

### A3-09-18

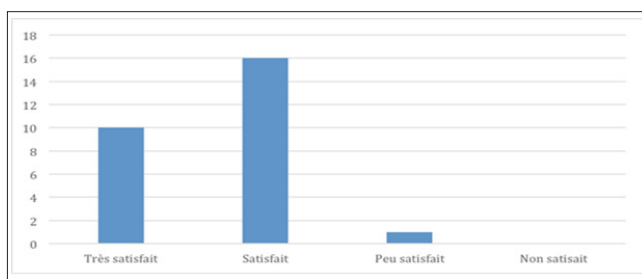
#### Programme « Télémedecine en EHPAD » en Gironde : Enquête de satisfaction en médecine générale

L. Haw-Shing (1) ; A. Lafargue (1) ; M. Barateau (2) ; N. Bourdin (1) ; E. Thiel (1) ; L. Glenisson (3) ; M. Rainfray (1) ; N. Salles (1) (1) *Pôle gériatrie clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (2) *Equipe mobile plaies et cicatrisation, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (3) *Service de psycho-gériatrie, Hôpital Charles Perrens, Bordeaux*

**Introduction :** Le programme « Télémedecine en EHPAD » permet de réaliser, à distance, des téléconsultations et téléexpertises entre un centre expert et un des 39 EHPAD équipés en Gironde pour un patient institutionnalisé. Les thématiques proposées par le programme sont : les plaies chroniques, les troubles psycho-comportementaux liés à la démence, les pathologies psychiatriques, la fin de vie et soins palliatifs. L'objectif principal est d'évaluer auprès des médecins généralistes ayant eu recours au programme leur degré de satisfaction globale concernant la réponse donnée par le centre expert. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale semi-quantitative de satisfaction par l'envoi d'un questionnaire aux médecins généralistes ayant eu recours au programme du 13 Avril 2016 au 7 Juillet 2016 pour un ou plusieurs de leurs patients. **Résultats :** 62 avaient fait appel à la télémedecine sur la période définie. Un médecin a d'emblée refusé de participer. 61 questionnaires ont donc été envoyés. Nous avons obtenus 28 réponses soit 46%. Au total, 26 (96%) des médecins requérants ayant répondu à l'enquête étaient globalement satisfaits du programme.

**Figure 1**

Répartition de la satisfaction globale des médecins généralistes ayant eu recours au programme « Télémedecine en EHPAD » (n=28)



**Conclusion :** En continuité de cette expérience positive, le projet pourrait s'étendre et se développer sur la ville dans les années à venir.

### A3-09-19

#### TMG91 : Retour d'expérience d'un projet de télémedecine au sein de 6 EHPAD du territoire de l'Essonne

V. Bourdinaud (1) ; L. Luquel (2) ; L. Porche (1)

(1) *Pôle ambulatoire, Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias, Ballainvilliers*; (2) *Gériatrie, Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias, Ballainvilliers*

**Introduction :** L'expérimentation télémedecine gériatrique TMG91, financée par l'ARS Ile de France en 2012, met en lien les résidents de 6 EHPAD de l'Essonne avec 2 hôpitaux (L'hôpital Les Magnolias pour les avis gériatriques et psychiatriques et le Centre Hospitalier Sud Francilien pour la dermatologie) au moyen d'une salle dédiée à la téléconsultation dans chaque établissement. Le dispositif a pour ambition l'amélioration de la qualité des soins par la réduction du temps d'accès aux consultations de spécialité, avec la diminution des déplacements et des recours inappropriés au service des urgences. Ce projet médical, nourri par un besoin sanitaire, a nécessité la mise en place d'outils et de protocoles pour une organisation efficiente préalable au déploiement. **Méthodes :** Activité pluridisciplinaire de téléconsultation et téléexpertise pour les résidents de 6 EHPAD en Essonne entre janvier 2014 et juin 2016. **Résultats :** L'analyse de cette activité gériatrique montre une constante augmentation avec près de 240 actes réalisés. Les motifs de demande sont principalement en rapport avec des évaluations de syndromes gériatriques pour les actes de téléconsultation et des problématiques de gestion de troubles psycho-comportementaux pour la téléexpertise. Un support technique fiable, l'engagement des partenaires ou encore le rôle pivot de l'infirmière coordinatrice sont autant d'éléments moteurs qui ont favorisé son développement. Mais le changement profond dans la pratique médicale et le périmètre restreint du projet en freine l'essor. Cette expérimentation nécessite une évaluation médico économique qui tend à montrer une réduction des coûts (résultats provisoires). Pour autant, l'économie est nécessairement réduite par son utilisation en remplacement du renoncement au soin pour nombre de patients fragiles. Par ailleurs, les bénéfices qualitatifs en lien avec cette nouvelle forme de coopération interprofessionnelle sont difficilement mesurables mais notés par l'ensemble des partenaires. L'enrichissement partagé et la mutualisation des savoirs accompagnent l'homogénéisation des bonnes pratiques gériatriques. **Conclusion :** La télémedecine apparait donc comme une opportunité pour répondre aux enjeux d'inégalité des territoires et pourra améliorer le parcours de soins coordonnés des patients à domicile. La communication au sein des cursus d'enseignement des futurs professionnels et l'appropriation du dispositif par les patients usagers facilitera son adaptation vers de nouveaux usages, pour une médecine de demain plus humaine et efficiente

**A3-11-09****Intérêt d'un nouveau modèle collaboratif et participatif de lutte contre la dénutrition chez le sujet âgé en ville au sortir d'une hospitalisation, impliquant le patient, son médecin généraliste et le diététicien-nutritionniste**

S. Te (1) ; D. Sczapanek (1) ; V. Curtis (2) ; C. Schonheit (2) ; A. Meziere (2)

(1) *Gériatrie, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine;*  
(2) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*

**Introduction :** La dénutrition protéino-énergétique (DPE) chez le sujet âgé est fréquente et grave. Sa prise en charge actuelle au sortir d'une hospitalisation est insatisfaisante. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'intérêt d'un nouveau modèle collaboratif et participatif de lutte contre la DPE chez le sujet âgé en ville après une hospitalisation, entre patient, médecin généraliste (MG) et diététicien-nutritionniste (DN). **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude interventionnelle non-randomisée, prospective, réalisée de mai 2015 à février 2016 chez les sujets âgés > 75 ans dénutris, avec un MMSE > 20 et rentrant à domicile après un séjour à l'hôpital. À domicile, un DN de ville intervenait durant 3 mois, collaborant avec eux et leur MG. La participation des patients, la satisfaction des 3 acteurs et l'évolution de l'état nutritionnel étaient évalués. **Résultats :** Sur 67 patients approchés, 11,9% (n=8) ont bénéficié de la totalité du modèle. Un entourage présent (p=0,001), une éducation diététique à l'entourage (p=0,003), un MMSE élevé (p=0,04), avoir un ulcère (p=0,0097) et un poids élevé en sortie de SSR (p=0,03) favorisaient la participation des patients. Les patients (78,6%) et les MG (75%) étaient satisfaits. Les patients reprochaient le peu d'implication du MG et ces derniers estimaient n'avoir acquis aucune connaissance de diététique. Il y a eu un gain d'albuminémie à 3 semaines (p=0,0028) et 3 mois (p=0,029) de la sortie. **Conclusion :** La participation des patients et la collaboration entre les acteurs était jugée faible. L'impact nutritionnel était incertain.

**A3-11-10****Le syndrome de la poche à urines violette (Purple Urine Bag Syndrome) : connaître ce phénomène pour éviter toute prise en charge inappropriée**

E. Chidlovskii (1) ; A. Ledoyen (1) ; M. Daudin (1) ; M. Beaud (1) ; P. Couturier (1)

(1) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes, Grenoble*

**Introduction :** Une coloration anormale de l'urine n'est pas exceptionnelle dans la pratique clinique et peut révéler la présence d'une pathologie. La coloration violette d'un système de cathéter urinaire, connu sous le nom de syndrome de poche à urines violette, est rare et peut être associé à une infection des voies urinaires. **Méthodes :** Un homme de 94 ans, grabataire, aux antécédents de cardiomyopathie hypertensive, de diabète de type 2 et d'une maladie de Parkinson est hospitalisé dans le service de médecine aiguë gériatrique, puis en SSR pour prise en charge d'escarres multiples. Une sonde urinaire est mise en place en raison d'une rétention aiguë d'urines. Elle est maintenue au long cours pour cause d'échec d'ablation. Après un mois d'hospitalisation, une coloration violette de la sonde et de la poche de recueil des urines est constatée. Le patient n'a pas de signes fonctionnels urinaires ni de syndrome inflammatoire clinico-biologique. On note une constipation chronique. L'examen cyto bactériologique des urines retrouve une leucocyturie à 10.5/ml et une flore polymicrobienne à 10.5 UFC/

ml avec un pH urinaire à 8. L'enquête étiologique ne révèle pas de médicament ni d'aliment pouvant modifier la coloration des urines. L'échographie rénale est normale avec un système de drainage urinaire en place et non obstrué. Le syndrome de la poche à urines violette ou Purple Urine Bag Syndrome (PUBS) est alors suspecté. **Résultats :** Décrit pour la première fois en 1978, le PUBS réalise une coloration violette de la sonde et de la poche de recueil urinaire. La prévalence du PUBS est de 8.3% à 42.1% dans la littérature. Ce phénomène s'observe surtout chez les femmes âgées résidant en soins longue durée, souffrant de constipation, porteuses d'une dérivation urinaire chronique avec une poche plastique (Polychlorure de Vinyle). Le mécanisme biochimique repose sur le métabolisme du tryptophane. Cet acide aminé contenu dans le bol alimentaire est dégradé par les enzymes intestinaux en indole, qui subit une transformation par le foie en 3-indoxyl sulfate. Ce dernier est excrété par le rein et se retrouve en forte concentration dans les urines. En présence de certaines bactéries productrices de sulfatases et de phosphatases (*Providencia species*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus species*, *Morganella species*, *Pseudomonas species*, *Enterobacter species* et *Escherichia coli*), et dans des conditions de pH urinaire alcalin, l'indoxyl sulfate urinaire se décompose en indirubine (rouge) et indigo (bleu). L'accumulation d'indirubine et d'indigo entraîne la coloration violette de la poche à urines. Les patients présentant un PUBS sont habituellement asymptomatiques. Les publications relatent de rares cas d'association de PUBS avec des infections des voies urinaires. Il n'est généralement pas observé de complications chez les patients atteints de PUBS. Dans notre cas, ce syndrome a été découvert accidentellement chez un patient asymptomatique. Le diagnostic différentiel de PUBS est aisé, car, en cas d'anomalie de coloration urinaire, le dispositif urinaire (sonde, collecteur) ne change pas d'aspect. Il faut évoquer les hématuries, les anomalies hépatiques, la mélanurie, les maladies métaboliques rares (porphyrie, alcaptonurie, tyrosinémie), la coloration des urines d'origine médicamenteuse (rifampicine, métronidazole, desféral, entacapone, levodopa, vitamine B12) ou encore alimentaire (betterave rouge, mûres, paprika, carottes). **Conclusion :** Le syndrome de la poche à urines violette est décrit surtout chez les femmes âgées, vivant en institution, souffrant de constipation et porteuses d'une dérivation urinaire chronique. Sans conséquences pathologiques, le PUBS ne nécessite pas d'antibiothérapie systématique en l'absence de signes infectieux.

**A3-11-11****Parcours de la personne âgée fragile : prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition en équipe ville-hôpital**

E. Brocquet (1) ; A. Roussel (2) ; V. Florent (3) ; V. Petit (2)

(1) *Gériatrie, Hôpital Saint Philibert, Lille;* (2) *Gériatrie, C.H. d'Arras, Arras;* (3) *Nutrition, C.H. d'Arras, Arras*

**Introduction :** 4 à 10% des personnes âgées au domicile sont dénutries. La dénutrition est un syndrome gériatrique aux conséquences graves qui nécessite un repérage et des actions adaptées. **Méthodes :** Le projet développé par le Centre Hospitalier d'Arras est l'accompagnement personnalisé de la personne âgée fragile en équipe pluridisciplinaire en collaboration avec les différents acteurs intra et extrahospitaliers. Un travail est mené autour du patient âgé dénutri sur le dépistage et prévention de la dénutrition et des autres facteurs de risque en équipe pluridisciplinaire ville-hôpital. **Résultats :** Cette démarche s'inscrit par l'intervention de la diététicienne à domicile pour prendre en charge la dénutrition chez les personnes âgées fragiles de 75 ans et plus repérées par le

Réseau Gérontologique. Un logigramme de dépistage et de prise en charge de la dénutrition a été créé. Le repérage par l'IDE ou le Gériatre d'un risque ou d'une dénutrition engendre un signalement à la diététicienne qui se déplace au domicile du patient. Une évaluation nutritionnelle est réalisée pour proposer une prise en charge adaptée. Cette intervention se fait en collaboration avec le médecin traitant, les aidants et les aides au domicile. Le suivi est assuré à 2 mois par la diététicienne. La formation des aides à domicile est prévue pour sensibiliser aux situations à risque de dénutrition. **Conclusion :** Le projet est de prendre en charge les autres situations à risque de dénutrition comme la iatrogénie grâce à l'intervention de professionnels adaptés à domicile. L'enjeu est de permettre aux personnes âgées de bien vieillir dans le milieu de vie qu'elles souhaitent.

### A3-11-12

#### Prevalence de l'anémie chez la personne âgée diabétique:correlation clinique et comorbidités

AOY. Binan (1)

(1) IPS - CGRAE, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Introduction :** L'anémie est une complication fréquemment méconnue chez le diabétique, en particulier âgé. Son expression est variable et peut être associée à certaines comorbidités faisant toute sa gravité. L'objectif de ce travail était d'étudier la prévalence de l'anémie chez les sujets âgés diabétiques et de comparer les données cliniques et para cliniques des anémiques des non anémiques. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale prospective à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée pendant douze mois. Tous les patients hospitalisés diabétiques âgés d'au moins 65 ans et présentant une anémie ( $< 12\text{g/dl}$  chez la femme et  $< 13\text{g/dl}$  chez l'homme) ont été inclus. N'étaient pas inclus dans l'étude tous patients diabétiques âgés d'au moins 65 ans suivies en ambulatoire ou venant en consultation, et les patients présentant des manifestations hémorragiques. Un échantillon de 181 sujets âgés diabétiques a été retenu, bénéficiant d'une évaluation gériatrique standardisée ( les échelles d'évaluation qui sont l'ADL, l'IADL, le mini GDS, le MNA et le test du Sénégal). **Résultats :** La prévalence de l'anémie est très élevée dans la population des sujets âgés diabétiques (79,56%), Nous relevons une prédominance masculine avec une proportion de 60,77 %, et sexe ratio de 1,54. Le type de l'anémie était dominé par l'anémie microcytaire hypochrome et l'anémie macrocytaire normochrome tous deux ayant la même proportion de 42,36%. Les facteurs en corrélation avec l'anémie étaient l'insuffisance rénale (OR = 10,41/ RR = 1,604/ p = 0,0000001), l'hémoglobine glyquée (OR = 0,2419/ RR = 0,7883 / p = 0,0008310), la durée d'hospitalisation (OR = 4,054/ RR = 1,278/ p = 0,0005603), le décès (OR = 4,186/ RR = 1,199/ p = 0,07073) le test du Sénégal (OR = 9,373/ RR = 1,1731/ p = 0,0000001), la malnutrition (p = 0,0000001), l'autonomie (ADL) (OR = 1,98/ RR = 1,136/ p = 0,04978), la dépression (OR = 1,038/ RR = 1,008/ p = 0,4637) Le facteur de risque le plus retrouvé est l'hypertension artérielle (72,92%) tandis que les comorbidités spécifiques du sujet âgé étaient la dénutrition (40,88%), la dépression (72,38%) et les troubles cognitifs (69,61%). **Conclusion:** La prévalence de l'anémie chez le sujet âgé diabétique est élevée et les corrélations avec l'anémie étaient l'insuffisance rénale, la durée d'hospitalisation et le décès. Les comorbidités fréquemment observées sont la dénutrition, la dépression et les troubles cognitifs.

### A3-11-13

#### Obstacles rencontrés par les médecins traitants dans le suivi ambulatoire de la prise en charge nutritionnelle de patients âgés suite à un dépistage hospitalier de dénutrition

W. Guellal (1) ; A. Sebouai, (2) ; J. Moyon (3) ; ML. Gaubert-Dahan (3)

(1) Gériatrie, Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil, Montfermeil; (2) Soins de suite et réadaptation, Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil, Montfermeil; (3) Filière gériatrique 93 sud-est, Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil, Montfermeil

**Introduction :** Le dépistage de la dénutrition doit être systématique à l'occasion de chaque hospitalisation d'une personne âgée et des stratégies thérapeutiques doivent être rapidement mises en place en cas de dénutrition. A la sortie de l'hôpital, le relais est pris par le médecin traitant qui est amené à poursuivre cette démarche d'amélioration du statut nutritionnel. Les interventions permettant d'améliorer le statut nutritionnel des personnes âgées sont efficaces mais ont été peu étudiées en Ville. L'objectif de cette étude était d'évaluer le suivi de la prise en charge nutritionnelle débutée à l'hôpital de patients âgés dénutris en recherchant auprès de leur médecin traitant les difficultés rencontrées lors de la mise en place de cette prise en charge en Ville. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude qualitative, réalisée un mois après le retour à domicile de patients dépistés dénutris en court séjour gériatrique à Montfermeil (93), auprès de leur médecin traitant par un entretien semi-dirigé. La prise en charge nutritionnelle avait été débutée en court séjour gériatrique et transmise aux professionnels de la Ville via le compte rendu d'hospitalisation envoyé au médecin traitant et les recommandations diététiques écrites remises au patient à sa sortie. Les entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins traitants. **Résultats :** Quatorze médecins généralistes ont participé à cette étude sur les 38 sollicités. Leurs principaux motifs de refus de participer étaient leur départ à la retraite proche et le manque de temps. Les entretiens ont eu lieu de janvier à avril 2017 dans 9 communes dont 5 du territoire 93 sud-est. Les médecins interrogés ont attribué les difficultés de suivi à des facteurs inhérents (1) aux médecins : le manque de temps, la priorité dans les soins, le manque de formation et le manque de ressources ; (2) aux patients : la non adhésion au projet de nutrition, l'attitude face à la dénutrition, la dépendance, l'intolérance aux compléments alimentaires et le milieu socio-économique ; et (3) à la Ville : l'isolement des patients, le manque d'aidants professionnels, le manque de coordination entre les acteurs de la Ville, et le manque de coopération hôpital-ville. Des pistes d'amélioration ont été suggérées par les médecins : promouvoir la formation des médecins généralistes à la dénutrition, majorer les aides à domicile notamment pour les personnes âgées isolées et au moment des repas, impliquer davantage les professionnels paramédicaux dans la prise en charge de la dénutrition, dispenser une éducation thérapeutique aux patients et à leurs aidants pour améliorer leur adhésion et encourager le développement de liens étroits hôpital-ville. **Conclusion :** Cette étude répertorie les facteurs interférant dans le suivi en Ville de la dénutrition des personnes âgées du territoire 93 sud-est étendu à 4 communes. Ces facteurs sont pour la plupart décrits dans la littérature. Différentes expérimentations, type PAERPA, actuellement en cours, proposent des solutions pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées en Ville et ainsi éviter les complications liées à la dénutrition de la personne âgée notamment les réhospitalisations ; certaines solutions pourraient être envisagées sur le territoire 93 sud-est.

**A3-18-01****Readaptation fonctionnelle après fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les sujets très âgés**

JJ. Lloveras (1) ; ML. Bricquebec (1) ; C. Galy (2) ; A. Saltes (3) ; E. Anselm (4) ; S. Salle (5) ; MI. Shukr (5) ; P. Grima (5)

(1) *Centre de convalescence et gerontologie, Hopitaux de Luchon, Bagnères-de-Luchon*; (2) *Orthopedie, C.H. Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens*; (3) *Chirurgie, CMC, Lannemezan*; (4) *Pharmacie, Hopitaux de Luchon, Bagnères-de-Luchon*; (5) *Crf, Hopitaux de Luchon, Bagnères-de-Luchon*

**Introduction :** La rééducation de type «orthogériatrique» apporte un bénéfice actuellement bien admis après la fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Nous avons évalué ce type de prise en charge chez des sujets très âgés (>85 ans) et son effet sur la mobilité et l'institutionnalisation. **Méthodes :** L'étude est rétrospective sur une période de 3 ans (2014-16) menée dans une unité de Soins de Suite et de Rééducation de type polyvalent avec kinésithérapie quotidienne et surveillance au sortir du service de chirurgie. Soixante trois patients de plus de 85 ans ont été inclus (56F/7H), d'âge moyen 91+/-3,5 ans, après ostéosynthèse (60%) ou prothésisation (40%) ; le délai d'admission moyen était de 12+/- 6 jours, avec les comorbidités suivantes : démence modérée à sévère 33/63(52%) ; insuffisance cardiaque 28/63(44%) ; BPCO 5/63(8%) ; Diabète 9/63(14 %). Avant la fracture, 13%des patients résidaient en EHPAD, les autres étant à domicile et leur statut de marche était le suivant : (2) :autonome ou canne simple :45 (71%),(1) : Déambulateur ou 2 cannes :16(25%),(0) :pas de marche; 2(3%). **Résultats :** A l'issue d'un séjour de durée moyenne 42+/- 12 jours,61 patients sont étudiés, deux étant décédés. La marche est conservée (types 1 et 2)dans 80% des cas, mais le plus souvent (49/59)altérée passant du groupe 2 au 1. Parmi les 53 patients vivant à domicile,38 y retournent (72%). En cas de troubles cognitifs graves, le risque d'institutionnalisation est supérieur : 38% vs 21% (OR :1,8)et surtout le risque de perte de la marche est majoré :37% vs 4 % (OR :12,3). La durée d'hospitalisation en service de chirurgie a été retrouvée plus longue lors de démence (16+/-3 vs 9+/-6 jours p<0,05)alors que le séjour en SSR était plus court chez ces patients (35 vs 50 jours NS). **Conclusion :** Comme dans les autres études, la rééducation fonctionnelle après fracture de l'extrémité supérieure du fémur paraît justifiée chez les patients très âgés ,même en cas de troubles cognitifs car la marche peut être conservée et le maintien à domicile possible.

**A3-18-02****Évaluation de la satisfaction du sujet âgé après hospitalisation, concernant le suivi à domicile par le médecin traitant et le kinésithérapeute, de l'usage de son aide technique à la marche**

C. Goursot (1) ; C. Schonheit (2) ; V. Curtis (2) ; A. Meziere (2)

(1) *Ssr orthogériatrique, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*; (2) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*

**Introduction :** Les aides techniques (AT) à la marche chez le sujet âgé sont une solution recommandée de compensation des troubles de la mobilité et de l'équilibre, participant au maintien de l'autonomie à domicile. L'objectif de l'étude était d'évaluer au sortir d'une hospitalisation, la satisfaction des sujets âgés, concernant le suivi assuré par le médecin traitant (MT) et le kinésithérapeute au domicile vis à vis de cette aide. **Méthodes :** Il s'agissait d'une enquête téléphonique par questionnaire de satisfaction réalisée du 17/04/15 au 17/10/15 auprès de patients à domicile à 3 mois de

leur sortie d'hospitalisation. **Résultats :** Les 86 sujets interrogés déclaraient à 79% utiliser une AT. Ils étaient globalement satisfaits de leur AT (90%) et du suivi apporté par le kiné (93%) et le MT (78%) mais chez ceux changeant d'AT (37%), seul le fait de sortir d'hospitalisation avec un déambulateur favorisait le changement d'AT à 3 mois (OR=0,0118, [0,042-0,327], p>0,0001). Les patients étaient davantage satisfaits de leur kiné que de leur MT concernant le suivi vis à vis de leur AT (p=0,02). Ils étaient davantage encouragés (p=0,02) et conseillés (p=0,004) par le kiné que par le MT, et considéraient les kinés plus compétents que les MT en matière d'AT (p=0,0002). **Conclusion :** Le suivi à domicile assuré par le MT et par le kiné concernant l'AT à la marche était jugé satisfaisant par les patients âgés, qui toutefois changeaient par eux-mêmes d'AT sans demander conseil.

**A3-18-03****Apport de l'expertise du masseur kinésithérapeute dans l'évaluation des fragilités chez la personne âgée**

A. Marteu (1) ; D. Argini (1) ; S. Gonfrier (2) ; V. Mailland-Putegnat (3)

(1) *Service de rééducation, CHU Nice Hôpital Cimiez, Nice*; (2) *Usld, Hopital de Cimiez, Nice*; (3) *Hdj, Hopital de Cimiez, Nice*

**Introduction :** Dans le repérage des fragilités en gérontologie, l'évaluation en kinésithérapie est une ressource dont l'exploitation reste néanmoins insuffisante. En effet le bilan bien que partie intégrante des compétences du masseur kinésithérapeute se limite la plupart du temps à la passation d'échelles ou de tests centrés sur les capacités du patient dans une démarche de rééducation fonctionnelle. Le SPPB ( Short Physical Performance Battery) considéré comme un outil d'évaluation des performances physiques pour le dépistage de la sarcopénie chez les personnes âgées combine les mesures de la vitesse de marche, de l'équilibre et du relevé de chaise ,chaque item étant coté sur 4 , pour un score total de 12. Or, toute déficience des membres supérieurs ou du rachis n'est pas prise en considération dans ce test alors qu'il est établi depuis longtemps que les patients âgés sont très souvent polypathologiques avec des atteintes corporelles multiples. **Méthodes :** Notre étude est descriptive, mono centrique, non comparative et non randomisée et a été réalisée au CHU de Nice dans le service d'HDJ gériatrique. Entre mai 2014 et mai 2015, 358 patients ont bénéficié d'une évaluation clinique masso-kinésithérapique d'une durée d'une heure permettant d'orienter le suivi de prise en charge en préconisant soit des séances de kinésithérapie, soit de l'activité physique adaptée, soit des auto-exercices à réaliser à partir de fiches spécifiques. A partir de ce bilan, des données sur dossiers ont été extraites afin d'identifier et de comparer certains facteurs spécifiques en lien avec les fragilités des patients âgés et les résultats de l'échelle SPPB. En effet, pour un score de SPPB élevé > 9, qui rend compte de hautes performances pour le sujet, il n'est souvent pas recommandé dans la littérature sur la fragilité de prise en charge en kinésithérapie. **Résultats :** L'analyse statistique des données a pu être réalisée à l'aide de tableaux croisés, test de khi 2, et test de fisher notamment. 334 patients ont été retenus dans l'étude avec un âge moyen de 83 ans. Les sujets vivent exclusivement à domicile, seuls ou en couple et utilisent peu d'aide technique pour la marche (28%). En ce qui concerne les critères évalués en kinésithérapie; pour 27 à 40% des personnes, il existe des douleurs localisées au niveau des membres supérieurs, membres inférieurs ou du rachis (49% de toutes ces douleurs ayant une EN >4). On retrouve également des problématiques articulaires assez prégnantes au niveau de la



tibio tarsienne (58%), du rachis cervical (80%), du rachis lombaire (63%) et au niveau de l'extension déficitaire des hanches (65%). Pour la plupart d'entre eux une impossibilité à la réalisation de l'appui monopodal est constaté que se soit les yeux ouverts (91%) ou les yeux fermés (97%). La moyenne du SPPB est de 7.83. En ce qui concerne, les corrélations avec le SPPB, pour les hauts scores de 10 à 12, soit 34% de l'ensemble des sujets inclus, 80% d'entre eux présentent des troubles à type de douleurs au niveau des membres supérieurs (35%) ou/et au niveau du rachis cervical (71%) ainsi que des contractures (40%), nécessitant une prise en charge en kinésithérapie. **Conclusion :** Nous pouvons donc constater au vu des résultats que même si le score du SPPB est élevé, il est possible que le patient présente des déficits péjoratifs à son autonomie et nécessite une prise en charge rééducative adaptée. Il est donc indispensable de proposer une démarche d'évaluation en kinésithérapie à la loupe permettant la mise en lien des déficiences avec des incapacités pour donner sens aux restrictions d'activités et de participations. Ainsi, l'expertise clinique du kinésithérapeute dans la recherche notamment des déficiences articulaires, musculaires, sensitives, sensorielles, posturales et liées à la douleur de l'ensemble du corps doit être une plus value indispensable à la prise en charge des patients âgés fragiles par l'établissement d'un diagnostic kinésithérapique circonstancié afin d'orienter précisément les objectifs de rééducation.

### A3-18-04

#### Effets d'une intervention de perfectionnement de la conduite automobile auprès d'ânés

C. Pigeon (1) ; MC. Loisel (2) ; V. Audet (2) ; G. Beaudoin (2) ; AD. Dostie (2) ; L. Dumas-Morin (2) ; C. Gabaude (3) ; M. Levasseur (1)

(1) École de réadaptation, Centre de Recherche sur le Vieillessement, Sherbrooke, Canada; (2) École de réadaptation, Université de Sherbrooke - Campus principal, Sherbrooke, Canada; (3) Lescot, Ifsttar Bron, Bron

**Introduction :** L'avancée en âge s'accompagne d'altérations motrices, sensorielles et cognitives pouvant susciter des difficultés en conduite automobile. Lorsqu'ils commencent à éprouver ces difficultés, certains ânés vont cesser de conduire alors que d'autres vont continuer, même si cela devient risqué. Afin de prolonger une conduite automobile sécuritaire chez les ânés, il importe de mettre en place des interventions de perfectionnement. Cette étude pilote visait à vérifier les effets d'une intervention de perfectionnement de la conduite automobile auprès de conducteurs âgés dont l'originalité est de présenter des informations à plusieurs reprises, de différentes façons et dans différents contextes, ce qui optimiserait l'apprentissage et le transfert des connaissances. **Méthodes :** Un dispositif pré-expérimental (pré-test avant l'intervention et post-test 4 à 8 semaines après) a été utilisé auprès de 19 conducteurs (66-86 ans). L'intervention comprenait le programme théorique 55 ans au volant, l'Outil de Sensibilisation aux capacités requises pour une Conduite Automobile sécuritaire et Responsable (OSCAR) et un cours individuel de conduite sur route. Le programme 55 ans au volant, réalisé en groupe, abordait des sujets tels que la vision et l'ouïe, la conduite adaptée aux situations difficiles et la signalisation routière et était échelonné sur une journée (2 sessions de 3h). Complémentaire au programme 55 ans au volant, l'OSCAR est un outil papier remis aux participants qui comprend 15 questions favorisant une réflexion sur ses capacités en lien avec le vieillissement et la conduite automobile. Chaque question est

suivie d'un paragraphe décrivant des stratégies de compensation. Le cours sur route, d'environ 45 min, a été réalisé par un moniteur de conduite dans un véhicule à doubles commandes. Lors du cours, le moniteur complétait une grille d'observation inspirée du contenu du 55 ans au volant lui permettant de provoquer des situations de conduite spécifiquement touchées par le vieillissement. Après le cours, le moniteur évoquait les principales situations de conduites rencontrées et présentait des stratégies compensatoires personnalisées. Les effets de l'intervention ont été mesurés avec trois questionnaires : 1) Intérêt, ouverture et connaissances, 2) Changements survenus dans les capacités, et, 3) Utilisation de stratégies compensatoires. **Résultats :** À la suite de l'intervention, les participants ont significativement amélioré leur intérêt, leur ouverture et leurs connaissances en lien avec la conduite automobile. Leur perception des changements survenus dans leurs capacités de conduite et leur utilisation de stratégies compensatoires n'ont pas changées. **Conclusion :** En améliorant l'intérêt, l'ouverture et les connaissances des conducteurs âgés, l'intervention les amène à mettre en place les premières étapes nécessaires à un changement de comportement pour faire face aux difficultés en conduite liées à l'âge. Néanmoins, des études complémentaires impliquant plusieurs groupes et une évaluation sur route seraient nécessaires pour mieux appréhender les effets de cette intervention sur l'adoption d'un changement de comportement chez les ânés. L'intervention de perfectionnement de la conduite automobile comprenant le programme 55 ans au volant, l'OSCAR et un cours sur route permet de sensibiliser les ânés sur leur conduite et les changements liés au vieillissement. Ultimement, cette intervention pourrait permettre de conserver une conduite automobile sécuritaire plus longtemps.

### A3-18-05

#### Facteurs associés à la diminution d'autonomie en unité de Soins de Suite et de Réadaptation chez les patients âgés d'au moins 75 ans

M. Laurent (1) ; N. Oubaya (2) ; JP. David (3) ; E. Audureau (2) ; F. Canoui-Poitrine (4) ; S. Bastuji-Garin (5) ; E. Paillaud (6)

(1) Département de médecine interne et de gériatrie upec, dhu a-tvb, imrb, ea 7376 cepia, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (2) Santé publique upec, dhu a-tvb, imrb, ea 7376 cepia (clinical epidemiology and ageing unit), Hôpital Henri Mondor, Créteil; (3) Emile roux, département de gériatrie, GH Hôpital Henri Mondor, Limeil-Brevannes; (4) Santé publique, ea 7376 cepia, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (5) Cepia, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (6) Gériatrie médecine interne, ea 7376 cepia, Hôpital Henri Mondor, Créteil

**Introduction :** Alors que l'objectif principal des unités de Soins de Suite et de Réadaptation gériatriques (SSR) est d'améliorer l'état fonctionnel des patients âgés, une diminution d'autonomie est observée chez certains patients malgré la mise en place d'une rééducation adaptée. Objectif: évaluer la prévalence de la perte d'autonomie en SSR et identifier les facteurs associés à cette perte d'autonomie. **Méthodes :** Analyse ancillaire d'une cohorte prospective de 252 patients consécutifs âgés d'au moins 75 ans hospitalisés dans l'unité de SSR de l'hôpital Albert Chenevier à Créteil entre juillet 2006 et décembre 2008, unité dans laquelle les patients recevaient 4-5 séances de rééducation par semaine. Les paramètres socio démographiques (âge, sexe, mode de vie) les comorbidités cotées à l'aide du Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS G) et le degré d'autonomie mesuré par les activités de la vie quotidienne (ADL) étaient évalués à l'inclusion.

La survenue d'une infection nosocomiale a été recueillie de même que l'ADL à la sortie de l'unité ou à 3 mois pour ceux encore hospitalisés. Le critère de jugement principal était la perte d'autonomie en SSR définie par une baisse des ADL entre l'entrée et la sortie de l'unité de SSR. Une régression logistique multivariée et des analyses de médiation ont été effectuées pour étudier les facteurs associés à la diminution de l'ADL en SSR. Les données manquantes ont été imputées dans le cadre d'analyses de sensibilité menées par imputation multiple, puis en considérant les ADL de sortie manquantes diminuées, et enfin en les considérant augmentées. **Résultats :** Quinze patients sont décédés au cours d'hospitalisation en SSR. Parmi les 237 patients vivants, l'ADL de sortie était disponible pour 165 patients; 44(26,7%) étaient des hommes, 159 (96,3%) vivaient à domicile, l'âge médian était de 84 ans [IIQ : 80-88], le CIRS-G global médian était de 11[IIQ : 9-13] et l'ADL initial de 10[IIQ : 5-12]. Les trois principaux motifs d'hospitalisation en SSR étaient les pathologies neurologiques (33,3%), cardiovasculaires (21,8%) et orthopédiques (21,2%). A l'inclusion, les principales comorbidités sévères (CIRS G  $\geq 2$ ) étaient des comorbidités psychiatriques (75,8%) (dont les pathologies démentielles), cardiovasculaires (64,2%) et l'hypertension artérielle (72,7%), 31 patients (18,8%) avaient une albuminémie  $< 35\text{g/l}$ . L'ADL médian à la sortie du SSR était de 10 [IIQ : 7-12], 30 patients (18,2%) ont eu une diminution de l'ADL et 51(30,9%) ont eu une infection nosocomiale, de localisation pulmonaire pour 19 (11,5%) d'entre eux. Les facteurs indépendamment associés à la diminution de l'ADL étaient une albuminémie  $< 35\text{g/l}$  (OR ajusté 2,49 [0,95-6,57];  $p=0,06$ ), une augmentation de l'index de CIRS G (ORa 1,34 [1,04-1,74];  $p=0,02$ ) ou un CIRS G respiratoire  $\geq 2$  (ORa 2,89[1,12-7,53];  $p=0,03$ ) (CIRSG-R) et un CIRS G psychiatrique  $\geq 2$  (4,82[1,27-18,25];  $p=0,02$ ). L'ajustement sur l'inflammation évaluée par la CRP ne modifiait pas ces associations. Il existait à la fois une association entre l'infection nosocomiale pulmonaire et la diminution de l'ADL (OR 4,09[1,48-11,34]) et une association entre le CIRSG R et l'infection nosocomiale pulmonaire (OR 10,9 [5,26-22,5],  $p<0,0001$ ). L'association entre le CIRSG R et la diminution de l'ADL disparaissait après l'ajustement sur l'infection nosocomiale pulmonaire (OR a 1,91 [0,71-5,16],  $p=0,20$ ), ceci suggérant que l'infection pulmonaire nosocomiale ait pu être un possible facteur de médiation dans la relation entre le CIRSG-R et la diminution de l'ADL. **Conclusion :** La présence de comorbidités sévères, en particulier respiratoires et psychiatriques, à l'entrée en SSR étaient associées à une diminution de l'ADL lors du séjour. Les infections pulmonaires nosocomiales pourraient intervenir dans cette association. Mieux connaître les freins à une récupération de l'autonomie en SSR, permettrait de mettre en place des programmes spécifiques de prise en charge des personnes âgées.

### A3-18-06

#### BPCO du sujet âgé et activités physiques

H. Lamblin (1) ; C. Michèle

(1) groupe hospitalier loos-haubourdin, loos

**Introduction :** Le diagnostic de BPCO chez le sujet âgé est difficile, trop tardif et parfois insuffisant. Sa prise en charge doit être globale et coordonnée, et tenir compte de risques cumulés liés à la BPCO et au vieillissement. Le muscle constitue une des cibles de l'inflammation multi systémique du patient âgé BPCO avec l'apparition d'une atrophie musculaire périphérique, une diminution moyenne de la force musculaire de 33%, une authentique myopathie avec des anomalies structurelles avec une diminution de l'endurance

de 57% et réduction de la densité intramusculaire des capillaires. La fonction des muscles des membres supérieurs est généralement mieux préservée que celle des membres inférieurs. Parmi les facteurs aggravants, on retrouve le déconditionnement physique. **Méthodes :** Les objectifs de l'activité physique chez le sujet âgé BPCO sont en effet de réduire les symptômes respiratoires et d'améliorer la qualité de vie de la personne en favorisant son autonomie dans son environnement quotidien, en facilitant ses activités au quotidien et son insertion sociale, en réduisant la souffrance psychique liée à la maladie (amélioration de l'estime de soi). Le programme est personnalisé, prenant en compte la pathologie respiratoire bien sûr, mais aussi l'environnement humain (familial et social) et matériel (habitat), le degré d'autonomie physique et cognitif, des comorbidités et l'état psychologique de la personne et doit répondre à un projet personnel du patient. -Recommandations quantitatives (quoi et combien?) : Activité type aérobie: La marche 30 min/jour x 5 jours/semaine ou 20 min/jour x 3 jours/semaine (marche rapide) le Fractionnement par 10 min est possible. Le Renforcement musculaire: 8 - 10 groupes musculaires, 10 - 15 répétitions, 2 jours non consécutifs. La Souplesse: 10 min/jour x 2 jours/semaine et l'Equilibre : 3 fois/semaine (danse?) -Recommandations qualitatives (comment?) à Intensité modérée: recommandation majeure : Activité type aérobie , renforcement musculaire: Essoufflement 5 sur EVA 0 - 10 « Faire un effort tout en pouvant encore parler» tout en mesurant la fréquence cardiaque ou l'intensité peut être éventuellement augmentée avec un Essoufflement 7 sur EVA 0 - 10; - La marche nordique - Nordic Walking : Une autre conception de la marche avec une accentuation du mouvement naturel de balancier des bras ,une musculation et tonification de tous les muscles du corps grâce à l'utilisation appropriée de bâtons en fibre de carbone: 30% de la pression sur les genoux et les chevilles. On note une amélioration importante de l'équilibre général, quelle que soit la nature du terrain ainsi qu'une augmentation significative de la vitesse de marche obtenue par un allongement de la foulée . Travail en endurance : 1 heure marche nordique = 2 heures marche classique ;Brûle environ 2,5 fois plus de calories,3 séquences:Echauffement - marche - étirements; - L' Aquagym (piscine)ou la Balnéothérapie (kiné):Les avantages du milieu aquatique sont multiples. Un sport porté ,diminution de l'effet pesant, facilite le travail articulaire. **Résultats :** Un programme d'activités physiques de quatre semaines chez un patient âgé BPCO dans notre service de Réhabilitation respiratoire a permis d'améliorer la qualité de vie du patient avec une meilleure gestion du souffle,un reconditionnement musculaire, une diminution de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle, une diminution du risque d'ostéoporose , une meilleure résistance au stress, une hausse du moral et de l'estime de soi permettant une vie sociale satisfaisante. Il facilite l'arrêt du tabac et permet de lutter contre l'obésité et les maladies métaboliques. **Conclusion :** A toute personne âgée correspond un projet. Les freins à la pratique de l'activité physique chez le sujet âgé BPCO sont essentiellement la motivation et les « autres handicaps ». Adapter le programme en fonction des besoins et des capacités du sujet âgé est l'élément clé de la réussite du programme.

**A3-18-07****Mise en place d'une économie circulaire pour favoriser l'accès et optimiser l'usage des aides par les personnes âgées à domicile: projet ECOCAT (l'UPSAV, CHU Limoges)**

L. Bichaud (1) ; E. Lorian (2) ; E. Tran (1) ; C. Gayot (3) ; J. Trimouillas (2) ; AR. Sawadogo (4) ; M. Malichier (2) ; C. Chaumont (1) ; F. Mekhiche (1) ; S. Baudu (1) ; C. Laubarie-Mouret (5) ; T. Dantoine (6)

(1) *Upsav médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges*; (2) *Unité de recherche clinique en gériatrie, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges*; (3) *Unité de recherche clinique médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren; EA 6310 HAVAE Université de Limoges, Limoges*; (4) *Observatoire des Mutations Institutionnelles et Juridiques (OMIJ), Université de Limoges, Limoges Cedex 1*; (5) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren; EA 6310 HAVAE, Université de Limoges, Limoges*; (6) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren; EA 6310 HAVAE Université de Limoges, Limoges*

**Introduction :** Dans le cadre de l'appel à projet ou Economie Circulaire des Aides Techniques de la CNSA 2015, le projet ECOCAT, est un dispositif de récupération et de prêt d'aides techniques (AT) dans l'UPSAV. En vue de prévenir la perte d'autonomie du sujet âgé, l'activité principale des ergothérapeutes de l'UPSAV correspond à des actions de réadaptation et de préconisation d'AT. En effet, sur les 1200 patients suivis par l'unité, les ergothérapeutes ont préconisé des AT pour 40% d'entre eux. Cependant, la plupart des usagers ne se procurent pas ces aides matérielles soit parce qu'ils n'ont pas les moyens financiers de les acquérir, soit car ils ne souhaitent pas investir dans un matériel qu'ils n'ont pas essayé dans des conditions d'utilisation écologiques optimales. Ce dispositif ECOCAT a pour vocation d'améliorer l'accessibilité des AT et de favoriser leur efficacité grâce à une évaluation et un suivi personnalisé en ergothérapie et d'augmenter la durée de vie de ce matériel qui contribue à l'autonomie et à l'amélioration de la qualité de vie des seniors.

**Méthodes :** Nous décrivons ici la nouvelle organisation induite par ECOCAT. ECOCAT assure un système de récupération des AT non utilisées chez les personnes habitant le département de la Haute-Vienne. Suite à une évaluation en ergothérapie et à la détection d'un besoin en AT de patients suivis à l'UPSAV, l'ergothérapeute préconise, fait essayer et installe le matériel au domicile. Tout au long de ce prêt, les ergothérapeutes effectuent ensuite un suivi continu de leurs préconisations afin d'assurer une bonne qualité d'utilisation pour les usagers. Au bout d'un an, les prêts seront reconduits chez les patients en situation de précarité sociale et un accompagnement vers les pharmacies et magasins spécialisés sera assuré pour les autres. Ce projet s'accompagne d'évaluations socio-environnementale et économique. **Résultats :** En 6 mois, 31 aides techniques ont été récupérées, 34 usagers de l'UPSAV ont été équipés et 47 AT ont été prêtées. 6 ont été restituées pour cause de non utilisation ou de décès. 26 personnes participent à l'étude socio-économique. Au terme de 200 prêts, les résultats d'une étude socio-économique approfondie seront disponibles. A ce jour, il est important de constater qu'ECOCAT améliore l'acceptabilité de ces AT chez les sujets âgés puisqu'elles sont utilisées en milieu écologique et sur une durée prolongée. **Conclusion :** ECOCAT est un dispositif de prêt et de récupération d'AT ayant pour objectif d'améliorer l'accessibilité de ces matériels auprès des sujets âgés. Il s'inscrit dans une démarche d'économie circulaire en donnant une deuxième vie à du matériel qui n'est plus adapté aux personnes et à

leur situation de handicap. Actuellement en place sur le département de la Haute Vienne, ce dispositif sous réserve d'un impact humain et économique positif a pour vocation de s'étendre sur le territoire national.

**A3-18-08****Effet d'un programme de renforcement musculaire classique versus un programme excentrique sur les capacités fonctionnelles, les perceptions du soi physique et la qualité de vie de personnes atteintes de gonarthrose**

S. Nassisi (1) ; F. Chorin (2) ; R. Zory (3) ; F. D'arripe-Longueville (3) ; S. Colson (3) ; P. Gerus (3) ; O. Guérin (4) ; C. Roux (5)

(1) *Université de Nice Sophia Antipolis - UFR des sciences du sport, Nice*; (2) *Pôle Réhabilitation Autonomie Vieillesse, Hôpital de Cimiez, Nice*; (3) *Lamhess, Université NICE Sophia ANTIPOLIS, Nice*; (4) *Ucog, Hôpital de Cimiez, Nice*; (5) *Rhumatologie, Hôpital Pasteur, Nice*

**Introduction :** La gonarthrose est l'une des pathologies rhumatismales les plus répandue à ce jour. Elle est caractérisée par la dégradation du cartilage et une perte des fonctions articulaires (OARSI) qui s'accompagne de fortes douleurs, et d'une diminution des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie. À l'heure actuelle, l'activité physique adaptée (APA), semble être un moyen efficace pour ralentir les symptômes associés en améliorant le système cardiovasculaire, la force et la masse musculaire (Conn et al. 2008). Ces améliorations engendrent à leur tour des effets positifs sur l'équilibre et le fonctionnement articulaire avec une diminution de la douleur et de la raideur (Veenhoff et al. 2012). D'autre part, le renforcement musculaire serait un moyen efficace de lutter contre ces altérations (Zouita et al., 2016). Le type de contraction à privilégier reste à clarifier mais l'excentrique semblerait apporter de nombreux bénéfices au niveau musculaire (Jegu et al., 2014). Toutes ces améliorations physiques ne sont pas négligeables et vont avoir un impact sur l'état psychologique des individus atteints (Kelley et al., 2015). Ainsi, l'objectif de notre étude est de comparer les effets d'un programme de renforcement musculaire excentrique (RME) versus concentrique (RMC) sur les capacités fonctionnelles, les perceptions du soi physique et la qualité de vie de patients atteints de gonarthrose. Nous émettons l'hypothèse que le programme excentrique génère de meilleurs gains (physiques et psychométriques) que le programme concentrique chez des patients atteints de gonarthrose. **Méthodes :** Seize participants ont été divisés en deux groupes : (a) RMC, (b) RME. Les critères d'inclusion des personnes pouvant intégrer l'étude était : (a) âge > ou = à 55 ans, (b) présentant une gonarthrose diagnostiquée par un rhumatologue. Deux sessions d'évaluation ont été mises en place : i) avant et ii) après un programme de 12 semaines d'entraînement composés de 2 séances encadrées par semaine plus une troisième à effectuer en autonomie. L'évaluation comprenait des tests de force de préhension, d'équilibre, d'impédancemétrie, de marche et de puissance musculaire à l'aide d'un ergomètre isocinétique. Des tests fonctionnels ont été réalisés tels que le test 6 min et le 1 min sit to stand. Des tests psychométriques valides ont permis d'évaluer les perceptions du soi physique et la qualité de vie. Enfin, des mesures ont été effectuées tout au long du programme : fatigue perçue, difficulté de l'effort perçue (RPE), douleur perçue lors des séances et l'adhésion au programme. **Résultats :** On note des résultats significativement plus importants pour le groupe RMC par rapport au groupe RME au niveau de l'équilibre (RME = 15,67s ; RMC = 27,29s), de la vitesse de marche (RME = 1,09m/s ; RMC

= 1,27m/s), du 6 minutes marche (RME = 362m ; RMC = 444m), de l'auto-efficacité perçue (RME = 4,03 ; RMC = 5,14), de la sévérité de l'arthrose (RME = 3,51 ; RMC = 2,57) et de la qualité de vie (RME = 4,03 ; RMC = 3,40). De plus, il est important de noter que le groupe RMC a significativement mieux participé au programme d'APA (RME = 23,56 séances ; RMC = 34,57), mais le RPE du groupe excentrique était significativement plus élevé (RME = 4,93 ; RMC = 3,36). Des corrélations sont à noter entre la sévérité de l'arthrose, l'équilibre et les tests fonctionnels ; entre la santé perçue, la qualité de vie et la force de préhension. Nous avons observé un effet d'interaction entre les groupes puisque le groupe RMC obtient significativement de meilleurs résultats (équilibre, vitesse de marche, test 6 min, auto-efficacité physique, sévérité de l'arthrose et qualité de vie), témoignant d'un résultat inverse à notre hypothèse de départ. Néanmoins, il est important de noter que le groupe RME a significativement moins participé et a noté des scores de RPE significativement plus élevé. On note cependant un lien entre certaines perceptions du soi physique, la qualité de vie et les capacités fonctionnelles. Cela vient renforcer les études de Conn et al. (2010) et de Kelley et al. (2015) sur le sujet. **Conclusion :** Notre étude ne peut conclure à des résultats en adéquation avec notre hypothèse. La supériorité du groupe RME n'a pas été démontrée. L'une des limites principales étant le manque d'adhésion au programme, il serait intéressant de comparer à nouveau les deux types de contraction en s'assurant d'avoir un échantillonnage plus important pour pallier à un manque éventuel. Un plus grand nombre de participants pourra donc nous permettre de clarifier certaines pistes ressorties dans notre étude. Enfin, nous pouvons nous demander si les participants prennent du plaisir à travailler en excentrique, travail jugé plus intense.

### A3-19-14

#### **Place de l'aidant dans l'accompagnement des personnes en EHPAD : Résultats du programme « EHPAD AIDANTS »**

S. Damnée Meziane ; S. Damnée Meziane ; C. Bayle ; E. Masanet, J. Piot, H. Kerhervé ; R. Lasserre ; JM. Nguyen ; C. Monnet, AS. Rigaud  
*Hôpital Broca, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris*

**Introduction :** L'efficacité de l'accompagnement des aidants familiaux ayant un proche en institution est un enjeu majeur dans le système de santé. Afin de répondre aux besoins spécifiques des aidants, nous avons élaboré un nouveau programme « EHPAD Aidant » portant principalement sur leurs difficultés, recensées au préalable lors de focus-groupes de familles et de professionnels. Les difficultés reposent sur la méconnaissance du potentiel et des limites d'un EHPAD, et de leurs propres limites. **Objectif :** évaluer l'impact du programme « Aidants en EHPAD » sur les difficultés, les stratégies de gestion, les niveaux de satisfaction et la symptomatologie anxio-dépressive chez un groupe d'aidants. **Méthodes :** Quatre-vingts aidants (âge moyen 67.17 ans) ont bénéficié d'un accompagnement pluridisciplinaire (psychologues, médecins gériatres, orthophonistes, infirmières coordinatrices et directeurs d'EHPAD) d'une séance hebdomadaire de 2 heures pendant 6 semaines. Les évaluations pré et post-intervention ont porté sur l'anxiété, la dépression, la charge de l'aidant, les stratégies de gestion de la situation, et la satisfaction. Le programme portait sur une dizaine de sessions incluant le fonctionnement de l'institution, les démences, les enjeux psychiques de l'entrée en institution, la problématique de l'alimentation et de l'accompagnement de fin de vie. Des groupes de discussion ont été filmés ou enregistrés, transcrits

et analysés selon la méthode d'analyse inductive thématique (Braun & Clarke, 2006). **Résultats :** Les résultats qualitatifs ont montré une grande satisfaction et un apaisement des aidants. Les résultats définitifs seront discutés à l'issue des évaluations fin Juillet 2017. **Conclusion :** Offrir aux aidants un espace de cheminement, faire évoluer leur regard sur la maladie et sur la relation d'aide a permis une redéfinition de leur rôle d'aidant au sein de l'institution.

### A3-19-15

#### **Problèmes comportementaux de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer (MA) : réactions de la communauté perçues par leurs aidants familiaux**

M. Danko (1) ; MC. Gely-Nargeot (2) ; S. Raffard (2)

(1) *Université Paul Valéry - Montpellier III, Montpellier* ;  
(2) *Epsilon, Université Paul Valéry - Montpellier III, Montpellier*

**Introduction :** La MA est une maladie neurodégénérative dont les symptômes débutants incluent des modifications du comportement. Lors de son évolution, ces symptômes vont en s'accusant et participent à l'augmentation de la distance sociale envers les patients. Ce processus de distance sociale marqué par l'évitement, l'ignorance ou l'exclusion de la communauté est caractéristique de la stigmatisation. L'analyse conceptuelle du stigmatisme familial (Park & Park, 2014) mentionne que les symptômes comportementaux liés à une maladie d'un membre de la famille peuvent constituer un antécédent au stigmatisme familial. Leur visibilité dans l'espace public forme un attribut au stigmatisme familial par les émotions négatives et de comportements de distance sociale parmi la communauté envers un ou plusieurs membres de la famille du patient. Dans quelle mesure les comportements inadaptés du patient souffrant de MA prédisent des émotions négatives et des comportements de distance sociale dans la communauté ? Dans quelle mesure favorisent-ils la stigmatisation familiale perçue par leurs aidants familiaux ? H1. Les problèmes de comportements du parent souffrant de MA prédisent les émotions négatives dans la communauté envers le parent perçus par leurs aidants familiaux. H2. Les problèmes de comportements du parent souffrant de MA prédisent les comportements de distance sociale dans la communauté envers le parent. **Méthodes :** - Population ayant participé à l'étude ; 148 aidants familiaux principaux conjoints ou enfants adultes de personnes ayant reçu le diagnostic de MA recrutés en EHPAD et par France Alzheimer Hérault. 122 personnes ayant reçu le diagnostic MA parents ou conjoints (Aidés) résidant au domicile ou en institution. - Outils ; - Aidants familiaux principaux Ont complété un recueil de caractéristiques démographiques et 11 outils cliniques. 2 outils ont été exploités dans cette étude : 1. L'échelle de stigmatisation familiale dans la maladie d'Alzheimer (FS-ADS) (Werner, Goldstein, & Heinik, 2011) a été employée dans la passation du protocole de recherche. Nous avons utilisé 4 parmi les 10 facteurs obtenus dans l'étude d'adaptation et validation française (ESF-MA) pour l'exploration de cette étude : Emotions Négatives Communauté (ENC), Emotions Positives Communauté (EPC), Comportements Aide Communauté (CAC), Comportements Distance Sociale Communauté (CDSC). 2. Echelle de fréquence de l'Inventaire Révisé des Problèmes de Comportements et de Mémoire (IRPCM) : perturbateurs, mémoire et dépression (Teri et al., 1992). - Personnes ayant reçu le diagnostic de MA (aidés). Ont complété un recueil de caractéristiques démographiques et 2 outils cliniques. 1 outil a été exploité dans cette étude : Mini Mental State Examination (MMSE). Procédure. Le Design de l'étude est transversal. Le recueil de données a été effectué sur Excel puis transféré sur SPSS 19 pour les analyses statistiques. **Résultats :**

Personnes ayant reçu le diagnostic de MA. L'échelle clinique du MMSE affichait un score moyen ( $M = 14$  ;  $ET = 6$ ). Aidants: La fréquence des comportements dépressifs du patient explique en partie les émotions négatives ( $t = 7.12$ ,  $p = .000$ ;  $R^2 = .09$ ) et les comportements de distance sociale ( $t = 5.99$ ,  $p = .000$ ;  $R^2 = .21$ ) dans la communauté perçus par l'aidant familial. Nos résultats permettent de valider nos 2 hypothèses. **Conclusion** : Évalués par leurs aidants familiaux, les problèmes comportementaux liés à la dépression de personnes souffrant de MA contribuent significativement aux comportements de distance sociale de la communauté envers ces patients. Cette étude est la première à notre connaissance à étudier la nature des comportements des personnes souffrant de MA montrant un effet sur les émotions négatives et les comportements de distance sociale dans la communauté perçus par leurs aidants familiaux.

### A3-20-20

#### Optimisation thérapeutique dans un service de Soins de Suite et Réadaptation : mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire

F. Farbos (1) ; P. Mignonat (1) ; C. Carles (1) ; C. Mechain (2) ; J. Bonnet (1)

(1) *Pharmacie, C.H. Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens* ; (2) *Soins de suite et réadaptation, C.H. Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens*

**Introduction** : La polymédication chez le sujet âgé est fréquente et source d'accidents iatrogènes prévisibles et évitables. L'hospitalisation en elle-même peut aussi avoir un effet délétère pour les patients. Le pharmacien réalise la conciliation des thérapeutiques à l'entrée, l'analyse quotidienne des prescriptions informatisées et, depuis le mois de novembre 2016, participe à une réunion hebdomadaire de concertation pluridisciplinaire, afin de réévaluer la balance bénéfique/risque de chaque médicament des patients entrants dans le service de Soins de Suite et réadaptation (SSR) de l'hôpital. Cette organisation semble favoriser la démarche de déprescription et la réduction de la iatrogénie évitable. Les objectifs de notre étude sont de montrer que notre démarche permet de diminuer la polymédication des patients au cours de l'hospitalisation au SSR ainsi que le nombre de patient chuteur dans notre service. **Méthodes** : Il s'agit d'une analyse comparative de type avant-après des prescriptions des patients à l'entrée et à la sortie du SSR durant les mois de novembre 2016 à avril 2017. Nous avons recueilli la Dénomination Commune Internationale (DCI) et la classe Anatomique, thérapeutique et Chimique (ATC) des médicaments présents sur les prescriptions d'entrée et de sortie du service. De plus, nous avons identifié les prescriptions à risque iatrogène dans cette population fragile en fonction des critères du programme « Améliorons la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » (PMSA) de la Haute Autorité de Santé (HAS) (2012) ainsi que des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) selon la liste de Laroche (2007). Enfin, nous avons caractérisé quantitativement et qualitativement les modifications thérapeutiques (ajout, arrêt, changement de posologie) au cours de l'hospitalisation. Nous avons utilisé les tests sur échantillons appariés de Wilcoxon et de Mac Nemar. Nous avons testé les hypothèses au risque de première espèce  $\alpha = 0.05$ . **Résultats** : Nous avons analysé 100 prescriptions de patients hospitalisés dans le service depuis le mois de novembre 2016. Le sexe ratio est de 0,72. Les patients sont âgés de 85 ans (écart-type=7 ans). A l'entrée, ils prennent de 3 à 16 médicaments avec en moyenne 7,2 médicaments (écart-type=2,8). A la sortie, ils prennent de 1 à 14 médicaments avec en

moyenne 6,2 médicaments (écart-type=2,8). Le nombre moyen de médicaments par prescription est significativement inférieur à la sortie de notre service ( $p < 0,0001$ ). A leur arrivée, 31 prescriptions présentent au moins un critère du programme PMSA contre 24 à leur sortie. Il existe donc une différence statistiquement significative sur ce critère ( $p < 0,0001$ ). De même, à l'entrée 20 prescriptions comprennent au moins un MPI contre 12 à la sortie ( $p < 0,0001$ ). A l'entrée et à la sortie les trois classes les plus prescrites sont les médicaments du système nerveux (classe N), du système cardiovasculaire (classe C) et des voies digestives et métabolisme (classe A). Nous avons montré que des modifications très importantes des traitements médicamenteux des patients sont réalisées pendant l'hospitalisation (4,35 modifications par patient). Au total, nous avons stoppé 226 médicaments et en particulier les inhibiteurs de la pompe à proton, les psychotropes et les traitements à visée anti hypertensive et diurétiques. Concernant les ajouts, il s'agit principalement de supplémentation en vitamine D3 en prévention des conséquences des chutes chez les patients à risque. En parallèle, nous suivons le taux de patients chuteurs signalés dans le service. Le ratio entre le nombre de patients signalés chuteurs et le nombre de patients entrants sur la période de janvier à mai de l'année 2016 ( $P1 = 0.35$ ) est statistiquement différent en 2017 ( $P2 = 0.15$ ) ( $p = 0.001$ ). **Conclusion** : Notre étude montre que la réévaluation des traitements médicamenteux est intense pendant l'hospitalisation. Notre démarche montre une dynamique favorisant la déprescription en s'appuyant sur les référentiels et les recommandations nationales de prescription dans cette population fragile. De plus, nous montrons une diminution des chutes signalées dans le service depuis le début de notre activité. Il serait intéressant d'étudier le devenir de nos interventions à distance de la sortie des patients et leur impact sur le taux de réhospitalisation.

### A3-20-21

#### Prescriptions médicamenteuses inappropriées: comparaison des taux de médicaments inappropriés à la sortie d'un service de court séjour gériatrique avec trois outils d'aide à la prescription

L. Godaert (1) ; S. Dechavigny-Bravo (2) ; M. Dramé (3) ; JL. Fanon (1)

(1) *Pôle de Gériatrie et Gérontologie, CHU Martinique, Le Lamentin*; (2) *Pôle de gériatrie et gérontologie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique*; (3) *Unité d'aide méthodologique, CHU, Reims*

**Introduction** : Les sujets âgés sont fortement exposés à la iatrogénie médicamenteuse. Plusieurs outils existent afin d'aider les médecins à optimiser leurs prescriptions dans cette population. L'objectif de notre travail était de comparer les taux d'ordonnances contenant au moins un médicament inapproprié identifiées à l'aide de trois outils d'aide à la prescription chez le sujet âgé. **Méthodes** : Etude observationnelle transversale descriptive menée à partir de l'analyse des ordonnances des patients sortis entre le 1er septembre et le 31 octobre 2014 de l'unité de court séjour gériatrique du centre hospitalier Louis Domergue de Trinité (Martinique, France). Chaque ordonnance a été analysée à l'aide de trois outils, un généraliste (Vidal©) et deux gériatriques (la liste de Laroche et la méthode STOPP-START). Le nombre d'ordonnances contenant au moins une molécule inappropriée a été relevé pour chaque outil. Les ordonnances identifiées ont ensuite été comparées pour déterminer si les deux outils gériatriques repéraient les mêmes ordonnances comme inappropriées. **Résultats** : Au total, 53 ordonnances ont été analysées. Le sexe ratio (H/F) est de 0,70. L'âge moyen des

patients était de  $84,5 \pm 6,2$  ans. L'analyse par le dictionnaire Vidal© a retrouvé le plus grand nombre de prescriptions inappropriées (28,3% des ordonnances). Le taux d'ordonnance contenant au moins une molécule inappropriée était inférieur avec les deux autres outils (11% pour la liste de Laroche et 7,5% pour la méthode STOPP-START). **Conclusion :** L'outil généraliste (Vidal©) repère plus d'ordonnances inappropriées que les outils gériatriques. Les outils d'aide à la prescription dans une population âgée repèrent des molécules différentes en fonction de l'outil.

### A3-20-22

#### **Bilan de Médication en Occitanie chez les sujets âgés (BIMEDOC) : Optimisation des traitements via une approche collaborative entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes**

S. Qassem (1) ; F. Eyvrad (2) ; N. Tesquet (1) ; L. Rouch (1) ; C. Lebaudy (1) ; P. Cestac (1)

(1) Pharmacie pôle gériatrie, C.H.U Toulouse - Purpan, Toulouse;

(2) Pharmacie, CHU Purpan, Toulouse

**Introduction :** Les prescriptions potentiellement inappropriées sont des prescriptions médicamenteuses qui peuvent interférer avec les résultats escomptés pour la santé. Il s'agit par exemple d'interactions, de contre-indications ou d'utilisation de médicaments dont la balance bénéfico-risque est défavorable, et qui contribuent à la iatrogénie. Pour diminuer ce risque de iatrogénie, différentes actions peuvent être proposées. Parmi elles, le bilan de médication est un entretien structuré avec le patient réalisé par le pharmacien d'officine en collaboration avec le médecin généraliste. Plusieurs pays anglo-saxons ont inclus le bilan de médication dans les nouvelles missions du pharmacien d'officine. La France le prévoit dans le décret du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants. Le projet BIMEDOC est porté par le Réseau d'Enseignement et d'Innovation pour la Pharmacie d'Officine (REIPO) structuré en région Occitanie. Ce réseau souhaite actuellement rentrer dans une logique grande région et travaille déjà en étroite collaboration avec l'ARS et les URPS. Il propose une vaste offre de formation à destination des professionnels de santé désirant mettre à jour leurs compétences sur l'optimisation thérapeutique du sujet âgé (DU, formation en présentiel) ainsi que sur le bilan de médication (e-learning, guide pratique, accompagnement et tutorat des pharmaciens d'officine par un pharmacien-clinicien spécialisé en gériatrie). L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la faisabilité de mise en œuvre d'un bilan de médication en soins primaires, chez des sujets âgés de plus de 65 ans et polymédiqués avec au moins 5 médicaments par jour. L'objectif est d'atteindre 2200 bilans réalisés sur 24 mois sur la région Occitanie (1000 à l'aide d'un tutorat et 1200 en autonomie). Les objectifs secondaires seront d'évaluer l'impact des bilans sur : le taux de prescriptions potentiellement inappropriées, la polymédication, la complexité des ordonnances, la qualité de vie des patients et sur le coût des traitements. Mais aussi d'évaluer la satisfaction des patients, d'identifier les freins au bon déroulement de l'étude et de renforcer le REIPO. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude interventionnelle de faisabilité qui débutera à partir de mai 2017. Un accompagnement financier (pour le pharmacien et le médecin) est prévu pour chaque bilan effectué en autonomie. Le critère de mesure principal sera le nombre de bilans de médication réalisés en ciblant notamment ceux ayant conduit à au moins une modification de prescription par le médecin généraliste. Les critères de mesure secondaires seront la proportion de patients ayant au

moins une prescription potentiellement inappropriée, nombre moyen de médicaments par patient, le score MRCI (Medication Regimen Complexity Index), le score de qualité de vie sur l'échelle EQ-5D-3L, le score de satisfaction des patients selon une échelle de Likert, les obstacles au déploiement des entretiens sur une échelle de 7 facteurs, le coût des traitements médicamenteux et le nombre de pharmaciens sensibilisés aux actions du REIPO. La méthodologie utilisée pour analyser l'ordonnance lors du bilan de médication utilisera des critères explicites couplés à une approche implicite prenant en compte à la fois les antécédents, la biologie et les comorbidités du patient, son adhésion au traitement, l'automédication, les effets indésirables déclarés ainsi que les questions du « Medication Appropriateness Index » (MAI). **Résultats :** Suite à la campagne de communication organisée en 2017 par le REIPO, plus de deux cent pharmaciens ont été sensibilisés à la démarche. A la suite des réunions d'information, 55 participants ont intégré, et signé la charte du REIPO. Parmi eux, les pharmaciens désirant être accompagnés ont pu réaliser 22 bilans de médication grâce au tutorat. Par ailleurs, les étudiants de sixième année de la filière officine ont pu réaliser 600 bilans avec leur maître de stage (promotion 2016 = 492 bilans à M6, promotion 2017 = 108 bilans à M3). **Conclusion :** L'objectif est de fédérer le plus grand nombre de pharmaciens d'officine afin de pouvoir déployer le bilan de médication à l'échelle nationale.

### A3-20-23

#### **Mise en place de l'hypnose conversationnelle en EHPAD-USLD au CHU de Rouen : Préalables, intérêts, limites**

K. Guignery-Kadri (1) ; L. Capolongo (1) ; C. Lefevre (1) ; N. Dubuisson (1) ; E. Michel (1)

(1) EHPAD-USLD Boucicaut, CHU-Hôpitaux 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. L'utilisation de l'hypnose conversationnelle pourrait être une de ces 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 tels que des sutures et l'opposition lors des soins d'hygiène (toilette, changes) et des soins techniques (prises de sang, injections, perfusion). La mise en place de cette technique relationnelle non médicamenteuse a nécessité la formation d'un médecin, d'une infirmière et d'une psychomotricienne par un psychologue spécialiste de l'hypnose conversationnelle pendant 3 jours. 3 mois plus tard, un retour d'expérience a été réalisé sur une 2ème session de formation de 2 jours. **Résultats :** Les résultats obtenus avec cette nouvelle thérapie non médicamenteuse ont permis de réaliser les soins dans de meilleures conditions tant pour les résidents (analgésie, sérénité) que pour les soignants (conditions de travail plus paisibles) Les contraintes sont la nécessité d'une atmosphère calme à proximité de la chambre et une adhésion des soignants à cette nouvelle relation à l'autre. Les difficultés rencontrées sont de la part des résidents déments une difficulté de mise en place de la thérapie et de la part des soignants une harmonisation difficile des pratiques de la part de l'ensemble de l'équipe. **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.

### A3-20-24

#### **Evaluation de la relation entre la polymédication et la prescription médicamenteuse inappropriée (PMI) selon les critères STOPP & START dans un service de SSR gériatrique**

K. Laloui (1) ; H. Razafimbelo (2) ; AC. Ribemont (3) ; N. Tahri (3) ; MT. Rabus (4)

(1) SSR gériatrie, APHP, Draveil; (2) SSR, Hopital Joffre Dupuytren-Groupe Hospitalier Henri Mondor, Draveil; (3) Ssr b2, Hôpital Joffre-Dupuytren (AP-HP), Draveil; (4) Médecine gériatrique, Hôpitaux universitaires Henri Mondor, Pôle gériatrique de l'Essonne, Draveil

**Introduction :** La polypathologie du sujet âgé induit une probabilité importante de polymédication. Or en raison de cette polymédication, le risque de iatrogénie est une problématique quotidienne en gériatrie. Il est donc fondamental d'évaluer la qualité de la prescription médicamenteuse. Le but de notre travail est de limiter la iatrogénie. Dans cette optique, nous cherchons à mettre en évidence les principaux facteurs de risque inhérents à la prescription médicamenteuse. La première étape est la détection de la polymédication, elle précède l'évaluation de la qualité de la prescription médicamenteuse inappropriée. Nous chercherons également à établir la relation entre les 2. **Méthodes :** Etude rétrospective, analytique, sur 3 mois, dans l'unité de 34 lits de SSR orthopédique d'un service de 102 lits de SSR gériatrique.

• Détection de polymédication : 5 médicaments ou plus dans l'ordonnance; • Détection de la PMI. Outil : STOPP et START v2: Critères STOPP (81 critères): l' utilisation par excès ou mauvaise utilisation d'un médicament. Critères START (34 critères): la sous-utilisation ou l'omission d'un médicament. - Quantification: nombre de critères/patient et taux de PMI. - Corrélation polymédication / PMI. • Population : 54 patients, âge moyen : 83 ans +/-5,4; • 73% de femmes 27% d'hommes; • Polymédication: 43 patients, 80% (entrée). Résultats : 42 patients, 78% (sortie). • Nombre moyen de médicament / patient : 7,9 +/-3 (entrée). 7,8 +/- 3 (sortie); • Nombre de critères STOPP / patient : 1,9 écart type : 2,18 (entrée); 1,5 écart type : 1,96 (sortie). • Nombre de critères START / patient : 1,4 écart type : 1,97 (entrée); 1,7 écart type : 1,82 (sortie); • Taux de PMI STOPP : 60% (entrée) versus 53% (sortie) pas de différence significative ( $p>0,005$ ); • Taux de PMI START : 47% (entrée) versus 63% (sortie) pas de différence significative ( $p>0,005$ ); • Relation polymédication / PMI. o Entrée : 43 patients polymédiqués : 73% un critère STOPP ou + 58% un critère START ou +. • Sortie : 42 patients polymédiqués : 58% un critère STOPP ou +; 71% un critère START ou +. Dans notre étude la polymédication est un facteur de PMI tant par excès que par omission. **Conclusion :** Diminuer la polymédication, dès l'admission, doit être une préoccupation constante car elle représente un facteur de risque important de prescription médicamenteuse inappropriée. Cette dernière doit être évaluée au moyen d'un outil, validé, adapté sans aussi d'utilisation aisée. L'outil STOPP et START répond à cette demande, dès que sa maîtrise est obtenue.

### A3-20-25

#### **Evaluation des soins médicamenteux dans un court séjour gériatrique selon les critères STOPP et START**

B. Kadri (1) ; T. Tritz (1) ; A. Lecoœur (1) ; T. Cudennec (2)

(1) Pharmacie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt; (2) Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt

**Introduction :** Les critères STOPP et START ont été élaborés pour identifier une ordonnance potentiellement inappropriée (PIP) et une omission potentiellement prescriptive (PPO), et pour améliorer l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées. L'objectif de cette étude était d'évaluer les soins médicaux pour les patients âgés dans un court séjour gériatrique à l'aide des critères STOPP et START. **Méthodes :** Cette étude a inclus des patients admis dans le département de gériatrie aiguë dans un hôpital universitaire de juillet à octobre 2015. En utilisant les traitements reçus avant l'admission, un pharmacien a utilisé les critères STOPP et START version 2 pour identifier les PIP et PPO. Après la sortie d'hospitalisation du patient, un gériatre et un pharmacien ont évalué le nombre de critères STOPP et START suivis sur la prescription de sortie. La raison de ne pas suivre les critères STOPP / START a été étudiée à l'aide des dossiers cliniques. **Résultats :** Parmi les 81 patients inclus, 224 PIP ont été identifiés selon les critères STOPP, dont 168 (75%) ont été suivis par les gériatres. Parmi les 56 cas de non-adhérence aux critères STOPP, 50 cas (90%) ont présenté une raison justifiée de cette décision. Parmi les 262 prescriptions inappropriées identifiées par les gériatres, 94 (36%) des ordonnances étaient complémentaires et non identifiées par les critères STOPP. Les médicaments les plus fréquemment arrêtés par les gériatriques étaient des médicaments liés au système cardiovasculaire ( $n = 28$ ) principalement parce que le traitement était inefficace ( $n = 7$ ). Selon les critères START, 90 PPO ont été identifiés, dont 56 (62%) ont été suivis par les gériatres. Parmi les 34 cas de non-adhérence aux critères START, 27 cas (79%) ont présenté une raison justifiée à cette décision. Parmi les 273 ordonnances d'omission identifiées par le gériatre, 217 ordonnances étaient complémentaires et non identifiées par les critères START. La plupart des médicaments initiés par les gériatres étaient des médicaments liés au système nerveux central ( $n = 79$ ), principalement parce que les patients présentaient des douleurs modérées ( $n = 36$ ). **Conclusion :** Dans cette étude, les critères de PIP et PPO selon STOPP et START sont généralement suivis par les gériatres. Les cas de non-adhésion aux critères START étaient plus importants que les cas de non-respect des critères STOPP. Ici, les gériatriques ont ajouté plus de médicaments que les critères START. D'autres études sur le suivi de ces critères devraient être effectuées chez des patients plus âgés admis surtout dans d'autres services cliniques, sans gériatres, afin de pouvoir comparer leurs résultats.

**A3-20-26****Elaboration d'un guide national de recommandations concernant la pratique d'écrasement ou d'ouverture des formes orales sèches**

C. Mouchoux (1) ; R. Varin (2) ; J. Doucet (3) ; Groupe Gériatrie - Société Française de Pharmacie Clinique

(1) *Centre de recherche clinique "Vieillesse, Cerveau, Fragilité", Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne;* (2) *Pharmacie, CHU Rouen, Rouen;* (3) *Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen*

**Introduction :** De nombreux patients âgés, ambulatoires ou hospitalisés, sont incapables d'avaler des comprimés ou des gélules dans leur forme originelle, souvent en raison de troubles de déglutition ou du comportement. Le recours à l'écrasement ou à l'ouverture de ces médicaments est de plus en plus fréquent afin de faciliter leur administration. Cependant, cette pratique expose à des risques d'inefficacité thérapeutique et/ou de toxicité pour les patients et les équipes soignantes. En l'absence de recommandations disponibles et validées, nous avons développé un guide national de préconisations harmonisées pour la pratique d'écrasement des comprimés et d'ouverture des gélules destinés à une administration par voie orale. **Méthodes :** Le groupe de travail pluridisciplinaire Gériatrie de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), a défini l'ensemble des données à recueillir (notamment DCI, nom de spécialités, classe ATC, forme galénique, recommandation proposée en termes d'écrasabilité, alternative proposée) pour chaque médicament. Ces données ont été recueillies à partir des bases de données médicamenteuses françaises ainsi que des informations des laboratoires pharmaceutiques. L'ensemble des données a été poolé dans une grille standardisée préétablie, révisé et validé par notre groupe de travail. **Résultats :** Le guide national est d'abord paru sous la forme d'un outil excel simple accessible via le site de la SFPC (<http://sfpc.eu/fr/>) et facile d'utilisation pour tout professionnel de santé. Le document comporte 3 parties différentes: (1) un manuel d'instruction pour la recherche sur la base de données, (2) un référentiel général de bonnes pratiques pour la préparation et l'administration des médicaments écrasés et (3) la liste complète des médicaments accompagnée de l'information sur leur possibilité d'ouverture ou d'écrasement. Dans un second temps, le guide a été optimisé en une base logistique dynamique incluant un moteur de recherche permettant une utilisation plus simple et plus performante. **Conclusion :** Le guide élaboré par notre groupe de travail est un outil simple, accessible et dynamique, adapté à la pratique courante de tous les professionnels de santé. Il s'intègre parfaitement dans la prise en charge médicamenteuse du patient, notamment le sujet âgé.

**A3-20-27****Hémophilie acquise A : du diagnostic au traitement : le cas clinique d'une patiente de 81 ans**

S. Bartholet (1) ; S. Colas (1) ; J.L. Fanon (2) ; L. Godaert (2)

(1) *Pôle de gériatrie et gérontologie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique;* (2) *Pôle de gériatrie et gérontologie, CHU Martinique, Le Lamentin*

**Introduction :** L'hémophilie A acquise est une maladie auto-immune rare due à la présence d'un auto-anticorps dirigé contre le facteur VIII responsable d'un tableau hémorragique parfois gravissime. **Méthodes :** Une patiente de 81 ans auparavant autonome est adressée aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Martinique devant une confusion fébrile observée

dans les suites d'une chute. Ses antécédents sont : un diabète de type 2 et des troubles mnésiques récents non explorés. L'examen clinique initial retrouvait plusieurs hématomes de l'hémicorps gauche. Le bilan biologique retrouvait un syndrome inflammatoire, un allongement spontané du TCA à 2,92, un facteur VIII effondré < 1% avec un anticorps anti-facteur VIII positif à 20 BU/mL. Au vu de ces éléments, le diagnostic d'hémophilie acquise A (AHA) a été retenu. La patiente a bénéficié d'un support transfusionnel, d'une corticothérapie orale à 1 mg/kg/jour et d'une substitution en agents by-passants. Au cours de l'hospitalisation, la patiente a présenté de nouveaux hématomes avec déglobulisation et un syndrome confusionnel persistant. **Résultats :** L'évolution clinico-biologique a été favorable sous ce traitement avec la régression des hématomes, l'absence de récurrence et la normalisation des facteurs de la coagulation et de l'hémoglobine. La corticothérapie a été progressivement diminuée. La patiente est rentrée à son domicile avec un suivi hématologique et des biologies de contrôles. **Conclusion :** Peu de données sont actuellement disponibles sur le déficit acquis en facteur VIII en raison d'une incidence rare. Le taux de mortalité et de récurrence est élevé. Les données manquent dans la littérature quant aux modalités de prise en charge.

**A3-20-28****Prescription sous-optimale des anti-thrombotiques chez le sujet âgé en soins primaires selon les critères STOPP/START**

S. Puechlong (1) ; M. Frédéric (2) ; P. Hindlet (2) ; C. Fernandez (2); F. Tubach (3) ; Y. De Rycke (3) ; D. Bonnet-Zamponi (4)

(1) *Médecine Générale, Paris;* (2) *Pharmacie, Groupe Hospitalier de l'Est Parisien, site St Antoine, Paris;* (3) *Département d'épidémiologie et recherche clinique, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris;* (4) *Observatoire des médicaments des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Paris*

**Introduction :** Les anti-thrombotiques (AVK, AOD, anti-aggrégants plaquettaires) sont de plus en plus prescrits en population gériatrique. Ils sont très impliqués dans les accidents iatrogènes sévères et létaux, dont l'évitabilité a été démontrée, notamment via l'optimisation des prescriptions médicamenteuses. L'objectif de cette étude était de décrire la prévalence des prescriptions sous-optimales des anti-thrombotiques (AT) chez les sujets âgés dans le secteur ambulatoire et d'en analyser les éventuels facteurs associés. **Méthodes :** Etude prospective multicentrique en pharmacie d'officine (75 officines de 11 départements français). Ont été inclus les sujets d'âge  $\geq 75$  ans venant chercher en officine les médicaments prescrits par leur médecin généraliste. Le recueil des données a été effectué par 75 étudiants en pharmacie via un questionnaire standardisé informatisé. Les prescriptions sous-optimales AT ont été évaluées via l'outil STOPP/START (Version 2014). Les facteurs associés à au moins 1 critère STOPP-AT puis à au moins 1 START-AT ont été analysés (analyses uni et multivariées). **Résultats :** Sur 1178 patients inclus, 20% avaient au moins un critère STOPP-AT, le plus fréquent étant la prescription d'AT malgré un haut risque hémorragique ; 12% avaient au moins un critère START-AT, le plus fréquent étant l'absence d'AT en cas d'arythmie chronique. Les facteurs associés à la présence d'au moins un critère STOPP-AT étaient le nombre de médicaments par ordonnance ([5-7] OR 5.63 IC[1.66-19.08] ;  $\geq 10$  OR 24.33 IC[7.55-78.38]  $p < 0.001$ ) et un antécédent d'hospitalisation pour iatrogénie (OR 2.23 IC[1.26-3.95]  $p = 0.007$ ). L'omission de la



durée de traitement sur l'ordonnance était le seul facteur associé à la présence d'au moins un critère START-AT. **Conclusion :** Les critères STOPP-AT et START-AT sont fréquents dans les ordonnances des médecins généralistes pour les sujets âgés. Une révision ciblée de la prescription des AT pourrait être proposée pour les sujets polymédiqués ( $\geq 5$  médicaments) et/ou avec un antécédent d'hospitalisation pour iatrogénie.

### A3-20-29

#### Interaction réversible Lithium- LevoDOPA

JJ. Lloveras (1) ; JL. Veyrier (2) ; G. Henner (2) ; A. Garcia (3) ; E. Anselm (4) ; P. Mignonat (4) ; S. Salle (5) ; MI. Shukr (5) ; P. Grima (5)

(1) *Ccg, Hopitaux de Luchon, Bagnères-de-Luchon*; (2) *Geriatric, C.H. Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens*; (3) *Psychiatrie, Hôpitaux de Lannemezan, Lannemezan*; (4) *Pharmacie, Hopitaux de Luchon, Bagnères-de-Luchon*; (5) *Crf, Hopitaux de Luchon, Bagnères-de-Luchon*

**Introduction :** Une toxicité du lithium a été décrite lors de l'utilisation concomitante de LevoDOPA. Nous rapportons un tel cas chez un sujet âgé chez lequel des effets secondaires neurologiques et rénaux ont été réversibles à l'arrêt du traitement. **Méthodes :** Un homme de 80 ans hospitalisé pour chutes dans un contexte de syndrome parkinsonien a dans ses antécédents: cardiopathie ischémique avec stent, stimulateur cardiaque, syndrome dépressif traité par sels de Lithium depuis 25 ans, adénome prostatique ; son traitement comprend :Acetylleucine 500mg,Molsidomine 4mg,Irbesartan 150mg,LevoDOPA/benserazide 300/75 mg ,Lithium carbonate 750mg,Acetylsalicylate 75mg, Acebutolol 200 mg, Pravastatine 40 mg Alfuzosine 10mg. A l'examen ,hypotension artérielle 98/47 mmHg, pouls 60 /mn, MMS 19/30, tremblement fin des extrémités, syndrome akineto -hypertonique, sans signe de focalisation ni anomalies biologiques, amenant à augmenter la MethyLDOPA à 550mg/j. Dix jours plus tard, l'hypertonie et l'akinésie se majorent, le tremblement est plus marqué, puis surviennent des myoclonies des mains, hyperréflexie, état stuporeux et léthargie. Le scanner cerebral révèle une atrophie cortico sous-corticale, leucoaraiose sans image surajoutée . L'EEG enregistre une activité anormale: pointes, pointes-ondes, ondes theta. Parallèlement se développe une déshydratation globale avec hypernatrémie, insuffisance rénale fonctionnelle ,hyperleucocytose sans syndrome inflammatoire. La lithémie est à la limite supérieure ;calcémie ,glycémie et TSH sont normales.

	26/1	10/2	3/3
Na (mmole/l)	135	150	138
Créatininémie (mmole/l)	89	164	74
Li (mEq/l)	1,27	1,70	

Le traitement consiste en clonazepam IV, relayé par Lamotrigine, réhydratation, arrêt des sels de Lithium, remplacés par Mirtazapine, puis reprise progressive de la LevoDOPA à 300mg/j. L'évolution est favorable avec retour à un état cognitif adapté(MMS 24/30),hypertonie minime, reprise de la marche. **Résultats :** Comme rapportée dans quelques cas précédemment, l'évolution favorable évoque une neurotoxicité du lithium, révélée par l'augmentation des doses de DOPA, peut-être par interactions centrales. Parfois ,et

comme ici, une néphrotoxicité accompagne les signes neurologiques qui associent troubles de la conscience, myoclonies et anomalies électriques évocatrices. L' épisode de déshydratation pourrait être secondaire au diabète insipide néphrogénique avec suppression de l'effet central du Lithium qui est plutôt une potentialisation de l'action de la vasopressine. **Conclusion :** Ainsi, l'usage simultané du lithium et de la DOPA, s'il est nécessaire, devrait conduire à une surveillance accrue des effets secondaires.

### A3-20-30

#### Hématome post opératoire sous RIVAROXABAN : à propos de deux cas

T. Parent (1) ; M. Laurentine (2) ; C. Bioteau (3) ; G. Gavazzi (4) ; J. Tonetti (5) ; G. Kerschbaumer (5) ; O. Seurat (5) ; S. Drevet (6) (1) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, C.H.U Grenoble Alpes, La Tronche*; (2) *Clinique universitaire de médecine gériatrique,, C.H.U Grenoble Alpes, La Tronche*; (3) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, Avenue Maquis du Grésivaudan, La Tronche, France, La Tronche*; (4) *Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble*; (5) *Traumatologie, CHU Michallon, Grenoble*; (6) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, La Tronche*

**Introduction :** Les anticoagulants directs (AOD) sont de plus en plus prescrits et nouvellement recommandés dans l'ACFA non valvulaire du patient âgé. La prévalence de la traumatologie gériatrique augmente et la période périopératoire est une situation à haut risque hémorragique. **Méthodes :** Nous rapportons deux cas déclarés à la pharmacovigilance. **Résultats :** Observation n°1 : Mr C, 85 ans, hospitalisé pour un descellement mécanique d'implant cotyloïdien gauche associé à une usure des pièces mobiles de PTH, traité par RIVAROXABAN (ACFA non emboligène, clairance 92ml/min). Relai par HBPM curative et chirurgie à J12. Reprise du RIVAROXABAN sans chevauchement d'anticoagulant à J5 post opératoire. Apparition d'un hématome post opératoire d'aggravation progressive avec déglobulisation aigue (Hb de 124 à 98g/L). Observation n°2 : Mme D, 89 ans, hospitalisée pour fracture péri-prothétique sur PTH gauche, traitée par RIVAROXABAN (ACFA permanente, clairance 35ml/min, posologie adaptée). Relai par CALCIPARINE curative (sans surdosage) et chirurgie à J8. Reprise du RIVAROXABAN sans chevauchement d'anticoagulant à J5 post opératoire. Apparition d'un volumineux hématome avec déglobulisation aigue (Hb de 106 à 89g/L) compliqué d'une surinfection du site opératoire avec nécessité de reprise pour lavage. Une étude rétrospective montrait une légère mais significative augmentation du risque hémorragique post-opératoire sous RIVAROXABAN comparativement aux AVK. Le GIHP propose des recommandations péri-opératoires pour des actes programmés sous AOD ou pré-opératoires pour des actes invasifs urgents. La reprise des AOD en post opératoire ne bénéficie à ce jour d'aucune recommandation. Notre expérience de cliniciens auprès de patients âgés fragiles ou polypathologiques polymédiqués nous fait nous interroger d'autant que cette population est également à risque élevé de complications thromboemboliques. Il s'agit donc de réduire les complications hémorragiques sans augmentation du risque thromboembolique. Dans quel délai réintroduire les AOD et quel relai prescrire ? La déclaration obligatoire à la pharmacovigilance de ces effets indésirables graves est un maillon d'optimisation de l'utilisation des AOD en vie réelle. **Conclusion :** Les recommandations concernant gestes invasifs non programmés sont encore peu nombreuses et se basent sur des avis d'experts.

Elles mériteraient d'être clarifiées à l'aide d'études prospectives. Il convient d'être prudent dans la gestion péri-opératoire des AOD notamment en traumatologie gériatrique.

### A3-20-31

#### Polymédication du sujet âgé : importance de la conciliation des traitements médicamenteux

A. Besnard (1) ; MM. Tanguy (2) ; G. Loggia (2) ; M. Pierre (2) ; P. Lescure (2) ; P. Descatoire (2) ; A. Muzard (1) ; C. Hecquard (1) ; C. Castel (1)

(1) Pharmacie, C.H.U de Caen, Caen; (2) Médecine gériatrique, C.H.U de Caen, Caen

**Introduction :** La iatrogénie constitue un problème majeur de santé publique et particulièrement chez le sujet âgé. La polypharmacie fréquente dans cette population est associée à une consommation élevée de médicaments pouvant être source d'erreurs médicamenteuses (EM). La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) est un processus visant à prévenir la iatrogénie en limitant les EM aux points de transition (admission, transfert, sortie) du patient hospitalisé. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'intérêt de la CTM à l'admission dans un service de médecine gériatrique aiguë. **Méthodes :** Une étude prospective a été menée entre mai et décembre 2016, par un interne en pharmacie, au sein d'un service de médecine gériatrique aiguë d'un Centre Hospitalier Universitaire. A l'admission de chaque patient, un bilan médicamenteux optimisé a été réalisé puis comparé à l'ordonnance médicale à l'admission. Les divergences ont été relevées et indiquées aux prescripteurs. Le nombre et la nature des divergences, les classes thérapeutiques concernées et leur devenir ont ensuite été analysés. **Résultats :** Sur la période étudiée, 437 CTM à l'admission ont été réalisées pour 467 hospitalisations (94%). 23% des CTM effectuées comportaient au moins une divergence. Au total, 165 divergences ont été relevées soit en moyenne 1.65 divergences par patient. Les divergences interceptées correspondaient à des erreurs par omission (n= 113 ; 68%), des erreurs de posologie (n= 32 ; 19%), des reprises de traitements par méconnaissance de l'arrêt effectué par le médecin traitant (n=19 ; 12%) et à des erreurs de formes galéniques (n=1 ; 1%). Les classes médicamenteuses principalement concernées étaient les médicaments du système nerveux (n=41 ; 25%), les médicaments ophtalmologiques (n=33 ; 20%) et les médicaments du système cardiovasculaire (n=31 ; 19%). Après discussion avec les gériatres, 78% de ces divergences ont été corrigées (divergences non intentionnelles). Les prescriptions n'ont pas été modifiées dans 22% des cas devant la non-indication du traitement ou la situation clinique et paraclinique défavorable du patient à l'admission (exemples : acide acétylsalicylique, statine, morphinique). **Conclusion :** La CTM permet de garantir la continuité des soins lors de la transition des patients entre la ville et l'hôpital: un grand nombre de divergences ont été interceptées dans un service de soins pourtant déjà sensibilisé au risque iatrogène et aux EM. Il serait intéressant de comparer les résultats observés à ceux d'autres services où la révision des prescriptions à l'admission n'est pas systématique à l'instar des services de gériatrie. Le pharmacien clinicien a un rôle important dans l'identification et la correction des divergences. Dans un service de médecine gériatrique, il est un acteur privilégié dans la coordination et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé. Aujourd'hui, la coopération pharmaciens-gériatres au sein de l'unité est nécessaire afin de garantir la pérennité de la CTM d'admission. Elle est également essentielle au développement de nouveaux outils tels que la CTM

de sortie afin de renforcer le lien ville-hôpital.

### A3-20-32

#### Conciliation médicamenteuse à la sortie de SSR gériatrique : enquête de satisfaction des praticiens en ville

C. Philip (1) ; A. Stefanovic (1) ; E. Buga (2) ; M. Villiet (3) ; A. Castet-Nicolas (3) ; A. Jalabert (3) ; A. Blain (4) ; S. Thomas (4) ; AL. Godard (5) ; E. Bonelli (5) ; MS. Leglise (6) ; C. Jeandel (7) ; H. Blain (7) ; D. Faure (8)

(1) Pharmacie - misag, CHU, Montpellier; (2) Pharmacie - sssr bellevue, CHU, Montpellier; (3) Pharmacie, CHU, Montpellier; (4) Ssr balmès, CHU, Montpellier; (5) Ssr bellevue, CHU, Montpellier; (6) Ssr balmès - sssr bellevue, CHU, Montpellier; (7) Gérontologie, C.H.U. de Montpellier, Montpellier; (8) Pharmacie - sssr balmès - sssr bellevue, CHU, Montpellier

**Introduction :** La conciliation médicamenteuse est un processus pluridisciplinaire assurant la continuité de la prise en charge médicamenteuse entre la ville et l'hôpital. Depuis octobre 2015, un travail commun entre médecins gériatres et pharmaciens cliniciens a permis la mise en place d'une conciliation médicamenteuse de sortie intégrée au compte rendu d'hospitalisation en service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) gériatrique. Cette conciliation prenait la forme d'un tableau comparant l'ensemble des traitements du patient avant l'hospitalisation au traitement prescrit à la sortie du CHU ainsi que les différents commentaires associés (cause d'arrêt, d'introduction ou de modification posologique). L'objectif de ce travail a été d'évaluer l'intérêt ressenti par les médecins de ville vis-à-vis de ce tableau de conciliation. **Méthodes :** Au cours du premier semestre 2016, un questionnaire téléphonique a été soumis à 50 médecins (37 médecins traitants et 13 médecins coordonnateurs d'EHPAD) destinataires de comptes rendus d'hospitalisation des 2 unités de SSR gériatriques du CHU. Ce questionnaire était constitué d'une première partie de 3 questions fermées évaluant si le médecin avait consulté le tableau, s'il avait déjà vu ce type de travail auparavant et si le compte rendu était parvenu avant la visite du patient. La deuxième partie du questionnaire contenait 5 questions à réponse « graduée » (de 0 à 3) relatives à l'utilisation du tableau (visibilité, caractère compréhensible, gain de temps estimé, clarté de la nouvelle stratégie thérapeutique, aide à la décision du maintien de cette stratégie) et une question ouverte relative à des améliorations éventuelles. Les résultats ont été saisis puis analysés à l'aide du tableur Excel®. **Résultats :** Le tableau a été consulté par 56% des médecins interrogés. La visibilité du tableau a été estimée très bonne par 21% des médecins, assez bonne par 75% d'entre eux et très mauvaise pour 4%. Le tableau a été évalué très compréhensible par 60% des médecins, plutôt compréhensible par 36% d'entre eux et pas tellement compréhensible pour 4%. Pour 43% des médecins interrogés, le tableau a permis de gagner du temps ; tandis qu'ils sont 36% à estimer qu'il leur en a plutôt fait gagner et 21% plutôt pas. Aucun n'a estimé qu'il s'agissait d'une perte de temps. La nouvelle stratégie thérapeutique était nettement plus claire pour 64% d'entre eux et plus claire pour 32%. Seuls 4% ne la trouvaient pas vraiment plus claire. Concernant la décision du maintien de la nouvelle stratégie thérapeutique, 29% des médecins ont pensé que le tableau a aidé ; 61% sont plutôt d'accord et 10% plutôt pas d'accord. **Conclusion :** Le développement de la conciliation médicamenteuse en sortie de SSR gériatrique avec intégration aux comptes rendus d'hospitalisation est bien accueilli par les médecins de ville et pourrait participer à une amélioration de la prise en charge de leurs patients. Les remarques des médecins interrogés ont depuis

permis d'apporter des améliorations au tableau de conciliation. Un travail commun avec les médecins de cours séjour gériatrique a permis la mise en place d'un tableau regroupant les médicaments par comorbidités du patient. Une réflexion est aussi en cours quand à la transmission de ces données aux pharmaciens d'officine ou de structure d'accueil avant la sortie des patients afin d'optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients.

### A3-20-33

#### Prévenir les évènements indésirables médicamenteux en établissement d'hébergement pour personnes âgées par la méthode d'analyse entre pairs des ordonnances

I. Carrière (1) ; V. Cerf (1) ; M. Fargier (1) ; Equipe médicale RMM (1) *Soins de longue durée, Hôpital Maurice André Saint-Galmier, Saint-Galmier*

**Introduction :** Depuis le 29/11/2016, une réunion mensuelle d'une durée d'une heure permet l'évaluation des pratiques de prescription médicamenteuse entre pairs (médecins libéraux et hospitaliers volontaires) avec l'expertise du pharmacien hospitalier de l'établissement. Cette méthode de formation-action complète une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles pour prévenir le risque iatrogénique lié aux formes galéniques inadaptées aux capacités du patient âgé fragile. Le travail de réflexion débuté en juin 2012 suite à une formation du médecin coordonnateur et du pharmacien hospitalier a permis d'élaborer des recommandations concernant notamment le déconditionnement des médicaments et l'alerte des prescripteurs en amont (livret thérapeutique identifiant les comprimés à ne pas écraser et les gélules à ne pas ouvrir) et au moment de l'édition de l'ordonnance informatisée (possibilité de préciser "à ne pas écraser"). Plusieurs audits sur dossiers concernant les ordonnances de ces patients en 2012, 2013, 2014 et 2016 ont montré leur impact limité sur le nombre de médicaments prescrits (3 à 7 lignes). Une évaluation sur dossiers de la pertinence de prescription des benzodiazépines en décembre 2016 a mis en évidence la nécessité d'une action de sensibilisation des médecins intervenants dans l'établissement afin de les impliquer directement dans l'analyse des pratiques. 53% des 256 résidents ont une BZD pour tr anxieux et/ou tr cognitifs dans 87% des cas associée à un NL dans 24% des cas. 2 médecins libéraux volontaires de Saint-Galmier le docteur Bruno Meyrand et le docteur Isabelle Berthouze (tous les 2 sont maîtres de stage et l'1 enseigne à la faculté de médecine de Saint-Etienne) accompagnés de leur interne en médecine générale a permis un échange fructueux avec les 2 praticiens hospitaliers de l'Hôpital Maurice ANDRE docteur Isabelle Carrière et docteur Marc Fargier et le docteur Christian Gibert médecin coordonnateur du SSR de l'hôpital de Chazelles-sur-Lyon. Le pharmacien hospitalier madame Valérie Cerf est actuellement en cours de validation d'un diplôme de pharmacie clinique. **Méthodes :** Chaque médecin peut présenter l'ordonnance d'un patient à risque d'évènement indésirable médicamenteux dont il est référent dans l'établissement. En général ce sont 2 ordonnances qui sont discutées (la réunion ne doit jamais dépasser une durée d'une heure). L'optimisation thérapeutique est faite en s'aidant de la grille PMSA simplifiée. L'intérêt de ce type de réunion RMM entre pairs est l'identification des freins à la réévaluation des ordonnances et l'enrichissement par la confrontation de savoirs issus de l'expérience de la pratique de ville et hospitalière. Une dynamique de repérage du risque médicamenteux (notamment les 10 prises quotidiennes de médicaments et les 2 psychotropes) ainsi que l'évaluation de la thérapeutique de chaque pathologie en cours

en tenant compte des insuffisances d'organes ou co-morbidités ont permis au fur et à mesure des réunions d'acquiescer des "réflexes" de réévaluation. **Résultats :** Le groupe médical RMM "analyse des ordonnances" s'est réuni mensuellement sans défection des participants malgré l'absence de rémunération des libéraux (ce sont des engagés volontaires). Une culture de sécurité médicamenteuse s'est instaurée. En effet, des ordonnances de patients à risque sont réévaluées en dehors de la réunion RMM. La méthode a déjà un impact bénéfique sur les pratiques de prescription médicamenteuse même au delà du cercle du groupe (effet "boule de neige" sur d'autres prescripteurs). **Conclusion :** La méthode des audits annuels sur dossiers engagée depuis 2012 a eu un impact très modéré sur les habitudes de prescriptions des médecins dans l'établissement. Elle a démarré surtout une réflexion sur le risque médicamenteux avec une étape de sécurisation d'administration du médicament en cas de déconditionnement. Les médecins du groupe RMM "analyse des ordonnances" franchissent une étape supplémentaire de changement de "culture du risque a priori des évènements médicamenteux indésirables". L'audit ne sera qu'un "outil de mesure des résultats" d'une dynamique d'amélioration des pratiques de prescription avec l'aide de l'expertise du pharmacien.

### A3-20-34

#### Syndrome DRESS grave avec imputabilité rare de traitements cardiotropes

H. Le Petitcorps (1) ; A. Breining (1) ; F. Ketz (1) ; M. Mistral (1) ; A. Monti (1) ; E. Pautas (1)  
(1) *Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière - Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*

**Introduction :** Le syndrome DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) doit être évoqué devant la triade : éruption fébrile cutanée généralisée, anomalies hématologiques (éosinophilie, lymphocytose) et atteinte viscérale (hépatite, néphrite, pneumonie, péricardite et/ou myocardite). Sa gravité est liée aux manifestations systémiques. La mortalité est estimée à 10%. **Méthodes :** Cas clinique et iconographie. **Résultats :** Un patient de 85 ans, vivant habituellement en Guinée, est hospitalisé pour une altération de l'état général, 1 mois après sa sortie d'une hospitalisation en Cardiologie pour infarctus du myocarde. Le bilan biologique retrouve une hyponatrémie (124 mmol/l) et une insuffisance rénale interprétée comme principalement fonctionnelle liée à une poussée d'insuffisance cardiaque (créatininémie 195  $\mu$ mol/l). Mais on note aussi un syndrome inflammatoire avec CRP 90 mg/l et surtout une hyperéosinophilie ayant débuté deux semaines auparavant (0.72 G/L initialement) et passant en 21 jours à 7.34 G/L. Il présente une éruption cutanée papuleuse diffuse, prurigineuse, lichenifiée, sans bulle ni décollement, et sans atteinte muqueuse. Biopsie cutanée non concluante, ne permettant pas de trancher entre un eczéma et une toxidermie eczématiforme. Le patient a des adénopathies axillaires gauches et inguinales bilatérales, la TDM thoraco-abdomino-pelvienne ne retrouvant pas d'adénopathies profondes. A la troisième semaine d'hospitalisation il présente une fièvre entre 38.2 et 38.7°C (dans un contexte d'infection urinaire concomitante). Bilans immunologique (FAN, Ac anti ENA, ANCA), virologique (VHA, VHB, VHC, VIH, CMV, EBV) et parasitologique (recherche d'anisakiase, bilharziose, distomatose, hydatidose, filariose, cysticercose, toxocarose et trichinose) négatifs. Immunophénotypage lymphocytaire sans anomalie. Le diagnostic de syndrome DRESS est retenu et l'enquête de pharmacovigilance évoque une imputabilité possible pour trois traitements introduits

pendant le récent séjour en Cardiologie : clopidogrel, atorvastatine, furosemide, qui ne sont pas des médicaments fréquemment impliqués dans les DRESS. Evolution de l'éosinophilie, 10 à 20 jours après arrêts (non simultanés) de ces trois médicaments : 1.7 G/L. Le patient décède 45 jours après le début de sa prise en charge, dans les suites d'une défaillance multiviscérale, principalement insuffisance cardiaque réfractaire et insuffisance rénale aiguë. **Conclusion :** Ce cas clinique rappelle l'importance d'évoquer le syndrome DRESS devant un tableau d'éruption fébrile avec atteinte systémique lors d'une nouvelle prise médicamenteuse, un retard diagnostique grèvant le pronostic. Il nous permettra aussi de rappeler les principaux éléments constitutifs du syndrome DRESS et les médicaments les plus fréquemment impliqués, dont certains sont d'utilisation non rare en Gériatrie.

### A3-20-35

#### Caecostomie dans le traitement d'un syndrome d'Ogilvie

A. Gross (1) ; L. Zerah (2) ; J. Cohen Bittan (3) ; A. Gioanni (4) ; H. Vallet (3) ; G. Godiris-Petit (5) ; X. Dray (6) ; F. Moryoussef (7) ; J. Boddaert (8)

(1) *Gériatrie aigüe, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris*; (2) *Gériatrie, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris*; (3) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (4) *Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (5) *Chirurgie digestive, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris*; (6) *Endoscopies digestives, Hôpital Saint-Antoine, Paris*; (7) *Gastro-entérologie, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris*; (8) *Upog, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*

**Introduction :** La pseudo-obstruction colique aigüe (POCA) ou syndrome d'Ogilvie correspond à une dilatation colique sans obstacle. Les principales complications sont l'ischémie, la perforation et la péritonite. Sa physiopathologie est encore mal connue. Il y a différentes options thérapeutiques mais la majorité des patients évolue favorablement avec un traitement conservateur (sonde nasogastrique en aspiration, sonde rectale, correction des désordres hydro électrolytiques). En cas d'échec le traitement de seconde intention est la Néostigmine en intra-veineux. La coloexsufflation avec tube de Faucher représente également un traitement de choix notamment en cas de distension du caecum. En cas d'échec de l'ensemble de ces mesures, une caecostomie par voie endoscopique peut être proposée, voire une colostomie ou colectomie totale ou sub totale. Ces 2 dernières thérapeutiques restent exceptionnelles. La caecostomie est réservée aux patients présentant un risque chirurgical important. Cette procédure présente un haut taux de complications (42%) comme les abcès de paroi, les hémorragies et les perforations. **Méthodes :** Cas clinique. **Résultats :** Nous présentons le cas d'une patiente de 77 ans sans antécédent notable, hospitalisée en gériatrie dans les suites d'une chute compliquée d'un syndrome occlusif sur fécalome. Après échec des mesures conservatrices et correction de l'hypokaliémie (favorisée par la prise de diurétiques pour décompensation cardiaque), un traitement par Néostigmine fut introduit mais rapidement stoppé devant une mauvaise tolérance (bradycardie). Trois colo exsufflations avec tube de Faucher furent un échec. Devant un risque chirurgical important (syndrome coronaire aigu ayant nécessité la pose de stents actifs avec bi-anti-agrégation, dénutrition sévère), une caecostomie par voie endoscopique fut réalisée pour réaliser des lavages. Devant un syndrome occlusif persistant, un traitement chirurgical fut tenté avec mise en place

d'une colostomie. Dans ce contexte de syndrome occlusif ne permettant une verticalisation, apparition de complications en cascade avec dénutrition sévère (responsable d'une escarre sacrée de stade 4), pneumopathie d'inhalation sur troubles de déglutition et syndrome confusionnel. La patiente décéda dans les suites d'une bactériémie. **Conclusion :** La caecostomie par voie endoscopique peut être une alternative à la chirurgie dans les cas de syndromes d'Ogilvie réfractaires aux traitements de première intention chez les patients très à risque chirurgical. Cette option thérapeutique est encore peu utilisée et des études sont nécessaires.

### A3-20-36

#### Un cas de Pustulose Erythémateuse Aiguë Localisée

F. Ketz (1) ; M. Mistral (1) ; H. Le Petitcorps (1) ; A. Breining (1) ; E. Pautas (1)

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

**Introduction :** La Pustulose Erythémateuse Aigüe Généralisée (PEAG) est un érythème œdémateux rouge vif parsemé de pustules en tête d'épingle, de survenue brutale. La Pustulose Erythémateuse Aigüe Localisée (PEAL) est une entité beaucoup plus rare, définissant une éruption localisée répondant aux mêmes critères, et touchant habituellement le visage. Nous rapportons le cas d'une patiente qui présente une PEAL localisée aux membres inférieurs après la prise de levofloxacine. **Méthodes :** Cas clinique et iconographie. **Résultats :** Une patiente de 89 ans, est hospitalisée pour une décompensation cardiaque globale compliquant une pneumopathie d'inhalation. Sur le plan cardio-respiratoire et infectieux, l'évolution est initialement favorable après un traitement par déplétion hydro-sodée et antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique, mais survient une éruption maculo-papuleuse prurigineuse diffuse imputée à l'antibiotique qui est arrêté. Dix jours plus tard, nouvelle dégradation cardio-respiratoire et majoration du syndrome inflammatoire biologique, nécessitant de majorer le traitement déplétif et d'instaurer une nouvelle antibiothérapie par levofloxacine. A J6 de l'initiation de la quinolone, alors que la patiente s'améliore sur les plans cardio-respiratoires et infectieux, survenue d'une éruption érythémateuse parsemée de pustules, localisée aux deux jambes (sur lesquelles est posée une compression veineuse par bandes 24h/24 depuis l'entrée de la patiente pour gestion d'ulcères veineux). Aucun autre médicament que la levofloxacine n'a été introduit dans les jours précédents. L'évolution cutanée est favorable en quelques jours après arrêt du médicament et suppression de la compression veineuse. **Conclusion :** La PEAG et la PEAL sont des complications rares, mais auxquelles il faut penser en cas de survenue brutale d'une pustulose après l'introduction récente d'un nouveau médicament, y compris si la localisation est restreinte et qu'elle n'atteint pas le visage.

### A3-20-37

#### A propos de trois cas d'ulcères gastro-duodénaux de stress en gériatrie aigüe : doit-on les prévenir ?

S. Makdessi (1) ; A. Monti (1) ; F. Ketz (1) ; H. Le Petitcorps (1) ; E. Pautas (1)

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

**Introduction :** La prévention de l'ulcère gastroduodéal (UGD) de stress a surtout été évaluée en milieu de réanimation dans lequel ses indications et ses modalités restent encore discutées. Le

vieillesse physiologique s'associe à une atrophie muqueuse digestive et pourrait théoriquement augmenter le risque d'UGD de stress chez les patients âgés en situation de stress aigu. Nous présentons 3 cas cliniques de patients âgés, hospitalisés dans une unité de Gériatrie aiguë, qui nous permettent de faire le point sur les recommandations actuelles de la prévention de l'UGD de stress.

**Méthodes :** Cas cliniques et revue littérature. **Résultats :** - Mme W., 89 ans, insuffisance respiratoire chronique, sans antécédent d'UGD, hospitalisée pour détresse respiratoire sur pneumopathie, nécessitant un transfert secondaire en réanimation (intubation orotrachéale de 72 heures). Ulcère gastrique hémorragique découvert à l'occasion d'une déglobulisation associée à un méléna. - Mme D., 82 ans, sans antécédent d'UGD, hospitalisée pour hallucinations visuelles et auditives dans un contexte de deuil pathologique et de troubles cognitifs mineurs. Coma de 36 heures dans un contexte de surdosage aux neuroleptiques. Ulcère bulbaire hémorragique découvert trois jours après dans un contexte d'anémie aiguë avec méléna. - Mr T., 89 ans, sans antécédent d'UGD, hospitalisé à la sortie d'un passage en réanimation pour détresse respiratoire aiguë sur pneumopathie hypoxémiant. Anémie hémorragique aiguë et méléna 9 jours après sa sortie de réanimation. Le patient a refusé la gastroscopie. Dans les 3 cas, l'évolution de l'épisode hémorragique aigu est bonne après transfusion de culots globulaires et traitement par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) intraveineux. **Conclusion :** Ces trois situations cliniques, non exceptionnelles en Gériatrie aiguë, font poser la question de l'indication de la prévention de l'UGD de stress. L'âge est-il un facteur de risque prouvé de ce type de lésion digestive ? Les indications et les modalités de la prévention de l'ulcère de stress sont-elles consensuelles et reposent-elles sur des données solides ? Les traitements par IPP au long cours, souvent peu licites chez nos patients âgés et non dénués d'effets secondaires récemment décrits, peuvent-ils être arrêtés sans souci au moment d'une hospitalisation pour une situation aiguë ? Autant de questions que la présentation d'une revue de littérature nous permet d'aborder dans cette communication.

### A3-20-38

#### Neuroleptiques et fluoroquinolones, une interaction à connaître : à propos d'un cas de coma iatrogène

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

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

**Introduction :** Le risque iatrogène est une problématique bien connue et très prévalente en population gériatrique. Parmi les médicaments à risque, les psychotropes, dont les neuroleptiques, occupent une place de choix. Nous rapportons le cas d'une patiente qui présente un coma induit par la co-prescription d'une fluoroquinolone et d'un neuroleptique atypique, interaction médicamenteuse décrite mais probablement méconnue. **Méthodes :** Cas clinique. **Résultats :** Une patiente de 82 ans est hospitalisée pour la survenue d'hallucinations visuelles dans un contexte de syndrome dépressif acutisé par un deuil récent. Après avis psychiatrique, un traitement par Olanzapine, neuroleptique atypique à propriétés antipsychotiques et régulatrices de l'humeur, est introduit à la dose de 5 mg/j. Les hallucinations régressent et l'état thymique de la patiente s'améliore. A J6 de l'introduction d'Olanzapine, un traitement par Ciprofloxacine est initié pour une infection urinaire basse. Trois jours plus tard la patiente présente une dysarthrie et des troubles de vigilance qui s'aggravent progressivement

en 12 heures, jusqu'à un coma (Glasgow 6/15). Les troubles de vigilance ne s'accompagnent d'aucun signe neurologique focal. Il existe en revanche une instabilité hémodynamique (hypotension, tachycardie). Le bilan étiologique est négatif : scanner cérébral normal, EEG sans figure comitiale, bilan métabolique normal, pas d'erreur sur les prises du neuroleptique et pas de prise de benzodiazépine ou autre traitement altérant la vigilance). La patiente s'améliore spontanément avec un retour à une vigilance normale sur 24 heures (aucune prise médicamenteuse n'a été possible dans ce délai) et la présence transitoire de myoclonies des quatre membres. Le tableau clinique est compatible avec un surdosage en neuroleptique, induit par la co-prescription de Ciprofloxacine. Cette interaction pharmacocinétique est liée à l'inhibition du cytochrome P450 1A2, métabolisant l'Olanzapine, par la Ciprofloxacine. **Conclusion :** S'il n'existe pas de contre indication aux fluoroquinolones pour un patient traité par neuroleptique atypique, cette interaction mérite d'être connue car elle peut entraîner des complications neurologiques graves et implique une surveillance accrue du patient pendant une co-prescription, voire pour certains une diminution des doses du neuroleptique.

### A3-20-39

#### Perception de la conciliation médicamenteuse de sortie du sujet âgé par les médecins généralistes

D. Li Vigni (1) ; C. Arlaud (1) ; C. Andruéjol (2) ; K. Muller (2) ; JM. Turpin (1) ; R. Collomp (2) ; O. Guérin (1)

(1) Court séjour gériatrique, CHU de Nice - Hôpital de Cimiez, Nice; (2) Pharmacie, CHU de Nice - Hôpital Pasteur, Nice

**Introduction :** La iatrogénie médicamenteuse est un problème de santé publique chez le sujet âgé avec un coût économique élevé. Elle serait liée à près de 10% des hospitalisations et plus de 30 000 décès par an (1). La réalisation d'une conciliation médicamenteuse de sortie (CMS) au décours d'une hospitalisation, basée sur une collaboration médecin-pharmacien, permettrait de prévenir ces complications. Elle repose sur la production d'une fiche d'information destinée aux professionnels de santé en ville, après comparaison des ordonnances et justification des modifications réalisées. Ce processus s'intègre dans le projet High5 de l'OMS, piloté en France par l'HAS (2). L'objectif de l'étude est de recueillir l'avis des médecins généralistes sur la réalisation, l'utilisation et l'apport de la CMS dans le suivi des patients âgés de plus de 75 ans. **Méthodes :** Etude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-dirigés, auprès de 8 médecins généralistes installés dans les Alpes-Maritimes de février à avril 2017. **Résultats :** - Absence d'explication fréquente des modifications thérapeutiques conduisant à une incompréhension et amputant le temps de consultation « Souvent on se demande pourquoi tel médicament a été arrêté, pourquoi il a été changé » ; - Utilité de la CMS pour le patient âgé : diminuer les risques liés aux erreurs médicamenteuses, favoriser l'information et éducation thérapeutique du patient « Il faut leur expliquer, les éduquer pour qu'ils adhèrent à leur nouveau traitement » ; - Importance du délai et du support de transmission du compte rendu d'hospitalisation et de la fiche de conciliation : le jour de la sortie par messagerie sécurisée. « Le problème si je le reçois trois semaines après, peut-être que j'aurais déjà modifié le traitement et le document sera obsolète » ; - Rôle pivot du pharmacien bien que les médecins de soins primaires avouent avoir des rapports limités en ambulatoire. - Proposition d'une participation du médecin traitant dans la décision médicale des modifications thérapeutiques « On peut peut-être appeler le

médecin généraliste pour savoir « qu'est-ce que vous en pensez? »  
**Conclusion :** Le concept de conciliation médicamenteuse étant récent, peu d'études existent et en particulier sur la conciliation de sortie. Celles déjà réalisées concordent à dire que la CMS permettrait de réduire le risque d'erreurs médicamenteuses et maintenir les optimisations thérapeutiques réalisées à l'hôpital (3). Cependant le processus est chronophage et se heurte au problème de transmission de la fiche, comme le souligne notre enquête (4). Une étude en miroir est actuellement réalisée par une équipe de pharmaciens cliniciens du CHU de Nice, ayant pour objectif de recueillir la perception des pharmaciens d'officine sur le même sujet. La conciliation médicamenteuse de sortie est bien perçue par les médecins généralistes qui expriment le besoin de la généraliser afin d'améliorer la relation ville-hôpital et la coordination des soins pour les patients âgés, bien qu'ils souhaiteraient être au cœur du processus et prendre part à la conciliation afin d'optimiser la prise en charge et pérenniser les adaptations. Une conciliation de type ambulatoire pour des patients fragiles permettrait d'améliorer les rapports avec les pharmaciens d'officine et renforcerait la coordination autour du patient, notamment en ce qui concerne les ordonnances rédigées par différents spécialistes.

### A3-20-40

#### Iatrogénie chez la personne âgée et prescription de médicaments potentiellement inappropriés

L. Mondet (1) ; M. Royer (2) ; F. Bloch (3) ; G. Deschasse (3)

(1) *Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens*; (2) *Centre régional de pharmacovigilance, CHU Amiens-Picardie, Amiens*; (3) *Gériatrie, CHU Amiens-Picardie, Amiens*

**Introduction :** La iatrogénie chez la personne âgée (PA) est plus fréquente que dans le reste de la population (x2,5). En effet en plus d'une polymédication fréquente, des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques sont à l'origine d'une augmentation de la sensibilité aux médicaments. De plus, les pathologies associées peuvent favoriser la survenue d'effets indésirables (EI) médicamenteux. Certains médicaments ont un rapport bénéfice/risque défavorable chez les PA et sont appelés « médicaments potentiellement inappropriés » (MPI). Différentes listes de MPI ont été mises au point, notamment la liste de Laroche et les critères STOPP de la liste STOPP/START. L'objectif principal de cette étude était de mettre en place dans le service de gériatrie aigüe une pharmacovigilance active afin de détecter d'une part les médicaments les plus retrouvés dans les cas de iatrogénie chez la PA et d'autre part le pourcentage d'EI en lien avec une prescription de MPI. **Méthodes :** Sur une période de 4 mois, tous les cas d'EI détectés dans le service de gériatrie aigüe ont fait l'objet d'une déclaration au centre régional de pharmacovigilance (CRPV) d'Amiens. L'imputabilité des médicaments a été réalisée selon la méthode française de pharmacovigilance. Les médicaments imputés étaient ensuite analysés en fonction des critères de la liste de Laroche et des critères STOPP. **Résultats :** Au total, 35 cas de pharmacovigilance ont été déclarés. A l'heure actuelle 30 dossiers ont fait l'objet d'une discussion en réunion d'imputabilité au CRPV (62 effets indésirables ; 84 médicaments imputés). Les principaux effets retrouvés sont l'insuffisance rénale, les hémorragies et les chutes. Selon les critères de la liste de Laroche, 15% des médicaments imputés correspondent à des MPI avec plus de 45% d'anxiolytiques. Le critère majoritairement retrouvé est le n°24 (37%) : prescription de benzodiazépines, neuroleptiques et anticholinergiques en cas de démence. Selon les critères STOPP,

32% des médicaments imputés correspondent à des MPI. Parmi ces 30 cas d'EI, 30% impliquent un MPI selon la liste de Laroche et 60% selon les critères STOPP. **Conclusion :** Dans de nombreux cas d'EI survenant chez la PA, l'utilisation d'un ou plusieurs MPI est en cause. Il est donc nécessaire de réduire leur prescription. Les prescripteurs doivent être formés aux spécificités de prescriptions chez la PA. De plus, le développement de la pharmacie clinique dans le domaine de la gériatrie est un moyen efficace permettant d'optimiser la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.

### A3-20-41

#### Mirtazapine et antécolis, à propos d'un cas clinique

V. Curtis (1) ; A. Gioanni (2) ; AL. Gérard (3) ; A. Meziere (4) ; G. Gaudin (5) ; B. Lebrin-Vignes (5) ; M. Verny (2)

(1) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*; (2) *Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (3) *Gériatrie, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris*; (4) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*; (5) *Pharmacologie, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris*

**Introduction :** La Mirtazapine, antidépresseur noradrénergique et sérotonénergique, est utilisée en pratique clinique dans les troubles du sommeil chez les patients déments pour son effet sédatif. Elle peut être associée aux anticholinestésiques indiqués chez les patients atteints de démence à Corps de Lewy. Des cas de survenue de mouvements anormaux sous inhibiteur de la recapture de la Sérotonine ont été décrits dans la littérature, mais aucun cas d'antecolis n'a été rapporté jusqu'à présent. **Méthodes :** Histoire clinique : Mme L., 72 ans a été hospitalisée en médecine gériatrique à la Pitié Salpêtrière en 12/2016 pour une pleuro-pneumopathie d'évolution favorable sous antibiothérapie. Elle présentait comme antécédents une HTA, une DMLA et une démence à Corps de Lewy. Son traitement habituel comportait de la Rivastigmine 4,5 mg/j depuis 2015, de la Mirtazapine 15 mg/j et de la Mélatonine 3 mg/j introduites en 02/2016 pour des troubles du sommeil qu'elle tolérait bien. Les traitements psychotropes n'avaient pas été modifiés depuis. Dans les jours qui ont suivi son arrivée en SSR, est apparu un antécolis avec un point de compression sternale, réductible, sans dystonie ni hypertonie axiale extrapyramidale associée. Aucun épisode similaire n'avait été rapporté par l'entourage depuis le début des troubles cognitifs ou depuis l'introduction de la Mirtazapine. Elle présentait également des épisodes de somnolence fluctuante au cours de la journée depuis le début de l'hospitalisation et des hallucinations visuelles rapportées par l'entourage (la patiente ne parlant pas français). La patiente était apathique restant au fauteuil toute la journée alors qu'elle avait l'habitude de déambuler au domicile. Des examens d'imagerie ont été réalisés. Le scanner cervical ne retrouvait pas d'atrophie des muscles spinaux. Le scanner cérébral ne montrait pas d'anomalie de la fosse postérieure. L'électromyogramme ne mettait pas en évidence d'argument pour une myosite ou une myasthénie. Le dosage des CPK, de la TSH et le bilan phosphocalcique étaient normaux, le syndrome inflammatoire initial associé à l'infection pulmonaire ayant complètement régressé. Après discussion avec le neurologue référent de la patiente, il est décidé d'arrêter la Mirtazapine pour limiter les troubles de la vigilance. Après quelques jours l'antécolis a complètement disparu et les troubles de la vigilance se sont nettement améliorés. La patiente a repris la marche et la déambulation. La Mirtazapine n'a pas été réintroduite ultérieurement, la posologie de la Rivastigmine a été augmentée à 9,5 mg/j permettant de limiter les hallucinations et les déambulations. **Conclusion :** Ce cas clinique permet de

supposer que la Mirtazapine a été responsable de l'antécôlis. Un cas clinique de dystonie axiale (syndrome de la tour de Pise) a été décrit dans la littérature. D'autres cas de dystonies aiguës ont été rapportés après une prise de Mirtazapine. En pratique, toute modification d'apparition rapide dans le registre des mouvements ou des postures anormales involontaires doit faire interrompre tous les traitements potentiellement responsables et notamment les produits sérotoninergiques.

### A3-20-42

#### Retour sur la mise en place d'une activité de conciliation médicamenteuse dans le service de médecine interne gériatrique du centre hospitalier de Blois

PO. Perichon (1) ; B. Pernot (2) ; JN. Royal (2) ; M. Emonet (1) ; C. Moreau (1) ; CE. Geffroy (2)

(1) Pharmacie, C.H. de Blois, Blois; (2) Médecine interne gériatrique, C.H. de Blois, Blois

**Introduction :** La lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé représente un enjeu majeur de santé publique. Pour en réduire l'incidence, l'HAS recommande de développer la conciliation médicamenteuse afin de sécuriser les points de transition du parcours de santé du patient (admission, transfert, sortie) en favorisant la transmission des informations relatives aux traitements chroniques. L'activité reste malgré tout difficile à déployer car elle demeure chronophage et nécessite d'allouer des moyens pharmaceutiques. L'objectif de notre travail est de présenter l'activité de conciliation médicamenteuse initiée depuis janvier 2017 dans un service de médecine interne gériatrique d'un centre hospitalier non universitaire et de mesurer l'impact de la présence pharmaceutique sur l'analyse des prescriptions. **Méthodes:** Les patients âgés de plus de 75 ans, vivant à domicile, ont été ciblés pour effectuer la conciliation médicamenteuse à l'admission. Les moyens pharmaceutiques alloués à l'activité sont de 2 demi-journées hebdomadaires (0,2 ETP) partagées entre un pharmacien assistant et un pharmacien praticien hospitalier. La conciliation est réalisée dans le service et complétée par une activité d'optimisation thérapeutique des traitements chroniques en concertation avec les gériatres du service. Le logiciel de prescription Pharma® (Computer Engineering) est utilisé pour saisir le bilan médicamenteux optimisé (BMO) qui est mis à disposition des gériatres et peut être utilisé pour la rédaction des ordonnances de sortie. Trois sources d'information sont croisées parmi les ordonnances des médecins traitant et/ou spécialistes, l'appel au pharmacien d'officine, l'entretien patient et/ou personnes proches et les comptes rendus hospitaliers. L'activité d'analyse pharmaceutique a été comparée sur deux périodes (du 1/01 au 15/05), l'une en 2016, l'autre en 2017, suite à l'instauration de la présence pharmaceutique dans le service et la réévaluation des traitements chroniques. **Résultats :** Du 1er janvier 2017 au 15 mai 2017, 255 admissions ont été effectuées dans le service. Quatre-vingt cinq BMO ont été réalisés et formalisés soit 33,3% des admissions totales (40% des patients non institutionnalisés). Pour chaque BMO, une moyenne de 8 lignes de traitement chronique a été saisie et le temps moyen nécessaire à la réalisation d'une conciliation a été mesuré à 25 minutes. Un quart des BMO a été saisi dans les 24 heures suivant l'admission dans le service dont la DMS est de 12 jours. Le tableau présente l'activité d'analyse pharmaceutique réalisée sur les deux périodes considérées :

Données d'analyse pharmaceutique	2016	2017	p
Interventions pharmaceutiques (IP)	73	155	
dont IP liées à la conciliation médicamenteuse	0	35	
Admissions avec IP	46	99	
Taux d'IP / lignes prescrites et analysées	1.75%	3.12%	< 0.001
Taux d'admissions analysées avec au moins 1 IP	21.6%	40.6%	< 0.001

**Conclusion :** L'expérience est encourageante tant du point de vue des pharmaciens que des gériatres. L'accès prochain au Dossier Pharmaceutique contenu dans la Carte Vitale du patient et à l'historique de remboursement de la CNAM va permettre de rendre plus exhaustif le recueil des informations relatives au traitement chronique. En parallèle, la conciliation médicamenteuse sera étendue à la sortie du patient et plus spécifiquement au retour à domicile. L'objectif sera de transmettre au binôme médecin traitant/pharmacien d'officine un courrier de conciliation de sortie résumant et justifiant l'ensemble des modifications apportées au traitement chronique. La transmission des données devrait s'appuyer sur des moyens de communication sécurisés tels que la Messagerie Sécurisée de Santé (MSSANTE). Les données relatives

### A3-20-43

#### La conciliation médicamenteuse pour les personnes âgées hospitalisées dans un service d'orthopédie a sensibilisé les chirurgiens aux recommandations thérapeutiques et entraîné une diminution de l'exposition aux médicaments anticholinergiques et sédatifs

H. Capelle (1) ; G. Hache (1) ; P. Caunes (2) ; A. Dumas (2) ; S. Honore (1) ; P. Villani (2)

(1) Pharmacie, Assistance Publique-hopitaux Marseille, Marseille; (2) Médecine interne, gériatrie et thérapeutique, Assistance Publique-hopitaux Marseille, Marseille

**Introduction :** Les médicaments sédatifs et anticholinergiques sont souvent prescrits chez les personnes âgées. Ils peuvent être responsables de chutes, pouvant entraîner une fracture et une hospitalisation. Dans le service de chirurgie orthopédique, l'équipe mobile de gériatrie évalue les patients de plus de 75 ans. Récemment, nous y avons intégré la conciliation médicamenteuse, en collaboration avec les pharmaciens. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact de ce processus sur les ordonnances hospitalières ainsi que l'exposition aux médicaments sédatifs et anticholinergiques. **Méthodes :** Nous avons recruté des patients de plus de 75 ans hospitalisés dans le service de chirurgie orthopédique d'un hôpital universitaire de 1200 lits. Après une évaluation clinique et gériatrique, des recommandations thérapeutiques sont établies. L'exposition aux médicaments anticholinergiques et sédatifs dans le traitement chronique a été mesurée par le Drug Burden Index (DBI). Nous avons rétrospectivement comparé les recommandations données par l'équipe mobile de gériatrie, avant et après la mise en œuvre de la conciliation. **Résultats :** 59 et 56 patients ont été recrutés respectivement avant et après la mise en œuvre de la conciliation dans l'équipe mobile de gériatrie. Démographie et DBI à l'admission étaient comparables pour les deux groupes. Avec la mise en place de la conciliation: le nombre de recommandations thérapeutiques a augmenté de manière significative (1,7 +/- 2,0 vs 3,4 +/- 2,2 p<0,05), comme leur taux d'acceptation (10 +/- 6%

vs 67 +/- 35%; P <0,05); le DBI du traitement chronique a été significativement diminué à la sortie (1,09 +/- 0,72 vs 0,81 +/- 0,58, p <0,01). **Conclusion :** La conciliation thérapeutique a eu un impact significatif sur l'exposition aux médicaments anticholinergiques et sédatifs à la sortie d'hospitalisation. D'autres études sont nécessaires pour évaluer l'impact clinique à long terme.

### A3-20-44

#### Réduction de dose de Néostigmine sous cutanée pour un Ogilvie chez un nonagénaire

E. Desvaux (1) ; MA. Picat (1) ; N. Giroult (1) ; T. Dantoine (1) ; A. Tchalla (1)

(1) Service de médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges

**Introduction :** La pseudo obstruction colique aiguë (POCA) est fréquente notamment chez l'homme âgé de plus de 75ans. Dans les recommandations la néostigmine est utilisée par voie intraveineuse malgré ses effets secondaires notables. Nous rapportons le cas d'un homme de 94 ans chez qui nous avons utilisé la voie sous cutanée avec une meilleure tolérance. **Méthodes :** Monsieur A, 94 ans est adressé pour un syndrome occlusif concomitant d'une pneumopathie. Le patient présente des troubles intestinaux depuis 8 ans ainsi qu'un escarre stade 4 sacré sur un alitement et une perte d'autonomie. L'équipe de médecine d'urgence de la personne âgée (MUPA) retrouve un abdomen pléthorique, un ballonnement, un tympanisme avec une persistance de gaz sans selles. Un scanner retrouve une pneumopathie base gauche ainsi qu'une POCA, le diamètre caecal était de 11cm. La biologie retrouve une déshydratation intracellulaire avec une hypokaliémie à 2,6 mmol/L. Le patient est transféré dans le service de médecine interne gériatrique où il est mis en place une antibiothérapie par Augmentin ainsi qu'une correction des troubles ioniques. Dans la littérature, il est décrit une perforation dans 3 à 15% des cas avec un taux de mortalité en cas de complication de 40 à 50% contre 15% sans perforation. Les principaux facteurs de risque de perforation sont la dilatation caecale au-delà de 12cm et un retard de prise en charge de 6 jours. Comme facteurs prédisposants, il est retrouvé un sepsis dans 10% des cas et des troubles métaboliques dans 50%. A 72h de la prise en charge avec mise en place d'une sonde rectale et correction des troubles ioniques, le patient a des selles. Mais devant une récurrence, il est décidé de réaliser de la Néostigmine car moins invasif qu'une colo exsufflation au vu de l'état clinique. Il est préféré la voie sous cutanée à la voie intraveineuse à la dose de 0,5mg comme dans l'étude de Hallerback et al. On note une résolution avec une apparition de selles dans l'heure sans récurrence durant l'hospitalisation. Le patient n'a pas présenté d'effet indésirable majeur comme une bradycardie, une douleur abdominale, un bronchospasme ou des vomissements. **Résultats :** La POCA est fréquente chez la personne âgée avec de nombreuses rechutes à l'origine de plusieurs hospitalisations et une perte d'autonomie. La fragilité de cette population plaide en faveur de procédures non invasives comme la Néostigmine. Les effets indésirables notables par voie intraveineuse pourrait être diminué par un changement de voie et une diminution de posologie. Sachant que l'économie de santé est un des enjeux de notre système de santé, la procédure par Néostigmine semble plus accessible et moins coûteuse. **Conclusion :** Il s'agit d'un cas de pseudo obstruction colique chronique (POCC) compliquée d'une POCA lors d'un sepsis et d'une hypokaliémie. L'état clinique limitant les procédures invasives, la néostigmine a été préférée. La voie intraveineuse pouvant être associée à des effets

indésirables graves nous avons choisi l'administration par voie sous cutanée. Ce qui a permis une résolution avec une bonne tolérance à de plus faible dose que l'étude de Poncet et al.

### A3-20-45

#### Mise en place de lettres de sortie pharmaceutiques dans un service de médecine interne gériatrique

A. Stefanovic (1) ; C. Philip (1) ; P. Mauran (2) ; M. Villiet (2) ; A. Jalabert (2) ; A. Castet-Nicolas (2) ; P. Pons (3) ; S. Miot (3) ; B. Celton (3) ; H. Catimel (3) ; A. Termet (3) ; C. Jeandel (4) ; H. Blain (4) ; D. Faure (5)

(1) Pharmacie - misag, CHU, Montpellier; (2) Pharmacie, CHU, Montpellier; (3) Misag, CHU, Montpellier; (4) Gérontologie, C.H.U. de Montpellier, Montpellier; (5) Pharmacie - ssr gériatrique, Chu, Montpellier

**Introduction :** Sous la responsabilité d'un pharmacien assistant et de 2 praticiens hospitaliers, une équipe pharmaceutique composée d'un interne en pharmacie et de 1 à 3 étudiants de 5ème année hospitalo-universitaire de pharmacie a été déployée en unité de court séjour gériatrique depuis plusieurs années. La présence pharmaceutique en unité de soins a permis la réalisation systématique des bilans médicamenteux optimisés des patients entrants dans l'unité. Suite à une première expérimentation dans les unités de soins de suites et de réadaptation (SSR) gériatriques, médecins gériatres et pharmaciens cliniciens du CHU ont mis en place une lettre de sortie pharmaceutique en médecine interne gériatrique afin d'optimiser la collaboration et le décloisonnement entre l'hôpital et la ville. **Méthodes :** En octobre 2016, une lettre de sortie pharmaceutique a été testée sur la moitié des lits de l'unité de soins. A partir de novembre 2016, cette activité a été étendue à l'ensemble des lits de l'unité, soit 44 lits. Cette conciliation de sortie était directement insérée dans le compte rendu d'hospitalisation rédigé par le médecin responsable, la veille ou le matin de la sortie du patient. La lettre de sortie pharmaceutique se présentait sous forme d'un tableau synthétique reprenant les comorbidités du patient (1ère colonne), les traitements à l'entrée de l'hôpital (2ème colonne), les traitements en sortie de l'unité de soins (3ème colonne) et enfin des commentaires sur la prescription (4ème colonne). Chaque traitement était présenté sous une forme standardisée : Princeps, Dénomination Commune Internationale, Forme galénique, Posologie sous un format x-x-x-x. Les commentaires pouvaient concerner les raisons de la modification d'un traitement (motif d'introduction, d'arrêt ou de modification posologique) ou une attitude spécifique à appliquer au traitement concerné (surveillance biologique, durée de traitement, réévaluation). **Résultats :** Sur 243 sorties effectives dans l'unité de soins en présence de l'équipe pharmaceutique, 208 lettres de sortie pharmaceutiques ont été transmises lors du semestre novembre 2016 – avril 2017 (86%). Le motif principal de non-réalisation de la lettre de sortie pour les 35 tableaux restants était l'absence de compte-rendu médical complet quand le patient était transféré dans une unité de soins interne au CHU. Les 208 patients sortants conciliés retournaient à domicile pour 36% d'entre eux. Ils étaient admis en SSR pour 29% d'entre eux, en EHPAD pour 25%, en Unité de Soins de Longue Durée pour 6% et dans un autre unité de court séjour pour 2%. **Conclusion :** La lettre de sortie pharmaceutique intégrée directement à la fin du compte rendu d'hospitalisation de chaque patient a permis une meilleure transmission des données concernant les traitements au médecin prenant en charge le patient à sa sortie de l'unité. Elle reprenait de manière concise les événements impactant les modifications de



traitements de l'hospitalisation. Un format modifié de cette lettre pourrait être proposé afin d'être potentiellement transmis aux autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge médicale de ces patients (infirmiers, pharmaciens d'officine,...).

### A3-20-46

#### Prise médicamenteuse chez des patients âgés au domicile : complexe oui... mais améliorabile

C. Crequit (1) ; M. Veyrier (1) ; V. Bloch (1) ; L. Hamitouche (2) ; R. Derrouiche (3) ; V. Ducasse (3) ; H. Barreteau (4) ; C. Brun (3) ; A. Teixeira (3)

(1) Pharmacie, Hôpital Fernand-Widal (AP-HP), Paris Cedex 10; (2) Gériatrie, Hôpital Fernand Widal, Paris; (3) Gériatrie, Hôpital Lariboisière, Paris; (4) Pharmacie, Hôpital Lariboisière, Paris

**Introduction :** Les conciliations médicamenteuses d'entrée et de sortie des patients sont réalisées dans le service de soins de suite et de réadaptation gériatrique pour permettre la continuité de la prise en charge médicamenteuse. A la sortie, les informations médicamenteuses sont transmises dans le compte rendu d'hospitalisation, au médecin traitant, et à la pharmacie d'officine du patient. Afin d'impliquer le patient et/ou aidant dans la compréhension des changements de prescription survenus au cours de l'hospitalisation, nous avons souhaité dans un premier temps enquêter sur les modalités de gestion du traitement médicamenteux à domicile. **Méthodes :** Tous les patients susceptibles de retourner à domicile étaient interrogés. Les informations étaient recueillies à l'aide de 13 questions lors d'un entretien avec le patient. Si le patient n'était pas capable de répondre, un aidant était contacté. Le questionnaire comportait des informations sur la présence d'un aidant, la préparation, les effets indésirables (EI), les difficultés rencontrées avec les traitements et l'automédication. **Résultats :** L'enquête s'est déroulée entre février et avril 2017. Les informations ont été recueillies pour 36 patients dont 20 femmes, d'âge moyen de 85±10 ans. Les scores ADL, IADL et MMSE étaient en moyenne de 4,8/6±1.5, 4,5/8±2.7 et 23±4. Six patients avaient une infirmité et 9 un proche pour les aider. Parmi eux, 12 préparaient les médicaments : 9 utilisaient un pilulier, 2 préparaient les médicaments tous les jours et une conjointe sortait les comprimés des blisters car son mari tremblait. Pour les 21 patients qui préparaient leur traitement seuls, 14 le faisaient à chaque prise, 3 le matin pour la journée et 4 utilisaient un semainier. Parmi eux, 2 utilisaient un outil d'aide à l'administration. 10 % des patients avaient des difficultés pour sortir les comprimés des blisters. 92% des patients étaient autonomes dans l'administration et 19 % avaient une astuce pour penser à prendre leurs médicaments. Pour reconnaître leurs médicaments, la forme et la couleur du comprimé ou de la boîte était souvent la chose dont ils se souvenaient. Au moment de l'administration, 23 % des patients avaient des problèmes de déglutition. Sur les 31 patients qui prenaient des traitements avant l'hospitalisation et qui ont répondu au questionnaire, 11 ne connaissaient aucun traitement ou ne s'en rappelaient plus, 13 connaissaient 1 à 2 traitements ou indications et 7 connaissaient plus de 3 traitements dont 4 la totalité. Cinq patients déclaraient avoir déjà ressenti un EI lié au traitement, 3 patients avoir déjà interrompu complètement leur traitement (refus de le prendre) et 7 avoir déjà oublié de le prendre. 36% des patients prenaient des médicaments en automédication, essentiellement pour les douleurs et les troubles digestifs. **Conclusion :** Cette enquête révèle que les patients ont peu de connaissance de leur traitement ou des EI et se souviennent rarement du nom de leurs médicaments. 58% des patients n'étaient pas autonome dans la préparation de

leurs médicaments mais la plupart se retrouvaient seuls au moment de l'administration. Ainsi, il serait intéressant de développer un outil à destination des patients et/ou aidant et de l'adapter au mode de vie du patient afin de permettre d'améliorer la compréhension et l'adhésion aux traitements.

### A3-20-47

#### Identifier les risques liés aux médicaments : Le parcours de l'ordonnance en sortie d'hospitalisation gériatrique

N. Pairault (1) ; V. Ducasse (1) ; A. Teixeira (1) ; JC. Verheyne (2) (1) Gériatrie, Hôpital Lariboisière, Paris; (2) Laboratoire, éducations et pratiques de santé ea 3412, université paris 13, sorbonne paris cité, Université Paris 13, Bobigny

**Introduction :** Les enquêtes nationales (1) sur les événements indésirables montrent que des problèmes associés aux médicaments sont évitables. Des recherches (2) ont montré que l'adhésion du patient à son traitement est liée aux informations données par les professionnels lors de la sortie, notamment à partir des ordonnances médicales. Plusieurs acteurs interviennent autour de la gestion de l'information et de l'utilisation de l'ordonnance : le médecin, le pharmacien, l'IDE et les aidants (aides à domicile, famille, amis, gardiens). L'Unité de Médecine Gériatrique Aigue reçoit des patients âgés de 75 ans et plus, fragiles, avec une prise en charge complexe en partie liée à la présence d'une polyopathie/polymédication. Ces sujets âgés sont parfois isolés, en rupture de parcours de soins. Ils souffrent quelquefois de troubles cognitifs et sont moins autonomes pour gérer leurs traitements. Certains signes de difficulté de gestion de cette information relative aux ordonnances pourraient alerter tels que : les chutes, la dépression, l'amaigrissement et les confusions (3). Les ordonnances sont conformes aux bonnes pratiques. Cependant nous manquons d'informations complètes sur les problématiques médicamenteuses, sur la manière dont les patients gèrent leurs traitements, et notamment sur la compréhension de l'ordonnance. L'objectif de cette recherche était d'identifier les risques liés aux différentes étapes du parcours de l'ordonnance des médicaments, en sortie d'hospitalisation de Médecine Gériatrique Aigue, des personnes âgées de plus de 75 ans, pour proposer des interventions correctrices. **Méthodes :** Une étude qualitative déductive à visée descriptive, à partir d'entretiens individuels directifs, à l'aide de questionnaires standardisés en face à face lors de l'hospitalisation puis téléphoniques 1 mois après la sortie, a été réalisée en 2016. 28 personnes âgées de 75 ans et plus suite à leur retour à domicile après un séjour dans le service de gériatrie ou leurs aidants ont été interrogées. Le traitement des données a été effectué selon des thèmes et catégories en lien avec le parcours de l'ordonnance (4). **Résultats :** Les entretiens ont permis d'identifier les risques liés au parcours de l'ordonnance de sortie d'hospitalisation, qui sont la non compréhension de la prescription, les erreurs de prise des médicaments et la rupture dans le parcours de soins. Les causes sont majoritairement dues à l'absence de recherche du mode de gestion de l'ordonnance et des traitements par les professionnels. Une autre raison est le manque de recherche de la compréhension des patients/aidants des explications transmises par le médecin. **Conclusion :** Au terme de ce travail, il existe 3 perspectives. Une opérationnelle avec des aides singulières à apporter au patient rentrant à son domicile. Trois réponses peuvent être envisagées : l'éducation thérapeutique, la recherche de l'information/compréhension du patient et/ou de son aidant (5) et l'aide à domicile par des professionnels. La 2ème perspective concerne la recherche par focus groupe avec les acteurs de la ville et de l'hôpital afin de proposer des actions correctrices.

La 3ème perspective est organisationnelle avec la présence de professionnels de la pharmacie dans les unités de soins, incluant le développement de la conciliation médicamenteuse. Cependant une question demeure : « La recherche de la compréhension est-elle considérée comme un soin ? » Mots clés : Compréhension ; Médicaments ; Ordonnance ; Parcours ; Risque. Bibliographie : 1 : Enquêtes de la DRESS. ENEIS 2004 et 2009 et de Michel et Quenon et Al. EVISA, 2009; 2 : Gignon et Ammirati et Al. Compliance with emergency département discharge instructions, 2014; 3 : HAS. Prendre en charge une personne âgée poly pathologique en soins primaire, 2015; 4 : DGOS. Qualité de la prise en charge médicamenteuse, 2012; 5 : Amalberti. La méthode Teach Back », 2013.

### A3-20-48

#### **Analyse des Médicaments Potentiellement Inappropriés restants après réévaluation des prescriptions en unité de court séjour gériatrique**

P. Gibert (1) ; L. Maljean (1) ; A. Grevy (1) ; P. Bedouch (1) ; G. Gavazzi (2)

(1) Pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche; (2) Gériatrie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche

**Introduction :** La réévaluation des prescriptions médicamenteuses lors d'une hospitalisation en service de gériatrie améliore leur qualité notamment par la diminution du nombre des Médicaments potentiellement Inappropriés (MPI). Cependant, même après une réévaluation par une équipe pluridisciplinaire, certains MPI subsistent dans les prescriptions. L'objectif de notre étude est d'analyser les MPI restants après une hospitalisation en unité de court séjour gériatrique. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective de 4 mois des prescriptions médicamenteuses des patients hospitalisés dans une unité de court séjour gériatrique de notre établissement. Les patients qui présentaient des MPI selon les critères STOPP dans leur prescription d'entrée et pour qui une réévaluation des prescriptions avec conciliation médicamenteuse de sortie avait été réalisée, ont été inclus. **Résultats :** Au total, 35 patients ont été inclus. A l'admission, 273 médicaments étaient prescrits et 96 MPI identifiés (Médiane de 8 médicaments et 2 MPI par patient). Après réévaluation, 31 MPI (32.3%) persistaient à la sortie. Parmi ces MPI, 15 étaient des psychotropes (12 benzodiazépines, 2 antidépresseurs et 1 neuroleptique avec échec de tentative de sevrage), 8 inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), 6 antiagrégants plaquettaires (AAP) sans indication clinique et 2 antihypertenseurs chez des patients chuteurs. Les benzodiazépines étaient de courte demi-vie sans durée de traitement planifiée. Les IPP ont été poursuivis pour les patients qui avaient un traitement anticoagulant ou AAP concomittant (n=6). Les AAP étaient poursuivis chez les patients avec un antécédent de pathologie cardiovasculaire comme l'hypertension ou arythmie (n=5). Pour tous les patients, les explications ou planification sur le devenir de ces MPI étaient rarement retrouvées dans les courriers d'hospitalisation. **Conclusion :** La plupart des MPI sont arrêtés en cours d'hospitalisation en gériatrie mais la balance bénéfice-risque de certains MPI reste difficile à évaluer. Leur poursuite doit être justifiée et leur devenir (nécessité d'une réévaluation à distance ou durée de traitement limitée) communiqué au médecin traitant.

### A3-20-49

#### **Enquête sur les pratiques de prescription et d'utilisation pour le fer injectable dans les services gériatriques d'un centre hospitalier universitaire**

A. Tanty (1) ; P. Gibert (1) ; M. Baudrant (1) ; A. Grevy (1) ; P. Bedouch (1) ; G. Gavazzi (2)

(1) Pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche; (2) Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble

**Introduction :** Depuis janvier 2014 l'utilisation du fer injectable est impossible en ambulatoire. La gestion de la carence martiale, comorbidité fréquente dans la population gériatrique est un point important de la prise en charge hospitalière. Actuellement, deux spécialités de fer injectable coexistent dans notre hôpital universitaire. Le fer saccharose et le fer carboxymaltose. Ces 2 spécialités diffèrent par leur capacité d'apport en fer à chaque injection, par leur indication et par leur coût. La première est réservée à l'anémie ferriprive caractérisée alors que la seconde, plus récente, est indiquée dans la prise en charge de la carence martiale au sens large. Ce contexte impose de maîtriser aussi bien le diagnostic de la carence martiale que les différences d'utilisation de ces deux spécialités. Il n'existe pas de consensus détaillant dans quelles situations utiliser l'une ou l'autre de ces 2 spécialités. L'objectif de notre étude est de réaliser une analyse des pratiques d'utilisation du fer injectable dans les services gériatriques de notre centre hospitalier universitaire. **Méthodes :** Étude observationnelle rétrospective, couvrant tous les patients des différents services gériatriques. La compilation des données a été réalisée à partir d'une extraction informatisée de prescriptions en fer injectable sur une période d'un mois, du 1er décembre 2016 au 31 décembre 2016. **Résultats :** 26 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 87,7 ans [+/- 5,5 ans]. La durée moyenne du séjour était de 23,8 jours [+/- 15,6 jours]. Les patients du groupe du fer saccharose (n=5) ont reçu en moyenne 120 mg [+/- 45 mg] de fer contre 1000 mg [+/- 223 mg] en moyenne pour les patients du groupe fer carboxymaltose (n=21). 80% (n=4) des prescriptions de fer saccharose provenaient d'un service de suite chirurgicale contre seulement 23 % (n=5) pour le fer carboxymaltose. 54% (n = 14) des bilans martiaux prescrits étaient adaptés selon les recommandations de la HAS. 77% (n = 20) des patients avaient une carence martiale selon ce bilan d'entrée. Dans 70% (n=18) de ces cas de carence martiale aucune étiologie n'était retrouvée. Un bilan martial de contrôle a été réalisé à l'hôpital dans 30% des cas (n=8). **Conclusion :** Cette étude montre une différence importante en termes d'apport selon la spécialité prescrite. La DMS n'explique pas cette différence. L'absence de réévaluation de la prescription et les délais entre deux injections imposés par les RCP du fer saccharose sont des pistes pouvant expliquer cette différence. Le fer saccharose semble prescrit dans les contextes post chirurgicaux là où le fer carboxymaltose et plutôt présent dans les services médicaux. Le bilan biologique de l'anémie n'est pas toujours bien réalisé. Le contexte inflammatoire fréquent et les comorbidités importantes telles que l'insuffisance rénale chronique sont autant de facteurs rendant délicats l'interprétation du bilan martial et donc l'indication de supplémentation en fer. Ces résultats restent à confirmer en élargissant notre étude à l'ensemble du CHU Grenoble Alpes ainsi qu'à d'autres centres.

**A3-21-67****Évaluation du vécu des équipes en cas d'hospitalisation de résidents présentant des troubles du comportement en EHPAD**

J. Mante (1) ; S. Carrière (2) ; Y. Wolmark (3)

*(1) Psychologie clinique, EHPAD les Parentèles de la rue Blanche, Paris; (2) Neuropsychologie, EHPAD les Parentèles de la rue Blanche, Paris; (3) Gériatrie, EHPAD les Parentèles de la rue Blanche, Paris*

**Introduction :** L'hospitalisation pour troubles du comportement de résidents en EHPAD a un impact conséquent sur les résidents eux-mêmes, leurs proches et les équipes. La décision d'hospitalisation se réalise de manière collégiale, en accord avec le médecin traitant. Le Centre Alzheimer "Les parentèles de la rue Blanche" est un EHPAD de 71 lits entièrement dédié à l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'un trouble apparenté, dont 80% présentent des troubles du comportement. Depuis deux ans, 14 résidents ont été hospitalisés pour troubles du comportement, dont certains à deux reprises. Afin d'améliorer l'accompagnement des équipes face aux troubles du comportement des résidents, une étude a été menée auprès des équipes de l'EHPAD. **Méthodes :** Un questionnaire de huit items a été proposé lors d'entretiens semi-directifs. Les thèmes suivants ont été explorés: présence ou absence de bénéfices pour le résident, gravité et degré de perturbation des troubles, vécu subjectif des équipes, nature des troubles. A l'heure actuelle, nous présentons les résultats préliminaires de cette étude, portant sur 20 entretiens réalisés. **Résultats :** Les résultats préliminaires montrent que: 52% des professionnels de santé sollicitent une hospitalisation lorsque leur travail se trouve perturbé. 56% des professionnels de santé sollicitent une hospitalisation en cas de troubles de forte intensité, contre 44% des professionnels qui sollicitent une hospitalisation pour des troubles de faible intensité. 65% des professionnels ressentent des bénéfices dans leur travail en cas d'hospitalisation. 60% des professionnels évaluent les bénéfices d'une hospitalisation pour le résident comme nuls à faibles. 55% des professionnels jugent que les hospitalisations ont un effet néfaste pour le résident. 66% des professionnels n'éprouvent pas de sentiment d'échec ou éprouvent un faible sentiment d'échec dans la prise en charge du résident, en cas d'hospitalisation. 72 % des professionnels éprouvent du soulagement lors de l'hospitalisation d'un résident. Un classement par ordre de priorité de la nature des troubles du comportement qui pourraient nécessiter une hospitalisation, fait apparaître l'agressivité comme étant le trouble prioritaire. Viennent ensuite par ordre de priorité les idées délirantes et les hallucinations, les comportements moteurs aberrants, puis la désinhibition. **Conclusion :** Cette étude préliminaire semble montrer que les professionnels de santé sollicitent une hospitalisation en cas de troubles du comportement, lorsque leur travail est entravé par ces troubles. La tolérance à la gravité d'un trouble du comportement varie considérablement d'un sujet à l'autre. Il semble que le critère d'hospitalisation prédominant soit le degré de perturbation dans le travail engendré par le trouble, plutôt que la gravité du trouble en elle-même. L'hospitalisation est jugée peu ou non opérante dans un but d'amélioration du bien-être du résident, mais efficace dans un but de soulagement des équipes. Certains troubles du comportement sont davantage tolérés par les équipes que d'autres. Au regard de cette étude, il semble intéressant de renforcer une démarche de sensibilisation, d'information et de formation des équipes autour de l'accompagnement des troubles du comportement. Cette démarche doit être pensée et portée à un niveau institutionnel.

**A3-21-68****Impact des thérapies non médicamenteuses pour réduire la prescription des psychotropes chez les personnes souffrant de pathologies neurodégénératives en EHPAD**

N. Lacour (1) ; R. Gonthier (2) ; N. Auguste (3) ; T. Célarier (2) ; L. Martinez (1)

*(1) Gériatrie clinique, Chu de saint etienne hospital charité, Saint etienne ; (2) Gériatrie clinique, Hôpital de la Charité, Saint-Étienne; (3) Neuropsychogériatrie, Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*

**Introduction :** L'apparition des symptômes psycho-comportementaux dans la démence rend la prise en charge des malades complexe et entraînent souvent leur entrée en institution. L'utilisation des psychotropes n'étant pas sans conséquences, des thérapies non médicamenteuses se sont développées. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact d'un ensemble de thérapies non médicamenteuses sur la prescription des psychotropes chez des personnes âgées présentant des troubles cognitifs associés à des troubles du comportement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. **Méthodes :** L'étude s'est déroulée au sein d'une même structure. Pendant 1 an, les résidents souffrant de troubles du comportement en lien avec une pathologie neurodégénérative bénéficiaient de plusieurs thérapies non médicamenteuses (art-thérapie, psychomotricienne, psychologue et PASA = pôle d'activités et de soins adaptés), évaluées à 6 reprises. La présence des troubles du comportement décrit par l'outil NPI version soignante (Inventaire Neuropsychiatrique) ainsi que les traitements psychotropes étaient recueillies parallèlement. **Résultats :** 70 résidents ont été inclus, avec une moyenne d'âge de  $85.7 \pm 6.8$  ans, la majorité souffre d'une maladie d'Alzheimer (37%). La prévalence de l'utilisation de neuroleptiques a diminué (J0 41.4% versus M12 27 %) mais cette baisse n'est pas significative ( $p = 0.742$ ). Certains troubles tels que l'agitation ( $p = 0.003$ ), l'irritabilité ( $p = 0.001$ ) et le comportement moteur aberrant ( $p = 0.032$ ) ont diminués significativement. Il existe une influence significative du PASA, sur la prescription des hypnotiques ( $p = 0.03$ ) et de l'art-thérapie sur les hypnotiques ( $p = 0.02$ ) et les neuroleptiques ( $p = 0.015$ ). **Conclusion :** Les thérapies non médicamenteuses apportent des bénéfices sur certains troubles du comportement chez les déments. Leur impact global sur la prescription des psychotropes n'a cependant pas été démontré, bien que prise individuellement certaine d'entre elle (PASA et art-thérapie) ont une influence sur la consommation des hypnotiques et des neuroleptiques. Elle reste à l'heure actuelle une approche de première intention, à adapter au malade, ses troubles et son histoire de vie, à condition d'être pratiquées par une équipe formée.

**A3-22-69****Thérapie par pression négative avec instillations: intérêt pour la prise en charge d'une escarre talonnière infectée**

D. Vythilingum (1) ; M. Le Crane (2) ; R. Mahamdia (2) ; L. Lechowski (3) ; L. Teillet (1) ; JL. Le Quintrec (4)

*(1) Service de gériatrie, AP-HP, Hôpital Sainte Péline, Paris; (2) Service de médecine gériatrique, AP-HP, Hôpital Sainte Péline, Paris; (3) Service de gériatrie, AP-HP, Hôpital Sainte-Péline, Paris; (4) Service de médecine gériatrique, AP-HP, Hôpital Sainte Péline, Paris*

**Introduction :** Depuis de nombreuses années la prise en charge des escarres a, dans certaines indications, bénéficié de la thérapie

par pression négative (TPN). En 2002 est apparue une variante de cette technique associant, dans un même dispositif, à la TPN une irrigation intermittente de la plaie, accroissant ainsi les capacités de détersion sur des plaies exsudatives et/ou infectées. La dernière génération de ce dispositif (VACVeraflow TM) utilise une mousse spécifique (CLEANSE CHOICE, KCI Acelity). Nous avons pris en charge une première patiente avec cette technique, au sein d'un hôpital gériatrique parisien, il y a quelques mois. **Méthodes:** Madame P., née en 1928, est hospitalisée en UGA le 06/01/2017 pour un sepsis sur érysipèle du membre inférieur gauche apparu dans un contexte d'escarre du talon gauche évoluant depuis plusieurs mois. Dans les antécédents on note une paraparsie d'origine indéterminée, évoluant depuis 2009 et imposant des déplacements en fauteuil roulant. La patiente reçoit une antibiothérapie adaptée et des soins locaux « classiques », mais l'escarre s'aggrave (photo 1), et le sepsis perdure. Un angioscanner des membres inférieurs ne retrouve que des occlusions distales avec nombreuses collatérales, ne justifiant pas de geste de revascularisation. Une détersion chirurgicale est effectuée le 26/01/2017 (photo 2). Une TPN avec irrigation et mousse spécifique est mise en place du 06 au 17/02/2017, permettant l'apparition rapide d'un bourgeonnement (photo 3). Un relais par une TPN simple est ensuite effectué. **Résultats :** Les experts, s'appuyant sur les dernières publications, recommandent préférentiellement l'instillation de solutions salines, en comparaison aux autres solutions essayées (antiseptiques ou antibiotiques). Une étude récente, réalisée par L. Téot and al., a rapporté l'utilisation du même dispositif de dernière génération chez 21 patients porteurs d'escarres. Une détersion chirurgicale préalable avait été réalisée chez 11 patients. Les résultats de cette étude ont montré l'obtention rapide d'un tissu de granulation chez 95% des patients. La majorité des tissus nécrotiques avaient disparu du lit de la plaie après 3 jours de traitement. Les investigateurs avaient noté qu'il ne paraissait pas souhaitable de poursuivre l'utilisation de cette mousse après 9 jours (soit 3 pansements), en raison d'un hyperbourgeonnement et de douleurs. Plusieurs autres études récentes, non contrôlées, suggèrent que la TPN avec instillations est plus efficace que la TPN seule. **Conclusion :** Malgré l'absence à ce jour d'essai contrôlé randomisé du VACVeraflow TM avec mousse CLEANSE CHOICE, le franc succès obtenu chez cette patiente grâce à l'utilisation de ce dispositif nous incite à étendre son utilisation dans la prise en charge des plaies surinfectées.

### A3-23-50

#### L'implication citoyenne pour favoriser la participation sociale de personnes vieillissantes avec une atteinte visuelle

C. Pigeon (1) ; J. Renaud (2) ; M. Levasseur (1)

(1) *École de réadaptation, Centre de Recherche sur le Vieillessement, Sherbrooke, Canada;* (2) *École d'optométrie, Université de Montréal, Montréal, Canada*

**Introduction :** La participation sociale, définie par l'implication d'une personne dans des activités qui lui procurent des interactions avec les autres dans la communauté, est un déterminant d'un vieillissement actif et en santé. Or, la présence d'une atteinte visuelle est un frein à une participation sociale optimale chez les personnes vieillissantes. Les interventions destinées à cette clientèle priorisent l'indépendance dans les activités quotidiennes et domestiques, alors que les activités sociales et de loisir sont moins ciblées et satisfaites. L'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC), un suivi hebdomadaire, personnalisé et réalisé par un citoyen formé, a amélioré la

participation sociale de personnes avec traumatisme crânien et d'ânés en perte d'autonomie. Néanmoins, l'APIC n'est pas adapté aux personnes avec atteinte visuelle. Ce projet vise à adapter l'APIC à cette population, à l'implanter dans un centre de réadaptation et à explorer ses effets. **Méthodes :** L'APIC a été adapté aux particularités des personnes vieillissantes avec atteinte visuelle en partenariat avec le centre de réadaptation afin de considérer les réalités différentes de la recherche et du milieu clinique. Soutenu par un devis mixte incluant un dispositif pré-expérimental (pré et post-test), l'APIC sera ensuite expérimenté auprès de 16 personnes de 50 ans et plus ayant une atteinte visuelle (acquise avant l'âge de 50 ans pour la moitié des participants et plus récente pour l'autre moitié) accompagnées 3h/semaine pendant 6 à 9 mois par des accompagnateurs bénévoles. Les accompagnateurs auront été formés, durant un jour et demi, à l'importance de la participation sociale et aux attitudes à adopter pour optimiser le pouvoir d'agir chez les personnes accompagnées, condition essentielle au maintien de la pratique d'activités sociales après l'intervention. Ils seront supervisés durant l'intervention: lecture par le coordonnateur des bénévoles du centre de réadaptation de leurs journaux de bord rédigés après chaque séance d'accompagnement et rencontres collectives mensuelles. Durant ces rencontres, les accompagnateurs seront encouragés à exprimer leurs difficultés et leurs stratégies pour stimuler la personne accompagnée à mobiliser graduellement ses ressources afin de réaliser des activités de participation sociale significatives pour elle. Certaines rencontres mensuelles pourront être orientées sur des sujets précis tels que la mise en place d'une relation de confiance ou la préparation à la fin de l'intervention. Des outils standardisés (p.ex. Profil de Loisir, Indice de la qualité de vie) et des entretiens semi-dirigés exploreront les effets à court et à moyen termes de l'APIC sur la participation sociale, la pratique de loisirs, la qualité de vie, l'autonomie fonctionnelle, la mobilité, le pouvoir d'agir et l'utilisation d'aides techniques. L'analyse du contenu des journaux de bord et des rencontres collectives documentera les facilitateurs et obstacles à l'implantation de l'intervention. **Résultats :** La réalisation de l'APIC devrait favoriser la participation sociale des personnes vieillissantes avec atteinte visuelle grâce à une stimulation graduelle pour les amener à mobiliser leurs ressources. La réalisation en partenariat avec le centre de réadaptation devrait assurer la pérennité de l'intervention. **Conclusion :** L'APIC est une intervention prometteuse qui devrait renforcer, grâce à une implication citoyenne, les capacités du réseau de la santé et des services sociaux à répondre aux besoins des personnes vieillissantes avec atteinte visuelle. Ce projet est financé par le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation, les Fonds de Recherche du Québec en Santé, le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement et les Instituts de recherche en santé du Canada.

**A3-24-51****Rétention urinaire chez la personne âgée : prévalence, association aux troubles urinaires du bas appareil, facteurs associés et apport dans la prise en charge. Étude préliminaire**

R. Haddad (1) ; B. Peyronnet (2) ; M. Mezzadri (3) ; G. Amarenco (4) ; G. Robain (1) ; GRAPPPA - Groupe de Recherche Appliquée à la Pelvipérinéologie de la Personne Agée

(1) *Rééducation neurologique, Hôpital Rothschild (AP-HP), Paris*; (2) *Urologie, C.H.U de Rennes, Rennes*; (3) *Gynécologie obstétrique, Hôpital Lariboisière (AP-HP), Paris*; (4) *Neuro-urologie et explorations périnéales, Hôpital Tenon, Paris*

**Introduction :** La rétention urinaire (RU) peut atteindre jusqu'à 46% des personnes âgées, avec des conséquences majeures dans cette population : syndrome confusionnel, infection urinaires, iatrogénie, échec de reprise mictionnelle, incontinence par regorgement. L'association de la rétention aux troubles urinaires du bas appareil (TUBA) (hyperactivité vésicale, pollakiurie, urgenturie, nycturie, fuites sur impériosité, dysurie, incontinence d'effort, autre type d'incontinence...) a été décrite mais dans des populations mal caractérisées. De plus, les facteurs pouvant déterminer sa survenue n'ont fait l'objet que de deux études. Enfin, son dépistage est recommandé dans la prise en charge de l'incontinence urinaire du sujet âgé, sans que son apport dans la stratégie diagnostique et thérapeutique n'ait été en réalité évalué. L'objectif principal de cette étude est de déterminer, dans une population gériatrique bien définie, la prévalence de la RU. Les objectifs secondaires sont de déterminer l'association de ce syndrome aux TUBA, les facteurs qui lui sont associés et l'impact de son évaluation dans la prise en charge des TUBA. **Méthodes :** Une étude prospective a été menée sur 4 centres, impliquant des spécialistes de médecine physique et de réadaptation, d'urologie et de gynécologie. Tous les patients âgés de plus de 60 ans (selon la définition OMS), ayant des TUBA, sans étiologie neurologique ou carcinologique urologique ou gynécologique ont été inclus. Une évaluation gériatrique a été réalisée pour chacun de ces patients, ainsi qu'une évaluation du syndrome dysurie/rétention clinique (questionnaire USP) et instrumentale (débitmétrie avec mesure du résidu post mictionnel (RPM)). La prévalence de la RU (définie par un  $RPM \geq 100$  mL) a été calculée. L'association d'une rétention aux TUBA a été recherchée par un test de Fisher ou de Wilcoxon. La recherche d'une association entre les caractéristiques du patient et la valeur du RPM en continu a été réalisée dans des modèles de régression linéaire uni et multivariés. L'apport de cette évaluation à la stratégie diagnostique et thérapeutique a été évalué par le pourcentage de modification des préconisations après prise de connaissance des résultats de la débitmétrie. **Résultats :** 25 patients ont été inclus (âge moyen  $82,1 \pm 5,8$  ans ; 88% de femmes), avec des comorbidités fréquentes : diabète 16%, HTA 60%, dépression 52%, surpoids avec IMC moyen à  $28,4 \pm 6,8$  kg/m<sup>2</sup>. L'évaluation gériatrique a permis de déterminer l'autonomie de ces patients (ADL moyen  $5,22 \pm 0,58$ , 92% des patients marchant sans aide humaine), la charge anticholinergique (Anticholinergic Drug Scale moyen  $0,9 \pm 1,0$ ), le risque de dénutrition ou la présence d'une dénutrition avérée (40%), la présence d'un MMSE pathologique (36%), la présence de comorbidités (CIRS moyen  $12,8 \pm 4,7$ ) et le risque de chute présent chez 8% des patients. La plainte principale était la présence d'une incontinence urinaire sur urgenturie (32%), avec une sévérité de l'atteinte urinaire considérée comme sévère dans 48% des cas et l'utilisation de moyens palliatifs (étui pénien, protection) chez 56% des patients. La prévalence de la rétention était de 16% avec

un RPM moyen de  $49,7 \pm 100,1$  mL. Aucune association n'a été retrouvée entre la présence d'une RU ou le RPM et la présence d'une incontinence urinaire sur urgenturie, à l'effort, mixte, d'une nycturie, d'une hyperactivité vésicale ou d'infections urinaires. En analyse univariée, il existait une association entre MMSE (en continu et pathologique,  $p=0,02$ ), dénutrition ( $p=0,046$ ) et RPM mesuré en continu. En analyse multivariée, cette association ne se maintenait pas, suggérant une confusion dans la relation MMSE – RPM ou un manque de puissance. La connaissance du syndrome dysurie/rétention entraînait une modification du traitement choisi dans 1 cas et de la prescription d'examen complémentaires dans 2 cas. **Conclusion :** La présence d'une RU dans une population gériatrique avec des TUBA n'est pas rare. Aucune association n'a été retrouvée entre la présence d'une RU et les différents TUBA. Aucun facteur indépendant associé au RPM n'a été retrouvé. L'association entre statuts cognitif et nutritionnel et RPM reste à explorer. Enfin, la mise en évidence d'un syndrome dysurie/rétention entraînait une modification de la stratégie thérapeutique et/ou diagnostique dans moins de 10% des cas. Le dogme de la recherche systématique d'une RU devant tout TUBA peut donc être pour le moins questionné et réservé à une typologie particulière de troubles ou en cas de stratégie thérapeutique spécifique envisagée.

**A3-24-52****Efficacité de la stimulation du nerf du tibial postérieur dans l'hyperactivité vésicale chez le sujet de plus de 65 ans**

R. Haddad (1) ; C. Hentzen (2) ; G. Robain (1) ; G. Amarenco (2) ; GRAPPPA - Groupe de Recherche Appliquée à la Pelvipérinéologie de la Personne Agée

(1) *Rééducation neurologique, Hôpital Rothschild (AP-HP), Paris*; (2) *Neuro-urologie et explorations périnéales, Hôpital Tenon, Paris*

**Introduction :** L'hyperactivité vésicale (HAV) est une pathologie fréquente, dont la prévalence augmente avec l'âge. Environ 30% des sujets de plus de 65 ans présentent des symptômes d'HAV. La prise en charge adaptée de ce syndrome permet de réduire le risque de chute, d'améliorer la qualité de vie et de favoriser l'autonomie dans les activités de vie quotidienne. Le traitement proposé doit être adapté au terrain du patient. En effet, les anticholinergiques prescrits généralement en première intention sont à risque d'effets secondaires gênants (sécheresse de bouche, constipation) voire graves dans cette population, comme le syndrome confusionnel ou la rétention aigue d'urines. La stimulation du nerf tibial postérieur est une alternative non médicamenteuse, avec a priori peu d'effets secondaires, intéressante à considérer dans cette population. Pourtant, peu d'études cliniques ont ciblé le sujet âgé pour évaluer l'efficacité de ce type de traitement. L'objectif principal de l'étude est de déterminer l'efficacité d'un traitement par stimulation du nerf tibial postérieur dans l'HAV chez le sujet âgé. L'objectif secondaire est de rechercher d'éventuels facteurs prédictifs de succès de ce traitement. **Méthodes :** Tous les patients de plus de 65 ans, ayant un syndrome d'HAV et pour lesquels une stimulation du nerf tibial postérieur a été introduite entre 2010 et 2016 dans 2 centres de référence en neuro-urologie ont été inclus. Les patients pour lesquels l'efficacité du traitement n'a pas pu être évaluée n'ont pas été inclus. L'âge, le sexe, la pathologie causale, les symptômes urinaires ont été recueillis de façon rétrospective. La présence d'une hyperactivité du détrusor au dernier bilan urodynamique a également été relevée. Le critère de jugement principal était l'efficacité définie par l'achat entre 3 et 6 mois du dispositif, reflet du souhait du patient de vouloir poursuivre la thérapeutique, que l'efficacité soit

complète ou partielle. L'influence des caractéristiques cliniques et urodynamiques sur l'efficacité du traitement et l'achat de l'appareil a été recherchée dans une analyse secondaire. **Résultats :** 271 patients ont été inclus (âge moyen : 74,2 ans ; 63,8% de femmes). 50,8% des patients présentaient des troubles vésico-sphinctériens en rapport avec une atteinte neurologique identifiée, dont 44,9% un syndrome parkinsonien. 75,6% des patients rapportent des épisodes d'incontinence urinaire, sur urgenturie pure (50,9%) ou mixte (24,7%). 145 avaient une hyperactivité du détrusor mais 39 patients n'avaient pas eu de bilan urodynamique ou les données n'étaient pas disponibles. L'efficacité globale était de 45,8% (41,8% dans le centre 1, 57,1% dans le centre 2). Aucun des facteurs testés n'était significativement prédictif du succès, en particulier pour l'âge élevé (âge > 75 ans,  $p=0,54$ ), l'association à une incontinence urinaire à l'effort ( $p=0,48$ ) ou la présence d'une hyperactivité du détrusor ( $p=0,39$ ), qu'elle soit neurologique ou non. Il existait une différence statistiquement significative entre les 2 centres ( $p=0,03$ ) en analyse univariée qui n'était pas retrouvée après ajustement sur l'âge et la présence d'une hyperactivité du détrusor. **Conclusion :** La stimulation du nerf tibial postérieur est un traitement efficace dans l'HAV du sujet âgé, d'origine neurologique ou non, avec un taux de succès (pouvant être partiel) de 45,8%. Malgré les limites du caractère rétrospective de l'étude, le nombre important de patient permet de sensibiliser les analyses secondaires. Elle confirme les résultats d'études prospectives randomisées sur un nombre limité de sujets. Dans notre étude, le traitement était réévalué à plus long terme (6 mois pour la majorité des patients vs 6 à 12 semaines dans les études), confirmant également la faisabilité et l'adhérence des patients à moyen terme, pour une thérapeutique réalisée quotidiennement au domicile et non pas à l'hôpital sous supervision. Aucun des facteurs testés n'a été retrouvé comme prédictif d'un éventuel succès du traitement, ce qui est consistant avec d'autres études, notamment pour l'âge. De plus, ni la symptomatologie, ni les résultats du bilan urodynamique ne permettaient de prédire le succès au traitement, sous réserve des données disponibles. Si un effet centre a été retrouvé, l'influence de la place de ce traitement dans la stratégie thérapeutique (1ère intention vs 2ème ligne) est en cours d'étude. Ainsi, l'absence d'effet indésirable et de iatrogénie induite en fait probablement une thérapeutique de choix dans cette population, possiblement en 1ère ligne, dans les limites de faisabilité de la technique en cas de limitation orthopédique ou de troubles cognitifs.

### A3-24-53

#### Le calcul farceur

N. Te (1) ; C. Loiseau Breton (2) ; F. Raimbault (2) ; H. Gaci (1) ; N. Gendron (1) ; S. Abazzar (2) ; V. Fossey Diaz (2)

(1) *Geriatric générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris* ;  
(2) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris*

**Introduction :** La lithiase urinaire est une pathologie fréquente en constante augmentation dans les pays industrialisés. En France, la prévalence des lithiases de siège vésical est d'environ 2%. Les calculs intra-vésicaux sont favorisés par la stase urinaire, en lien avec un obstacle sous-vésical (hypertrophie prostatique, sténose urétrale) ou un corps étranger intra-vésical (fils, ballonnet de sonde vésical). Un terrain neurologique lourd (paraplégie) ou une immobilisation prolongée peuvent aussi être impliqués. Ces calculs peuvent se compliquer d'hématurie ou d'infections urinaires, mais sont le plus souvent asymptomatiques. **Méthodes :** Nous décrivons le cas d'un patient âgé porteur d'un calcul vésical qui est à l'origine

d'un éclatement du ballonnet des sondes urinaires. Monsieur B., 82 ans, est hospitalisé en SSR gériatrique pour rééducation d'une fracture du col du fémur et de la tête humérale gauches. Il présente comme principaux antécédents une HTA, une pancréatite aiguë d'origine biliaire en 1981, une démence lobaire fronto-temporale stade modéré, une éventration de la paroi abdominale en 1983 et de multiples antécédents orthopédiques. En orthopédie, une sonde urinaire à demeure a été posée en pré-opératoire devant un résidu post-mictionnel > 500cc. Un traitement par alpha-bloquants a été introduit de façon concomitante. A son arrivée en SSR gériatrique, Monsieur B. n'a plus de sonde. Le patient se met rapidement en rétention urinaire, motivant un nouveau sondage vésical. Ce sondage est traumatique avec une hématurie initiale. Moins de 24 heures plus tard, Monsieur B. présente un sepsis clinique révélant une bactériémie à *Escherichia coli* sur prostatite. Il est traité par BACTRIM® pour une durée de 3 semaines. Dans ce contexte, un sevrage de la sonde est tenté à J18 de l'antibiothérapie. Le lendemain, Monsieur B. est re-sondé devant un nouvel épisode de rétention d'urines. Quelques jours plus tard, le patient est retrouvé désondé, le ballonnet éclaté. Monsieur B. se remet en globe le lendemain et est re-sondé. Nouvel épisode à 24h avec à nouveau un ballonnet retrouvé éclaté. Et ainsi de suite sur plusieurs jours successifs. A chaque fois Il est sondé sans difficulté technique. Pour dépister un éventuel dysfonctionnement du matériel, deux infirmiers ont expérimenté plusieurs types de sondes (double courant charrière 22, uni-courant charrière 16) : ils remplissaient les ballonnets avec de l'eau selon le volume maximal préconisé. Les ballonnets étaient retrouvés intacts 24h plus tard. Chez Monsieur B., les ballonnets étaient retrouvés systématiquement dégonflés lors des « chutes » de sonde 24 à 48 heures suivant les sondages. Enfin, le claquement du ballonnet a été audible au cours d'un des sondages réalisés. A l'examen clinique, le toucher rectal retrouve une petite prostate de 20 grammes. Un ASP et une échographie vésico-prostatique retrouvent un calcul vésical calcifié de 21 mm ainsi qu'un adénome de prostate évalué à 48 mm de diamètre. Après avis urologique, il est décidé de réaliser une chirurgie de désobstruction prostatique ainsi qu'une lithotripsie du calcul vésical par voie endoscopique. **Résultats :** Après vérification du fonctionnement et de la bonne manipulation des sondes, il est retenu que le calcul intra-vésical calcifié de 21 mm est à l'origine de l'éclatement systématique des ballonnets. **Conclusion :** A notre connaissance, il n'est pas décrit de cas similaires dans la littérature. Ce cas atypique présente ainsi une complication méconnue des lithiases vésicales.

### A3-24-54

#### Rétention urinaire chronique : suivi à 6 mois des patients ayant bénéficié d'une alternative au sondage vésicale définitif, à l'issue d'une réunion multidisciplinaire uro-gériatrique

C. Rambaud (1) ; M. Durand (2) ; S. Gonfrier (3) ; C. Arlaud (4) ; R. Prader (2) ; M. Sanchez (5) ; F. Leborgne (6) ; E. Ferrer (4) ; G. Sacco (7) ; O. Guérin (5)

(1) *SSR C3, Hôpital de Cimiez, Nice* ; (2) *Service d'urologie, d'androgénologie et de transplantation, Nice CHU Hôpital Pasteur 2, Nice* ; (3) *Urologie, Hôpital de Cimiez, Nice* ; (4) *Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice* ; (5) *Urologie, Hôpital de Cimiez, Nice* ; (6) *EMG, Hôpital de Cimiez, Nice* ; (7) *Ssr-post avec massa4sud, Hôpital de Cimiez, Nice*

**Introduction :** La sonde vésicale à demeure (SVD) est surutilisée chez la personne âgée (PA). Cela peut entraîner de nombreuses complications, notamment infectieuses, associées à une altération de

la qualité de vie et de l'autonomie. Le but de l'étude est d'analyser le taux de succès, à 6 mois, des alternatives thérapeutiques (AT) à la SVD, proposées à l'issue d'une réunion multidisciplinaire uro-gériatrique. **Méthodes :** Une évaluation standardisée uro-gériatrique est réalisée chez toutes les PA de plus de 70 ans, porteuses d'une SVD avec échec de désondage. A l'issue de cette évaluation, une AT au SVD est proposée au sein d'une réunion multidisciplinaire. Le taux de succès des AT (défini par un désondage avec succès) est recueilli à 7 jours, 1, 3, et 6 mois. Le taux de décès est également collecté. **Résultats :** Soixante-et-un patients ont été inclus avec un âge moyen de 87 ans (SD 6,5) (Cf tableau 1). Une AT au SVD était réalisée dans 62% (n=38) des cas, dont 23 désondages, 7 implantations de stents urétrales et 8 photovaporisations de prostate. Le taux de succès était de 92,1% à 7 jours, puis de 100% à 1, 3 et 6 mois. Le taux de décès total à 1, 3 et 6 mois était de 6.6% (n=4), 21.3% (n=13), 36% (n=22). A 6 mois, le taux de décès dans le groupe SVD était plus important (65%vs18.4%, p= 0.01). En analyse univariée, les facteurs prédictifs de décès à 6 mois étaient les comorbidités neurologiques (OR:4,3[1.2-14.9], p=0.023), une forte dépendance (ADL<2)(OR:4.9[1.5-16], p=0,009) et la SVD (OR:5.5[1.8-17], p=0.003). En analyse multivariée, une forte dépendance (OR : 4.4[1.4-14.5], p=0.014).

**Tableau 1**  
Caractéristiques démographiques et cliniques des patients  
présentant une rétention d'urine (n=61)

	Alternatives thérapeutiques n= 38	SVD n= 23	P
<b>Caractéristiques</b>			
Age (ans)	85.3	89.3	0.021
Hommes n (%)	20 (52.6)	15 (65.2)	0.335
<b>Evaluation Gériatrique</b>			
Comorbidités neurologiques n (%)	20 (52.6)	18 (78.9)	0.045
Démence n (%)	13 (34.2)	14 (60.9)	0.042
Maladie de Parkinson n (%)	1 (2.6)	3 (13)	0.111
Autres	6 (15.8)	3 (13)	0.769
Diabète	7 (18.4)	8 (34.8)	0.150
Autonomie (ADL <2)	15 (39.5)	18 (78.3)	0.003
Troubles cognitifs n (%)	22 (57.9)	18 (78.3)	0.105
Risque d'agitation n (%)	13 (34.2)	7 (30.4)	0.761
<b>Evaluation Urologique</b>			
Comorbidités urologiques n (%)	7 (18.4)	10 (43.5)	0.758
<b>Traitements urologiques n (%)</b>			
Alpha-bloquants	21 (55.3)	14 (60.9)	0.668
Femme	3	1	
Homme	18	13	
Inhibiteur-5-alpha-reductase	7 (18.4)	3 (13)	0.582
Extrait de plantes	5 (13.2)	1 (4.3)	0.263
<b>Continence urinaire n (%)</b>			
Continent	21 (55.5)	17 (47.8)	0.145
Incontinent	3 (7.9)	10 (43.5)	0.001

**Conclusion :** Avec une AT dans 62% des cas et un taux de succès

de 100% à 6 mois, l'analyse multidisciplinaire semble permettre une prise en charge personnalisée et efficace des PA en échec de désondage. Des études complémentaires seront réalisées pour déterminer l'impact de la SVD sur la qualité de vie et le risque de décès des PA les plus dépendants.

### A3-24-55

**Quels sont les facteurs influençant la décision thérapeutique, chez les personnes âgées, présentant une rétention d'urine avec échec de désondage, lors d'une réunion multidisciplinaire uro-gériatrique ?**

C. Rambaud (1) ; M. Durand (2) ; S. Gonfrier (3) ; C. Arlaud (4) ; B. Tibi (2) ; E. Ferrer (4) ; M. Sanchez (5) ; F. Leborgne (6) ; G. Sacco (7) ; O. Guérin (5)

(1) SSR C3, Hôpital de Cimiez, Nice; (2) Service d'urologie, d'andrologie et de transplantation, Nice CHU Hôpital Pasteur 2, Nice; (3) Usld, Hôpital de Cimiez, Nice; (4) Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice; (5) Ucog, Hôpital de Cimiez, Nice; (6) EMG, Hôpital de Cimiez, Nice; (7) Ssr-post avc mossasud, Hôpital de Cimiez, Nice

**Introduction :** La sonde vésicale à demeure (SVD) est surutilisée chez la personne âgée (PA). Des alternatives thérapeutiques (AT) existent mais sous-utilisées du fait de la difficulté de prise de décisions. Le but de l'étude est d'analyser quels sont les facteurs influençant la décision thérapeutique, lors d'une réunion multidisciplinaire uro-gériatrique, chez la PA présentant une SVD avec échec de désondage. **Méthodes :** Une analyse multidisciplinaire uro-gériatrique était réalisée pour tous les patients de plus de 70 ans, porteurs d'une SVD, avec échec de désondage, sur une période de 12 mois, depuis mars 2016. Pour chaque patient, une proposition de conduite à tenir était faite pour tenter le retrait de SVD et l'établissement de solutions alternatives. Des données uro-gériatriques cliniques et démographiques étaient collectées. Les AT et leur taux de succès (définis par l'absence de rétention urinaire à 7 jours) étaient recueillis. **Résultats :** Quarante-dix-sept patients ont été inclus avec une moyenne d'âge de 87 ans (SD 6,4) et 37% de femmes. Une AT a été proposée dans 58,8% (n=57), incluant 30 désondages, 13 incontinences par implantations de stents urétrales, 15 photovaporisations de prostate. Le taux de succès global des AT étaient de 93% (n=53). En analyse univariée, les facteurs prédictifs de SVD étaient les comorbidités neurologiques (OR:3.1 [1.6-7.7], p=0.014), une dépendance importante (ADL<2) (OR:5.5 [2.2-14], p<0,001) et l'âge (OR:1.1 [1.1-1.2], p=0.017). En analyse multivariée, le facteur retrouvé était la dépendance (ADL<2) (OR:5 [1.9-12.9], p=0.001). Comparé à la photovaporisation, l'incontinence par implantation de stent était proposée aux personnes plus âgées (86y vs 81,4y, p=0,026), plus dépendantes (ADL<2, 83.3% vs 13.3%, p<0.001), avec des traitements neuroleptiques(50% vs 13.3%, p=0.038) et un risque d'arrachage de SVD ( 83.3% vs 20%, p=0.001). **Conclusion :** La dépendance apparaît comme un des facteurs les plus importants dans le choix thérapeutique des PA, porteuses d'une SVD, en échec de désondage. L'analyse multidisciplinaire semble offrir une meilleure chance de sélectionner les patients afin de leur proposer un traitement adapté à leur profil urologique et gériatrique.

**A3-25-56****Etude observationnelle multicentrique Bourguignonne des personnes âgées de 80 ans et plus prises en charge en médecine d'urgence**

A. Doumy (1) ; C. Tessier (1) ; H. Bailly (2) ; E. Milojevitch (3) ; M. Arnaud (4) ; M. Duche (5) ; JF. Cicala (6) ; W. Chermiti (7) ; S. Kilic (8) ; A. Gloaguen (1) ; S. Da Silva (2) ; B. Mangola (1) ; P. Jouanny (2)

(1) Cruu, CHU, Dijon; (2) Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon; (3) Sau, Hospices de Beaune, Beaune; (4) Sau, CH, Mâcon; (5) Sau, CH, Auxerre; (6) Sau, CH, Chalon-sur-Saône; (7) Sau, CH, Joigny; (8) Sau, CH, Semur-en-Auxois

**Introduction :** Les personnes âgées représentent une part toujours croissante de l'activité des urgences en lien avec l'évolution démographique. Le but de cette étude est de décrire la population de patients de 80 ans et plus consultant aux urgences. **Méthodes :** Etude observationnelle, prospective et multicentrique a été réalisée dans 7 services d'urgences bourguignons un jour donné avec évaluation de la dépendance, des aides à domicile, de la consommation de soins urgents et analyse leur prise en charge médicale de tous les patients âgés de 80 ans et plus et venus aux urgences. **Résultats :** 115 patients ont été inclus, majoritairement des femmes (63%), d'un âge moyen de 86,9 ans. 73,9% étaient transportés aux urgences par une ambulance privée, pompiers ou secouristes. Les femmes étaient significativement plus nombreuses à vivre seules. Un tiers des patients avaient un état de santé antérieur normal à l'épisode aigu (classés A selon le score de Knaus). Des aides au domicile étaient retrouvées chez 62,5% des patients notamment pour le ménage (49,1%) et la toilette (39,3%). Aucune différence significative d'autonomie n'a été retrouvée en fonction du sexe. En revanche, une perte d'autonomie était associée à la présence d'antécédents cardiovasculaires, neurologiques ou troubles cognitifs sévères. 93,9 % des patients avaient un motif somatique de venue aux urgences. Un examen biologique ou d'imagerie était réalisé pour 83% et 70% des patients, respectivement. Un quart des patients bénéficiaient d'un avis spécialisé et un tiers d'antalgiques durant leur prise en charge en médecine d'urgence. Moins de 2% ont eu recours à une assistante sociale. Le taux d'hospitalisation post-urgence était de 70%, avec une durée moyenne de séjour de 8,0±7,9 jours. Finalement, 73,9% des patients ont regagné leur domicile à terme. **Conclusion :** La population âgée utilise les services d'urgence. Plusieurs profils sont présents répartis en trois tiers : patients âgés monopathologiques, patients fragiles avec dépendance légère et patients gériatriques avec polyopathie et dépendance sévère. Le motif de recours était en grande majorité légitime expliquant le taux d'hospitalisation élevé mais il existe des variations interhospitalières légitimes

**A3-25-57****Ouverture d'une UNV de territoire qui profite aux personnes âgées**

E. Fritsch (1) ; L. Livernois (2) ; V. Kottmann (3) ; P. Cavalli (3) ; D. Grua (3) ; T. Guerin (3)

(1) Sau-samu-smur, C.H., Roanne; (2) Post urgence gériatrique, Hôpital Nord Ouest - Villefranche sur Saone, Villefranche-sur-Saône; (3) Uhd-usinv, C.H., Roanne

**Introduction :** Le vieillissement est un phénomène démographique inéluctable ayant des répercussions dans la prise en charge des AVC. Le bassin Roannais possède la moyenne d'âge la plus élevée de Rhône-Alpes. L'objectif de cette étude est d'analyser l'impact

de l'ouverture de l'UNV du CH de ROANNE en janvier 2016 en comparant la prise en charge des patients de plus de 75 ans et de moins de 75 ans. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle descriptive des patients admis à l'UNV de Roanne entre le 1er mars et le 30 avril 2016. Deux groupes ont été évalués: les plus de 75 ans et les moins de 75 ans. Ont été recueillis entre autres : les délais de prise en charge, le score NIHSS initial, le type d'imagerie, les traitements. **Résultats :** Quatre vingt trois patients ont été admis dont 48 âgés de plus de 75 ans (57,8 %). La seule différence significative porte sur le NIHSS moyen initial : 6 pour les plus de 75 ans contre 2 pour les autres (p<0,05). Six patients de plus de 75 ans ont bénéficiés d'une thrombolyse (12%) versus 3 pour les autres (8%). 100 % des patients ont bénéficié d'une imagerie. La différence significative du NIHSS initial traduit une gravité globalement plus importante des AVC chez la personne âgée. Le motif principal d'exclusion à la thrombolyse est le dépassement des délais, 54 % chez les plus de 75 ans et 57% chez les plus jeunes. Il n'y a pas de différence significative concernant les délais de prise en charge entre les 2 populations. **Conclusion :** Les patients âgés du bassin Roannais bénéficient de la filière AVC sans discrimination d'âge : pas de différence significative en terme de délais de prise en charge, d'imagerie ni de thérapeutique.

**A3-25-58****Découverte d'une sclérodémie systémique au décours d'une crise sclérodémique grave chez une patiente de 80 ans**

H. Esnault (1) ; N. Faucher (1) ; A. Raynaud-Simon (1) ; M. Sanchez (1)

(1) Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris

**Introduction :** La sclérodémie est une pathologie rarement découverte à un âge tardif. Les formes diffuses avec atteintes rénales, cardiaques et pulmonaires précoces sont de plus mauvais pronostic. **Méthodes :** Nous rapportons le cas d'une patiente de 80 ans hospitalisée pour une altération de l'état général, avec diagnostic de sclérodémie compliquée d'une crise aiguë sclérodémique. **Résultats :** La patiente, autonome au domicile est hospitalisée pour une altération de l'état général d'installation rapide, avec apparition dans les mois qui précèdent, de douleurs articulaires des mains, de rétraction des doigts, et d'un syndrome de Raynaud. Elle présente une dyspnée d'aggravation rapide et une détérioration de sa fonction rénale en quelques mois. On retrouve à l'examen clinique, une sclérodactylie (photographies ci-dessous), des pétéchies unguéales et un aspect sclérosé du visage avec une diminution de l'ouverture buccale. Le scanner thoracique montre un syndrome interstitiel, des plages en verre dépoli prédominant aux bases avec dilatation des bronches (figure ci-dessous). Peu de temps après son arrivée, la patiente présente un tableau de détresse respiratoire aiguë associée à une insuffisance rénale aiguë sévère et une décompensation cardiaque sur crise hypertensive maligne avec réponse insuffisante au traitement par inhibiteur calcique intraveineux. Nécessité d'un transfert en réanimation où la prise en charge est poursuivie par la réalisation d'une ventilation non invasive, d'une hémodialyse et l'introduction d'un traitement par Endoxan ne permettant pas d'améliorer durablement l'état de la patiente. Apparition d'ulcérations digitales et d'une défaillance multiviscérale réfractaire conduisant au décès en quelques jours. Le diagnostic de sclérodémie est confirmé par la positivité des anticorps antinucléaires, homogènes, nucléolaires, avec anticorps anti DNA négatif, anti SCL70 et anti ECT positifs, négativité des



ANCA et de la recherche de cryoglobulinémie. La biopsie cutanée de la pulpe des doigts retrouve un remaniement fibreux avec modification des fibres élastiques. **Conclusion** : le diagnostic de sclérodermie peut se révéler tardivement par un tableau de crise rénale sclérodermique aigue, associée à une atteinte pulmonaire et cardiaque. Malgré la mise en oeuvre rapide du traitement immunosupresseur et de la prise en charge tensionnelle par inhibiteur calcique, le pronostic reste très sombre dans ces présentations brutales



### A3-25-59

**La précocité d'une évaluation gériatrique au sein des services des urgences réduit le taux d'hospitalisation des sujets âgés fragiles**

M. Loustau (1) ; C. Batchy (1) ; N. Lemarie (1) ; D. Sayah (1) ; P. Taurand (1)

(1) Médecine gériatrique, Hôpital Simone Veil, Eaubonne

**Introduction** : Le vieillissement démographique et les comorbidités médicales et sociales qui en résultent aboutissent à une augmentation de la fréquentation des personnes âgées à l'hôpital avec une entrée prédominante par les services d'urgences. Cette évolution démographique nous oblige à repenser l'organisation du système de santé. La limitation structurelle des possibilités de prise en charge hospitalière et l'impact iatrogène des hospitalisations sur les sujets âgés fragiles amène à discuter des alternatives à l'hospitalisation classique et à privilégier une prise en charge ambulatoire. Les équipes mobiles de gériatrie peuvent avoir un rôle dans cette amélioration du parcours de soin en évaluant les patients dès le service d'accueil des urgences pour aider à l'orientation et diffuser les bonnes pratiques gériatriques qui sont alors intégrées dans le projet thérapeutique initial. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'intérêt d'une évaluation gériatrique systématique des patients âgés se présentant au service d'accueil des urgences sur la décision d'hospitalisation. **Méthodes** : Il s'agit d'une étude prospective descriptive observationnelle uni centrique. Tous les patients de plus de 75 ans, provenant du domicile, pour lesquels l'urgentiste considère que l'évaluation clinique ou sociale justifie une hospitalisation sont évalués par un gériatre de l'équipe mobile dans les 24 heures suivant son admission. Le critère d'évaluation principal est le nombre d'hospitalisation évitable. Une analyse rétrospective des dossiers est réalisée pour valider de manière consensuelle, au vue du devenir du patient de l'indication théorique de l'hospitalisation initiale. Ce taux d'hospitalisation théoriquement évitable est alors comparé aux taux d'hospitalisation jugée évitable par le gériatre permettant d'évaluer la concordance de la décision (gériatre prospectif et comité d'adjudication rétrospectif). **Résultats**: Une population de 64 patients a été évaluée (43% SAU et 57% UHCD), d'âge moyen 85.9 ans, présentant en moyenne 3 facteurs de fragilité gériatrique. La majorité (80 %) vit à domicile, dont 50 % avec des aides déjà en place. L'impression de fragilité est peu renseignée et sous estimée par les urgentistes. Le taux

d'hospitalisations jugées évitables par les gériatres est de 23,5%. La mise en place ou majoration des aides est réalisée dans 28% et un suivi en ambulatoire organisé dans 50% des cas. Le taux de nouveau recours aux urgences à 1 mois est de 15,5% avec un délai de 17.2 jours et reste comparable au taux de rehospitalisation à 1 mois des patients initialement hospitalisés (15.2%, p value =1). L'analyse rétrospective des dossiers met en évidence un taux d'hospitalisation théoriquement évitables de 25% correspondant à une concordance de 87.3% par rapport aux préconisations du gériatre. **Conclusion** : Une évaluation gériatrique précoce au service d'accueil des urgences a un impact positif sur la décision d'hospitalisation des personnes âgées fragiles. Cette modification des pratiques améliore la qualité de vie du patient en favorisant une prise en charge ambulatoire dans le cadre de la filière gériatrique.

### A3-25-60

**Déclin Fonctionnel Aigu ou Syndrome de Guillain Barré ?**

S. Drevet (1) ; A. Grevy (2) ; P. Gibert (2) ; G. Gavazzi (3)

(1) Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU Grenoble Alpes, La Tronche; (2) Pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche; (3) Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble

**Introduction** : Il s'agit d'une patiente de 75 ans hospitalisée aux soins continus via le SAMU pour un choc hypovolémique sur diarrhées profuses depuis 4 jours. On retrouve parmi ses antécédents une hypertension artérielle, une polyarthrite rhumatoïde, une hypothyroïdie et une insuffisance rénale chronique modérée (Clairance 50ml/min). Son traitement se compose de Léflunomide 20mg/j, Prednisone 5mg/j, Bisoprolol/ hydrochlorothiazide (10/6,25mg) 1/j, Levothyroxine 75µg 1/j, Cholécalférol. Elle est veuve et vit seule en appartement avec des ADL à 6/6 et des à IADL 7/8. **Méthodes** : La patiente contacte SOS médecin dans un contexte de diarrhées profuses depuis 4 jours associées à une asthénie. Elle est transférée en Soins continus pour un choc hypovolémique sur diarrhées compliqué d'une insuffisance rénale aigue à 161µmol/L et une hyperkaliémie à 6,2mmol/L sans anomalie ECG. Le bilan étiologique ne documente pas la diarrhée (CMV, EBV, VIH négatifs, Campylobacter Jéjuni négatif), qui est finalement étiquetée virale. L'évolution est favorable mais la patiente reste asthénique avec un déclin fonctionnel faisant poser l'indication de SSR Gériatrique. Elle est transférée en SSR 13 jours après son hospitalisation et les ADL d'entrée sont à 2,5/6. Après 2 jours elle est signalée au médecin de garde pour l'aggravation de son asthénie et un manque de participation pour les mobilisations et la mise au fauteuil. **Résultats** : A l'examen clinique, la patiente est compliant. Son hémodynamique est normale. Elle ne peut s'asseoir au bord du lit seule et doit mobiliser ses membres inférieurs avec l'aide des mains. L'examen neurologique montre une perte de force symétrique des membres inférieurs à 3/5 avec une abolition des ROT rotuliens. La sensibilité est normale et il n'y a pas de paresthésie. Pas de BBK. L'examen neurologique des membres supérieurs et des paires crâniennes est normal. Elle est eupnéique avec une saturation à 98% air ambiant et sans trouble de déglutition. L'hypothèse d'une polyradiculonévrite aigue conduit à la réalisation en urgence d'un EMG retrouvant un bloc de conduction de 90% et des ondes F abolies faisant poser le diagnostic de Syndrome de Guillain-Barré démyélinisant. Les anticorps anti-gliosides sont négatifs. Elle reçoit le jour même une perfusion d'Immunoglobulines polyvalentes mais doit être transférée en réanimation sur une dysautonomie majeure avec détresse respiratoire aigue. Elle décède 9 jours plus tard d'un choc septique avec défaillance multiviscérale

et péritonite généralisée sur nécrose et perforation colique. **Conclusion :** La dépendance fonctionnelle aiguë compliquant une phase de stress majeur est un syndrome gériatrique attendu. Cependant, nous ne devons pas oublier les autres étiologies de complications d'événements aigus graves et savoir évoquer un Syndrome de Guillain Barré (SGB). Sa prévalence augmente avec l'âge avec dans 30% des cas, la survenue de formes graves et un taux de mortalité variant de 5 à 10%. Ce syndrome démyélinisant sensitivo-moteur est souvent précédé dans les 15 jours d'un épisode infectieux respiratoire ou digestif. Le bilan étiologique de cette patiente est resté négatif. Cependant elle était considérée comme immunodéprimée sous Léflunomide et Prednisone au long cours. Le mécanisme physiopathologique du SGB n'est encore pas clairement établi mais une origine dysimmunitaire responsable de la destruction de la gaine de myéline par activation macrophagique ou par l'action d'anticorps semble impliquée. Une déclaration de pharmacovigilance est en cours.

### A3-26-61

#### Pourquoi une Unité de Semaine en Gériatrie?

D. Tavernier (1) ; V. Gros (1) ; F. Pariat (1) ; A. Bourre (1) ; MF. Mariani (1)

(1) *Espace Gériatrique du Léman, Hôpitaux du Léman, Thonon-les-Bains*

**Introduction :** Une Unité de Semaine pour hospitaliser des personnes de plus de 75 ans, qui ne présente pas une pathologie aiguë et ne nécessite donc pas un passage par les urgences, mais une pathologie chronique en cours de décompensation ou une fragilité nouvelle. La vocation initiale du service était de prendre en charge la chute de la personne âgée à la recherche d'une cause, de facteurs favorisants, et mettre en place des aides humaines ou matérielles pour améliorer le quotidien et favoriser le maintien à domicile dans des conditions acceptables et sécuritaires. Elle est adossée à une Unité de Jour pour de l'Evaluation Gériatrique Standardisée, l'Evaluation Onco-Gériatrique et l'Evaluation Cognitive et à une Consultation Gériatrique. **Méthodes :** Nous avons créé une petite Unité de 12 lits, ouverte du lundi matin au vendredi après-midi. Nous essayons de reproduire au plus près les conditions de vie du domicile. Nous accueillons les patients avec leurs aidants le lundi matin pour essayer de recueillir un maximum d'informations sur les conditions de vie actuelle, sur la ou les pathologies en cours, sur les événements survenus dans les mois précédents, les plaintes des patients, les attentes de ce séjour et le projet à court terme. Le mardi est un jour d'évaluation clinique, biologique, psychologique, physique; Le mercredi et le jeudi sont des jours d'adaptation, de traitement, d'examens paracliniques; Le vendredi, le jour de synthèse où sont remises aux patients les conclusions de leur séjour; Nous avons également créé une Unité de 4 lits de jour maximum ouverte, le mardi pour l'Onco-Gériatrie, le mercredi pour l'évaluation gériatrique standardisée et le jeudi pour l'évaluation cognitive et bilan complémentaire. **Résultats :** Le séjour se déroule en deux phases: - une phase d'observation le lundi et mardi, où chaque professionnel essaie de déterminer les fragilités présentées par les patients ; les aides-soignantes évaluent les soins à la personne, l'ergothérapeute analyse l'utilisation des appareils du quotidien, l'infirmière analyse la connaissance du traitement et sa gestion ainsi que les gestes nécessaires , la kinésithérapeute évalue l'équilibre, la marche, la psychologue analyse les soucis psychologiques et cognitifs, l'assistante sociale évalue les moyens dont disposent le patient et sa famille et ce qu'on peut lui proposer,

le médecin quant à lui examine et propose un bilan correspondant à la pathologie ou demandé par le médecin traitant qui se déroule progressivement sur la semaine; - une phase d'adaptation où on essaie de proposer aides humaines ou matérielles qu'on évalue le mercredi et jeudi pour pouvoir proposer une solution lors de la sortie; Une évaluation continue sur les gestes de la vie courante est faite par les aides-soignantes : la toilette, la gestion du linge, la cuisine, la table, l'alimentation, l'écriture, les jeux, la danse, le chant, le bricolage, la promenade... Nous organisons deux réunions clés : le staff d'entrée et le staff de sortie; La fin de séjour propose un compte-rendu d'hospitalisation, les ordonnances, les contacts avec l'extérieur, et des adresses, sont fournis en patients. **Conclusion :** Cet Espace Gériatrique est un carrefour entre la ville et l'Hôpital, qui regroupe tous les professionnels en permanence. Une Unité conviviale à l'Hôpital sans vraiment se sentir hospitaliser et la date de sortie est connue et donc rassure un bon nombre de personnes qui dans l'ensemble craignent de rester à l'hôpital et ne jamais rentrer chez elle. Une Unité qui permet de bilancer des patients dans de bonnes conditions et dans le bon service, dans un délai le plus court possible de manière à ne pas des adapter les patients et éviter que les familles se désengagent de la prise en charge. Nous proposons un suivi gériatrique tous les 6 mois soit en consultation soit en évaluation gériatrique de jour ou éventuellement par l'Equipe Mobile Extra-Hospitalière. Nous proposons un café des aidants hebdomadaire pour les aidants. Nous proposons une consultation pour les aidants afin d'adapter au mieux les aides. Enfin, notre projet est de mettre en place une ETP Alzheimer.

### A3-26-62

#### Un lymphome B cérébral marqué par un syndrome dépressif majeur chez une patiente de 85 ans : un diagnostic à ne pas rater

C. Lalière (1) ; L. Zerah (2) ; HX. Khe (3) ; P. Jagaraj (4) ; M. Verny (5) ; J. Boddaert (6) ; A. Gioanni (7)

(1) *Hôpital Bicêtre (AP-HP), Le Kremlin-Bicêtre;* (2) *Gériatrie, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris;* (3) *Neuro-oncologie, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris;* (4) *Psychogériatrie, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine;* (5) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris;* (6) *Gériatrie aiguë, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris;* (7) *Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*

**Introduction :** Le lymphome primitif du système nerveux central, entité particulière au sein des lymphomes non hodgkiniens, est une forme rare mais avec une incidence en constante augmentation, en particulier dans la population âgée. Le diagnostic est souvent retardé en raison d'une présentation clinique initiale aspécifique. Nous présentons le cas d'une patiente de 85 ans hospitalisée pour un syndrome dépressif résistant ayant masqué pendant plusieurs mois le diagnostic de lymphome B cérébral. **Méthodes :** Mme G âgée de 85 ans présentait comme principaux antécédents une hypertension artérielle traitée et un syndrome dépressif sévère connu depuis 20 ans, traité et sous curatelle. En reprenant l'histoire récente, il existait une aggravation cognitive et thymique ces derniers mois ayant conduit à une institutionnalisation en Février 2017. Devant des chutes à répétition, Mme G. était hospitalisée en Mars 2017 en géronto-psychiatrie où il était réalisé un bilan biologique sans particularité et deux scanners cérébraux (TDMc) non injectés concluant à l'absence de lésion traumatique. Le traitement psychotrope était alors allégé: arrêt de la sertraline, de la mirtazapine et du chlorhydrate de triaprïde. Quelques jours après

son arrivée, Mme G présentait un état de mal épileptique suivi de troubles de la vigilance (Glasgow 9) sans signe de localisation justifiant son transfert aux urgences où était réalisé un nouveau TDMc sans puis avec injection de produit de contraste retrouvant de multiples lésions intraparenchymateuses spontanément denses et intensément réhaussées après injection (lenticulo-caudée gauche 3 cm, cortico-sous-corticale frontale antérieure gauche 22 mm, frontale précentrale droite 19 mm et frontale moyenne droite 15mm) évoquant un lymphome cérébral. La ponction lombaire confirmait une méningite lymphocytaire (21 éléments ; 60% lymphocytes) sans hypoglycorachie avec culture bactérienne et PCR virales négatives ; l'EEG retrouvait un foyer fronto-temporal gauche et la biopsie cérébrale confirmait le diagnostic de lymphome B cérébral à grandes cellules. La sérologie VIH était négative, la numération formule sanguine et les LDH étaient normaux. **Résultats :** Mme G était transférée en neuro-oncologie où un traitement par corticoïdes était débuté le 14 avril 2017, associé à du Temozolomide à partir du 5 mai 2017. L'évolution était marquée par une amélioration de sa vigilance (Glasgow 15) avec des éléments confusionnels persistants, sans récurrence épileptique sous traitement antiepileptique. **Conclusion :** Un syndrome dépressif résistant associé à une aggravation cognitive rapide doit faire réaliser un TDMc injecté ou une IRM cérébrale pour ne pas manquer le diagnostic rare mais néanmoins curable de lymphome cérébral chez le patient âgé.

### A3-26-63

#### Enseignement de la Gériatrie, de l'Éthique Médicale et des Soins Palliatifs lors du deuxième cycle des études médicales : l'impact de l'informatisation des Épreuves Classantes Nationales sur la pédagogie médicale

M. Piccoli (1) ; AS. Rigaud (2) ; O. Hanon (3) ; C. Herve (4)

(1) Gériatrie, Hôpital Broca, Paris; (2) Gériatrie, service du pr. rigaud, Hôpital Broca (APHP), Université Paris Descartes, Paris; (3) Gériatrie, service du pr. hanon, Hôpital Broca (APHP), Université Paris Descartes, Paris; (4) Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, HEGP-HUPO (APHP), Université Paris Descartes, Paris

**Introduction :** Les Épreuves Classantes Nationales (ECN) permettent l'entrée des futurs médecins dans leur Troisième Cycle des Études Médicales. En 2013, une réforme du programme est intervenue, introduisant 7 compétences transversales et donnant une plus grande place à l'éthique médicale, à la gériatrie et aux soins palliatifs. Cette réforme a aussi conduit à passer les ECN, depuis 2016, sous forme informatisée (ECNi) : les questions rédactionnelles des 9 dossiers ont été remplacées par des Questions à Réponses Multiples ou à Réponse Unique, avec 18 Dossiers Cliniques Progressifs et 120 questions isolées. Cette réforme modifie-elle la pédagogie de l'éthique médicale, de la gériatrie et des soins palliatifs dans ces épreuves ? **Méthodes :** Nous avons réalisé une analyse de contenus des programmes et sujets des ECN de 2004 à 2015, des ECNi de 2016 (hors lecture critique d'articles) et évalué le pourcentage de questions en rapport avec les items identifiés de ces disciplines dans les programmes. Nous avons aussi cherché à évaluer la part de recours à l'iconographie selon les supports. **Résultats :** Il y avait 5 dossiers (4,63 %) de gériatrie aux ECN contre 1 dossier (5,55 %) aux ECNi (p = 1). Il y a eu, avec le passage aux ECNi, une augmentation de la proportion de questions posées en rapport avec la Gériatrie, l'éthique médicale ou les soins palliatifs (tableau 1). Seule l'augmentation des questions d'éthique médicale est statistiquement significative.

**Tableau 1**  
Nombre d'items traités dans les épreuves

Item (n, pourcentage du nombre total de questions posées)	ECN	ECNi	p
Questions totales posées	806	387	
Gériatrie	49 (6,1 %)	24 (6,2 %)	0,93
Éthique Médicale	16 (1,9 %)	15 (3,9 %)	0,05
Soins Palliatifs	17 (2,1 %)	10 (2,6 %)	0,60

De plus, on remarque une diminution statistiquement significative du recours à l'iconographie avec les ECNi (15 % contre 6,9 %, p < 0,0005), la proportion finale baissant du fait de l'épreuve des questions isolées. Ces résultats sont détaillés dans le tableau 2.

**Tableau 2**  
Part de l'iconographie dans les épreuves

	ECN	ECNi	p
Dossiers cliniques (n)	108	18	
Dossiers sans iconographie (n, % des dossiers)	52 (48 %)	8 (44 %)	0,77
Ressources iconographiques (n, % des questions)	124 (15 %)	27 (6,9 %)	< 0,0005

**Conclusion :** Le passage aux ECNi a permis un plus grand recours aux questions de Gériatrie, d'Éthique Médicale et de soins palliatifs, même si cette augmentation n'est significative que pour l'Éthique médicale. Cependant, le faible recours à l'iconographie avec les ECNi semble paradoxal, alors que le support permet une diffusion de meilleure qualité. Les défis posés par la formation des internes et ceux de la réforme du Troisième Cycle des Études Médicales pourraient justifier d'augmenter le recours aux questions de ces disciplines et à une iconographie spécifique.

### A3-26-64

#### Emphysème sous-cutané diffus compliquant une ventilation mécanique pour une chirurgie de hanche chez une patiente de 94 ans

H. Esnault (1) ; A. Neouze (1) ; N. Faucher (1) ; A. Raynaud-Simon (1) ; M. Sanchez (2)

(1) Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris; (2) Gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris

**Introduction :** Chez les patients âgés, les risques d'une anesthésie générale sont bien connus des gériatres. Néanmoins des complications plus rares et parfois spectaculaires de l'intubation oro-trachéale peuvent survenir. **Méthodes :** Nous rapportons le cas d'une patiente de 94 ans, présentant un emphysème sous cutané majeur sur brèche trachéale post intubation oro-trachéale pour chirurgie orthopédique. **Résultats :** Cette patiente, vivant en EHPAD, dépendante partiellement, aux antécédents de maladie d'Alzheimer, est hospitalisée pour chute compliquée d'une fracture per-trochantérienne gauche traitée par ostéosynthèse. L'intubation

orotrachéale pendant l'anesthésie générale est sans difficulté. En post-opératoire immédiat, découverte d'une tuméfaction sous cutanée diffuse, tendue, non inflammatoire, avec crépitations palpables et audibles, correspondant à un emphysème sous-cutané de la face, des membres supérieurs, du thorax (radiographie présentée ci-dessous à gauche), et des cuisses. Le scanner thoracique objective plusieurs brèches trachéales de petites tailles. La patiente ne présente pas de signes respiratoires, ni infectieux. La résorption est spontanée en quelques semaines visible sur la radiographie de contrôle (ci-dessous à droite). **Conclusion :** L'intubation orotrachéale est responsable de façon rare de brèches trachéales, avec complication à type d'emphysème sous cutané. Dans ce cas, l'emphysème s'est résorbé spontanément. En revanche, il peut se compliquer de pneumomédiastin et de médiastinite et nécessiter une intervention chirurgicale.



### A3-26-65

#### Connaissez-vous le bézoard?

L. Boujday (1) ; E. Fercot (1) ; T. Cudennec (1) ; S. Moulias (1) ; M. Pépin (1) ; A. De Thezy (1) ; C. Sellier (1) ; L. Aubert (1) ; L. Teillet ()

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*

**Introduction :** Le bézoard correspond à une accumulation inhabituelle de substances de diverses natures à l'intérieur du tube digestif, et plus particulièrement au niveau de l'estomac. **Méthodes:** Mme P. âgée de 89 ans a été hospitalisée en Gériatrie Aiguë après une prise en charge en Unité de Soins Continus pour un état de choc hypovolémique lié à une déshydratation sévère. La patiente a comme antécédents une hypertension artérielle, une cardiopathie hypertrophique, une insuffisance respiratoire mixte. Elle vit seule sans aides à domicile mais présente une perte de son autonomie fonctionnelle depuis près d'un an. **Résultats :** La patiente décrit une altération de l'état général croissante depuis environ un an. Elle ne s'alimente et ne s'hydrate presque plus depuis un mois. La patiente est transférée en Soins Continus pour état de choc dans un contexte de déshydratation. L'évolution est rapidement favorable et elle est transférée en Gériatrie Aiguë. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien est réalisé qui retrouve un syndrome occlusif haut lié à une sténose œsophagienne responsable d'un bézoard. Devant son aspect empierré, il semble impossible et dangereux de pratiquer une endoscopie digestive haute, ou d'envisager une chirurgie pour l'extraire chez cette patiente extrêmement dénutrie aux comorbidités sévères. Dans ce contexte, une sonde gastrique est mise en place avec réalisation de lavages gastriques pour essayer de lyser le bézoard (au sérum physiologique puis au cola). Le scanner de contrôle montre une régression quasi-complète du bézoard œsophagien avec persistance d'une petite rétention de niveau du tiers inférieur de l'œsophage, sans sténose mais avec un aspect d'achalasia de l'œsophage. **Conclusion :** Le bézoard est une affection qui reste rare. La symptomatologie clinique est variée et non spécifique. L'endoscopie est la technique de choix pour diagnostiquer et classer les bézoards. Plusieurs thérapeutiques ont été rapportées dans la littérature notamment l'usage de boisson abondante avec la prise d'accélérateurs du transit pour les bézoards de petite taille. En cas d'échec, l'extraction endoscopique peut être tentée. Le traitement de choix reste la chirurgie conventionnelle ou coelioscopique, permettant l'exploration de tout le tube digestif.

### A3-26-66

#### Comment améliorer l'accueil des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD et réussir l'ensemble du reste de sa vie?

F. Maraval (1)

(1) *regroupement des medecins coordonnateurs de Loire Atlantique MCOOR, Missillac*

**Introduction :** l'accueil des personnes handicapées vieillissantes (PHV) en EHPAD révèlent de nombreuses difficultés, la réussite de celui-ci et du projet de vie pour PHV, est un challenge important que l'on ne peut ignorer, puisqu'il en va de la réussite de plusieurs dizaines d'années de vie en EHPAD, concernant un public on ne peut plus varié. **Méthodes :** Pour réussir ce défi, il est nécessaire de comprendre l'enjeu de l'entrée en EHPAD pour la personne handicapée vieillissante, pour sa famille et ses proches, pour les équipes qui le prenaient en charge jusqu'à présent, pour l'équipe soignante de l'EHPAD qui l'accueille, mais aussi par rapport au regard des personnes âgées, résidents de l'EHPAD. **Résultats :** Afin de faire de ce moment un succès, il est nécessaire de mettre en place une coopération inter structures, connaître la prise en charge de la PHV, recevoir son consentement, favoriser des périodes d'essai, développer des unités spécifiques d'accueil : unité pour personnes handicapées vieillissantes, pôle d'activité pour personnes âgées vieillissantes, mais aussi des unités mobiles de soignants pour les PHV ne pouvant quitter leur lieu de vie, mais dont les soins de nursing vont au delà des possibilités du foyer de vie ou du domicile. L'ensemble de ces solutions justifient d'une aide budgétaire supplémentaire. **Conclusion :** L'accueil d'une personne handicapée vieillissante en EHPAD est un challenge important qui engage toute la filière médico-sociale et constitue une étape primordiale pour la personne concernée, puisqu'elle engage l'ensemble du reste de sa vie.