

La prochaine journée se tiendra à Clermont-Ferrand, à l'IFSI.

**Samedi 21 Octobre 2006**



## PATHOLOGIE CARDIAQUE AU GRAND AGE

**Samedi 21 Octobre 2006**



IFSI  
Place Henri Dunand  
63000 CLERMONT-FERRAND

8 h 30 **Accueil des participants**

**Président :** *Dr Frédéric MARTINS-CONDE*

**Modérateur :** *Dr Jérôme BOHATIER*

9 h 00 **Ouverture de la journée**

*Docteur Régine MOUSSIER-DUBOST, Présidente de la Société de Gériatrie  
Centre Auvergne*

9 h 15 **Fibrillation auriculaire chez le sujet âgé**

**Indications et suivi des pace-maker et défibrillateurs**

*Docteur Frédéric JEAN, cardiologue - CHU Clermont-Ferrand*

9 h 45 **Prise en charge de l'insuffisance cardiaque en gériatrie**

*Docteur Hervé JOLY, cardiologue - CHU Clermont-Ferrand*

10 h 15 **Questions**

10 h 45 **Intérêt du Nt-pro-BNP en gériatrie**

*Dr Christine SORNAY-SOARES, Dr Barbara COSTE  
Département de Gériatrie - CHU Clermont-Ferrand*

11 h 00 **Réadaptation des pathologies cardio-vasculaires chez la personne âgée**

*Dr Marie-Claire D'AGROSA-BOITEUX, Cardiologie - Clinique de DURTOL*

**12 h 00 - 13 h 30 REPAS**

**Président :** *Docteur Régine MOUSSIER-DUBOST*

13 h 45 **Les droits du patient en secteurs sanitaire et médico-social**

*Maître Anne-Marie REGNOUX, Avocate, DEA Droit de la Santé*

16 h 00 **Le projet de vie en EHPAD**

*Mr BEGON, Directeur de l'EHPAD « Georges Sand » de Courmon*

**17 h 00 - FIN DE LA REUNION**

## GERONT'Auvergne

### ☞ LES RENDEZ-VOUS DU DÉPARTEMENT DE GÉRONTOLOGIE - CHU

- **Staff de Gériatologie :**

Les observations cliniques de chacun seront les bienvenues (support numérique sur vidéo projecteur). La réunion est suivie d'une collation.

Prochaines dates : **Mardi 17 octobre et mardi 12 décembre 2006 de 18H30 à 20H30**

Salle de réunion - Service SSR - Hôpital Nord - BP 56 - 63118 Cébazat - Tel : 04.73.75.08.85

- **« Carrefour mémoire » :**

Le carrefour mémoire est l'occasion de présenter les dossiers jugés difficiles issus des différentes consultations mémoires de la région, en présence du Dr Didier DEFFOND neurologue et de Mme Sandrine CHAUVEL neuropsychologue.

Prochaines dates : **Mardi 3/10/06 – 24/10/06 – 14/11/06 – 5/12/06 – 19/12/06 – 9/01/07 – 23/01/07 de 17H00 à 18H00**, même adresse.

### ☞ SOINS AUX GRANDS VIEILLARDS – CFPS et Département de Gériatologie

**Jeudi 18 et vendredi 19 janvier 2007**

**Contact :** Dr Roland Lopitiaux Département de gériatologie  
CHU de Clermont-Fd - Hôpital Nord BP 56 - 63118 Cébazat  
Tél 04.73.750.885 - Fax 04.73.750.887 [rlopitiaux@chu-clermontferrand.fr](mailto:rlopitiaux@chu-clermontferrand.fr)

## CALENDRIER GÉRONTOLOGIQUE

- **22 et 23 Septembre 2006 – 2<sup>ème</sup> Journées Nationales d'Echange de Pratiques en Onco-Gériatrie – Chantilly** - Agence M.O. - 21 Rue de la Varenne - 63122 CEYRAT - Tel. : 04 73 61 51 88 - Fax : 04 73 61 51 39 - Mail : [agence-mo@wanadoo.fr](mailto:agence-mo@wanadoo.fr) – site : [www.agence-mo.com](http://www.agence-mo.com)
- **1-4 Octobre 2006 – 8<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Gériatrie et Gériatologie – Québec, Canada** – site : [www.cifgg.org](http://www.cifgg.org)
- **20 Octobre 2006 – Journée de la SGCA – Clermont-Ferrand (IFSI)**
- **7-8 Novembre 2006 – 1<sup>er</sup> Congrès National de l'Animation en Gériatrie – Paris** – mail : [claire.retault@comm-sante.com](mailto:claire.retault@comm-sante.com) - site : [www.gag.affinitiz.com](http://www.gag.affinitiz.com)
- **14-16 Novembre 2006 - 27<sup>èmes</sup> Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et de Gériatologie – Paris** - Mail : [mail@ams.fr](mailto:mail@ams.fr) – site : [www.ams.fr](http://www.ams.fr)
- **18 et 19 Janvier 2007 – Soins aux Grands Vieillards – Clermont-Ferrand (IFSI)**

## DOCUMENTATION

- **Nouvelles parutions :**

**Le philosophe, le patient et le soignant. Robert Misrahi, Les empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, Paris, 2006.**  
**Résumé réalisé par le Dr B.Leblanc**

Dans le bulletin n° 16 de la Société de Gériatologie Centre Auvergne de février 1996 figurait une note de lecture consacrée à « La signification de l'éthique » du même auteur. Dix ans plus tard, ce

philosophe reprend ses réflexions pour les confronter aux questions soulevées par le progrès médical, notamment dans les domaines du fonctionnement du système nerveux central, de la procréation et de l'hérédité. Mais de très nombreux autres points importants sont abordés, comme la nature de la relation médecin-malade, l'importance du secret médical ou la nécessité d'une information la plus complète et la plus honnête possible du patient. Cette nécessité a d'ailleurs été traduite dans la loi du 4 mars 2002, puis reprise dans la toute dernière version de la *Charte de la personne hospitalisée*.

Ce livre rend hommage à la médecine, aux médecins et aux chercheurs en biologie, dont la pratique est manifestement sous-tendue par le dévouement et la générosité, mais dont les règles et motivations ne sont pas toujours explicites. Sa réflexion cherche donc à définir les fondements d'une action juste (et universelle ?), basée sur des règles de conduite claires, rationnelles et assez finalement assez simples.

Les prémisses du livre demandent cependant une attention certaine.

*« Nous devons d'abord savoir qui est cet être à propos duquel nous souhaitons élaborer une éthique. En proposant d'éclairer quelques concepts et de fixer quelques idées, nous ne souhaitons pas instaurer une polémique entre les différentes conceptions de l'homme, nous souhaitons seulement inviter le lecteur ayant privilégié la pensée rationnelle (qu'il soit médecin, biologiste ou philosophe) à élaborer avec nous une espèce de synthèse réflexive qui, extérieure à toute connaissance spécialisée, pourrait valoir comme introduction à l'éthique proprement dite. »*

Il exprime ainsi une doctrine dont les arguments et les fondements font actuellement l'objet de réflexions intenses dans le domaine des neurosciences. Il ne s'agit de rien de moins que d'appréhender les relations du corps et de l'esprit afin de définir la notion de sujet, de sujet libre, ce sujet qui est en cause, notamment, dans la relation singulière entre le malade et le médecin. Le point de vue de l'auteur, déjà exposé dans un petit ouvrage en 1992, trouve un écho récent sous la plume d'un éminent spécialiste des neurosciences aux Etats-Unis (1). L'enjeu de cette réflexion est de définir le concept de « sujet » à partir de considérations sur le corps, la conscience, le désir, pour considérer le corps, producteur de conscience comme « source de contingence et d'invention, c'est-à-dire de liberté ». (2)

Ce détour réflexif amène l'auteur à énoncer les bases d'une éthique, c'est-à-dire d'une justification de l'action, et sa définition surprend et déroute : *« Nous appellerons éthique un système de principes destinés à orienter l'action vers l'accès à la plénitude du sens. »* Mais encore ? Tout aussi surprenant : l'action sous-tendue par cette éthique vise, pour un individu, à *« l'obtention d'une plus grande satisfaction et d'une meilleure plénitude dans la vie de son désir. »* Il oppose ensuite, en reprenant ses travaux antérieurs, cette éthique-là, à la morale et à la déontologie, qui conduisent à des insuffisances ou à des contradictions et manifestent leur incapacité à apporter des réponses concrètes et dénuées d'ambiguïté aux questions nouvelles issues du progrès de la recherche et de la médecine. Cette référence à des *« principes purement humains devant permettre au plus grand nombre d'accéder à une existence pleinement satisfaisante et pleinement significative, c'est-à-dire à une réalisation pleinement heureuse de la personnalité »* peut paraître modeste et restrictive, voire même se voir taxée du reproche de s'appuyer sur un égocentrisme contestable. Il n'en est rien. Il reste au lecteur à découvrir comment s'élabore et se justifie l'action qui donne un sens positif à la vie à travers des critères (la positivité c'est-à-dire la joie, la réciprocité c'est-à-dire la responsabilité) qui sont créateurs des valeurs et incluent pleinement la prise en compte de l'Autre. C'est en cela qu'ils peuvent s'appliquer très simplement à l'éthique médicale. Le troisième de ces critères, la singularité, situe l'action humaine dans le monde réel et concret, exprimant à nouveau la notion de liberté du « sujet ». Pour marquer l'originalité de cette doctrine, rappelons que les notions sur lesquelles repose l'éthique biomédicale aux Etats-Unis font appel aux critères de *dignité, d'autonomie* et de *bienveillance*, dont la valeur est indéniable, mais qui posent des problèmes lorsqu'on examine de près la réalité des concepts et qu'on cherche à en définir les limites.

La deuxième partie du livre est consacrée plus spécifiquement aux questions que posent les progrès de la science médicale et de la biologie.

« Pour ne citer que quelques exemples connus de tous, nul ne semble disposer des notions, des connaissances ou des valeurs qui permettraient de répondre d'une façon précise et certaine à la question de savoir si l'on « doit », si l'on « peut » (ou non) implanter un embryon après la mort du père. Doit-on prolonger ou interrompre l'assistance médicale à un mourant ? Doit-on, peut-on, intervenir sur les gènes pour restructurer le vivant ou pour éviter une maladie prévisible ? Doit-on, ou non, donner ses organes ? Peut-on, ou non, les vendre ? La transfusion sanguine doit-elle être gratuite ou payante ? Les tests du sida doivent-ils être conseillés, suggérés ou imposés ? Peut-on, doit-on ou non, assister médicalement une procréation chez une femme ménopausée ? Peut-on éliminer les embryons produits in vitro, peut-on empêcher le développement d'un embryon, peut-on procéder au diagnostic pré-implantatoire ? Peut-on, doit-on, ou non, communiquer au partenaire sexuel, au conjoint, à l'amant ou l'employeur le résultat des différents tests sanguins ? »

C'est au regard des considérations générales de la première partie que ces nombreuses questions sont ensuite abordées, sous l'angle du « malade et son droit », du « médecin et sa responsabilité » (avec une analyse particulièrement fine et sensible, dans cette section), du « chercheur et son rôle ». Une réflexion originale et stimulante pour l'esprit, dont les concepts méritent d'être soumis à une confrontation critique avec la réalité quotidienne.

1. Robert Misrahi, *Le corps et l'esprit dans la philosophie de Spinoza*, Les empêcheurs de penser en rond, 1992 ;  
Antonio R. Damasio, *Spinoza avait raison - Joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Ed. Odile Jacob, 2003. Il est intéressant de noter qu'aucun de ces deux auteurs ne fait référence à l'autre.
2. Une approche parallèle, mais selon une vision différente, à la fois psychanalytique socio-historique et économique, peut être trouvée chez Gérard Mendel, *Construire le sens de sa vie - Une anthropologie des valeurs*. La Découverte, Paris, 2004

#### - Sites ressources

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

Sous la responsabilité du Pr Jeandel, ce site propose entre autres : quelques cours téléchargeables, des liens gérontologiques utiles, le CORPUS de Gériatrie 1 et 2 téléchargeables, les dates du CIPPEG.

[www.longuevieetautonomie.fr](http://www.longuevieetautonomie.fr)

Sous la responsabilité du Pr Saint-Jean.

#### - Nouveaux sites :

[www.ergotheca.ch/](http://www.ergotheca.ch/)

Site destiné à l'évaluation en ergothérapie. Un peu de bibliographie, surtout de nombreux outils d'évaluation téléchargeables (Par exemple : échelle de qualité de vie dans la maladie d'Alzheimer : Alzheimer Disease Related Quality of Life™ - ADRQL™ (Rabins et Kasper, 1999).

[www.bdsp.tm.fr](http://www.bdsp.tm.fr)

Banque de Données Santé Publique : Site gratuit riche de toute la documentation concernant la santé : recherche documentaire, sites de références, publications, rapports, statistiques, programmes de santé, revues de soins...

#### - Documentation téléchargeable :

**Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement : Rapport de la DREES, juin 2006 ; [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)**

**Rapport IGAS, mars 2006 : Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance ... ; <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000352/0000.pdf>**

51<sup>èmes</sup> JOURNEES ANNUELLES DU CENTRE VIGGO PETERSEN  
PARIS 30 et 31 MARS 2006

### OSTEONECROSES ASEPTIQUES : DONNEES NOUVELLES.

La physiopathologie des ostéonécroses aseptiques est mieux connue avec, en particulier, les relations entre l'ostéonécrose et la moelle osseuse. Il a été constaté une diminution de l'activité ostéoblastique associée à une augmentation de la lipogenèse. Ces données, ainsi que l'existence de troubles minimes de la coagulation chez la plupart des patients ayant des ostéonécroses, peuvent avoir des répercussions thérapeutiques dans l'avenir. Les Statines, par exemple, sont capables de réduire l'adipogenèse médullaire induite par les Corticoïdes ; les Biphosphonates peuvent ralentir le phénomène ostéoblastique qui accompagne l'évolution des ostéonécroses. Enfin, certaines thérapeutiques de type antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant, peuvent être discutées pour corriger les troubles de la coagulation.

Il est rappelé que nombre d'ostéonécroses sont détectées à la suite de cures courtes de corticoïdes prescrits en ORL ou en Ophtalmologie.

### LE POINT SUR LES ANTIARTHROSIQUES D'ACTION LENTE.

Ce sujet a été présenté par le Dr Michel LEQUESNE. On peut prendre le sujet sous tous les angles, toutes les études indépendantes vis-à-vis des antiarthrosiques d'action lente ont obtenu des résultats négatifs. L'auteur a insisté sur un paramètre d'évaluation que l'on intitule « ampleur d'effet ». Il s'agit du rapport efficacité du produit moins l'efficacité du placebo rapporté aux écarts types de l'efficacité. Une ampleur d'effet de 0,2 correspond à un résultat minime, un chiffre de 0,5 à un résultat modéré, un chiffre de 0,8 à un bon résultat. Tout est mauvais avec les antiarthrosiques d'action lente.

### NOUVEAUX FACTEURS ANGIOGENES ET ANTI-ANGIOGENES.

Il a été constaté que dans les rhumatismes inflammatoires il existait une néo-angiogenèse synoviale et une activation endothéliale. Des proliférations de ce type peuvent également se rencontrer dans les arthroses en évolution. Actuellement des produits luttant contre cette angiogenèse sont testés. Il pourrait s'agir, à l'avenir, d'un nouvel angle d'attaque des poussées inflammatoires articulaires.

### PRISE EN CHARGE DE L'OSTEOPOROSE APRES 80 ANS.

Après avoir rappelé que l'ostéoporose est fréquente après 80 ans, ce qui ne surprendra personne, les produits les plus récents sont évoqués avec les résultats que l'on connaît. Il a été rappelé que les Biphosphonates, comme la plupart des traitements antiostéoporotiques, sauf le Calcium et la Vitamine D, sont contre-indiqués lorsque la clearance de la créatinine est inférieure à 35 ml/mn.

Les auteurs proposent tout de même de traiter l'ostéoporose des personnes âgées (!). Pour mémoire, si l'on réalise une densité minérale osseuse (DMO), il est préférable, après 80 ans, de tenir compte du T score mesuré à la hanche et non sur les vertèbres.

### MALADIE DE HORTON EN 2006.

J'ai retenu quelques détails. La biopsie de l'artère temporale reste l'élément diagnostique décisif. A noter qu'elle peut être réalisée même si la corticothérapie a été mise en route depuis 8 à 15 jours. Au-delà, cela apparaît moins intéressant. Il faut, en effet, près de deux semaines pour que les corticoïdes négativent les anomalies artérielles. La posologie de départ admise est de 0,7 mg/kg et par jour.

Les bolus de corticoïdes n'ont pas d'intérêt prouvé.

On peut s'aider d'exams modernes pour orienter le geste des chirurgiens sur l'artère temporale, c'est-à-dire IRM avec épaissement segmentaire des artères temporales ou échodoppler couleur à haute résolution.

L'auteur a insisté pour dire que lorsque l'on diminuait la corticothérapie, il ne fallait pas modifier la stratégie pour la survenue de quelques douleurs banales ou l'augmentation de 2 ou 3 points de la CRP.

### SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS.

Ce syndrome qui serait si fréquent en Gériatrie, même si nous n'en faisons pas toujours cas, est accessible à certains traitements. Il est conseillé d'améliorer l'hygiène du sommeil, de compenser un éventuel déficit en fer qui est très fréquent dans ce syndrome, éventuellement de proposer du Clonazepam dans les formes modérées. La L Dopa peut représenter un véritable test thérapeutique. Il n'est pas possible, par contre, de la proposer en traitement continu. Elle peut être utile lorsque les sujets présentent des manifestations de jambes

sans repos dans des circonstances identifiées (exemple : aller au spectacle) pour éviter les troubles pendant quelques heures.

### **COMMENT OPTIMISER LE TRAITEMENT PAR METHOTREXATE ?**

S'il est tout d'abord rappelé en préambule que le Méthotrexate est contre-indiqué lorsque la clearance de la créatinine est inférieure à 30 ml/mn, qu'une demi-dose doit être donnée entre des clearances comprises entre 30 et 50 ml/mn, les posologies proposées actuellement sont plus élevées que cela n'était fait il y a quelques années. On propose de ne pas conclure à un échec tant que les personnes n'ont pas été placées sous 25 mg par semaine de Méthotrexate. La Spéciafoldine à raison de 5 mg doit être administrée à 48 heures de distance du Méthotrexate. Viennent de sortir sur le marché des seringues pré-remplies « Metoject \* » qui permettent l'administration en sous-cutané. En cas de résultats insuffisants, un switch voie orale → voie injectable est proposé. A noter que le contrôle des transaminases doit s'effectuer à distance de l'administration du Méthotrexate.

### **AMYLOSE : LE POINT EN 2006.**

Les auteurs proposent en cas de syndrome du canal carpien après 60 ans, de rechercher systématiquement une amylose AL. Cette amylose peut être recherchée par biopsie rectale ou gastro-duodénale, biopsie des glandes salivaires accessoires. Certains proposent de la rechercher par prélèvement de graisse abdominale ou de graisse sur les cuisses. Ce geste effectué sous locale serait tout à fait banal et aurait une productivité extrêmement intéressante. Cette recherche d'amylose dans les syndromes du canal carpien des gens âgés éviterait de renouveler sans cesse les injections locales de corticoïdes qui s'avèrent peu efficaces.

### **AINS ET CŒUR.**

Il est rappelé, à la suite des avatars survenus au Vioxx, que les AINS ont un effet défavorable sur l'état cardiovasculaire. Il s'agit d'un effet très fort pour les Coxib, quels qu'ils soient, mais également un effet classe pour tous les AINS. Les auteurs considèrent qu'en pratique l'insuffisance cardiaque est une contre-indication des AINS. Le risque de décompensation d'une insuffisance cardiaque est multiplié par 9 en cas de prescription de ces produits.

### **ALGODYSTROPHIES.**

La nouveauté est que les Rhumatologues sont en train de se faire dessaisir de l'algodystrophie par les Algologues qui intitulent cette pathologie « syndrome douloureux régional complexe » (CRPS). Les Algologues ignorent parfois totalement les signes rhumatologiques et leur absence ne les gêne pas pour poser le diagnostic d'algodystrophie.

L'IRM est intéressante pour visualiser l'œdème osseux et l'œdème des parties molles en cas d'algodystrophie.

Il est évoqué à ce sujet des fractures trabéculaires qui génèrent très souvent des algodystrophies qui apparaissent précédemment comme inexplicables.

Enfin, il est rappelé à cette occasion que la calcitonine, sous toutes ses formes, n'a plus l'AMM dans les algodystrophies.

### **LE RISQUE MEDICOLEGAL EN RHUMATOLOGIE.**

Il est surtout rappelé que pour effectuer des infiltrations, le protocole officiel nécessite une désinfection des mains, puis désinfection de la peau en 5 temps, pour éviter de nous exposer aux poursuites.

### **DIVERSES INFORMATIONS GLANEES AU COURS DE CES JOURNEES.**

- Il vient d'être démontré des liens très surprenants entre ostéoporose et accidents vasculaires (cardiaque et autres). L'ostéoporose ressort de plus en plus comme facteur de risque vasculaire !!
- Quel seuil de perte de taille prédit la fréquence des fractures vertébrales chez les femmes de plus de 50 ans ? : 6 cm.
- Des fractures adjacentes à la vertébroplastie sont souvent décrites. Le risque est très augmenté de fractures complémentaires pour les vertèbres adjacentes.
- Teriparatide : il a été démontré que les effets favorables sur la DMO étaient identiques pour des traitements continus et discontinus (alternance de 3 mois).
- Enfin, la dernière « bonne nouvelle » est la mise au point d'un vaccin anti-ostéoporotique extrêmement efficace ..... chez la souris. Il s'agit d'un vaccin anti-Rank-Ligand.

**Docteur Roland LOPITAUX,**

**2<sup>e</sup> Journées Nationales des Équipes Mobiles de Gériatrie Grenoble 12 et 13 juin 2006**  
**Point de vue de l'UMG du CHU de Clermont-Ferrand :**

☞ « EMG et hospitalière gériatrique » – Pr JEANDEL (Montpellier)

L'objectif est d'atténuer l'impact du choc démographique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 années à venir. Pour atteindre cet objectif, plusieurs mesures doivent être envisagées. Il apparaît important de créer un label « filière gériatrique » pour chaque établissement disposant d'un SAU (Service Accueil-Urgences). Cela suppose que l'accueil des personnes âgées aux urgences soit adapté d'où la nécessité de renforcer le rôle des EMG dans ces unités. Ceci étant, l'admission directe dans les CSG (Court Séjour Gériatrique) reste la solution idéale d'où l'intérêt de mettre en conformité les CSG existants voire de créer d'autres CSG. Il semble également indispensable de faire contractualiser les différents établissements et structures associés à la filière en tant que « partenaires de la filière gériatrique » ; il s'agit des EHPAD, des accueils de jour mais aussi des SSIAD et des HAD... La coordination de l'ensemble de ces partenaires s'impose. Il faut également envisager de créer un « pôle d'évaluation gériatrique » que se soit sous forme de consultation ou d'hôpitaux de jour avec si possible une activité extrahospitalière au sein des différents partenaires. Enfin, il faut également prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques.

☞ « EMG : objectifs et fonctionnement ? » – Dr COUTURIER (Grenoble)

L'intervention commence par le rappel de références : circulaire de mars 2002, « livre blanc de la gériatrie » de 2004 et rapport de l'IGAS de 2005. Les objectifs des EMG aux urgences sont représentés par la prévention des complications, l'orientation en CSG et SSR (Soins de Suite et Réadaptation), la diminution du taux de réhospitalisations précoces et le signalement vers les structures de ville (CLIC). Les missions des EMG dans les services de spécialité sont représentées par l'aide au diagnostic, l'identification de syndrome gériatrique, l'aide aux décisions thérapeutiques et l'orientation des patients. Les rôles des EMG à l'interface ville-hôpital sont les suivants : régulation des hospitalisations, coordination des plates-formes d'intervention mixte et interventions sanitaires spécifiques (HAD et EHPAD). Les conventions concernant les EMG doivent tenir compte de la nécessité de cibler les interventions aux urgences, de réduire le délai d'intervention et de réguler les hospitalisations en CSG.

☞ « EMG aux urgences » – Dr SALLES (Bordeaux)

Pour information, l'EMG de Bordeaux intervient 3 jours par semaine aux urgences du CHU. Une étude récente a permis de mettre en évidence le fait que la DMS à l'UHCD des patients âgés vus par l'EMG augmentait !...ce qui en fait traduit le temps nécessaire pour éviter les réhospitalisations. Depuis un an, ce CHU dispose en plus de l'UHCD (DMS < à 48 heures) et d'une CGS (DMS ≥ 7 jours) d'une unité intermédiaire de 7 lits appelée « unité de gériatrie aiguë ».

☞ « Médecin de l'équipe mobile : quel profil ? » – Dr GAUVIN (Orléans)

Les qualités requises sont les suivantes : comprendre le fonctionnement, assurer évaluation et synthèse et donner les informations nécessaires. D'après le Dr GAUVAIN, il faut une certaine « personnalité » pour être médecin d'EMG. Enfin, il insistera sur le « principe de non substitution ».

☞ « IDE d'évaluation et prévention : transfert de compétence ? » – Mme MOTTE (Rouen)

Les missions de l'IDE de l'EMG sont les suivantes : suivi des maladies chroniques comme la démence, observance thérapeutique et éducation, prévention et évaluation, soutien et notamment en fin de vie, formation et recherche. Dans ces conditions, on peut se demander si l'IDE de l'EMG n'est pas un véritable « nouveau métier ».

☞ « Place et rôle de l'assistante-sociale à l'EMG » - Me SALA (Grenoble)

L'assistante-sociale de l'EMG a différentes missions : consultation, orientation, soutien et prévention. Elle a une activité de coordination et de liaison ville-hôpital : mission intra-hospitalière, un rôle de recours et d'expertise en matière de protection et une fonction de médiation (entre patient et famille). L'assistante-sociale « EMG » pose un diagnostic, effectue un travail spécialisé et travaille en étroite collaboration avec les assistantes-sociales des autres services. Elle a également une activité extra-hospitalière dans le cadre du réseau ville-hôpital. L'assistante sociale « EMG » est à l'interface entre hospitalisation et domicile du patient. Elle apporte sa spécificité dans la prise en charge du patient. Elle a un rôle de consultant et de médiateur entre les acteurs des diverses institutions, notamment en situation de crise ou lorsque les intérêts du patient sont en jeu. On insistera sur le principe de « non concurrence » et de la nécessité de définir un profil de poste adapté.

☞ « Place de l'ergothérapeute » – Mme BAECHLER (Strasbourg)

L'ergothérapeute de l'EMG a pour rôle d'assurer le bilan d'autonomie par rapport aux activités de la vie quotidienne et aux activités instrumentales ; cette évaluation repose sur des mises en situation. L'ergothérapeute fait également le bilan de la marche, de l'équilibre, des déplacements avec port de charges.

Dans certains cas, l'ergothérapeute peut assurer le bilan cognitif voire « alerter » sur la nécessité d'une mesure de protection. Cette évaluation aboutit à des conseils d'aménagement et d'aides techniques ainsi qu'à des propositions d'aides humaines. L'idéal est d'assurer cette évaluation au domicile du patient.

☞ Programme de recherche SAFES : présentation – Pr BLANCHARD (Reims)

Pour mémoire, cette expérience de coopération entre plusieurs centres gériatriques concerne les plus importantes cohortes françaises dont la moyenne d'âge est de 85 +/- 6 ans. Le 1<sup>er</sup> objectif a été d'identifier et de décrire les facteurs prédictifs de la mortalité à 2 ans (44% de la cohorte est décédée dans ce délai). Ces facteurs sont les suivants : âge > à 85 ans, sexe masculin, niveau du morbidité, dénutrition, perte d'autonomie, troubles cognitifs et antécédents d'hospitalisation dans les 3 mois précédents. En fonction de ces 7 items, 4 groupes de score pronostic ont été définis. Il a été démontré l'intérêt de réaliser dès le passage aux urgences une EGS et d'établir d'emblée des stratégies de dépistage et de prévention. Cela suppose une intervention multidisciplinaire. Le 2<sup>ème</sup> objectif était de déterminer les facteurs de réhospitalisation précoce (définie par une réhospitalisation ≤ 1 mois). Dans la cohorte étudiée, le taux de réhospitalisation précoce était de 14% et la DMS était de 41 jours. L'interprétation des résultats est complexe du fait de la diversité des paramètres mais une étude multivariée a permis de retenir comme facteurs prédictifs de réhospitalisation précoce : la dépendance vis-à-vis de l'alimentation, l'existence d'un syndrome gériatrique et notamment « altération de l'état général » et une hospitalisation datant de moins de 3 mois. Les troubles de la vue auraient paradoxalement « un rôle protecteur »...probablement par le biais des aides extérieures. Enfin, le dernier objectif était de déterminer les marqueurs précoces d'une durée de séjour prolongée (≥ à 30 jours ou à la borne supérieure de la T2A). Les marqueurs retenus sont : séjour « multi-unités », existence de lits étiquetés « soins palliatifs » et enfin score ADL.

☞ Perception et développement des EMG : aspect sociologique – Mr MANTOVANI – Toulouse

La problématique est d'ordre médical et social ; elle concerne des personnes âgées qui nécessitent une approche globale et une coordination des efforts. Globalement, les EMG sont loin d'attirer l'adhésion générale comme formule à vocation intra-hospitalière. En effet, elles sont plus attendues hors hôpital dans un rôle d'animation des réseaux. La valeur ajoutée de la formule concerne surtout la coordination entre « gériatrie hospitalière » et « gérontologie de ville ». Les EMG ont la particularité d'être très diverses car fonction des contextes locaux et ressources mobilisables. De plus, elles reposent sur une ambiguïté originelle puisque d'après la circulaire de mars 2002 elles ont essentiellement une mission intra-hospitalière alors que les textes qui l'encadrent se basent surtout sur une logique de travail en réseau ville-hôpital. Leur valeur dans l'articulation ville-hôpital est généralement supérieure à celle intra-hospitalière.

Ces 2<sup>èmes</sup> journées nationales des EMG de Grenoble se sont terminées sur l'intervention de Monsieur BASTIANELLI qui a rédigé le rapport de l'IGAS sur les EMG. Ce rapport se trouve sur le site de l'IGAS mais il est assez « volumineux ». Pour ceux intéressés, un résumé est disponible en appelant au 04/73/754/598.

L'ensemble des communications sera publié dans la Revue « Année Gérontologique » fin 2006 (contacter SERDI EDITIONS à [serdi@serdi-fr.com](mailto:serdi@serdi-fr.com)).

**Dr F.Martins-Condé**

## **2<sup>e</sup> Journées Nationales des Équipes Mobiles de Gériatrie Grenoble 12 et 13 juin 2006**

### **Point de vue de l'UMG du CH de Vichy**

#### **PATHOLOGIES ET SPECIFICITE DE LA PRISE EN CHARGE UMG**

##### **➔ LE PATIENT CHUTEUR ( Pr PUISIEUX-LILLE)**

##### **Quand doit-on hospitaliser un patient chuteur ?**

- Conséquence traumatique sérieuse
- Conséquence d'une immobilisation prolongée au sol (rhabdomyolise)
- Conséquence psychologique ou psychomotrice sévère : syndrome post-chute, peur de chuter
- Risque de récurrence important à court terme : trouble manifeste de l'équilibre et de la marche
- Caractère de gravité associé à la récurrence : entourage insuffisant, incapacité à se relever
- Pathologie sous-jacente nécessitant une hospitalisation : malaise, confusion, trouble métabolique sévère
- Patient dément sauf si entourage très présent

##### **Evaluation du chuteur :**

##### **1-Evaluation fonctionnelle**

- Le mettre debout



- Get-up : il est intéressant de regarder chaque étape, comment la personne se tient assise, le demi-tour étant très souvent révélateur
- La station unipodale si get-up est satisfaisant

## 2-Evaluation environnementale

- Chaussage
- Conditions de logement grossièrement
- Entourage humain
- Système d'alarme

## 3-Evaluation de l'autonomie

Aucun examen ne doit être fait systématiquement. Mais dans le cadre d'une UMG, l'évaluation doit comporter en plus ECG, prise de sang.....

### Orientation du chuteur

Si hospitalisation : en gériatrie

Si pas d'hospitalisation : une évaluation et un suivi doivent être proposés

Une stratégie de réduction des risques peut être mise en place en même temps qu'une prévention des conséquences des chutes : prise en charge rééducative, aide technique de marche, aménagement du domicile.

## ➔ LES TROUBLES DES FONCTIONS SUPERIEURES ( Pr VERNY, PARIS)

La confusion : ne pas banaliser, problème fréquent sous-estimé qui correspond à 15 à 50% d'hospitalisation ou de co-morbidité durant l'hospitalisation de patient de 75 ans et plus.

### Comment faire le diagnostic ?

Critère DSM IV :

- Diminution du maintien de l'attention
- Désorganisation de la pensée
- Obnubilation de la conscience
- Anomalie de perception
- Désorientation temporo-spatiale
- Non reconnaissance des personnes

Au moins deux éléments des 4 derniers sont obligatoires.

Critère : Confusion Assesment Méthode

- Début aigu fluctuation de l'évolution,
- Troubles attentionnels ++
- Désorganisation du cours de la pensée et du langage
- Atteinte de la vigilance

### S'agit-il d'une démence ou d'un syndrome confusionnel ?

Facteur I : le concept de réserve cognitive

Risque de démence diminué si études supérieures, activités multiples,

Facteur II : existence ou non d'une affection chronique (maladie d'Alzheimer et lésions vasculaires) avec possible évolution infra clinique

Facteur III : place d'une pathologie intercurrente aiguë ou chronique venant rompre un équilibre

### Quels tests à proposer

Recueil soigneux de l'anamnèse : il faut tout faire pour avoir un ou des informants de qualité, contact avec entourage famille, médecin traitant, état cognitif et fonctionnel antérieur.

Evaluation cognitive : MMS au minimum, si possible 5 mots, BREF

La réévaluation à distance est la règle !

### Conclusion :

La confusion égale merveilleux modèle illustrant la fragilité et la pathologie en cascade, plus le facteur III « apparaît banal » plus la probabilité de lésion cérébrale est grande.

\* aux urgences toujours considérer qu'il s'agit d'une confusion.

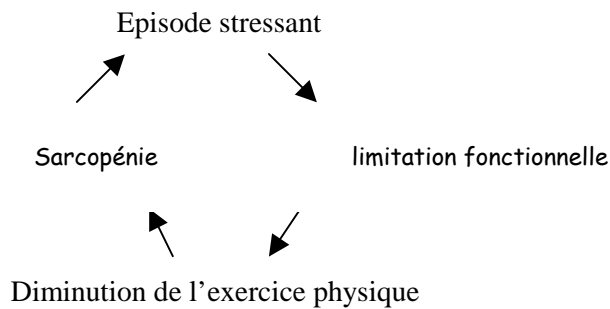
## ➔ LE SYNDROME D'IMMOBILISATION (Dr ROLLAND – TOULOUSE)

Immobilisation → conséquences multiples → immobilisation

### Deux conséquences très insidieuses :

- Déconditionnement à l'effort : la capacité en endurance diminue ++ avec l'âge entraînant une perte de capacité à la marche

- Amyotrophie : les personnes âgées sarcopéniques ont deux à trois fois plus d'incapacité à la marche



### Rôle de l'UMG :

- 1) intervenir sur les causes et les conséquences de l'immobilité  
Lever (lutter contre l'hypotension), faire bouger (lutter contre le déconditionnement à l'effort), agir sur les douleurs, la dépression
  - 2) stratégie de lutte contre la confusion : permet d'améliorer la mobilité
  - 3) de petites modifications peuvent avoir des effets fonctionnels majeurs : chaussage et aide à la marche
  - 4) diffuser une meilleure connaissance de la personne âgée :
    - à qui ? : tous les membres de l'équipe soignantes
    - ou ? : service d'urgences, service d'orthopédie, dans les institutions
    - sur quel sujet ? :
- évaluation du risque (bénéfice/risque de l'immobilisation)
  - contention (règles de l'ANAES : thérapeutiques, médicaments)
  - évaluation des capacités motrices (ADL – IADL)
  - altération cognitive, confusion, troubles du comportement
  - bilan pré-opératoire

### ➔ DIAGNOSTICS GERIATRIQUES RENTABLES (Pr. DEWAZIERES –NIMES)

Pour être rentable :

- il faut regarder : le patient, le traitement, les examens complémentaires
- il faut faire le point du syndrome gériatrique : chute, syndrome d'immobilisation, anorexie, perte d'autonomie, douleurs, isolement médico-social, cause iatrogène...
- il faut optimiser la prise en charge dans la filière gériatrique (quelle est la meilleure place pour le patient)

Dr Moussier-Dubost

## COTISATIONS 2005

Le montant de la cotisation pour l'année 2006 est fixé à **25 euros**.

L'adhésion à la Société Régionale permet de participer gratuitement aux réunions annuelles (entrée + résumé des communications + repas) et de recevoir le Bulletin semestriel.

**Vous pouvez faire parvenir directement votre cotisation au trésorier ou régler le jour des réunions.**

Pour ceux qui souhaitent s'abonner à la Revue

de Gériatrie à un tarif préférentiel, veuillez contacter

le trésorier.



**Siège social :** HOPITAL NORD – 63118 CEBAZAT

**Président :** Docteur Régine MOUSSIER DUBOST  
Tel 04.70.97.35.06  
[Regine.MoussierDubost@ch-vichy.fr](mailto:Regine.MoussierDubost@ch-vichy.fr)

**Vice-présidents :** Dr Frédéric MARTINS CONDE  
Tel 04.73.750.885 - Fax 04.73.75.08.87  
[fmartinsconde@chu-clermontferrand.fr](mailto:fmartinsconde@chu-clermontferrand.fr)

Dr Roland LOPITAUX  
Tel 04.73.750.885 - Fax 04.73.75.08.87  
[rlopitau@chu-clermontferrand.fr](mailto:rlopitau@chu-clermontferrand.fr)

**Trésorier :** Dr Cyrus POURHADI  
Centre Hospitalier Sainte-Marie  
BP 21 43001 LE PUY Cedex  
[C.Pourhadi@Lepuy-groupe-sainte-marie.com](mailto:C.Pourhadi@Lepuy-groupe-sainte-marie.com)

**Secrétaire:**

Dr Patrick LEDIEU  
Service de Soins de Longue Durée, Hôpital Nord  
63118 CEBAZAT  
Tel : 04 73 750.878 - Fax : 04.73.750.874  
[pliedieu@chu-clermontferrand.fr](mailto:pliedieu@chu-clermontferrand.fr)

**Secrétaire Adjoint :**  
(Le bulletin)

Dr Jérôme BOHATIER  
Service de Médecine Gériatrie Clinique  
Hôpital Nord - 63118 CEBAZAT  
Tel : 04.73.750.885 - Fax : 04.73.750.887  
[jbohatier@chu-clermontferrand.fr](mailto:jbohatier@chu-clermontferrand.fr)

**Membres :**

Mme Florence BLAY  
Dr Marie - Catherine BRUCHET  
Dr Anne DEHE CASTERA  
Mme Bernadette CHAPOUL  
Mme Claire COURSOL OBERLE  
Mme Agnès DETEIX  
Mme Valérie GAUTHIER  
Dr Zineb KABCHOU  
Dr Anne PHILIPPE  
Mme Claudine VALETTE

**Rappels :**

- Un bureau élargi se réunit au moins 3 fois par an : tout sociétaire souhaitant participer à ce travail sera le bienvenu
- Pensez à adresser au secrétariat vos annonces, commentaires, textes... à faire paraître dans le prochain bulletin !