



BULLETIN de la
SOCIÉTÉ DE GERONTOLOGIE
CENTRE AUVERGNE

Vous l'attendiez depuis plusieurs mois...(voir page 2)

Février 2008 - No 40

La prochaine journée se tiendra à Clermont-Ferrand, à l'ITSRA (Institut de Travail Social de la Région Auvergne) 62 avenue Marx Dormoy.

Samedi 5 Avril 2008
(Salle chauffée !!)

ACTUALITES GERONTOLOGIQUES EN AUVERGNE
Recherches médicales et soignantes

Dr E. Moulin : « Pourquoi venir décéder en court séjour gériatrique ? »

Dr A. Hemeret : « Diabète et Ramadan chez la personne âgée. »

Dr J. Mathieu : « Elaboration d'une grille de dépistage de la carence en vitamine D chez la personne âgée de plus de 75 ans. »

Mme S. Loiseau : « Nécessité d'une coordination pour le retour à domicile des personnes âgées hospitalisées et atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée. »

Mmes C. Granier et E. Grégoire : « Dépistage de la fragilité de la personne âgée hospitalisée au CHU de Clermont-Ferrand. Intérêt et limite de la grille SEGA. »

Dr O. Wink : « Risque de dénutrition chez des patients déments institutionnalisés avec troubles du comportement à expression négative. »

L'ensemble du bureau de la société tient à s'excuser auprès de tous les sociétaires pour la température polaire subit lors de la réunion d'automne.

Il arrive enfin ... (voir page 3)

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 11 Mars et Mardi 3 Juin 2008 de 18H30 à 20H30**

Salle de réunion - Service SSR (2^{ème} étage) - 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 Marion Barget et Blandine Buisson neuropsychologues.

Prochaine date : **Mardi 4/03/08, de 17H00 à 18H00**, même adresse.

CALENDRIER GÉRONTOLOGIQUE

- Du 30 mars au 1^{er} avril 2008 : 5^{ème} Congrès National des médecins Coordonnateurs d'EHPAD (Paris)
- Du 21 au 23 Octobre 2008 – 29^{èmes} Journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gériatologie – Espace Grande Arche – PARIS – Tel : 01-43-18-28-25 . www.sfgg.fr
- 5^{ème} congrès national de l'EUGMS (European Union Geriatric Medicine Society – Copenhague, Danemark du 3 au 6 septembre 2008. www.eugms2008.org
- Du 3 au 5 Décembre 2008 - GEROSANTE 2008 – Montpellier – Contact : 01-41-32-31-70

DOCUMENTATION

- Livre :

Le psychologue en service de médecine : Les mots du corps. Editions Masson

Qu'en est-il de la place et du rôle des psychologues cliniciens à l'hôpital général ? Malgré une présence grandissante à l'hôpital, la multiplication des spécialisations en psychologie, la diversité des orientations théoriques et le polymorphisme des pratiques de terrain rendent la spécificité professionnelle des psychologues difficilement perceptible.

Pourtant, la dimension centrale du corps et de ses manifestations – corps souffrant, corps malade, corps désirant – légitime la présence des spécialistes de l'écoute et de la parole en ce lieu.

Quel est l'enjeu de leur présence à l'hôpital ?

Que peut-on attendre de ces professionnels ?

Sur quoi l'acte clinique se fonde-t-il ?

Des psychologues exerçant dans différents services de médecine rendent compte du

quotidien de leur pratique : la diversité des demandes qui leur sont adressées, l'importance du diagnostic différentiel, le cadre fluctuant de leur pratique, les modalités diverses de mise en oeuvre du dispositif de parole, leur souci de collaboration avec les acteurs du soin.

Au fil de la lecture, et au-delà des aspects pratiques, le lecteur prend la mesure de la dimension éthique qui oriente la pratique du psychologue clinicien lorsqu'il fait sien l'apport de la psychanalyse. Elle consiste à soutenir la particularité d'une position subjective afin de garantir la présence de l'inconscient dans le discours hospitalier courant.

BREVES DE CONGRES ...

Résumé des 28èmes journées de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

Approche cognitivo-comportementale vs Tai Chi

Etude chez 154 personnes âgées fragiles en institution, durant 24 semaines, 2 groupes :

- Approche cognitivo-comportementale (4 séances de 30 min par semaine)
- Tai Chi adapté (2 séances de 30 min par semaine)

Pas de groupe témoin.

Résultats : pas de différence entre les deux groupes : nette amélioration de la qualité de vie « physique », de l'équilibre (station unipodale), et nette diminution de la peur de tomber.

Conclusion : proposer une activité à des personnes âgées institutionnalisées fragiles permet de leur redonner confiance, d'améliorer leur qualité de vie. Le choix de l'activité ne semble pas primordial.

Réflexion sur la limite entre bienveillance et maltraitance au domicile.

Au domicile, l'« aide » initiale devient de la « suppléance », puis une « guidance », au fur et à mesure de l'aggravation de la dépendance, et du rôle de plus en plus grand joué par les aides professionnelles. Ainsi, la bienveillance peut devenir une malveillance. Les aidants ne doivent pas réduire la personne âgée à sa seule maladie, mais garder une distance suffisante pour être capable de répondre aux besoins réels de la personne soignée, et pas imposer des besoins théoriques.

Gériatrie en Côte d'Ivoire.

Où l'on apprend que les plus de 60 ans ne représentent que 4 % de la population (espérance de vie à la naissance de 36 ans, en raison notamment du VIH et de la guerre).

Où l'on apprend qu'il n'existe pas de gériatre en Afrique Noire.

Où l'on apprend enfin qu'il n'y a qu'un seul électrocardiogramme pour le CHU d'Abidjan (ce qui explique la sous-évaluation du nombre d'IDM, la mort subite étant encore souvent la conséquence de « sorcellerie »).

Diagnostic cognitif et EMG

Aux urgences ou dans un service d'hospitalisation, il est pratiquement impossible de faire un diagnostic précis de pathologie cognitive (pathologie somatique aigüe, locaux inadaptés, perte des repères...) Le diagnostic de confusion est en revanche fréquent, devant faire rechercher ultérieurement une éventuelle pathologie cognitive sous-jacente.

Dans tous les cas, il faut être prudent dans le diagnostic émis, et proposer une réévaluation à distance.

L'intervention de l'EMG peut permettre d'intégrer le patient dans la filière gériatrique (consultation, hôpital de jour...).

Fibroscan°

Le fibroscan° est un appareil permettant d'évaluer le degré de fibrose hépatique. D'usage facile (10 mesures nécessaires, durée totale d'examen de 5 min), il utilise une onde mécanique dont on mesure la vitesse de déplacement intrahépatique. Ses résultats sont corrélés à ceux du fibrotest°, association statistique de marqueurs biologiques (GGT, bili...), témoignant ainsi de sa fiabilité. Le CHU de Bordeaux est le précurseur.

Hypovitaminose D et force musculaire

Une étude stéphanoise a montré l'absence de relation entre déficit de force musculaire (palmaire et quadricipitale) et carence en vitamine D, quelle que soit le niveau de celle-ci.

Cette relation avait été établie antérieurement par d'autres études, dont le défaut semble être de n'avoir pas pris en compte de facteurs de confusion (âge, comorbidité, exercice physique...).

Dr Jérôme MATHIEU

Utilisation des antivitamines K – Armelle Gentric (Brest), Eric Pautas (Ivry/Seine)

Session de FMC très pratique et néanmoins « pointue ». L'utilisation des AVK concerne 1% de la population. Elle est représentée grossièrement en France par la fluinidone (Préviscan®) (75%), la warfarine (Coumadine®) (15%), l'acenocoumarol (Sintrom®) (5%). Les indications principales et indiscutables sont la maladie thrombo-embolique et l'AC/FA. Les deux experts étaient plutôt favorables à la Coumadine® du fait d'une demi-vie légèrement plus longue que celle du Préviscan®, d'une maniabilité un peu plus fine grâce au comprimé sécable à 2 mg, plutôt que « le quart de Préviscan® » pas toujours facile à couper, et dernier

argument, pas vraiment déterminant pour les praticiens français, par le fait qu'il est le seul cité et utilisé dans le monde anglo-saxon. Une réserve cependant, les boîtes à 5 et 2 mg de Coumadine® se ressemblent beaucoup, d'où un risque d'erreurs. Quelques notions phares et « mieux connaître la warfarine », (l'utilisation de la fluindione étant mieux connue) :

- Commencer le relais AVK **dès le premier jour** dans la maladie thrombo-embolique, en même temps que l'héparine de bas poids moléculaire
- 95 % des patients qui reçoivent de la warfarine sont à l'équilibre à 1 mg près au premier contrôle à J4, la dose d'équilibre la plus fréquente se situant **aux alentours de 3 mg**.
- Un schéma pratique : commencer à 4 mg (2 cp à 2 mg)
 - o à J4 rester à 4 mg si INR entre 1.3 et 1.5, passer à 5 mg si INR < 1.3, baisser à 3 mg si INR entre 1.5 et 1.7, à 2 mg si INR entre 1.7 et 1.9, à 1 mg si INR entre 1.9 et 2.5.
 - o à J6 ne pas changer la dose si INR entre 1.6 et 2.5 ; varier de 1 mg en plus ou en moins en dehors de ces limites.
 - o équilibre atteint vers J8-J9
- Contrôle hebdomadaire le premier mois, puis chaque quinzaine pendant un à deux mois, puis une fois par mois (jamais moins)
- Contrôle facile voire impératif lors de tout événement de santé intercurrent ou **toute modification de traitement** ++
- Education du patient, même en institution : fondamentale ! Carnet de suivi +++ (www.afssaps.sante.fr ; <http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/10/plaqavk.pdf>) ; **pas d'automédication**
- Mycoses buccales ou cutanées : Attention aux imidazolés ! même locaux (ex gel buccal) : potentialisation ++.
- Pas régime associé ! il faut être intoxiqué au chou ou à la salade pour que ça interfère
- Si on introduit un nouveau médicament, quel qu'il soit, faire deux INR la semaine suivante
- Pas de contre-indication chez le dément s'il a un entourage ; c'est même un élément favorable.
- Le risque de chute n'est pas une contre-indication au traitement par AVK en cas d'AC/FA. Le rapport bénéfice risque est favorable au traitement par antivitamine K notamment pour le risque de survenue d'un hématome sous-dural (1, 2, 3)

1. Man-Son-Hing M et al. Choosing antithrombotic therapy for elderly patients with atrial fibrillation who are at risk for falls. Arch Intern Med. 1999 Apr 12;159(7):677-85

2. Bond AJ, et al. The risk of hemorrhagic complications in hospital in-patients who fall while receiving antithrombotic therapy. Thromb J. 2005 Jan 7;3(1):1.

3. Gage BF, et al. Incidence of intracranial hemorrhage in patients with atrial fibrillation who are prone to fall. Am J Med. 2005 Jun;118(6):612-7.

Dr Bernard LEBLANC

Les Equipes Mobiles de Gériatrie

A. Docteur DANTOINE – Limoges : EMG aux urgences : quels modèles de fonctionnement ?

L'EMG de Limoges a débuté en 2004 ; l'équipe était considérée comme complète l'année suivante. Au CHU de Limoges, parmi les 39 000 adultes admis aux urgences, 8 000 avaient plus de 75 ans. Parmi ceux-là, 15/22 étaient polypathologiques, environ 1 600 avaient plus de 90 ans (soit 4 admissions par jour en moyenne dans cette population sachant que dans 40% des cas il existe un problème médico-social).

Au SAU (Service Accueil Urgences), l'urgentiste, qui reste le responsable du malade, a une obsession : placer le malade et rapidement. Au SAU, l'EMG a 4 missions :

- Expertise gériatrique : évaluation de la fragilité, aide au diagnostic et au traitement.
- Rôle de prévention : gestion de la fragilité et de la polypathologie, prévention de la décompensation fonctionnelle et aide à l'orientation du malade (si possible, retour à domicile).
- Coordination autour de la personne âgée avec informations auprès du malade, de son entourage, du médecin traitant, du médecin hospitalier et des soignants.

- Rôle de régulation c'est-à-dire mission d'intérêt général : éviter l'hospitalisme et le SAU, favoriser l'orientation vers la consultation ou l'hôpital de jour gériatrique et la régulation téléphonique.

De manière caricaturale, on peut définir deux modes de fonctionnement :

- Le 1^{er} consiste à prendre en charge la personne âgée de A à Z après régulation expertise.
- Le 2^{ème} se « limite » à un simple avis médical, c'est-à-dire une intervention ponctuelle.

Concernant les moyens, trois possibilités :

1. L'EMG se limite à un médecin.
2. L'EMG est représentée par une vraie équipe pluridisciplinaire comme à Limoges : un gériatre, 3 IDE, une cadre à mi-temps, une assistante-sociale, une psychologue à mi-temps et une ergothérapeute.
3. L'EMG est interdisciplinaire en associant des moyens propres à la gériatrie et la psychogériatrie.

Concernant les lieux d'intervention, on peut également envisager 3 possibilités :

1. L'EMG n'intervient qu'au SAU (gériatre « urgentiste »).
2. L'EMG est mobile et intervient au SAU et à l'UHCD.
3. L'EMG intervient dans le secteur post-urgences.

En termes de disponibilité, l'EMG intervient le plus souvent du lundi au vendredi entre 8 h 00 et 18 h 00. Se pose le problème des week-ends pour lequel on pourrait envisager une IDE dite « sentinelle » avec un gériatre d'astreinte.

Concernant le mode d'intervention, il peut se faire soit sur demande soit de manière systématique. Ceci étant, certaines EMG fonctionnent en 2 temps dans la mesure où une 1^{ère} évaluation est faite par l'IDE dite « sentinelle » ; dans un 2^{ème} temps, elle sollicite le gériatre, l'assistante-sociale... Se pose également le problème de la population cible : faut-il évaluer systématiquement tous les + de 75 ans ? Faut-il se limiter à évaluer la population dite polypathologique ? Faut-il évaluer les patients qui potentiellement peuvent retourner au domicile ?

En termes de financement, il existe 2 possibilités : MIGAC exclusive ou T2A.

↳ En conclusion, le Dr DANTOINE rappelle que les EMG sont multicolores dans la mesure où leurs moyens diffèrent et qu'elles doivent d'adapter à la structure dans lesquelles elles fonctionnent.

B. Docteur COUTURIER – Grenoble : Intervention dans les service de spécialité : Pour quelle population et jusqu'où aller ?

On rappellera que la population fragile représente plus de 50 % des patients hospitalisés et qu'on entend par « syndrome gériatrique » les patients admis notamment pour : chutes, confusion, troubles cognitifs, troubles du comportement, dénutrition.

Il a clairement été prouvé que la collaboration entre les gériatres et les orthopédistes permettaient de diminuer la DMS mais également la fréquence des complications telles que dénutrition, escarres, infection, confusion et maladie thromboembolique.

Comme chacun le sait, l'oncogériatrie se développe. Là aussi, la collaboration entre les deux spécialités est intéressante (par exemple sous forme de RCP). Les situations les plus fréquentes sont représentées par la gestion de la crise, le refus des soins, l'existence de troubles cognitifs, la survenue d'un syndrome de régression, les troubles de la marche voire les chutes sachant par ailleurs que dans 60 % des cas il existe un problème médico-social.

Dans le cadre des EMG, il faut éviter de : être attendu, être absent, donner des leçons, se substituer aux collègues, transférer tous les malades en gériatrie ou « botter en touche ». Il faut au contraire préférer : constance et partenariat, délais d'intervention courts, réponses en priorité aux questions posées, proposer des solutions originales, travailler sur site en utilisant les ressources existantes, proposer un recours avec le plateau gériatrique.

➤ Jusqu'où aller ?

- Faire des diagnostics,
- Hiérarchiser les différentes pathologies,
- Aider à la décision,
- Orienter et proposer un plan de soins personnalisé,
- Former en termes de prévention, de réadaptation précoce et de sortie du patient fragile.

➤ Jusqu'où ne pas aller ?

- En chirurgie : ne pas se substituer au médecin et essayer d'intervenir en pré- et post-op
- En Médecine : attention à ne pas devenir l'organisme de placement mais privilégier l'évaluation gériatrique ainsi que l'aide aux décisions et aux orientations difficiles.

➤ A Retenir :

- Fragilité,
- Syndromes gériatriques,

- Intervention précoce,
- Suivi des recommandations,
- Continuité des soins,
- Conventions avec les pôles.

C. Docteur HEITZ – Strasbourg : Comment assurer le suivi et le respect des recommandations des patients vus en UMG ?

Pour débiter, l'intervenant rappelle que le suivi des recommandations est un critère majeur de l'efficacité des protocoles d'EGS. Il conseille de prévoir d'emblée lors de la création de l'UMG un protocole de suivi des recommandations.

D.HEITZ présente ensuite plusieurs résultats d'études : le suivi des recommandations dans la prévention du syndrome confusionnel (Inouyé Jama en 2003), le suivi des recommandations en unité de soins (Katz en 1985 et Allen en 1996) et enfin les résultats d'une étude personnelle réalisée à Strasbourg.

Certains facteurs augmentent l'adhésion : discussion des recommandations avec l'équipe soignante, limitation du nombre de recommandations initiales, hiérarchisation des recommandations et suivi régulier durant l'hospitalisation. Ceci étant, l'adhésion varie selon le type de recommandations : elle est importante pour la rééducation, les modifications thérapeutiques et la préparation de la sortie. Elle est plus faible en termes de prévention de la confusion et de déafférentation sensorielle. Enfin, les recommandations sont mieux suivies si elles font suite à une demande du service plutôt qu'à un repérage systématique...

Certains facteurs influencent l'adhésion du médecin traitant aux recommandations : facteurs liés aux recommandations elles-mêmes (nombre de recommandations, hiérarchisation de recommandations et type des recommandations), facteurs liés aux perceptions du médecin traitant (bénéfice de la recommandation, facilité d'exécution et éventuelles responsabilités médico-légales en cas de non respect de la recommandation), facteurs liés à la pathologie (sévérité de la pathologie, type de pathologie et couverture social), facteurs liés à la communication entre médecins (écrit < oral < oral + écrit < oral + écrit + relance), facteurs liés à la relation médecin traitant-patient et facteurs liés aux caractéristiques du médecin traitant (femme > homme, jeune > + âgé). Enfin, certaines études se sont intéressées aux facteurs qui influençaient l'adhésion aux recommandations du patient et de son entourage...

↳ En conclusion, l'intervenant insiste sur les messages suivants :

- Le suivi des recommandations est un problème crucial pour les UMG.
- Il faut autant que possible limiter et hiérarchiser les recommandations.
- Il est nécessaire d'adapter les recommandations au service demandeur.
- L'adhésion aux recommandations dépend également de la communication avec le médecin traitant, le patient et son entourage.

Référence : Cudennec T. Soins.Gérontologie.64.17-17, mars 2007 « les Equipes Mobiles de Gériatrie. Un plus dans la prise en charge des patients âgés ».

D. Évaluation gériatrique par l'infirmière :

1. EVALUATION AUX URGENCES (expérience de Grenoble) - Annie Gromier :

Convention écrite pour cibler la population :

- Plus de 75 ans
- Fragilité médicale et/ou sociale
- Sont exclus les patients monopathologiques, fin de vie ou psychiatriques.

→ Objectifs :

- Identification des syndromes gériatriques
- Dépistage de la fragilité et de la vulnérabilité

→ Réalisation de l'E.G.S. puis :

- Propositions de soins notamment en termes de prévention : perte d'autonomie, douleur, escarres...
- Moyen terme : réautonomisation si perte d'autonomie
- Long terme : réinsertion à domicile, renforcement plan d'aides, protection juridique...
- Orientation : dans la filière gériatrique, réseau hospitalier ou retour à domicile.

Difficultés liées notamment à la pression pour vider l'unité, pauvreté des lits d'aval, d'effectuer l'enquête médico-sociale en temps réel, fiabilité des informations.

2. EVALUATION DANS LES SERVICES (expérience de Poissy) - M.C. Auger :

Elaboration du projet de soin et projet de vie (abordé avec le service social) :

→ Transmissions à la famille :

- Prise de décision thérapeutique « lourde » en tenant compte du rapport bénéfice/risque : dialogue avec la famille
- Rôle de médiateur quand conflit avec les services
- Préparation à la sortie

→ Transmissions aux professionnels :

- Synthèse de l'évaluation qui reste dans le dossier médical
- Transmissions orales à : médecin, cadre, IDE, AS, assistante sociale, kiné...

→ Quelle collaboration avec les services demandeurs ? :

- Mise en œuvre des pratiques gériatriques
- Transmission du savoir-faire
- Remettre en question certaines pratiques avec diplomatie

→ Indicateur d'efficacité : taux de réhospitalisation précoce mais nécessité de rechercher un indicateur plus fiable.

E. Rôles dans la coordination Ville-Hôpital : action intra et/ou extra hospitalière :

1. Docteur Thierry VOISIN : Expérience de l'hôpital de Toulouse :

L'EMG de Toulouse a été créée en 2001 sur un positionnement intra et extra hospitalier (consultations avancées au sein d'établissement d'hébergement). Au cours de son activité, l'EMG a mis à jour un certain dysfonctionnement avec une demande forte en intrahospitalier au détriment de l'extrahospitalier et a ainsi pu reformuler le projet réseau (jusqu'alors informel) et permettre sa mise en place.

Le réseau GERONTO PASTEL sera créé fin 2005 avec pour objectif d'aider les professionnels de santé à améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes et/ou fragiles. Le réseau est une plate-forme (n° de téléphone unique) de recours, de mise en relation (interpelle les acteurs qu'il juge nécessaire) et d'intervention. Le réseau permet de favoriser l'échange et l'obtention d'informations, la suppression de la répétition des évaluations, l'orientation rapide vers la structure ad hoc. D'autres activités viennent se greffer : un réseau dentaire spécialisé « personnes âgées » mais également un axe formation géré par le réseau avec ses thématiques propres.

L'EMG de Toulouse, par le biais d'une convention CHU – Pôle – Réseau, intervient sur le réseau 2 ½ journées médecins : consultations de proximité, consultations de crise (dans la journée), consultation d'éducation des aidants. L'EMG intervient également 4 ½ journées par mois sur le CLIC ; le but étant d'amener les personnes vers la filière gériatrique (personnes ne pouvant ou ne voulant pas aller à l'hôpital).

GERONTO PASTEL, c'est 1 h 20 mn d'appels téléphoniques par inclusion.

GERONTO PASTEL est basé sur le bien vouloir de chacun.

2. Docteur Dominique RICHARD : Expérience de l'hôpital de Dijon :

L'UMG de Dijon a été créée en 2004 et s'inscrit dans la filière gériatrique du Pôle Personnes Agées (CSG, SSR, EHPAD, HAD, HDJ d'évaluation et d'accueil de jour) ; elle est adossée à l'HDJ gériatrique. Son activité est à la fois intrahospitalière (excepté le SAU où des urgentistes ont été formés à la gériatrie) et extrahospitalière (au sein des établissements d'accueil de personnes âgées : COMADI).

Au sein de la filière gériatrique, il existait une expérience +++ de partenariat extrahospitalier (conseils, formation, implications des médecins traitants...). C'est ainsi qu'avec le Pôle PA + DDASS + ARH et le Conseil Général, un réseau a pu se mettre en place (qui jusque là était implicite) avec dans un 1^{er} temps des conventions UMG/EHPAD et la création en 2005 du réseau PRESAGE : associations de libéraux, interventions « tout terrain ».

Aujourd'hui, l'UMG de Dijon a une activité croissante (226 actions en 2006), elle est bien perçue en externe et améliore les liens Ville-Hôpital ; l'UMG est un maillon nécessaire du réseau ; reste le problème de son financement (MIGAC, T2A...).

F. Rôle des assistantes sociales dans les EMG :

Intervenante : Odile COUILLET (Bordeaux).

L'évaluation globale :

Elle s'effectue au lit du patient en équipe pluridisciplinaire.

L'évaluation de l'assistante sociale :

En complémentarité de l'évaluation médicale vient l'évaluation de l'assistante sociale. Elle consiste en :

- **Un recueil de données sociales** (conditions de vie, entourage familiale, amical, voisinage, proches, personnes référentes, ressources financières, aides et dispositifs déjà en place).
- **Un entretien avec le patient**, nous pouvons aussi repérer l'indication des personnes ressources, éventuellement leur récusement, leur part d'anxiété et celle du patient. L'entretien va aussi permettre l'expression des désirs du patient et de ses proches par rapport au retour à domicile qui restera la problématique.
- **Un contact avec l'entourage de la personne** et avec les différents acteurs de l'intervenant au domicile (professionnels, structures d'accueils).
- **Une mise en commun des évaluations**

Le travail en équipe va permettre d'identifier immédiatement les facteurs de risques tant médicaux que sociaux et de répondre au mieux aux besoins et aux projets de la personne évaluée et d'évaluer les difficultés de prise en charge au domicile.

Si la sortie du patient est possible sur le plan médical, l'équipe étudie la possibilité du retour de la personne dans son lieu de vie habituel avec mise en place d'aides ou augmentation des aides ou maintien des aides existantes.

Lorsqu'une hospitalisation s'impose l'EMG facilite le transfert du patient dans une filière gériatrique.

L'accompagnement du patient :

Dès le début de l'évaluation de l'assistante sociale, commence l'accompagnement du patient. Son rôle associe :

- Information au patient et aux familles
- Accès aux droits, notamment en matière d'aide à domicile
- Soutien dans les démarches
- Organisation du retour au domicile
- Entretien avec les proches
- Orientation en structure d'accueil
- Demande de protection juridique
- Maltraitance
- Visite à domicile
- Suivi post hospitalier (1 mois après suivi des recommandations par tel)
- Partenariat

Spécificités de l'assistante sociale à l'EMG :

- compétence gériatrique : connaissance des problèmes médico-sociaux liés à la personne âgée ≥ 75 ans
- connaissance de la législation
- connaissance des partenaires et réalité de terrain
- réactivité par rapport au service d'urgence (propositions immédiates, rapidité de mise en action des plans d'aide pour les retours à domicile)
- travail en équipe pluridisciplinaire et s'appuie sur les compétences spécifiques des autres professionnels de son équipe mais elle doit aussi s'adapter à ce mode de fonctionnement très différent de son mode de fonctionnement habituel tout en conservant son propre regard et son professionnalisme
- ressource pour ses collègues hospitalières par sa connaissance des problèmes gériatriques et par ses compétences acquises en équipe pluridisciplinaire et son implication dans des services non gériatriques.

Difficultés que l'assistante sociale a pu rencontrer dans son travail en EMG :

- problèmes relationnels auxquels se heurtent les patients et leurs familles pour lesquels l'assistante sociale peut apporter un réel soutien : accès à l'information ; médiation patient/famille/soignant/médecin ; créer du lien entre les différents partenaires autour de la personne.
- Difficultés structurelles : coût du maintien à domicile, coût et disponibilité des structures d'hébergement et adaptation des établissements à certaines pathologies.

Dr Frédéric Martins-Condé

Quoi de neuf en gériatrie et gérontologie ?

- Actualités Santé publique : O. Saint Jean

A un moment où l'on parle beaucoup de fragilité, de son dépistage et de sa prise en charge, on s'aperçoit que sa définition, ses déterminants restent imprécis et que les bénéfices attendus de sa prise en charge ne sont pas démontrés.

- Une étude portant sur la corrélation possible entre l'exposition à la barbarie nazie et les marqueurs de fragilité : cette corrélation a été positive pour les comorbidités, mais négative pour ADL, IADL, mortalité et pratique religieuse.
- La prise en charge individualisée du patient au sein d'un réseau d'aide à la décision et la prise en charge n'a pas eu d'effet sur la mortalité, l'entrée en institution, l'incidence de la perte d'autonomie ; mais effet positif sur la satisfaction du patient (choisit son itinéraire), le soulagement du fardeau de l'aidant.
- La formation de patients déments et de l'aidant a montré une amélioration du suivi des recommandations, un moindre déclin de santé, une meilleure intégration sociale sans retentissement sur l'impression de la qualité de vie.
- Actualités thérapeutiques : J. Belmin
 - Effets positifs de la stimulation cognitive sur les capacités cognitives et les IADL, chez les PA non déments, mais importance de faire varier les tâches d'entraînement (mémoire épisodique, raisonnement, rapidité).
 - Donepezil n'a aucun effet sur l'agitation des PA atteintes de MA (étude en double aveugle contre placebo)
 - Rivastigmine n'a pas d'effet sur l'évolution de patients MCI vers une MA mais des effets indésirables (asthénie, douleur abdo). A noter 20% d'évolution vers la MA dans le groupe placebo après 48 mois. (étude en double aveugle contre placebo)
 - Efficacité d'un programme de soutien aux aidants (patients MA à domicile) : diminution de 30% du nombre d'entrée en institution avec retard de 1,5 an par rapport au groupe témoin.
 - Prévention primaire des maladies CV par statines (Pravastatine+régime/régime seul) : effet + sur coronaropathie et IDM pour patient de plus de 60 ans mais très peu de patients de plus de 75 ans dans l'étude... à voir
 - Pas d'efficacité des Oméga 3 sur les scores cognitifs dans la MA
 - La prise de pouls + ECG si anomalie est plus efficace pour détecter la FA que ECG systématique
 - L'arrêt des biphosphonates après 5 ans est sans incidence sur les fractures non vertébrales (maintien de la densité osseuse) mais avec incidence sur les fractures vertébrales (diminution de la densité osseuse).
 - Protecteur de hanche n'ont pas montré d'efficacité à domicile sur les FESF et efficacité incertaine en institution.
 - L'existence d'un syndrome métabolique n'est pas corrélée à l'âge.
 - Eléments prédictifs de transfert à l'hôpital et de décès lors d'une infection pulmonaire en institution ; Fr resp >30, fr card > 125, troubles de csc, atcd demence, sat < 90
 - 30% PA en consultation ont un IPP, 50% en soins de suite !!!! A noter une augmentation du risque de FESF (durée et dose dépendante) et une diminution de l'absorption du Ca (liée à l'achlorhydrie)
 - IRS augmentent par 2 le risque de chute et de fracture (action de la sérotonine)
 - Jus de fruit (non fermentés ?....) diminuent le risque de MA bien plus que les Vitamines anti-oxydantes.....
- Actualités thérapeutiques : J.M. Vetel
 - Rapport HAS sur efficacité des med dans MA suite aux méta analyses Cochrane et publication NICE :
 - Effet minime sur échelle cognitive et troubles du comportement
 - N'empêche pas l'évolution de la maladie
 - Ne retardent pas le passage en institution
 - Efficacité incertaine à long terme
 - ASMR IV (mineur)
 - Mais rôle structurant dans la prise en charge...
 - Les posologies prescrites interrogent, les associations y compris aux stades débutants (50% des prescriptions actuelles), la poursuite des traitements jusqu'au décès ne reposent sur aucune étude sérieuse.

Dr jean GOYARD

Communications libres

- Paramètres nutritionnels – J.M Gauvain – Orléans

Cohorte SAFE – JAG

La perte d'autonomie est corrélée :

- au MNA court
- à l'IMC
- au syndrome gériatrique de dénutrition
- à la circonférence brachiale ++ (valeur seuil ?)

- Dépistage des troubles de la déglutition – E. SELINI – St Bastien de Morsent

Intérêt d'un test clinique simple : Le test des 100 ml

- Faire boire un verre d'eau de 100 ml
- Débit normal > 10 ml/s (soit moins de 10 secondes)
- Noter : nombre de déglutitions, volume bu, troubles constatés.

- Synthèse sur les traitements de la maladie d'Alzheimer – JM VETEL – Le Mans

- Les anti Alzheimer présentent un SMR important mais un ASMR mineur (niveau IV) = l'efficacité est modeste mais ils sont utiles compte tenu de la gravité de la maladie
- Amélioration de la cognition à hauteur de 0.3 à 1.4 sur le MMS
- Efficacité non prouvée sur le retard du déclin cognitif et de l'entrée en institution

- Quelle association d'antihypertenseurs sur la pression pulsée – O. HANON - Paris

- Rappel : avec l'âge, augmentation de la PAS et diminution de la PAD, donc augmentation du différentiel = la pression pulsée.
- Recommandations européennes 2007 : le niveau de pression pulsée est un facteur de risque si > 65 – 70.
- L'association diurétique thiasidique + inhibiteur calcique > l'association diurétique + B bloquant.

- Validation de l'échelle de douleur aiguë ALGOPLUS – M MICHEL – Rennes

- 5 items OUI / NON : Visage, regard, verbal, mouvement, comportement.
- Seuil douloureux à 2 ?

Maladie d'Alzheimer – Grande cause nationale

- Troubles de la marche et MA – O. Beauchet – Angers

La motricité implique la cognition. Les troubles de la marche dans la maladie d'Alzheimer sont constatés précocement, dès le stade MCI. Ils sont liés à l'atteinte sous-corticale ++, responsable d'un trouble du traitement des informations sensorimotrices.

L'automatisme de la marche régule la posture et l'adaptation dynamique. Il s'exprime à trois niveaux : les réflexes médullaires, l'automatisme sous-corticale et l'adaptation frontale.

L'un des tests, non spécifique, qui révèle ce trouble est le « stop walking when talking ».

Plus intéressant, l'analyse de la variabilité du pas ++. L'expérience menée sur tapis de marche révèle l'augmentation de cette variabilité du pas en double tâche chez le patient Alzheimer. Il existe un lien entre la variabilité du pas et l'aggravation du syndrome dysexécutif ainsi que l'hypo perfusion frontale. Après traitement antiAlzheimer, la double tâche ne perturbe plus la variabilité du pas.

- Aspects nouveaux de l'imagerie dans la MA – C. HOMMET – Tours

L'IRM en séquence T2 Flair (temps vasculaire), non encore utilisé en routine, révèle des lésions précoces du lobe temporal médial, au niveau du cortex entorhinal.

On constate chez les patients Alzheimer une diminution volumétrique de 30 à 40 % de l'hippocampe. En dépistage précoce, on observe une stabilisation de ce volume chez les MCI stables, tandis que les MCI qui déclinent voient leur volume hippocampique diminuer. Le seuil pathologique de ce volume n'est pas connu.

Imagerie métabolique :

IRM et TEP au glucose : intéressant pour les démences sémantiques (atteinte temporelle).

Utilisation d'un nouveau traceur : le PIB, qui marque la protéine amyloïde. Intérêt dans au stade MCI et pour les démence à corps de lewy. Pas intéressant pour les DFT.

Combinaison des marqueurs ? En cours d'étude.

- Perspectives des traitements non pharmacologiques – P. JOUANNY – Rennes
ANAES 2003

Stimulations cognitive, comportementale, sensorielle. Lieu de vie.

De nombreux travaux mais sur peu de cas, surtout descriptifs. Peu d'étude concluante sur l'efficacité de ces techniques.

- Perspectives thérapeutiques – G. BERRUT – Nantes

L'hypothèse amyloïde : principale cible.

1 – Stimulation de l'alpha sécrétase pour diminuer la bêta sécrétase qui agit sur la protéine précurseur de la bêta amyloïde : trouver un agoniste spécifique...

2 – Empêcher la gamma sécrétase d'activer la bêta amyloïde. AINS à forte dose ?

3 – Inhiber la bêta sécrétase. Actuellement, 15 molécules en phase 1, 1 en phase 2...

4 – Empêcher l'agrégation de la bêta amyloïde : chélateur du cuivre...

5 – Agir sur la plaque amyloïde : immunothérapie (problème encéphalite...).

6 – Neuroprotection : ginkgo biloba...

Coupe PATHOS en EHPAD – P. PREVOST – Rennes

Coupe PATHOS en USLD, 2007 : 935 services.

3.4 % de moins de 60 ans

72 % de femmes.

8 pathologies par patient.

82.8 ans de moyenne d'âge.

35 % de SMTI (Soins Médicaux Techniques Importants).

¼ de patients « psycho gériatriques »

PMP = 580 pour les SMTI.

Remarques :

¼ des USLD ont moins de 40 lits.

50% des USLD ont moins de 20% de SMTI.

65% des patients sont déments dont 30% avec des troubles du comportement.

Projection des EHPAD = 10% de SMTI. En nombre de patients cela correspond, compte tenu du nombre d'EHPAD en France, au double de patients SMTI de l'ensemble des USLD du territoire.

Session groupes de travail et filiales

- Soins Palliatifs – M-P HERVY – Kremlin-Bicêtre

Elaboration de fiches pratiques en collaboration avec la Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs :

« **Troubles de la déglutition chez le sujet âgé en situation palliative** »

<http://www.sfap.org/pdf/III-G7b-pdf.pdf>

« **Réévaluation de l'indication d'une Gastrostomie Percutanée Endoscopique (GPE) chez le patient âgé en fin de vie - Décision de maintien, de retrait ou de repose** »

<http://www.sfap.org/pdf/III-G7c-pdf.pdf>

« **Il va mourir de faim, il va mourir de soif** » : Que répondre ?

<http://www.sfap.org/pdf/III-G7d-pdf.pdf>

« **Le refus alimentaire chez la personne âgée en fin de vie** »

<http://www.sfap.org/pdf/III-G7e-pdf.pdf>

- Neurogériatrie – M VERNY – Paris

- L'épilepsie : augmentation de l'incidence avec l'âge, de diagnostic toujours difficile...

En cours d'élaboration, un algorithme diagnostic avec **score gériatrique** qui prendrait en compte **clinique + IRM + EEG précoce**.

- Equilibre et marche (groupe EMARGE) – F PUISIEUX – Lille

Objectif : un référentiel pour la prévention des chutes à l'hôpital. EPP « Chute ».

Pistes : Education du patient chuteur, évaluation du patient chuteur en ambulatoire, recherche actimétrie / accélérométrie...

DEPRESSION (Dr Robert, Dr Lion) – 24/10/2007

PREVALENCE en EHPAD

- Dépression majeure : 13%
- Symptômes dépressifs : 20%
- 60 à 70% des symptômes ne sont pas pris en charge

PARTICULARITES CLINIQUES

- Expression moindre de la tristesse
- Début tardif, sans atcd
- Plaintes somatiques fréquentes (douleur)
- Plaintes subjectives de mémoire
- Anxiété, troubles du caractère
- Apathie souvent associée

Crise suicidaire souvent masquée et plus grave chez la PA surtout chez l'homme

FACTEUR DE RISQUE

Anomalies de la substance blanche, AVC, âge, HTA, diabète, troubles du rythme

Quand penser à une dépression ;

- Entrée en institution
- Existence de facteurs de risque
- Changement de l'humeur

La dépression est un facteur prédictif de Maladie d'Alzheimer

TRAITEMENT

- Début progressif
- Eviter les tricycliques, les IRS a priori mieux supportés
- Poursuivre le TTT 6 à 12 semaines pour juger de leur efficacité (AFFSAPS)
- Durée de 6 mois minimum

SFGG – INSOMNIE – 24/10/2007 – (Dr Leger, Dr Belmin)

GENERALITES :

- Sommeil a un rôle réparateur de la veille précédente et de préparation à la veille suivante
- PA se couche plus tôt et se lève plus tôt, son sommeil est biphasique ; nocturne (7 h) et diurne (15mn)
- 90% des pA dorment de 5 à 9 heures
- 1/3 des PA se plaignent de leur sommeil
- L'âge n'est pas un facteur de risque
- Facteurs de risque : inactivité, insatisfaction de la vie sociale, pathologies organiques et psychiatriques.
- Satisfaction de la vie sociale est un facteur protecteur.

DIAGNOSTIC = Critère A+B+C

- Critères A :
 - Difficultés d'endormissement
 - Eveil trop précoce
 - Sommeil non réparateur
 - Difficulté à rester endormi
- Critère B :
 - Difficultés de A surviennent en dépit de circonstances adéquates pour dormir
- Critère C
 - Nécessité d'une répercussion sur les activités diurnes

SEVERITE

- Insomnie légère ≤ 1 nuit/semaine
- Insomnie aigue ou chronique > 4 nuit/semaine

INTERROGATOIRE

- Heure du coucher
- Délai pour s'endormir
- Déroulement de sommeil
- Nombre de réveils
- Durée du réveil
- Heure du lever
- Sieste diurne
- Retentissement diurne, TTT en cours, TTT déjà prescrit.

Insomnie est un facteur de risque de dépression, cardio-vasculaire, diabète, chute

TRAITEMENT (HAS 2007)

- Médicament à $\frac{1}{2}$ vie courte
- Dose la plus faible possible et pendant la durée la plus courte possible, $\frac{1}{2}$ dose si >65 ans
- Préparer la fin du traitement
- Réévaluation régulière
- Penser au traitement intermittent, à la demande, quelques jours par semaine
- Eviter les anxiolytiques
- En cas de prise au long cours, risque de syndrome de sevrage
- Arrêt doit être progressif

A MEDITER

- Aucun hypnotique n'a montré d'efficacité à long terme
- Résultats Etude de 24 000 PA de plus de 60 ans sous traitement
 - Qualité de sommeil non modifiée
 - Quantité de sommeil augmentée + 25 mn
 - Diminution du nombre d'éveils
 - MAIS
 - Troubles cognitifs $\times 4,7$
 - fatigue $\times 3,8$
 - chute $\times 2$

Dr Jean GOYARD

RENCONTRES DE GERONTOLOGIE PRATIQUE

Paris – 17-18 janvier 2008

Quand mettre un pacemaker ?

En France 40 000 pacemakers sont implantés par an à un âge moyen de 79 ans. Auparavant, l'indication était essentiellement rythmique. De plus en plus, les indications deviennent hémodynamiques. Pour arriver à l'indication, utilisation d'enregistreurs externes sur de longues durées (plusieurs jours). Pour mémoire, existence d'enregistreurs implantables.

Les principales indications des pacemakers sont les troubles de la conduction sinu-auriculaire, les blocs auriculo-ventriculaires, l'hypersensibilité sinu-carotidienne (massage alternatif du nœud carotidien 10-15 secondes), indication hémodynamique pour l'insuffisance cardiaque au stade III et IV lorsqu'il y a asynchronisme électrique et bloc de branche gauche. Le pacemaker coordonne la contraction de la paroi latérale du ventricule et du septum. Indication également dans les alternances blocs droit et gauche au titre de la prévention.

Fibrillation atriale : réduire ou ralentir ?

Il est rappelé la fréquence des facteurs déclenchants dans les accès d'arythmie complète par fibrillation auriculaire (anémie, déshydratation, infection, trouble du potassium, etc...). La correction des facteurs déclenchants est alors essentielle.

Quel est le risque embolique ? Il faut 48 heures à l'organisme pour former un thrombus. Au-delà de ce délai, une décoagulation efficace de plusieurs jours est indispensable avant toute tentative de régularisation quelle que soit sa nature.

Régulariser avec quel traitement ? soit des antiarythmiques de classe III (AMIODARONE), soit de classe II (bêtabloquants), soit de classe IV (VERAPAMIL, DILTIAZEM).

Après régularisation, 60 % des patients sont en rythme sinusal à un an. S'il existe préalablement une dilatation auriculaire, il y a peu de chances de réduire la fibrillation.

En cas de mauvaise tolérance hémodynamique, les tentatives de réduction sont tout à fait licites.

Réduire ou régulariser ? Pas de différence sur la mortalité (il s'agit d'études chez les plus + 70 ans).

Il est rappelé l'importance de la systole auriculaire chez la personne âgée pour un bon fonctionnement cardiaque. Elle contribue au remplissage du ventricule gauche.

Lorsque le choix est fait de ralentir plutôt que de réduire, on peut utiliser :

- 1 – les bêtabloquants mais du fait de leur effet inotrope négatif, risque d'insuffisance cardiaque,
- 2 – digitaliques ou CORDARONE,
- 3 – digitaliques si sédentaires.

Si arythmie complète par fibrillation auriculaire et insuffisance cardiaque récente : utilisation de la DIGOXINE ou de la CORDARONE si le trouble du rythme est inférieur à 48 heures.

Si arythmie complète par fibrillation auriculaire ancienne, ne pas se presser. Bien décoaguler. Etude de la fonction cardiaque. Si pas de dilatation auriculaire, tenter de réduire. Si dilatation auriculaire, se contenter de ralentir avec digitaliques et surtout les nouveaux bêtabloquants.

Eviter de réduire si la durée de l'arythmie complète par fibrillation auriculaire est inconnue avant une décoagulation très efficace. Il est rappelé qu'il ne faut pas prescrire de CORDARONE s'il n'y a pas d'anticoagulation efficace, au-delà des 48 premières heures d'AC/FA.

Pour décider que la réduction par CORDARONE est un échec, il convient d'avoir prescrit et fait absorber 30 à 50 comprimés. Il est rappelé l'intérêt des nouveaux bêtabloquants dans ces indications.

Fibrillation atriale : anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires ?

Les conséquences de la fibrillation auriculaire ne sont pas nulles puisqu'elles augmentent la mortalité de 2 à 3, le risque de démence est multiplié par 2, le risque d'accident vasculaire cérébral multiplié par 5.

En matière de prévention du risque embolique, les antivitamines K (INR compris entre 2 et 2,5), versus placebo, réduisent le risque de 62 %.

Pour ce qui concerne l'ASPIRINE, versus placebo, la réduction du risque d'accident vasculaire cérébral est de 19 %.

AVK, versus ASPIRINE : réduction du risque d'accident vasculaire cérébral de 36 % avec les AVK mais augmentation du risque d'hémorragie cérébrale de 0,2 % par an.

Des études d'observation confirment la réduction de plus de 50 % des AVC après 75 ans associés à des facteurs de risques. Si l'accident vasculaire se produit, il est moins grave lorsqu'il existe un traitement par AVK.

Toutefois, des changements conceptuels se sont produits en mai 2007. Il s'agit de l'utilisation des mêmes études mais avec une lecture différente.

- 1 – Pas de facteurs de risques : → ASPIRINE 75 à 325 mg par jour.
- 2 – Un facteur de risque modéré (âge supérieur à 75, hypertension artérielle, ou insuffisance cardiaque, ou diabète) : → ASPIRINE 75 ou 325 mg ou AVK (INR 2-2,5) en fonction du contexte.
- 3 – Un facteur de risque sévère (antécédents d'accident vasculaire cérébral) ou plus de deux facteurs de risques modérés : → AVK.

D'une manière générale, il est considéré que le risque hémorragique sous AVK est surestimé en Gériatrie et sous-estimé avec l'ASPIRINE. La tendance plaide donc plutôt en faveur des AVK. La contre-indication éventuelle est une démence avec micro-hémorragie visible en IRM en T2 spécial.

Il est enfin fait mention, vis-à-vis des chuteurs, qu'il ne peut y avoir contre-indication automatique aux AVK.

STATINES : quelles indications en prévention cardiovasculaire primaire et jusqu'à quel âge ?

Il est rappelé que les accidents ischémiques après 75 ans sont peu dépendants des facteurs de risques classiques. Selon l'étude FRAMINGHAM, l'âge optimal pour la prescription en présence de facteurs de risques est 40 ans. Très peu d'intérêt après 70 ans.

Les études HPS et PROSPER comportent de nombreux sujets dont l'âge est supérieur à 70 ans. Pour HPS, diminution d'1/4 des événements cardiovasculaires. Le gain est similaire après 75 ans.

Pour l'étude PROSPER, diminution de 15 % des événements cardiovasculaires. Pas de différence sur la mortalité totale.

Le paramètre le plus intéressant paraît être le dosage du HDL cholestérol. Pour un taux inférieur à 0,45 g, la population cible est définie et idéale pour le traitement. Si HDL est élevé, aucun intérêt à une prescription de STATINES. Il s'avère de plus en plus que HDL cholestérol est l'arbitre de l'indication de la prescription des STATINES en prévention primaire.

Il est fait état de l'étude CORONA : STATINES + insuffisance cardiaque. Pas de différence. L'insuffisance cardiaque n'est donc pas une indication à un traitement par STATINES.

Conclusions :

- 1 – indications des STATINES sur taux de LDL cholestérol et surtout HDL cholestérol.
- 2 – Après 75-80 ans, l'élévation isolée du LDL cholestérol n'est pas une indication.
- 3 – Se souvenir des effets indésirables potentiels.

STATINES : quelles indications en prévention cardiovasculaire secondaire ?

Les recommandations de l'AFSSAPS 2005 étaient l'intérêt des STATINES en cas de très haut risque cardiovasculaire après 70 ans, c'est-à-dire antécédents d'AVC, d'artérite et de maladie coronarienne.

Le plus significatif est la maladie coronarienne après 75 ans avec un risque élevé de mortalité. Il y a donc intérêt à prévenir.

L'étude PROSPER déjà citée montre que le bénéfice des STATINES se maintient 3 à 4 années seulement mais pendant cette période, bénéficie dans toutes les tranches d'âge.

En post-infarctus, intérêt des STATINES même après 90 ans.

Chez le coronarien, la prescription d'une STATINE est très utile, voire plus utile que les bêtabloquants et les IEC. «STATINES et ASPIRINE» est la formule minimum si l'on ne peut mettre tous les traitements à visée cardiovasculaire.

Le risque de cancer n'est pas évident sous STATINES. Pour prévenir les effets indésirables, doser au moins une fois CPK, ASAT et ALAT.

En conclusion : pour l'AFSSAPS, après 70 ans, intérêt des STATINES en prévention secondaire, à faible dose, en surveillance ASAT et ALAT. A remettre en cause si un événement raccourcit la vie et risque de diminuer l'espérance de vie.

En matière de posologie, pas de consensus. Se fier aux posologies utilisées pendant les études.

STATINES : quelles autres cibles ?

Il s'agit d'une revue à propos des démences, de STATINES et rétrécissement aortique, de STATINES et ostéoporose. Des pistes mais strictement rien de significatif actuellement. Sujets à suivre.

Bêtabloquants et hypertension artérielle.

Les indications de l'HAS 2005 sont confirmées avec, chez la personne âgée en première ligne, diurétiques thiazidiques et inhibiteurs calciques.

En cas de syndrome métabolique ou de diabète, IEC ou AA2.

En cas d'angor ou d'insuffisance cardiaque, bêtabloquants associés aux autres médicaments de la sphère cardiovasculaire en insistant sur les nouveaux bêtabloquants et en particulier le NEBIVOLOL, très cardiosélectif.

Les bêtabloquants ne sont intéressants qu'en 2^{ème} intention chez la personne âgée sans autres facteurs de risques, s'il n'y a donc pas angor ou insuffisance cardiaque.

Bêtabloquants et insuffisance cardiaque.

C'est l'occasion, et cela sera fait tout au long de la journée, de différencier insuffisance cardiaque systolique et insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée.

Dans le premier cas, la clinique est représentée par une dyspnée progressive, des antécédents d'angor, la fonction cardiaque droite est souvent normale, possible bloc de branche gauche et microvoltage.

Dans l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée, dyspnée aiguë, antécédents d'hypertension artérielle, hypertrophie ventriculaire gauche à l'ECG, et poussée aiguë fréquemment déclenchée par une arythmie complète par fibrillation auriculaire.

Pour identifier l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection conservée, il faut, à l'écho, une fraction d'éjection supérieure à 50 % et augmentation des pressions de remplissage. Une fraction d'éjection inférieure à 45 % est en faveur d'une dysfonction systolique.

Lorsque les autres causes de dyspnée, c'est-à-dire pathologie pulmonaire, valvulopathie gauche, péricardite constrictive, sont écartées, le diagnostic s'approche de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée. Les comorbidités sont fréquentes avec hypertension artérielle, diabète, obésité, syndrome d'apnée du sommeil. La présence d'autres comorbidités type hyperthyroïdie, insuffisance rénale sévère, maladie hépatique (cirrhose) et autres surcharges hydriques primitives, vont à l'encontre du diagnostic.

Dans l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée, la masse du ventricule gauche est augmentée, dilatation de l'oreillette gauche, ce qui conduit très fortement au diagnostic qui mérite d'être confirmé par l'échographie.

Bêtabloquants et insuffisance cardiaque chez la personne âgée (EMERIAU).

Quatre molécules ont l'AMM dans l'insuffisance cardiaque : le BISOPROLOL, le METOPROLOL, le CARVIDILOL, le NEBIVOLOL (l'action du bêtabloquant est prouvée pour ce dernier produit chez la personne âgée).

Il s'agit de l'étude SENIOR pour le NEBIVOLOL. Efficacité confirmée sur la mortalité globale. Le NEBIVOLOL réduit les morts subites. La dose atteinte est comprise entre 1,5 à 10 mg. L'objectif à atteindre est de 10 mg mais l'efficacité est prouvée pour toutes les posologies.

Le NEBIVOLOL (TEMERIT*) est le seul à avoir été testé en Gériatrie. La prescription se fait chez un patient déjà sous IEC et diurétiques. Jamais d'arrêt brutal.

Les contre-indications de ces produits sont connues : asthme, BPCO, BAV non appareillé, fréquence cardiaque inférieure à 50. Le diabète n'est pas une contre-indication.

Pour ce qui concerne les précautions d'emploi, prudence en cas de traitement bradycardisant associé. Pas de contre-indication en rapport avec l'insuffisance rénale sauf pour le BISOPROLOL. Pour l'artériopathie et la BPCO, le NEBIVOLOL a une sélectivité suffisante pour envisager sa prescription.

L'initialisation de la prescription se fait sur un état cardiaque stable depuis au moins un mois et sous traitement médical optimal comprenant IEC + diurétiques.

Il convient de démarrer à petites doses et de monter lentement avec 3 problèmes difficiles à résoudre, représentés par la bradycardie, l'hypotension et le bronchospasme.

Pour mémoire, la première prescription doit se faire en milieu hospitalier avec surveillance pendant 4 heures de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle. Les posologies initiales sont faibles : 1,25 pour le NEBIVOLOL. On doit augmenter par paliers de 10-15 jours. La dose efficace est celle qui est à la limite des effets indésirables.

EMERIAU conseille en cas d'insuffisance cardiaque sous ce traitement, lorsque la poussée est progressive, de réaliser dans l'ordre, une augmentation des diurétiques, augmentation de l'IEC, diminuer le bêtabloquant ? En cas d'OAP, déterminer le facteur déclenchant. Continuer ou diminuer ?

Insuffisance cardiaque diastolique.

En fait, il s'agit bien de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée. Les nouveaux critères diagnostiques font varier la prévalence avec un âge moyen de 76 ans : 61 % des patients ont une fraction d'éjection supérieure à 50 %. A 60 mois, le pourcentage de survie est de 19 %.

On constate de plus en plus une fonction systolique préservée chez le sujet âgé. Toutefois, le pronostic est aussi grave que dans l'insuffisance cardiaque systolique.

Cliniquement, le diagnostic est fait sur la présence de signes d'insuffisance cardiaque, ventricule gauche conservé avec une fraction d'éjection supérieure à 50, des signes de dysfonction diastolique, l'échographie devant être faite dans les 48 heures qui suivent l'épisode aigu. La clinique est représentée par une dyspnée ou une respiratoire courte qui représente le symptôme le plus précoce, souvent le seul signe chez un patient en ambulatoire et associé à des signes de congestion chez un patient hospitalisé. Notion d'OAP flash.

Fonction systolique	préservée	altérée
Terrain	Age sup. 75 ans. Sexe F. Antécédents HTA, diabète	Age variable. Antécédents infarctus.
Signes fonctionnels	Dyspnée brutale	Dyspnée progressive
Signes physiques	Galop télédiastolique. SS éjectionnel, HTA, ICD rare.	Galop protodiastolique. IM fonctionnelle. Hypotension. ICD fréquente
Facteurs déclenchants	Poussée HTA. FA paroxystique. HAG.	Non spécifiques.
ECG	HVG.	IDM – BBG – Microvoltage.
Radiographie	RCT inf. 50 %	RCT sup. 50 %

Profil des patients selon la fonction ventriculaire gauche.

Il n'y a pas de recommandation standard pour le traitement de l'insuffisance à fonction d'éjection préservée. Toutes les thérapeutiques habituelles ont leur place à des degrés divers. Il est toutefois rappelé que les diurétiques ont tout leur intérêt pendant la poussée mais qu'il est préférable de les arrêter dès que les épanchements sont taris.

Insuffisance cardiaque systolique (EMERIAU).

L'auteur rappelle la gravité avec 40 % de décès un an après une première hospitalisation. Les signes cliniques sont évoqués. L'intérêt de la ProBNP ou de la BNP est évoqué dans le diagnostic. Les auteurs ne sont pas très au clair, me semble-t-il, sur le lien avec la fonction rénale.

Pour le traitement, 3 médicaments incontournables : les diurétiques, les IEC, les bêtabloquants. Pour EMERIAU, l'insuffisance rénale n'est pas une contre-indication aux IEC à petites doses. Il souligne, par contre, la fréquence des agueusies ou dysgueusies qui provoquent des anorexies. Pour lui, il est préférable de commencer le traitement par de petites doses le soir.

Pour les bêtabloquants, cela a déjà été évoqué longuement.

Dr Ana Maria Dascalita

Dr Roland Lopitiaux

PETITES ANNONCES

- **L'USLD du CH de Montluçon** recherche un médecin assistant généraliste des hôpitaux (possibilité de transformation en poste de PH).

Renseignement auprès du Dr Vian

ma.vian@ch-montlucon.fr

- **Le pôle Gériatrie-Gérontologie du CHRU de Clermont-Ferrand** dispose de 2 postes de médecins assistants des hôpitaux (temps pleins).

Contact : Dr Roland Lopitiaux 04-73-750-885 (rlopitiaux@chu-clermontferrand.fr)

COTISATIONS 2008

Le montant de la cotisation pour l'année 2008 est fixé à **25 euros**.

L'adhésion à la Société Régionale permet de participer gratuitement aux 2 réunions annuelles (entrée + résumé des communications + repas) et de recevoir le Bulletin semestriel.

Droit d'inscription pour une journée de la société de Gérontologie : 30€ pour les non-membres

Droit d'inscription pour une 1/2 journée de la société de Gérontologie : 15€ pour les non-membres

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



Siège social : HOPITAL NORD – 63118 CEBAZAT

Président : Docteur Régine MOUSSIER DUBOST
Tel 04.70.97.35.06
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

Dr Roland LOPITAUX
Tel 04.73.750.885 - Fax 04.73.75.08.87
rlopitiaux@chu-clermontferrand.fr

Trésorier : Dr Cyrus POURHADI
Centre Hospitalier Sainte-Marie
BP 21 43001 LE PUY Cedex
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
pledieu@chu-clermontferrand.fr

Secrétaire Adjoint :
(Le bulletin)

Dr Jérôme BOHATIER
Service de Médecine Gérontologie Clinique
Hôpital Nord - 63118 CEBAZAT
Tel : 04.73.750.885 - Fax : 04.73.750.887
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 !

Le site internet
de la Société de Gérontologie
Centre Auvergne :
www.sgca.fr

