

La prochaine journée se tiendra le **Vendredi 15 Mai 2009 au Puy En Velay**
sur le thème suivant :

PSYCHIATRIE DU SUJET AGE



La Réforme de la Protection Juridique des Majeurs

8 h 30 Accueil des participants

Centre Pierre cardinal
43000 LE PUY EN VELAY

PSYCHIATRIE DU SUJET AGE

Modérateurs : Dr Cyrus POURHADI – Dr Régine MOUSSIER DUBOST

9 h 00

Le mot du maire :

Mr L. WAUQUIEZ Secrétaire d'État à l'Emploi auprès de la ministre de l'Économie,
de l'Industrie et de l'Emploi

9 h 15

« **La filière psycho gériatrique : intérêt ? Nécessité ?** »

Dr G. BECAMEL – CMP Ste Marie Clermont Ferrand

9 h 30

« **Les troubles psychotiques à début tardif** »

Dr J-M DOREY – Neuro Psycho Gériatrie – CHU St Etienne

10 h 00

« **Spécificités d'un hôpital de jour psychiatrique pour personnes âgées**

»

Dr G. POURHADI – M. B. DELTOUR – *Infirmier* – Mme A. PUY – *Psychologue* –
Psychiatrie de la personne âgée – CH Ste-Marie Le Puy

11 h 00

Discussion

10 h 15

« **Traitement de la dépression : actualités** »

Dr P. AKIL – CH Ste-Marie Le Puy

11 h 45

« **Les pièges de la bipolarité chez le sujet âgé** »

Dr J-Y. PEROL – Clermont-Fd

12 h 30 – 14 h 00

DEPAS

La Réforme de la Protection Juridique des Majeurs

Modérateur : Dr Ghislaine POURHADI – Dr Jérôme BOHATIER

14 h 00

« **La nouvelle législation** »

Mme A-M. MACE – Juge des tutelles – Tribunal d'instance Le Puy

15 h 00

« **Le statut des tuteurs et les questions pratiques sur les conditions d'exercice des
mesures de protection** »

Mme S. OUILLON – Présidente Association Tutélaire Haute-Loire

15 h 20

« **Quels changements pour les tuteurs familiaux ?** »

Mme G. ISSARTEL – Vice-présidente Union Des Associations Familiales 43

15 h 40

« **Les questions soulevées en terme d'accompagnement social** »

16 h 00

Discussion

16 h 30 - FIN DE LA REUNION

GERONT'Auvergne

☛ LES RENDEZ-VOUS DU DÉPARTEMENT DE GÉRONTOLOGIE - CHU

- **Staff de Gériatrie :**

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

Prochaines dates : **Mardi 31 Mars et Mardi 26 Mai 2009 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, au sein du CMRR, les dossiers jugés difficiles issus des différentes consultations mémoires de la région, en présence du Dr Didier DEFFOND neurologue et de Blandine Buisson et Julien Couttier neuropsychologues.

Prochaines dates : **Mardi 17/03, 24/03, 21/04, 5/05, 19/05, 16/06, 30/06 et 7/07/09, de 17H00 à 18H00**, même adresse.

CALENDRIER GÉRONTOLOGIQUE

- Du 29 Avril 2009 au 2 Mai 2009 : American Geriatrics Society (AGS) - www.americangeriatrics.org
- Du 18 Juin 2009 au 20 Juin 2009 : 15^e Congrès de la SFAP - Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs - www.sfap.org
- Du 5 au 9 Juillet 2009 – 19^{ème} congrès mondial de gérontologie – Paris – www.gerontologyparis2009.com
- 18 et 19 septembre 2009 – Lille - 5^{èmes} journées nationales "épo-g" (Echanges de Pratiques en Onco-Gériatrie) - www.journees-epog.fr
- 24 octobre 2009 – Vichy – « Nutrition » - Clic Amareïs – Mme F Blay (04-70-31-72-97)
- Du 25 Novembre 2009 au 27 Novembre 2009 – Clermont-Ferrand - 26^e Congrès annuel de la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme "Nourrir l'homme malade" - www.sfnep2009.com

DOCUMENTATION

- www.amcehpad.fr – Nouveau site des médecins coordonnateurs en Ehpad.
- www.testcodex.org – site d'utilisation du test du Codex (pour le dépistage des troubles cognitifs).
- CIRCULAIRE N°DHOS/01/02/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en oeuvre du [volet sanitaire](#) du plan Alzheimer 2008-2012. - www.sgca.fr/textes/PlanAlzheimer_VoletSanitaire.pdf

BREVES DE CONGRES ...

Nouvelles Dimensions En Gériatrie – 08 et 09 Janvier 2009 – Paris

- Ostéoporose : Quelles stratégies thérapeutiques ? (Atelier - Pr BLAIN)

Ostéoporose à évoquer devant toute fracture vertébrale. Une douleur aiguë du rachis après 65 ans doit faire pratiquer une radiographie.

Fracture de vertèbre : grade 1 (perte < 15 % de hauteur mur antérieur ou médian / mur postérieur), grade 2 (entre 15 et 50 %), grade 3 (> 50 %).

Une ostéodensitométrie est indiquée en cas de :

Fracture périphérique non traumatique

IMC < 19

Corticothérapie > 3 mois

Découverte d'une fracture vertébrale.

Ostéoporose si T score < 2.5.

Savoir éliminer une ostéomalacie :

Dosage 25 OH D sérique < 30 mg / ml

Bilan phosphocalcique : Baisse du P et du Ca.

Hyperparathormonémie secondaire.

Si ostéomalacie, CAT = Vit D 100 000 UI per os de charge puis 1/mois pendant 3 mois.

Penser à la maladie coeliaque (malabsorption), au myelome.

Traitement par biphosphonates :

Ils sont tous efficaces sur l'ostéoporose avec fracture vertébrale.

En cas de fracture du col fémoral : préférer le zolédronate (ZOMETA®) et le ranélate de strontium (PROTELOS®).

Le tériparatide (FORSTEO®) est à prescrire en seconde intention.

S'assurer que l'observance est possible et rigoureuse, sinon inefficace.

Devant le risque d'ostéonécrose de la mâchoire, faire pratiquer un examen dentaire avant toute prescription de biphosphonate.

Pour plus d'information : « Comment prévenir les fractures dues à l'ostéoporose » - HAS Mai 2007

- Insuffisance cardiaque du sujet âgé : quelle prise en charge ? (Session plénière – Pr Juillière)

➤ Insuffisance cardiaque = pathologie grave (50% décès à deux ans, facteur de morbidité et ré hospitalisation). Intérêt de connaître l'étiologie de l'insuffisance cardiaque, souvent négligée. Après 80 ans, incidence de l'IC = 14/1000. Augmentation avec l'âge de la fréquence des IC à fonction systolique préservée (plus fréquente chez la femme).

➤ Plusieurs intérêts au pro BNP

- Valeur diagnostic: négatif si < 300, valeur seuil pour diagnostic positif > 1800.

- valeur pronostique : si BNP initialement important ou s'il ne diminue pas = FDR de mortalité cardiovasculaire

- Intérêt pour le suivi de l'IC : le suivi d'une poussée d'insuffisance cardiaque sur le BNP plus tôt que l'impression clinique est meilleure en terme de survie.

➤ Nécessité de réaliser une échographie cardiaque+++ (diag étiologique)

➤ Prise en charge thérapeutique de l'IC systolique :

- Apports sodés modérés (6g/jour).

- Apports hydriques limités < 1.5 l.

- Réentraînement à l'effort.

- IEC à bonne posologie ++++
- B bloquant +++ (nébivolol : NEBILOX®, TEMERIT®), associé à IEC si IDM.
- Digoxine ++ si AC/FA voir intérêt à petites doses 0.7 – 1.2 taux même si en rythme sinusal car améliore la fraction d'éjection
- Diurétiques en aigu ++ puis diminution et arrêt . En association à IEC si IC symptomatique.
- Antialdostérone : intérêt les 7 premiers jours ?
- AA2 en seconde intention (candesartan KENZEN®, valsartan TAREG®)si intolérance aux IEC, rares cas d'association aux IEC si ins cardiaque sous surveillance K+.
- autres moyens en cours d'études (resynchronisation, défibrillateurs, traitement de l'anémie)

• HTA : pourquoi traiter le sujet âgé ? (Session plénière – Pr HANON)

80 % HTA après 80 ans dont 30% sont bien contrôlés.

La TA est-elle un FDR CV ?

Courbe en J chez les sujets âgés, si TA haute ou basse, augmentation de la mortalité. Mais la TA basse est le reflet des comorbidités, évoquer l'insuffisance cardiaque, la dénutrition, une néoplasie.

PEC de l'HTA chez plus de 80 ans : réduction des AVC, des insuffisances cardiaques mais augmentation de la mortalité ? « Gueyffier F, Lancet 1999 »

Etude HYVET

- Réduction de 30% des AVC et 39% des AVC mortels dès 6 mois, de 64% des IC ; de 21 % de la mortalité totale.
- Traiter 40 sujets pendant 2 ans pour prévenir 1 décès ; bonne tolérance, moins d'effets secondaires que sans traitement

TA et déclin cognitive:

Etude Syst-Eur 2 « Arch intern med 2002 »

- Traiter 1000 personnes pendant 5 ans prévient 20 cas de démence. -55 % de risque de démence

Etude OSCAR « J Hypertens 2008 »

- AA2 pendant 6 mois : amélioration de 0.8 points sur le MMS.

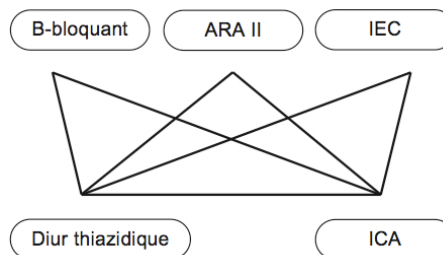
Stratégie thérapeutique : but chez plus de 80 ans : TA <150 mmHg sans hypotension artérielle orthostatique

Pour traiter l'HTA essentielle non compliquée, 5 catégories d'hypertenseurs sont recommandées (HAS 2005)

- diurétiques thiazidiques,
- bêtabloquants,
- inhibiteurs calciques,
- inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC),
- antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II).

Le schéma suivant (HAS) montre les associations de classes thérapeutiques efficaces validées par les études cliniques :

Panier 1



2 (ou 1)
1+2 ou 2+2
1+2+2

Panier 2

Principes :

- Débuter par une monothérapie à faible dose
- Augmenter la dose si inefficace (palier de 4 semaines environ)
- Bithérapie après 1 mois si inefficace.
- Au maximum, trithérapie si inefficace.
- Ionogramme tous les 2 mois si Cl créat < 20 ml/mn, tous les mois si Cl < 10.

Recherche d'hypotension artérielle orthostatique

- Insuffisance rénale chronique : un FDR vasculaire majeur ? (Session plénière – Pr GODIN)

L'évolution vers l'insuffisance rénale terminale n'intervient que pour des débits de filtration glomérulaires < 30 ml/min

Par contre, c'est un FDR CV dès l'atteinte rénale minimale en population générale adulte avec augmentation de la mortalité CV (microalbuminurie ou DFG<60 ml/min qui sont maintenant retenus comme un FDR de mortalité CV majeur au même titre que les FDR classiques (diabète, HTA, obésité...)= classification JINC 7. CAT : traiter les adultes dès l'atteinte rénale débutante (stade 1) avec microalbuminurie par IEC, Statines, sartans et contrôler la TA (130/80)et la lipémie (LDL <1ou1.3 g/l). Topo intéressant mais sans grande implication gériatrique !

- Actualités dans le diabète de type II ? (Session plénière – Pr Halimi)

Augmentation de la prévalence du diabète de type 2, 20 % des 75-80ans, homme >femme.

HYPERGLYCEMIE résulte :

- 1- d'une augmentation de la production hépatique de glucose
- 2- diminution des capacités d'utilisation du glucose par le muscle
- 3- d'une insulinosécrétion anormale.

Différents traitements agissent sur les points précédents numéros

- 1- diminuer la production hépatique de glucose = metformine (diminue glycémie à jeun) ; baisser la production d'ac gras libres (glitazone, insuline, diète)
- 2- règles hygiénodététiques, glitazone et metformine
- 3- sulfamides, glinides, insuline, DDP4 inh

Limite des traitements :

Metformine : intolérance digestive, fonction rénale (50-60 ml/min de clairance), ins cardiaque

Insulinosécréteurs et sulfamides : hypoglycémies et prise de poids

Glitazone : poids, OMI, ins cardiaque

Insuline : hypoglycémie, poids, contraintes

Nouveaux médicaments de la voie incrétine :

= hormones gastro-intestinales, notamment GLP1 qui stimule physiologiquement la sécrétion de l'insuline et freine la sécrétion du glucagon, ralentit la vidange gastrique et sensation de satiété centrale. GLP1 diminué chez diabétique de type 2.

Il existe actuellement sur le marché des inhibiteurs du DDP4 qui est l'enzyme qui détruit le GLP1 et qui augmente donc son temps d'action et ses effets. Peu d'études encore chez le sujet âgé mais peut être prometteurs sur le traitement du DT2.

Dr K. SOULIER GUERIN

Dr P. LEDIEU

COTISATIONS 2009

Le montant de la cotisation pour l'année 2009 reste 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 (cf adresse ci-dessous) ou régler le jour des réunions.

• Une cotisation conjointe SGCA + SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie) est possible pour **50 euros** (au lieu de 25 + 50). L'adhésion à la SFGG permet de recevoir ses comptes rendus et de bénéficier de réductions aux congrès nationaux.

Pour cela, il suffit d'en faire la demande auprès de notre trésorier qui se chargera directement de faire l'inscription à la SFGG (et bien sûr de régler votre cotisation d'un montant de 50 € au lieu des 25 € habituels).



Siège social : HOPITAL NORD - 63118 CEBAZAT

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

Président : **Docteur Régine MOUSSIER DUBOST**
Tel 04.70.97.35.06
Regine.MoussierDubost@ch-vichy.fr

Secrétaire Adjoint : **Dr Jérôme BOHATIER**
(Le bulletin)
Service de Médecine Gérontologie Clinique
Hôpital Nord - 63118 CEBAZAT
Tel : 04.73.750.885 - Fax : 04.73.750.887
jbohatier@chu-clermontferrand.fr

Vice-présidents : **Dr Frédéric MARTINS CONDE**
Tel 04.73.750.885 - Fax 04.73.75.08.87
fmartinsconde@chu-clermontferrand.fr

Responsable site internet - Docteur Jérôme MATHIEU -
CH Moulines-Yzeure
Pôle Gériatrie
10, av. du Général de Gaulle
BP 609 03006 MOULINS Cedex
Tél : 04 70 35 79 30 Fax : 04 70 35 79 28
Mail : j.mathieu@ch-moulines-yzeure.fr

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

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

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

Trésorier Adjoint : **Dr Valérie MACTOUX**
Service de Médecine Gérontologie Clinique
Hôpital Nord - 63118 CEBAZAT
vmactoux@chu-clermontferrand.fr

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 !

Toutes les infos et bien plus encore sur le site :

www.sgca.fr