

La prochaine journée se tiendra à **MONTLUÇON 03100**  
*Cité Administrative - 1 rue des Conches - Esplanade G. Pompidou*

8 h 30 **Accueil des participants**

**☞ NEPHRO-GERIATRIE ☛**

**Modérateurs : Dr Eva ALMEIDA - Dr Marie-A. VIAN**

9 h 00 **Introduction**

Mr DUGLERY, Maire de Montluçon - Mr MASSARD, Directeur du CH Montluçon

9 h 15 **Dépistage de l'insuffisance rénale, et après ?**

Dr Christian DABOT – Néphrologie - CH Montluçon

10 h 00 **Reins âgés, médicaments et produits de contraste**

Pr Alain ESCHALIER – Pharmacologie - Faculté de Médecine Clermont-Ferrand

10 h 45 **Particularités de la dialyse chez le sujet âgé**

Dr Pascal CLUZEL - Hémodialyse – AURA Clermont-Ferrand

11 h 30 **Problématique des dialyses en EHPAD**

Mr Bernard BAYLE, Directeur de l'AURA Montluçon

12 h 00 – 13 h 00 **Assemblée Générale de la SGCA**

13h00 – 14h00 **REPAS**

**☞ DU NOUVEAU DANS LA FILIERE GERIATRIQUE ? ☛**

**Modérateurs : Dr Emmanuelle FERRY - Dr Jean GOYARD**

14 h 00 **ATTENTUM : Dossier unique d'admission (DUA) en EHPAD et USLD**

CLIC Vichy, Moulins, Montluçon.

14 h 20 **TRAJECTOIRE : Dossier unique d'admission en Soins de Suite et Réadaptation**

Dr Bénédicte PONTIER – Coordination SSR Auvergne

14 h 40 **Questions**

15 h 00 **Rôles des M.A.I.A et des Gestionnaires de cas**

Me C. Vichy / CLIC Agglo. Clermontoise – Dr CHALAFRE / CLIC Riom Limagnes Combrailles

15 h 20 **Intérêts d'un accueil de jour autonome (non relié à un EHPAD)**

Isabelle MARION, IDE coordinatrice - Amandine PALOU, Psychologue - « Le Jardin d'Aloïs »

15 h 40 **Une expérience de baluchonnage dans le Puy-de-Dôme**

Mr MARTINEZ, président de l'Association « Aide et Répit »

16 h 00 **Questions**

16H30 **Fin de la journée**

## 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 7 juin 2011 de 18H30 à 20H30**

Salle de réunion - Service SSR (2<sup>ème</sup> 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 Céline Gontier et Julien Couttier neuropsychologues.

Prochaines dates : **Mardi 19/04, 17/05, 21/06 et 5/07 de 17H00 à 18H00**, même adresse.

## BREVES DE CONGRES ...

### Résumé « collectif » du congrès :

**9ème Congrès International Francophone  
30ème Journées Annuelles de la Société Française  
de Gériatrie et Gériatrie**

**19 – 21 octobre 2010 Nice, Acropolis**

**Drs Caroff, Dascalita, Devès, Goyard, Mathieu, Poinas**

### **Quoi de neuf en gériatrie ?**

1. Actualités gériatriques : revue de littérature I (Pr CHASSAGNE, Rouen)

AA2 et MA : étude américaine, cohorte

AA2 associés à diminution incidence et gravité MA

Pb : comorbidités ? autres traitements ?

**Impact statut continence sur la planification d'une admission en institution (2010)**

Incontinence fécale = risque institution en sortie CSG x 5 (plus que difficultés de mobilité et troubles cognitifs)

**Dépression et risque MCI et/ou démence (2010)**

Dépression tardive = risque MCI et/ou démence x 2 (10 ans avant démence). L'état dépressif serait un stress qui pourrait altérer les hippocampes.

1<sup>ère</sup> cohorte : 950 patients, suivi 17 ans, 2 MMS/an et bilan neuropsychologique si perte 3 pts en 1 an ou 5 pts par rapport au départ, ou MMS < seuil

Si dépression initiale, risque x 1,7

2<sup>ème</sup> cohorte, suivi 23 ans

syndrome dépressif récidivant = sur risque de développer un syndrome démentiel, qui augmente avec le nb de récidence

☛ lien statistique entre syndrome dépressif et syndrome démentiel +++

Pb : dépression évaluée par score (et pas par psychiatre), et ATCD non connus (PMD ?)

### Méta analyse mortalité fracture extrémité supérieure du fémur (FESF) (2010)

24 articles, 600 000 personnes

Au 3<sup>ème</sup> mois : risque de décès x 8 chez homme, x 6 chez femme (idem IDM coronaire G !)

A 1 an : mortalité 18 % homme, 8 % femme (étiologies ?)

Les conséquences persistent jusqu'à 10 ans après la FESF

### **Doses importantes de vit D et incidence chutes et fractures**

**Australie, 2258 femmes > 70 ans, non carencées en vit D, pop communautaire, qui ont reçu 50 000 UI vit D tous les 10 jours (!)**

Risque chute augmente de 15 %, risque fracture augmente de 26 %

Statines préopératoires et CEC : baisse de la confusion de 46 %

Diabète Type 2 et hypoGly : augmentation du risque de démence

IPP et clopidogrel : diminution efficacité clopidogrel

## 2. Actualités gériatriques : revue de littérature II (Pr BELMIN, Paris)

### **Pneumopathies acquises et NL**

Pays Bas, 500 000 sujets de médecine générale de plus de 65 ans

- 2650 avec première prescription de NL : 264 PNP, 25 % de décès.

- 1689 sujets contrôle.

Risque PNP x 2,6 avec NL atypiques, x 1,75 avec NL typiques, x 5,3 avec les 2 associés

Effet dose dépendant, indépendant de la durée de ttt +++ et apparaît dès la première dose

☛ Lien fort NL / PNP +++

### **Efficacité Pneumo 23 en EHPAD**

Diminution connue et démontrée des septicémies à pneumocoque

Etude japonaise, 1006 résidents, placebo double aveugle, suivi 2 ans, âge moyen 84 ans

⇒ diminution risque pneumonies à pneumocoque de 35%

⇒ diminution risque pneumonies toute cause de 50%

⇒ diminution mortalité liée à PNP (mais pas mortalité globale)

☛ Intérêt de la vaccination antipneumo en institution +++ (recommandations actuelles : pop cible fragile)

### **Ivabradine et IC (Lancet, sept 2010)**

Bradycardisant

6500 patients, IC syst, pouls > 70, 61 ans, double aveugle randomisé, suivi 23 mois

⇒ diminution mortalité par IC

⇒ diminution hospi pour IC

EI : bradycardie, tbles visuels

Pb : PA ? AC/FA ? IC diast ?

## **Suivi des patients atteints d'Alzheimer (MA) (BMJ, 2010)**

Angleterre, 22 000 MA, 110 000 témoins

MA = diminution survie, quelque soit âge (taux mortalité x 3)

Pb : dg tardif en Angleterre

## Ginkgo biloba et prévention déclin cognitif (JAMA, 2010)

☛ Aucun effet sur les fonctions cognitives (240 mg / j)

## **Analyse génomique et MA à début tardif**

35 000 personnes dont 8 000 MA début tardif

analyse génomique : 2 loci sur chr 2 (odds ratio 1,13) et chr 19 (or 1,18) statist significatifs

## Confusion et risque post hospit (JAMA 2010)

Métanalyse, 51 articles

☛ 20 mois : mortalité x 1,95, entrée MDR x 1,71, démence x 12,52 +++

65 % décès dans les 2 ans

## **Rosuvastatine et prévention primaire**

Plus de 70 ans, avec LDL normal et CRP élevée (> 2), traités par statine 20 mg / j

⇒ diminution risque AVC et IDM, mais pas de diminution du risque de mortalité CV

## **La fragilité**

1. Les éléments biologique de la fragilité (Pr SWINE, BEL)

Fragilité = diminution des réserves fonctionnelles et de la régulation de ces réserves (hormones, Syst Nerveux Autonome...)

Marqueurs essentiels : Il6 et IgF1

« inflamm – ageing » = concept d'inflammation chronique de la PA

2. A la recherche d'un paradigme [représentation du monde] pertinent au plan clinique et au plan de la recherche (Pr BERGMAN ,CA)

Projet FrData : étude avec exclusion si incapacité ADL

7 domaines : force, mobilité, cognition, humeur, nutrition, activité physique

L'ajout de la fragilité semble contribuer très peu à la précision de prédiction au delà de âge/sexe/maladie chronique +++

⇒ avantages du concept de fragilité en clinique ? Sujet à caution...

Recherches à poursuivre...

[www.solidage.ca](http://www.solidage.ca)

## **Symposium**

### **Spécificité du patient âgé souffrant d'AC/FA : quelle PEC antiarythmique ?**

Spécificités du patient âgé en AC/FA (Dr GENTRIC, Brest)

☛ Score CHA2DS2 vasc (« CHADS2 vasc »), remplace CHADS2 en donnant plus de poids à l'âge (si > 75 ans, 2 pts, donc AVK pour tous en gériatrie !) +++

A partir du score de 2 l'indication est retenue. On retient ici une volonté des cardiologues de généraliser l'usage des AVK chez le sujet âgé. De nombreux intervenants ont insisté sur la sous utilisation des AVK.

## Risk factor-based point-based scoring system - CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc

Risk factor	Score
Congestive heart failure/LV dysfunction	1
Hypertension	1
Age ≥ 75	2
Diabetes mellitus	1
Stroke/TIA/thromboembolism	2
Vascular disease*	1
Age 65-74	1
Sex category [i.e. female sex]	1
<b>Maximum score</b>	<b>9</b>

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



0 = aspirine ou rien  
1 = aspirine ou anticoagulant oral  
2 ou + = anticoagulant oral

Digoxine : pas d' efficacité à l' effort, patient sédentaire uniquement

Avancée en âge = diminution prescription AVK, contrairement aux recommandations, car :

- surestimation risque hémorragique
- pas de score hémorragique
- chutes, troubles cognitifs, difficultés à équilibrer INR, âge

FDR hémorragiques sous AVK : début de ttt , nb médicaments > 7, éducation insuffisante

Risque hémorragique AAP = AVK

Intérêt de prendre le pouls à chaque consultation pour dg d' AC/FA

☛ Ralentir Fc > réduire AC/FA (et BB ou ICA > digoxine) +++

### Habitat et vieillissement

1. Comment envisager le dg de l' habitat pour la prescription de solutions technologiques ? (S. REBAUDO, Paris)

Recommandations juin 2010, secrétariat d' Etat aux PA (« Vivre chez soi »)

Projet GERHOME (« gérontologie at home ») : services numériques, anticiper événements graves

- 1) Evaluation (personne, projet de vie, besoins, habitat...)
- 2) Recommandations
- 3) Vigilance à domicile
- 4) Fragilisation => retour 1)

2. L' H2BOX : une nouvelle technologie pour permettre une meilleure surveillance du patient âgé à domicile (Dr CELARIER, St Etienne)

Des détecteurs situés dans le domicile enregistrent les mouvements de la PA, les ouvertures de porte / placards / frigo, le temps passé au lit, les levers...

Ce n' est pas un détecteur de chutes, et il n' y a ni caméra ni micro.

Nécessite période d' apprentissage de 15 j (la BOX « apprend » la personne), puis indications recalculées toutes les heures.

Règles, alertes, seuils d' alerte.

Algorithme de décision Bayésien pour déclencher alarme.

Résultats (5 patients, 10 à 12 mois) : dépistage d' évènements aigus (carence en boisson, coucher tardif = endormissement sur le canapé) et au long cours (motricité, levers, nutrition...)

3. Penser le logement favorable à la santé et à l' autonomie (F FRANCHIMON, PB)

Asthme, BPCO, tabac, acariens => VMC

Risque Legionnelle => eau chlorée

Canicule => thermostats simples d' utilisation

### **Les aides intelligentes au service de la PA**

1. Acceptabilité d' un robot social d' assistance par les PA (G. LEGOUVERNEUR, Paris)

Projet QuoVADIS = conception d' un robot mobile pr PA avec tbles cognitifs. Robot commandé à distance. Plate-forme mobile, caméra, hts parleurs.

Etude = acceptabilité par les aidants (7 pers, 54 à 83 ans)

Résultats : utilité : plutôt oui, acceptabilité : plutôt non

2. Explorations des attitudes des patients MCI vis-à-vis des aides fournies par la robotique : une approche médico sociale (V CHRISTANCHO LACROIX, Paris)

Projet ROBADOM ANR Tescan

Equipe LUSAGE (Hôpital Broca)

15 pers interrogées : 50 % plaintes mémoire, aucune aide souhaitée 46 %, pas intéressés par robot 46 %, robot “ compagnon” (émotions) refusé par 53 %

3. Les autres applications de la robotique, favorables au « bien vieillir » (F HIRIGOYEN, Paris)

Société Robosoft (1985)

Robot Kompaï

Objectifs :

- Socialisation
- Rester au domicile
- Réduire les coûts d' assistance

Que fait le robot ?

- Levée de doute (ex : le médecin peut voir le patient)
- Socialisation
- Aide et stimulation cognitive
- Actimétrie (ex : détecteur de chute)

Coût : 5 000 € + abonnement 150 à 300 € par mois

### **Actualités dans l' anticoagulation chez le sujet âgé en AC/FA**

1. AVK et AC/FA : quels bénéfices chez PA ? (Pr HANON, Paris)

Augmentation prévalence AC/FA avec l' âge

Complication = thrombus OG et AVC

AVC ischémique plus grave si lié à AC/FA (taille thrombus ?)

● Risque équivalent si AC/FA permanente ou paroxystique +++

AVK sous-utilisée chez PA

☛ AVK = baisse de 60 % du risque d' AVC vs placebo (20 % pour aspirine vs placebo)

+++

Score CHA2DS2vasc (*cf infra*)

☛ Les chutes ne sont pas une CI aux AVK (2 à 3 chutes par an) +++

Etude BOND 2005 : 1 HSD pour 2500 chutes

FDR : aspirine x 1,4, AVK NS

Etude Gage 2005 : bénéfice clinique net reste positif en score CHADS2 2

Si chutes répétées sans cause, AAP ou rien.

☛ Les troubles cognitifs ne sont pas une CI aux AVK si aide à la prise du ttt (aidant, IDE...) +++

INR cible supérieur ou égal à 2 (inutile sinon), entre 2 et 3. Cela concerne seulement 45 % des personnes sous AVK en France !

☛ Warfarine +++

(protocole = Siguret V, Gouin I, Debray M, et al. Initiation of warfarin therapy in elderly medical inpatients : a safe and accurate regimen. Am J Med 2005 ; 118 : 137-42)

Surveillance : INR à 48 h si chgt ttt, si pathologie intercurrente... et systématiquement 1 / mois voire 2 fois par mois.

AVK et AAP ?

Stent actif : à éviter chez PA car AVK + AAP + clopidogrel pdt 6 mois !

Puis AVK + AAP ou clopi pdt 1 an

Puis AVK seul (si risque hémorragique)

Stent nu : AVK + AAP + clopidogrel pdt 1 mois

Puis AVK + AAP ou clopi pdt 1 an

Puis AVK seul (si risque hémorragique)

Pas d' angioplastie post IDM : AVK + AAP pdt 1 à 6 mois, puis AVK seul



## 2. AVK et AC/FA : quels risques chez la PA ? (Pr PUISIEUX, Lille)

Risque hémorragique au premier plan, augmente avec l'âge.

Le risque hémorragique lié aux chutes est surestimé : il faudrait 295 chutes en 1 an pour que le rapport bénéfices / risques des AVK devienne défavorable ! (Han Son Hing, 1999)

Score HAS BLED (Pisters, Chest, 2010) : score de risque hémorragique. Si supérieur ou égal à 3, risque élevé donc nécessite surveillance régulière (et non CI aux AVK).

☛ En pratique, BENEFICE > RISQUE pour les AVK chez les plus de 75 ans en AC/FA  
+++

## 3. Les nouveaux anticoagulants chez les PA en AC/FA (Pr FAUCHIER, Tours)

Plavix + AVK = nette augmentation du risque hémorragique et moins bonne efficacité que les AVK seuls !

Dabigatran 150 mg : plus efficace que warfarine, risque hémorragique idem. A 110 mg, efficacité idem warfarine, et diminution du risque hémorragique. Semble diminuer la mortalité CV.

Pas encore d'AMM des nouveaux anticoagulants dans l'AC/FA [surveillance ? antidote si surdosage ou saignement ?]

### Symposium

« Humeur, cœur et vieillissement » : échanges autour d'un CC d'un patient atteint de MA (Pr HANON, Paris, Dr BONIN GUILLAUME, Marseille)

- esidrex et thiazidiques : préférer 12,5 mg/j (risque rénal, hypoTA et hypoK à dose plus forte)
- atenolol : le BB le plus bradycardisant
- nitrés en patch : inutiles (gain uniquement fonctionnel, pas de bénéfice morbi mortalité), risque de chute ++
- Kardegic 160 : efficacité idem 75 avec augmentation risque hémorragique

☛ Chute : rechercher hypoTAortho (baisse 20 Tas et/ou 10 TAd, à 1 et 3 min ; étiologies = NL > antidépresseurs > BZD > hypnotiques > antiHTA) +++

GDS 15 : dépistage, autoévaluation, 30 % FN

Apathie différente de dépression, donc ne justifie pas d' un ttt antidépresseur (HAS).

IchE et bradycardie : patients à risque = pouls < 50, BAV

ECG recommandé avant ttt si ATCD cardio, bradycardie, prise BB

Risque :

- BSA (sinoauriculaire)
- BAV
  - BAV 1 : surveillance, pas de gravité
  - BAV 2, M 1 : allongement progressif PR
  - BAV 2, M2 : onde P bloquée, risque BAV 3 ++
  - BAV 3 : dissociation AV. Indication PM

Si syncope, stop IchE et holter ECG (BAV ? BSA ?)

On peut tolérer sous IchE un pouls à 55, en l' absence de symptôme

## **Infections du sujet âgé**

### 1. Infections pulmonaires (Pr DE WAZIERES, Nîmes)

Dg :

- Hémocultures si fièvre, à l' hôpital
- ECBC : à abandonner (non contributif)
- Ag urinaire pneumocoque : patient en réa seulement
- Ag urinaire legionnelle : si nosocomial ++
- Sérologies : aucun intérêt
- En EHPAD : NFS, CRP, iono, SaO2
- RP : se normalise en plusieurs semaines (si normalisée en qqles jours, dg d' OAP)

Séméiologie souvent atypique chez PA...

Formes subaigues : EP ? BK ?

Formes chroniques : cancer ? coqueluche ?

Mesures associées :

- Complications décubitus
- Antipyrétiques
- Lever précoce
- Limiter les aérosols (EI cardiaques et mauvaises tolérance)
- O2 : tolérer SO2 jusqu' à 90 %
- Hydrater
- Pas de fluidifiants
- Rechercher fausses routes
- HBPM

Antibiothérapie : AFSSAPS juillet 2010 +++ (cf pdf)

Augmentin en 1° intention

Passer rapidement Per os, ne pas raccourcir la durée des traitements.

Garder FQ en 2<sup>ème</sup> intention, ne pas utiliser si ttt AB par FQ dans les 3 mois. Ciprofloxacine si pyo uniquement.

Tavanic : pneumocoque et intracellulaires. A préserver.

Ceftriaxone non efficace sur anaérobies (prescrire flagyl et augmentin)

Score CRB 65 : hospitalisation nécessaire ?

**Tableau 1 : Score CRB 65**

<u>Critères du score CRB 65</u>	<u>Conduite à tenir</u>
<b>C</b> : Confusion	
<b>R</b> : Fréquence respiratoire $\geq 30$ / mn	0 critère : traitement ambulatoire possible
<b>B</b> : Pression artérielle systolique $< 90$ mmHg ou Pression artérielle diastolique $\leq 60$ mmHg	$\geq 1$ critère : évaluation à l'hôpital
<b>65</b> : Age* $\geq 65$ ans	
« C » pour confusion, « R » pour respiratoire, « B » pour « blood pressure » et « 65 » pour 65 ans.	

\* Plus que l'âge civil, l'âge physiologique - notamment chez les patients sans co-morbidité - est à prendre en compte

=> Patient gériatrique = hospitalisation nécessaire !

NB hors recommandations : souvent inflammation forte persistante => hydrocortisone 30 20 0 pdt 15 à 30 jours (carence cortisonique).

## Messages-clés

L'Afssaps et la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), en collaboration avec la Société Française de Pneumologie (SPLF) ont harmonisé leurs messages concernant la prise en charge antibiotique des infections respiratoires basses de l'adulte.

- ❖ Le principal agent pathogène impliqué dans les pneumonies aiguës communautaires (PAC) est le pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*). La gravité des PAC liées à cette étiologie justifie de débiter en urgence une antibiothérapie efficace sur *S. pneumoniae* : amoxicilline 1 g x 3 par jour pendant 7 à 14 jours.
- ❖ En cas de pneumonie aiguë communautaire survenant dans un contexte grippal, il est recommandé de prescrire l'association amoxicilline-acide clavulanique (pendant 7 à 14 jours), les bactéries à prendre en compte étant *S.pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* et les streptocoques du groupe A. Les bactéries « atypiques » semblent ne jouer aucun rôle dans ce contexte.
- ❖ La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie chronique inflammatoire des bronches, lentement progressive, caractérisée par une diminution non complètement réversible des débits aériens. Seules certaines exacerbations de BPCO sont d'origine bactérienne, et justifient alors une antibiothérapie pendant 7 à 14 jours sur les critères suivants :
  - dyspnée d'effort en dehors de toute exacerbation **et** expectoration franchement purulente verdâtre (amoxicilline ou céfuroxime-axétil ou céfepodoxime-proxétil ou céfotiam-hexétil ou macrolide ou pristinamycine ou télichromycine) ;
  - dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos en dehors de toute exacerbation (amoxicilline-acide clavulanique ou céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération intraveineuse ou lévofloxacine).

## 2. Infections urinaires (Pr PACCALIN, Poitiers)

Recommandations AFSSAPS juin 2008 (cf pdf)

Pas d'antibiotique ni ECBU devant BU positive chez un patient asymptomatique, même s'il s'agit d'un diabétique +++ (recommandation grade A), sauf si neutropénie ou en pré op.

Les infections urinaires asymptomatiques ne doivent pas être traitées chez sujet âgé même si diabète mais attention la symptomatologie peut être trompeuse: confusion, fièvre isolée.

Seuil leucocyturie :  $10^4$  / ml +++

Seuil bactériurie :

- $10^3$  si cystite à E Coli, Proteus, Klebsiella
- $10^4$  pour pyélo, prostatite
- $10^5$  pour cystites autres (entéroB)

☛ Le seuil n'a de valeur qu'en présence d'un tableau clinique +++

## EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

Le seuil de leucocyturie retenu comme pathologique est consensuel.  
Il est fixé à  $\geq 10^4$  /ml (ou  $10$  /mm<sup>3</sup>) (Grade A).

Le seuil de bactériurie associé à une leucocyturie significative a été modifié en tenant compte de la forme clinique et de l'espèce bactérienne :

- $\geq 10^3$  unités formant colonies (UFC) /ml pour les cystites aiguës à *E. coli* et autres entérobactéries, notamment *Proteus* spp et *Klebsiella* spp, et pour *S. saprophyticus* ;
- $\geq 10^5$  UFC /ml pour les cystites à autres bactéries (notamment entérocoque) ;
- $\geq 10^4$  UFC /ml pour les pyélonéphrites et prostatites.

Dans tous les cas, le seuil ne peut être opposé à un tableau clinique évident (Accord professionnel).

Augmentation des résistances de E Coli aux quinolones donc raccourcir les traitements et adapter à antibiogramme dès résultat connu.

IU communautaire : E Coli 80 % dont 15 à 30 % de résistance à amox + ac clav, 40 à 50% de résistance à amox seule, 2% de résistance à C3G, 15 à 40% de résistance à Bactrim, 3 à 8% de résistance à FQ

- *Cystite aigue simple* : nitrofurantoïne 100 mg x 3 pdt 5 j +++ [ttt unidose chez femme âgée ? en l' absence de FDR ?] cefixime (200 mgx2 durant 5 jours)
- *Pyélonéphrite aigue simple* : C3G parentérale ou FQ po (+ aminoside 1 à 3 j si sepsis grave), ttt 10 à 14 j
- *Prostatite* : C3G parentérale ou FQ po (+ aminoside 1 à 3 j si sepsis grave), 14 à 21 jours

Si évolution défavorable malgré AB, écho ou uroTDM (obstacle ?)

Fièvre et SAD : considérer IU si le reste de l' examen clinique ne montre pas d' autre foyer infectieux. Enlever SAD dès que possible (= 2/3 des guérisons). Germe = E Coli.

Sur sonde 100% de risque infection après 30 jours...Evaluer indication de la sonde à demeure

Cystite récidivantes (4 en 1 an) : rien de validé...

- ☹️ Eviter les FQ (risque résistances) +++
- ☹️ Eviter amox + ac clav (nbses résistances) +++

### 3. Diarrhée aigue en institution (Pr DE WAZIERES, Nîmes)

*Nombreuses étiologies :*

- Fausse diarrhée
- Diarrhée post AB
- Sigmoïte
- Début d'une diarrhée chronique
- Iatrogénie : colchicine, AINS, cyclo 3, modopar...
- Infection virale (norovirus >> rotavirus)
- Infection bactérienne : *C perfringens*, *Bacillus cereus* (TIAC), Salmonelles (dl abdo, fièvre)

*Norovirus* : incubation 24-48h, vomissements ++ et D non sanglante

Ttt = prévention déshydratation

Transmission interhumaine facile et rapide

Pas de vaccin (nbses souches)

☛ *Colite pseudomembraneuse* : tous les AB peuvent être responsables +++

Demander PCR *Clostridium Difficile* (résultat en 2 heures)

Ttt :

- Flagyl po 500 mg x 3 si forme simple
- Flagyl IV 500 mg x 3 et vancomycine po si forme sévère

Ttt symptomatique :

- Eviter primperan (NL)
- PAS de ralentisseurs du transit (« il faut éliminer les toxines »)
- Smecta, tiorfan : pourquoi pas ?
- SRO (regidrat°)
- PAS de Coca Cola

### **Oncogériatrie : de la thérapeutique à la prise en charge globale**

#### 1. De l'évaluation à la décision thérapeutique (Dr RETORNAZ, Marseille)

Hétérogénéité des patients, des cancers, du cancer (ex : sein H sensible), intracancer

3 questions posées à l'oncogériatre :

- EDV théorique ?
- FDR potentiellement réversibles qui pourraient interférer avec le tt du cancer ?
- Tolérance aux ttt ?

La réponse n'est pas l'autorisation ou l'interdiction de traiter, mais des recommandations pour aider la PEC.

Nécessité dans l'avenir de montrer l'utilité de l'évaluation oncogériatrique (probablement pas en terme de survie)

#### 2. Accès des PA à l'innovation thérapeutique (Dr GIRRE, Paris)

Peu d'essais cliniques, peu de référentiels. Or, les PA sont aussi volontaires que les jeunes pour participer à des essais cliniques.

Thérapies ciblées :

Herceptin : cardiotoxicité réversible. Cancer sein Her2Neu +

3. De l'hôpital au domicile et du domicile à l'hôpital : comment améliorer le parcours du patient âgé cancéreux , (Dr VANNES, BE)

#### Expérience belge (2007)

- N° d'appel unique, ouvert 8h – 16h00
- G8 réalisé par IDE en dépistage
- Evaluation, profil patient, courrier détaillé
- Suivi en cours de ttt
- 330 patients en 1 an

4. Quatre principes éthiques, mais une seule et même personne (Dr ZULLIAN, CH)

- Bienfaisance = vouloir le bien
- Non malfaisance = ne pas nuire (primum non nocere)
- Justice Equité = répartition des ressources
- Autonomie = décider par soi-même

#### Usage du téléphone dans la pratique quotidienne de la PA

1. **Bonnes pratiques en matière de télésante (Mme BRAIVE, Orange, Issy les Moulineaux)**

Nombreuses solutions, de la simple téléalarme sociale, en passant par le téléphone mobile avec touche « SOS », jusqu'à la maison intelligente bardée de capteurs et reliée à internet (activité électrique du domicile = activité de la PA)

2. Téléphonie et télématique au service de la surveillance de paramètres médicaux au domicile (Dr SOUCLIER, St Etienne)

#### H2AD

Lien téléphone / plate forme médicalisée (« téléalarme sociale »)

M2M (Machine to Machine) : transfert de datas (et non pas la voix seule comme le téléphone)

Balance / saturomètre / tensiomètre reliés à boîtier par Bluetooth. Infos transmises à la plate forme M2M dans le dossier patient. Si besoin, appel SMS ou mail aux proches.

Dans l'avenir, diabète ? INR ? ECG ?

Nécessite dossier patient participatif intégré.

3. Continuité de la réponse téléphonique du médecin face aux besoins des soins primaires de la pop âgée (gpe Télémédecine France)

Réseau 24/24h, plateforme médicalisée avec dossier médical patient complet [est-ce possible ?!]

Soulager la PDS (6 à 8 M d'appels régulés par an par centre 15, 50 % conseil médical simple)

4. Les bonnes pratiques de l'usage du téléphone en urgence médicale (Pr DOMERGUE, Nice)

## Communications orales libres

### 1. Place de la dénutrition protéino-énergétique en EHPAD

4520 résidents analysés par med coordonnateurs, 45,6 % de dénutris (1497) dont ¼ de D sévère  
18,1 % seulement avaient un profil PATHOS dénutrition (= sous estimation++)  
Troubles déglutition souvent non recherchés.

### 2. Validation d'un outil de dépistage en oncogériatrie (G8) dans une cohorte de 1669 patients âgés de plus de 70 ans, atteints de tumeur malignes et devant recevoir un traitement : Etude ONCODAGE

G8 = test de base

1422 sujets évaluables statistiquement

70 % femmes, 78 ans

Cancer sein 52,8 % des femmes, colorectal 14,2 % du total

PS 1-2 pour 75 % des sujets

Résultats : ASCO 2011

### 3. Insuffisance de prescription des AVK chez les octogénaires ayant une AC/FA chronique ou « underuse » : résultats de l'essai randomisé OMAGE

Optimisation Medication AGEd

665 patients dont 123 en AC/FA

Dossiers revus, prescription AVK si underuse constaté. Suivi par MT 6/10

### 4. Prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) au domicile des PA

STOPP – START (Age and Ageing 2008) : 65 situations à risque, 27 médicaments et classes, 9 groupes +++

Etude : détecter avec outil STOPP la PMI

413 patients, 83,5 ans => 293 PMI soit 10 % des médicaments

- BZD 18 % et risque chute
- Aspirine 15 % et prévention CV laire( pas d'intérêt)
- BB 10 % et diabète / hypoGly / HbA1c < 7 %

Facteurs associés à PMI : polymédication et diabète (et non syndromes gériatriques)

### 5. Remplacement valvulaire aortique par voie percutanée : contribution d'une évaluation gériatrique des PA avant intervention

UMG Bichat

Ttt ref RA : rplct valvulaire chirurgical. Si CI, méthode percutanée.

Une évaluation gériatrique chez 36 patients a permis de modifier la décision du cardiologue (soit ttt chir après PEC confusion ou dénutrition, soit tt percutané car patient fragile)

### 6. Médicaments écrasés en gériatrie : une pratique discutable

Etude transversale, CHU Rouen, 683 patients en gériatrie

32 % avaient ttt écrasé et 42 % des ttt écrasés avaient une forme galénique interdisant l'écrasement...

Mortier souvent commun à plusieurs médicaments et malades...

Différents véhicules (compote, yaourt...)



☛ Recommandations +++ :

- Préparation
  - Vérifier écrasabilité (IDE)
  - Lavage mains SHA
  - 1 syst écrasement par patient
  - écraser médicaments un par un
  - écraser immédiatement avant administration
- Administration
  - Eviter récipient intermédiaire
  - Véhicule neutre : eau épaissie
  - Administration par IDE
  - Laver matériel eau et savon
  - Lavage mains SHA
- Prescription
  - Limiter aux ttt indispensables
  - Chercher alternatives si écrasés
  - Identifier motif d'écrasement
  - Prescrire écrasement
- Pharmacie
  - Elaborer doc écrasabilité [cf docs]

7. Analyse des effets de l'hébergement temporaire (HT) sur le devenir des PA en perte d'autonomie en lien avec la charge de leurs aidants informels

Devenir à 6 et 12 mois après entrée en HT

A 6 mois : 67 % au domicile, 23 % institution, 10 % décès. Augmentation de la charge des aidants HT : concept flou ? Il faut reconsidérer ce dispositif avant de le généraliser. Ne peut être actuellement recommandé en cas de tbles cognitifs.

8. Facteurs prédictifs d'entrée en institution dans l'année ayant suivi une admission en urgence chez des PA

Cohorte SAFES, prospective, multicentrique

1047 patients, 84 ans

Facteurs :

- 85 ans
- seul domicile
- tbles équilibre
- aide toilette

9. Facteurs de risque de confusion lors de chirurgie digestive carcinologique du sujet âgé, résultats d'une étude prospective menée auprès de 108 patients

Etude Age Confusion Digestif Cancer

75 ans, chirurgie digestive lourde programmée

Exclusion : MMS < 10, urgence, chir « légère » (vésicule, hernie...)

Evaluation préop 1 à 3 sem avant, avec données chir et anesthésie

181 patients, 81 ans

Analyse multivariée :

=> ☛ up and go > 20 s x 4,8 +++

=> ☛ ASA 3-4 x 3,3 +++

=> ☛ tramadol post op x 7,1 +++

## PEC des AVC du sujet âgé

### 1. La présentation clinique des AVC des PA est-elle différente ? (Pr VERNY, Paris)

30 % = cardiopathie emboligène (et souvent association AC/FA et atteinte TSA)

Présentation souvent atypique :

- Anamnèse non fiable (sujet vivant seul, tbles cognitifs...)
- Méconnaissance des signes d'alerte
- Complications cardio pulm au 1<sup>er</sup> plan (= piège dg)

Séméiologie > 80 ans :

- Tbles conscience, coma
- Confusion
- Incontinence, RAU ++
- Dysphagie

☛ IRM précoce si doute (diffusion et non FLAIR) : dg positif et différentiel +++

Confusion inexplicée = IRM diffusion et EEG

Troubles déglutition possibles ds tous les territoires cérébraux

### 2. Quelle est la PEC des crises d'épilepsie au cours et au décours des AVC ? (Pr DE REUCK, BE)

Apparition jusqu'à plusieurs années après AVC [cicatrice AVC]

*Crise précoce* (souvent dans les 48 h, jusqu'à 15j) = peu de récurrence (20 %). Peut mimer récurrence d'AIT dans le même territoire, mais amnésie du déficit par le patient (différent AIT). IRM : hyperactivité en bordure de la zone séquellaire

*Crise tardive* = bcp de récurrence (50 %)

Epilepsie séquellaire = FDR AVC, altération cognitive, augmentation du handicap et du risque de chute

Traitement (avis personnel de l'intervenant) :

- Crise précoce : pas de ttt de fond
- Crise tardive classique : ttt fond dès 1<sup>ère</sup> crise
- Crise très tardive : ttt si récurrence
- Crise sur Hie cérébrale : ttt pdt 2 ans

Quel ttt ?

Carbamazépine +++. Eviter phénytoïne, ac valproïque et barbituriques

### 3. Quelle est la place des traitements spécifiques des AVC (thrombolyse...) chez les patients âgés à très âgés , (Pr VERNY, Paris)

*Antithrombotiques* en phase aigue :

- Aspirine : prévention faible mais réelle (seul ttt recommandé en phase aigue)
- ●<sup>sc</sup> Anticoagulation efficace : risque hémorragique ++, attendre 10 – 15 j si indication
- Anticoagulation préventive : bénéfice démontré sur MTEV

**Thrombolyse IV par rt-PA : l'AMM exclut les plus de 80 ans (risque hémorragique, non montré par les études observationnelles)**

*Revascularisation carotidienne* (P secondaire) : bénéfice démontré, d'autant plus que la sténose est serrée, à réaliser rapidement (ds les 15 1ers jours)

*Angioplastie carotidienne* : pas chez PA (risque > bénéfice)

#### 4. Quel est le risque de démence post AVC ? (Pr GOLD, CH)

Métanalyse 2009 (Lancet Neurol), 1950 à 2009

AVC = forme fréquente d'entrée dans la démence

### **Epilepsie du sujet âgé**

Rappel physiopathologique : abaissement du seuil épileptogène avec l'âge, changement des rapports neuro-gliaux suite à la perte des neurones, remplacés par des cellules gliales. Maladies cérébrales favorisant l'apparition des syndromes épileptiques : maladie d'Alzheimer, dégénérescence cortico-basale, séquelles traumatiques, tumeurs primaires ou secondaires, séquelles d'accident vasculaire cérébral.

Le diagnostic des crises d'épilepsie est souvent difficile chez la personne âgée. Un algorithme comprenant des données cliniques, EEG et radiologiques a été réalisé ; la validation d'un modèle simplifié de cet algorithme est en cours.

Le vidéo EEG monitoring – aide au diagnostic positif et/ou différentiel d'une crise convulsive.

Vu le risque de récurrence, la tendance est d'instaurer le traitement antiépileptique après la première (!) crise. Le choix des molécules : minimum d'interactions médicamenteuses et de détérioration cognitive. La dose totale d'antiépileptique doit être réduite par rapport à un adulte d'âge moyen et l'augmentation des doses doit se faire plus lentement. Des études ont démontré que la lamotrigine et la gabapentine ont un profil d'efficacité et sécurité supérieur/égal à la carbamazépine, mais il semblerait que le design de certaines études prévoyait une augmentation relativement rapide des doses de carbamazépine et n'incluait pas les formes à libération prolongée.

Epilepsie et AVC : crises précoces (dans la première semaine) : traitement ponctuel, ne nécessite pas de traitement au long cours (faible risque de récurrence) ; crises tardives (quelques mois après l'AVC) : traitement nécessaire car risque important de récurrence (55%) ; crises très tardives (ans après l'AVC) : traitement uniquement en cas de récurrence. Molécules : carbamazépine, lamotrigine, gabapentine, levetiracetam.

## PEC de l'Insuffisance Cardiaque

### 1. Le bilan à faire et les éléments du suivi (Pr SWINE, BE)

- L'IC se manifeste chez la PA par AC/FA ou congestion / rétention (différent de la tachycardie chez le sujet jeune).
- Le dg clinique est difficile : confusion, fatigue, déclin fonctionnel, toux seule, anorexie (différent des critères habituels dits « de Boston » avec dyspnée, orthopnée...).
- Si ECG normal, le dg d'IC peut quasiment être exclu.
- Rôle des AINS dans la survenue de l'IC.
- Penser IC diastolique [cf infra]
- Suivi : POIDS +++, tension artérielle, BNP (valeur pronostique), prescriptions (AINS)
- Aldactone<sup>o</sup> : risque d'hyperK+, surutilisé et à trop fortes doses (25 à 50 mg/j maxi) (efficacité démontrée à faible dose dans certaines études...).
- BNP : VPN
- Eviter régime désodé (sauf si IC très sévère, et en situation très aiguë).

### 2. Stratégie thérapeutiques pour l'insuffisance cardiaque systolique (avec FEVG altérée) (Pr HANON, Paris)

**BNP : utile si doute dg, pas systématique**

**BNP élevé malgré ttt : pas d'intérêt de majorer le ttt (ce qui n'est pas le cas chez sujet jeune car on connaît des élévations « chroniques » du BNP chez PA**

●\* IC à FEVG altérée (= IC systolique) = FE < 50 % +++ (40 % des IC de la PA)

**IC systolique = augmentation mortalité, 50% de réhospitalisations à 6 mois et diminution de la qualité de vie**

*Ttt en phase aiguë*

- **Diurétiques**

**D de l'anse tant que persiste la congestion, débiter IV (ou SC)**

**Adapter à la clinique et à la biologie (élévation créat = baisser diurétiques)**

**Garder dose minimale en chronique (soit 20 à 40 mg furosémide par jour)**

- **Nitrés**

**Effet vasodilatateur et antiischémique**

**Idealement 1 mg/h au PSE IV, mais CI si TAS < 10**

**Arrêt après 48 – 72 h.**

**Patch peu intéressant (hypoTA ++)**

**En chronique : pas d'indication +++**

- **Ttt associés**

O2 nasal ou VNI

HBPM / calci préventif

Régime désodé (2 g sel / j) pdt phase aiguë seulement

Ttt facteur déclenchant (AC/FA, PNP, infection...)

## Ttt phase chronique

- **IEC / AA2**

**Vasodilatateurs, antialdostérone**

●\* Baisse de la mortalité de 30 % si FE < 50 %, quelque soit l'âge +++

**A utiliser après déplétion hydrosodée**

**Débiter à petite dose, augmentation progressive (svt ½ dose chez PA)**

Surveiller TA, K créat

Stop AINS et diminuer diurétiques

CI = sténose bilatérale des art rénales

EI =

- élévation créat (donc doser créat 48 h après début ttt et 5 j après chgt dose, tous les 3 à 6 mois et si élément nouveau). Tolérer élévation de 20 à 30 % de la créatinine.
- HyperK (si  $K > 5,5$  diminution IEC si persistance arrêt IEC)
- Toux

AA2 : si intolérance IEC

- BB

☛ Baisse de 35 % de la mortalité si FE < 50 %, quelque soit l'âge, à pleine dose, effet additif avec IEC

☛ Si IC stable uniquement +++, débiter 10 à 15 jours après la phase aiguë

Bisoprolol (detensiel°), carvedilol (kredex°), métoprolol (lopressor°), nébivolol (temerit°)

Si échec association BB, D et IEC, discuter ajout aldactone° (prudence ++, risque hyperK)

- Digoxine

Pas de bénéfice sur la mortalité

Si échec BB pleine dose

- Ivabradine

Bradycardisant, nouvelle classe [Prescrire juillet 2010 : pas de place pour ivabradine dans l'angor stable et la cardiopathie ischémique. Préférer ICA (vérapamil) si BB contre-indiqués. Risques cardiaques et visuels à court terme]

### 3. IC avec FEVG préservée (Pr EMERIAU, Bordeaux)

☛ FE > 50 % et troubles du remplissage = « IC à FEVG préservée » = IC diastolique +++)

50% des cas au delà de 75 ans

FDR : HTA, sexe féminin, obésité

Pronostic identique à IC FEVG altérée

Clinique : dyspnée effort, signes congestifs, OAP flash (début et régression rapides voire spectaculaires.), déclenchée par poussée hypertensive ou trouble du rythme.

Faible valeur prédictive de l'ECG...

Forte valeur de la radio thoracique : image de poumon cardiaque sans cardiomégalie

Diagnostic = clinique + échographie Doppler (IC diast) + Doppler tissulaire (IC syst), donc l'écho cœur doit être systématique en cas d'IC +++ ☛

Ttt chronique : pas de recommandations

- Stop diurétiques car masse sanguine agit comme un piston qui aide au remplissage VG (sauf phase aiguë)
- Pas d'intérêt de la digoxine
- IEC et AA2 : pas d'intérêt pronostic dans les études. Dans l'avenir ?
- BB : intérêt confirmé
- Le contrôle des facteurs déclenchant est primordial.

## Diabète du sujet âgé

1. Evaluer le statut gériatrique du patient diabétique pour guider la PEC (Pr BOURDEL MARCHASSON, Bordeaux)

sujet monopathologique	sujet fragile	Sujet dépendant
prévention de l'atteinte des organes cibles (recommandations de l'adulte)	prévention du handicap et prévention des hypoglycémies	Privilégier la qualité de vie
Glycémie a jeun inf a jeun a 1.26	Glycémie a jeun=1,26-1,60	
Hba1c=6.5-7.5	Hba1c=7.5-8.5	
TA= 13/8	TA=14/8	
Alimentation en santé et Activité physique	Prévention de la malnutrition et Activité physique adapté	Prévention de la malnutrition, des hypoglycémie et de l'hyperosmolarité
TTT buccodentaire	TTT bucco dentaire	
Attention aux CI des TTT	Attention aux CI des TTT	

### 2. Quel contrôle glycémique ? A quel prix ? (Dr VISCHER, CH)

☛ L'étude UKPDS a montré que le contrôle glycémique strict n'apportait pas de bénéfice cardiovasculaire (micro et macroangiopathie) sur 3 – 5 ans, mais une décennie plus tard. Donc contrôle « inutile » chez PA avec EDV < 10 ans et si ATDC d'hyperglycémie chronique (« mémoire hyperglycémique ») +++

L'amaigrissement lié à la dénutrition apporte une « amélioration paradoxale » du diabète.

☛ Donc HbA1c basse (< 7 % ?) est une FDR de dénutrition +++ et augmente la mortalité (GPRD study)

L'interruption des ADO (si HbA1c basse par exemple) nécessite une surveillance accrue du diabète (« pour ne pas l'oublier »).

☛ HbA1c cible : entre 7 et 8 % pour tous les patients > 75 ans +++

### Comment traiter l'HTA du sujet âgé ? (O. Hanon)

La pression artérielle (PA), notamment la pression artérielle systolique (PAS) et surtout la pression pulsée (PP), est un facteur de risque cardiovasculaire majeur. Le risque d'accident cardiovasculaire majeur est d'autant plus grand que la PAS est plus élevée et la PAD plus basse (Blacher, 2000).

Objectif tensionnel après 65 ans : PAS < 150 mmHg.

Y-a-t-il un bénéfice du traitement antihypertenseur chez le sujet très âgé (>80 ans), polypathologique ?

Molécules disponibles

IEC, ARA2,  $\beta$ -, I Ca (inhibiteurs calciques), diurétiques thiazidiques (DT)  
Pas de Lasilix,  $\alpha$ -, centraux

Importance de l'activité physique, ne pas proposer de régime sans sel.

Ne pas se précipiter :

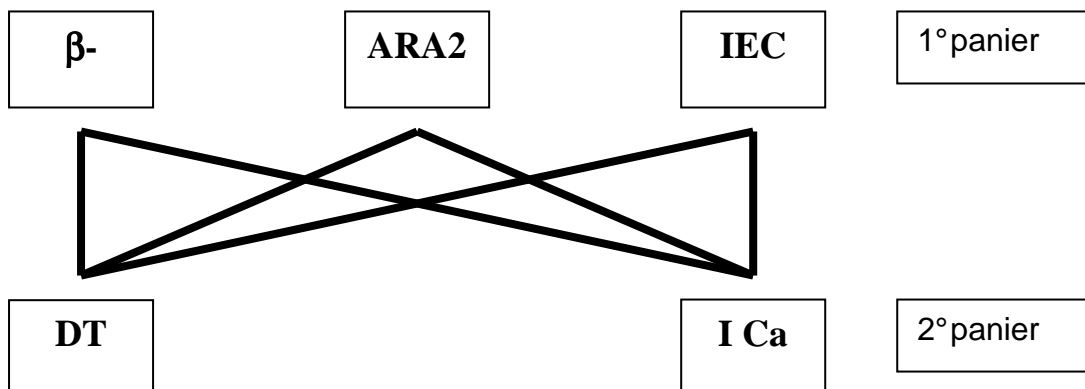
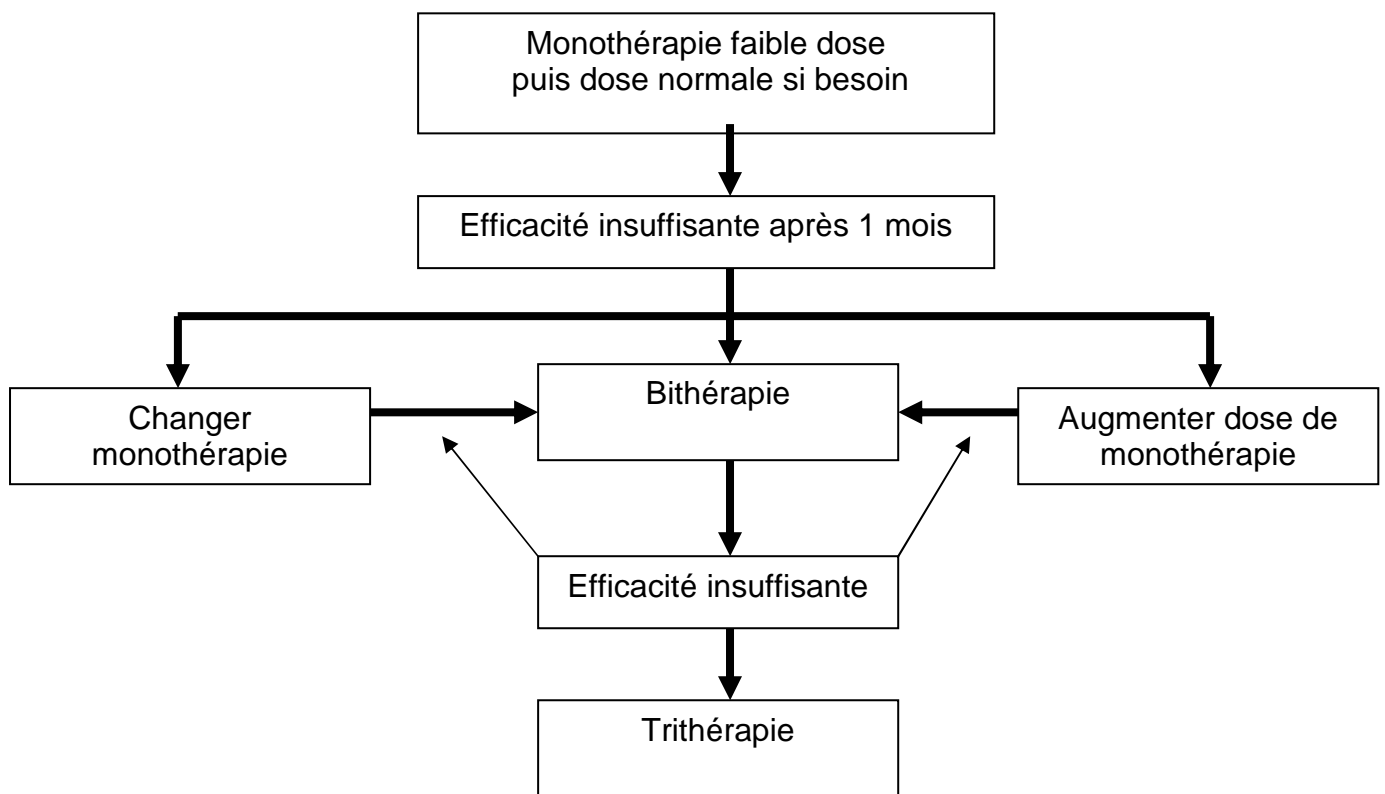
Dépister HTO

Objectif : - 20 à 30 mm Hg

Pas plus de 3 DCI à dosage optimal comprenant 1 thiazidique

$\beta$ - sont moins efficaces que diurétiques (moins de répondeurs) mais restent intéressants si patho cardiaque associée (coronaropathie, insuffisance cardiaque, FA)

Pathologies associées à HTA	Traitement préférentiel
Diabète	IEC, ARA2
Syndrome métabolique	IEC, ARA2, I Ca
Cardiopathie post IDM	IEC, ARA2, $\beta$ -
Coronaropathie	$\beta$ -, I Ca
Insuffisance cardiaque	DT, IEC, ARA2, $\beta$ -
AC/FA	$\beta$ -, I Ca bradycardisant
Insuffisance rénale	IEC, ARA2, DT



Possibilités d'association ( classe thérapeutique reliée = association possible)

Diurétiques : Esidrex, Fludex, aldactazine en surveillant iono et créat, arrêt si déshydratation

$\beta$ - : Temerit, kredex

I Ca : Amlor, Flodil (pas de Loxen car ½ vie courte)

## **Plaie et cicatrisation**

### **Dermatoporose et plaie du sujet âgé (D. Salomon Genève)**

Le terme de dermatoporose est utilisé pour caractériser une déstructuration de la peau du sujet âgé avec atrophie épidermique, aspect linéaire de l'interface derme épiderme et disparition de l'acide hyaluronique . Celle ci ne joue donc plus son rôle de protection d'où l'importance des hématomes chez le sujet âgé d'autant que chute, TTT anti thrombotique.

Possibilité chirurgicales et nouvelles technologies dans le TTT des plaies des sujets âgés (L Teot Montpellier)

Détersion et couverture:

Versa jet pour élimination des tissus morts

Greffes cutanées en pastille

Lambeaux locaux

Technique de pression négative(VAC)

Derme artificiel-Intégra-96-

Traitement des hématomes:

Les hématomes disséquant = collection sanguine dans l'hypoderme en lien avec atrophie cutanée doivent être incisé chirurgicalement pour drainage très rapidement car ils sont responsables de nécrose par compression.

Les hématomes superficiels doivent être nettoyer sous un jet d'eau froide. Le lambeau doit être remis en place, ne pas être suturé et recouvert d'un pansement siliconé (diagnostic différentiel : déchirure, lacération)

Influence des pathologies sous jacentes sur la prise en charge des plaies en gériatrie (S.Meame Paris)

AOMI est sous estimé(+ de 20% chez l'âgé) Retrouvé dans l'escarre du talon, dans l'ulcère veineux donc savoir vérifier IPS et enlever la contention.

Remarque: attention aux pansements garrot

Transformation maligne des plaies donc biopsie si + de 6 mois d'ancienneté des ulcères

La dénutrition protéique est souvent retrouvée dans les ulcères de jambes

## ***Démence***

Maladie d'Alzheimer :

Aucun essai de phase III concluant pour l'instant, l'essai sur les anti protéase a même été arrêté prématurément. Début imminent d'un essai de phase III sur le Rember « bleu de méthylène ». En l'absence d'un traitement vraiment efficace, on commence à parler de multi thérapies.



## Application de la loi Léonetti en gériatrie

Présentation d'un outil, guide, pour soutenir les équipes dans leur réflexion concernant la mise en place des soins palliatifs en gériatrie.

Cet outil propose un organigramme schématique, avec des situations fléchées, des grilles de questionnement en lien avec chaque type de situation repérée, pour guider la réflexion en équipe.

Rappel du « cœur » de la loi qui est l'article Art. L. 1110-5 du code de la santé publique.

L'organigramme d'aide à l'application de la loi Léonetti en gériatrie prend en compte si le patient est en état ou non d'exprimer sa volonté. Plusieurs situations sont envisagées : conscient apte, conscient inapte, inconscient.

Exemple : Si le patient est conscient et il refuse le traitement, un dialogue avec le patient concernant les conséquences du refus doit être réalisé, avec recours éventuel à un collègue. Si le refus est réitéré par le patient après un délai considéré comme « raisonnable » (?), la décision de limitation, arrêt ou non initiation de traitement sera prise. Cette décision doit être inscrite et motivée dans le dossier du patient ; le patient, les proches et l'équipe référente doivent être informés de cette décision et ses motifs ; des soins palliatifs et d'accompagnement seront ensuite mises en œuvre.

Ce guide d'application de la loi Léonetti en gériatrie sera mis prochainement en ligne, sur les sites sfap.org et sfgg.fr

### Congrès gérontologie pratique 15 Janvier 2010

#### Dr Hélène Thiel

#### Prévention secondaire après un AVC ou AIT : Emmanuel TOUZE

Prise en charge des FDRs vasculaires :

- **Pression artérielle** et risque décès par AVC

Entre 50 et 59ans :	RR =50%	RA= 3
70 et 79 ans :	5%	RA=25
80- 89ans :	3%	RA= 45

Le bénéfice du traitement est le même quelque soit le chiffre tensionnel de départ .PROGRESS 2006

Objectif HAS: **PA <140/90** , traitement des sujets normotendus ????, par IEC et diurétiques de préférence ????

- **Cholestérol** : pas de relation entre cholestérol élevé et le risque d'AVC mais bénéfique des statines sur le risque d'AVC ( en diminuant de 1mmol le cholestérol , on diminue de 26 (?) le risque d'AVC ).

SPARCL( Amareno NEJM, 2006) la Tovarstatine : diminue de 16% récidence AVC, diminue de 2% risque absolu à 5 ans , diminue de 45% les évènements coronariens. : relation entre le niveau de LDL et évènements .

Objectifs HAS : **LDL <1g/l**,

A proposer au diabétique et IDM athérosclérose (**même si LDL <1g/l**)

Dose statine chez âgée : augmenter progressivement ( 80 mg trop forte au départ)

Pas de relation entre doses de statine et RH ( Risque Hémorragique)

- **Diabète** : aucune donnée sur le risque macrovasculaire

Kelly 2009 Annales Med Interne , 151=394-403 : diminution des évènements coronaires ( pas d'éléments sur AVC)

PROACTIVE : Pioglitazone ??? diminution des ECV dans le groupe AVC

- **Antiagrégants plaquettaires** : diminution de 25% du RR récursive AVC et bénéfique sur tous les ECV ( Evènements CardioVasculaires )

**Clopidogrel** : légère supériorité par apport à l'Aspirine

**Aspirine + dypiridamol (ERDP)** : légère supériorité par apport à l'Aspirine

**Association = Clopidogrel**

**Un seul antiagrégant plaquettaire si AVC non cardiologique** ( risque hémorragique augmenté)

**Deux AAP si origine cardiaque ( FA) et si AVK contre indiqué.**

**Ne pas décoaguler un AVC ( RH) attendre 2 à 4 semaines**

**Ne pas associer un AAP avec un AVK même à faible INR**

**On peut donner sur une courte période ( 1 mois) deux AAP si sténose très serrée.**

NB : place de l'endartériectomie carotidienne : pas de controverse dans la sténose carotidienne SYMPTOMATIQUE

sténose de plus de 70% NASCET : **diminution de 60% le risque relatif et de 16% le risque absolu de récursive .**

Entre 50 à 70% NASCET : bénéfique moins important **sauf pour le sexe masculin, un délai < 2 semaines entre le dernier évènement et la chirurgie et âge de plus de 75 ans**

### **Prevention secondaire après accident coronarien sujet âgé : Patrick ASSAYAG**

**Bénéfice x 30** chez la personne âgée à la traiter correctement.

Statines + AAP : 60% de gain statine + AAP+ BB+IEC : 75% de gain ( FC sous BB : 55-60)

- **AAP** : le bénéfice perdure après 80 ans ( diminue la mortalité de 15 à 20%)

Aspirine

Clopidogrel : bénéfique dans AVC, AOMI, polyvasculaire . Ce bénéfice n'est pas démontré chez l'âgé ????

Mais RH augmente notamment si chirurgie , geste invasif a vérifier

- Prasugrel ( efiient\*) interdit après 75ans , insuffisant rénal RH++++

- **AVK** : - AVK+aspirine+Plavix\* contreindiquée chez p âgée ( HR majeure =12%)

- Laisser l'AVK et ne pas mettre 2 AAP : ne pas mettre de stent actif ( sinon associer AVK et les 2 AVK) pas audelà de 1mois

- si RH : laisser AVK et arrêt Aspirine

- **IEC ( HOPE)** : au delà de 70 ans il y a un bénéfice

- **statines** : après 70ans : doser CPK , ALAT et ASAT et introduire les statines à faibles doses. Après 80 ans penser au fait que les statines ne seront un réel bénéfice qu'après 2ans mais le bénéfice perdure après 85 ans : Pravastatine : diminue les EVC de 14 % dans l'étude PROSPER. Les métaanalyses établissent que les statines diminuent lma mortalité et AVC de 22% à 5 ans , le gain relatif croît avec l'âge et après 80 ans on gagne 2ans si patient non fragile .On ne retrouve pas de bénéfice à utiliser de fortes doses. Plus les LDL sont diminués plus le bénéfice est grand.

Tolérance des statines : les rhabdomyolyse augmentent avec l'âge . Ne pas appréhender de faire baisser le cholestérol. On retrouve pas de surmortalité par cancer . Faire attention avec terrain à risque : INS Rénal, intolérance Atcds de myolyse et donc faire Clearance R2nale . Attention avec les associations Cyto 450 ( Isoptine , augmentin). Si rrique de chute : arrêter les statines .

- **Diabète** : attention au risque **d'hypoglycémie** , après 75 ans , **éviter HBg <6,5%** ;

Chez les fragiles: tolérer HBg de 7, 5 % à 8, 5% et les non fragil obtenir taux de 6, 5% à 7,5%

- **La réduction de la TA participe peu à la prévention secondaire**

## Prévention secondaire à la suite d'un accident thromboembolique veineux :

### Jean Paul EMERIAU

La mise en place de l'anticoagulation doit répondre à plusieurs questions :

Question 1 : le malade a déjà fait un accident MTEV : le risque de récidence est X 2 si MTEV idiopathique ou cancer (Haematologica Prandoni 2007 ) .Le risque de décès est 12% après EP et de 5% après TVP.

Question 2 : durée idéale du traitement si contexte réversible = 3mois

Si idiopathique= la durée de 3 mois est insuffisante, il faut préférer 6 mois 1an voir 2ans

INR efficace de 2à 3 , ne pas sous coaguler ( RH idem) ni sur coaguler

Question 3 : évaluation du RH (INR : 2à 3% RH= 3,8% par an)

FDRs : âge, ATCDS HR digestives , AVC, Alcoolisme , diabète , association à AAP , les premiers jours du traitement , traitement AVK difficile à équilibrer.

Score RIETE : saignement grave récent	2	score 0 RH =0,1%
Créatinine > 110 micromol	1,5	1< <4 RH= 2,8%
Anémie <13 hom	1,5	> 4 RH= 6,2 %
< 12 fem		RAIZ GIMENEZ
Cancer	1	à chercher
EP	1	
Age > 75 ans	1	

## Prévention primaire HTA : Olivier HANON

Traiter quel que soit l'âge : c'est le premier facteur de risque vasculaire bien supérieur au tabac

Un e HTA à 50 ans diminue l'espérance de vie de 7ans ( mais ramener une HTA à PA normale n'égalera jamais le risque CV d'un non hypertendu)

Fréquente chez personne âgée ( diminution fibres élastiques)

Seules 30 % des des personnes âgées sont contrôlées (2008 J Am Geriatric Soc )

La diminution des **AVC** > diminution IDM> diminution cardio vasculaire en normalisant la TA. Diminution également des démences ( de 50%) et de l'évolution des Alzheimer

**Objectif = entre 60 et 80 ans < 140/ 90**

**Après 80 ans < 150/80** et ceci **sans Hypotension orthostatique** (risque plus grave que HTA )

Comment mesurer la Pression artérielle : il existe des variations de mesure de la TA qui augmentent avec l'âge ( fréquence de l'effet blouse blanche évalué à 25 à35%). On peut utiliser MAPA , holter TA le mieux est l'automesure. Ne pas traiter sans au moins 1 contrôle.

Règle des 3 : 3 automesures le matin dans l'heure qui suit le lever , 3 mesures le soir dans l'heure qui précède le coucher , 3 jours de suite . Réaliser la moyenne des mesures ( 18 mesures ). Pathologie si PA >135mmHg et ( ou ?)PAD > 85 mmHg site [www.comitehta.org](http://www.comitehta.org)

5 classes thérapeutiques après 80 ans ( aucune classe ne fait mieux) ( 2007) :

diurétiques antagonistes calciques **panier 2**

IEC ARAlI BBloquants **panier 1**

On propose une monothérapie pendant 1 mois : **panier 1 ou 2**

elle normalise la TA dans 30% des cas .

Au-delà on peut proposer une bithérapie et non une forte dose de monothérapie comme on peut le faire chez un patient jeune.

**1+2 ou 2+2**

Voir une trithérapie **1+2+2**

Pas de quadrithérapie.

Après 80 ans , surveillance :

- tolérance clinique ( HTOs)
- Tolérance biologique : créatinine, DFG, kaliémie, natrémie à l'initiation du traitement
- Si pathologie intercurrentes
- Observance ( fonctions cognitives)

Ne pas hésiter à arrêter le traitement et le reprendre. Variation saisonnières de PA ( - 8mmHg en été)

## **Prévention primaire des dyslipidémies : Patrick FRIOCOURT**

C'est le facteur de risque **le moins important** avec le tabac chez la personne âgée en prévention primaire (derrière le diabète et HTA)

Les statines diminuent la mortalité de 7%, la mortalité cardiovasculaire de 11%, les évènements cardiovasculaires de 15%.

JUPITER( 2008, KIDKER NEJM) les personnes âgées bénéficient des statines mais le gain est moins important.

PROSPER ( moyenne âge : 75ans) : moins important.

Le diminution du RR lié à la baisse du taux de LDL diminue avec l'âge.

Principes : débiter un traitement par statines le plus précocement possible , à l'âge moyen

Ne pas introduire obligatoirement un médicament : Evaluer la risque cardiovasculaire global

**Hiérarchiser la prise en charge des FDRs**

Bon sens et prise en compte du souhait du patient.

## **Prévention primaire du diabète : christiane VERNY**

Après 75 an peu de données

UKPDS : prise en charge diminue de 44% les AVC et 20% les IDM

Notion de mémoire glycémique : l'équilibre du diabète à l'instant T se voit encore 10ans après

Pour l'instant on ne gagne rien à équilibrer parfaitement un diabète pour prévenir un ECV. On perd plus à créer des hypoglycémies.

De plus l'amélioration diminue avec l'ancienneté du diabète et les effets du traitement sont réduits chez la personne âgée.

La réponse à l'Aspirine est diminuée chez le diabétique .

Un **diabétique âgé à haut risque cardiovasculaire** doit bénéficier d'un AAP ( Aspirine 75 -100mg) , d'une statine et d'une bon équilibre tensionnel dont les objectifs sont **avant 80ans : 130/80** et **après 80ans : 150/90**.

<p><b>Journée FMC de la SFGG (Dr Jérôme Mathieu)</b> <b>Mardi 18 mai 2010/Paris – CAP 15</b></p>
--

## **1/ CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME AGEE**

### **Evaluation en oncogériatrie ( T CUDENNEC, Boulogne)**

Rappel de l'espérance de vie selon l'âge : 13,2 ans à 75 ans et 6,8 ans à 85 ans.

Particularités du cancer du sein chez la femme âgée : diagnostic à un stade plus avancé que la femme jeune (plus de 50 % métastatiques), et les récepteurs hormonaux (RO et RP) sont plus souvent positifs.

Problème : absence de recommandations de prise en charge car absence d'études chez personnes âgées.

Objectif : ne pas traiter « insuffisamment », ne pas « trop » traiter !

Dépistage de la fragilité par l'oncologue ?

Se méfier du « bon sens », risque d'erreur ++

aCGA (abreviate Comprehensive Geriatric Assesement) = ADL + IADL + GDS + MMSE (assez long = quel oncologue le ferait ?!)

A venir : ONCODAGE

Evaluation gériatrique par le gériatre : l'EGS devrait :

Avoir un impact sur la décision

Permettre de détecter les grands syndromes gériatriques

Etablir le PPS (Programme Personnalisé de Soins) avec les oncologues

Proposition EGS simplifiée : elle évalue l'environnement social, les traitements, les comorbidités, la nutrition (variation poids et albumine), le cognitif (MMS), la thymie (mini GDS), la marche (« up and go »), les capacités sensorielles, les IADL. Elle comprend aussi l'examen clinique. Elle aboutit à la classification de Balducci (...).

Limites de l'EGS : chronophage, et seules 50 à 70 % des recommandations sont suivies.

A la question fréquente de l'oncologue à la RCP : « peut-on traiter ? », la réponse fréquente du gériatre est « oui, mais... » (fragilités, propositions...)

Rôle indispensable du gériatre dans le suivi.

### **Fragilité en oncogériatrie (F RETORNAZ, Marseille)**

**L'EGS augmente la survie à 2 ans chez les patients à un stade avancé (Mc Corkle, JAGS 2000).**

Hétérogénéité des patients âgés et des cancers (stades, N, M, RH...)

Le rôle du gériatre n'est pas de contre-indiquer un traitement, mais de repérer les critères de fragilité et de savoir les prendre en charge.

Références : [www.le-jog.com](http://www.le-jog.com) (journal d'oncogériatrie) et [www.siog.net](http://www.siog.net) (Société Internationale d'Oncologie Gériatrique)

NB : Quel intérêt de la chimiothérapie adjuvante dans le cancer du sein ? En son absence, il y a 20 % de récurrence à 5 ans. Donc on traite 80 % des patientes sans bénéfice à 5 ans... D'où l'intérêt encore plus grand d'une EGS pour mettre en balance le traitement avec l'espérance de vie et la vulnérabilité...

Thérapeutiques actuelles du cancer du sein chez la femme âgée (V JESTIN LE TALLEC, Brest)

#### **A/ cancer localisé**

**Chirurgie : mammectomie fréquente car stade souvent évolué (possible hormonothérapie ou chimiothérapie néoadjuvante pour faire régresser la tumeur, et proposer éventuellement une tumorectomie). Peu de complications.**

**Radiothérapie (RT) : systématique si tumorectomie (diminue les récurrences), et après mammectomie si N+, si tumeur de plus de 3 cm, si multifocal, si T3 T4. 50 Gy en 25 à 30 séances. Possible RT hypofractionnée : 5 séances hebdomadaires.**

**Chimiothérapie (CT) : elle diminue la mortalité si RH négatifs ou si N+. Standard chez moins de 65 ans : 3 FEC puis 3 taxotères. Standard après 65 ans : pas de référence. Risque myélotoxique augmente avec l'âge. Bilan cardiaque ++ (anthracyclines).**

*NB (symposium) : CT adjuvante ?oui si RH -. En revanche, si RH +, le bénéfice est incertain, pas de référence, à discuter en RCP.*

**Hormonothérapie (H) :**

- anti-oestrogènes (tamoxifène ; EI = TVP, EP, cancer endomètre),
- anti-aromatases (EI = ostéoporose, intérêt ++ de l'ostéodensitométrie et supplémentation Ca<sup>2+</sup>, vit D et biphosphonates).

Choix selon risque thromboembolique ou osseux de la patiente. Néoadjuvante ou adjuvante, l'H ne suffit comme seul traitement ++

**Thérapies ciblées :** Herceptin° (AC monoclonal). Toxicité cardiaque réversible nécessite écho cœur préthérapeutique et tous les 2/3 mois. 1 perf de 30 min toutes les 3 semaines pendant 1 an.

B/ cancer métastatique

25 % de survie à 5 ans  
objectif : qualité de vie

**Chimiothérapie :** monoCT (ex : taxanes hebdomadaires), éviter anthracyclines car cardiotoxiques

**Thérapies ciblées :** Avastin° (AC anti VEGF, facteur de croissance). Augmente le risque de complications artérielles.

**Hormonothérapie si RH +. Durée : 5 ans.**

## 2/ ACTUALITES DE LA VITAMINE D EN GERIATRIE

Epidémiologie des déficiences. Rappel sur le métabolisme. Effets sur le contrôle postural et les chutes (G BERRUT, Nantes)

**La vitamine D est une vitamine liposoluble, absorbée dans l'iléon, et dont le stockage tissulaire est possible.**

**Deux types de récepteurs existent :**

- VDR, récepteur membranaire, voie rapide
  - Récepteur intranucléaire, voie génomique, facteur de transcription nucléaire
- ⇒ La vitamine D est-elle une vitamine ou une hormone ?

**Carence : 60 % chez les > 75 ans, 90 % en institution ! => le problème n'est pas celui du dépistage, mais celui du traitement ++**

**Une étude a montré qu'en multipliant le taux de vitamine D par 2, le risque de chute était alors divisé par 2 (Flicker). Mais d'autres études tendent à remettre en cause ce résultat... En tous les cas, seule une dose minimale de 800 UI/j semble efficace pour diminuer le risque de chute. L'effet « stockage » s'épuise avec le temps, il vaut mieux répéter les apports de vitamine D (éviter prise annuelle ou semestrielle).**

**Le lien vit D / chutes s'explique par la présence de récepteurs VDR à la surface des cellules musculaires.**

Impact sur le métabolisme osseux (T CONSTANS, Tours)

**1/ La vitamine D a un impact positif sur le métabolisme osseux, tout au long de la vie ++**

**Par exemple, un déficit en vit D chez la femme enceinte entraîne une augmentation de la surface de la métaphyse fémorale chez le fœtus, ce qui correspond à une anomalie de l'ostéosynthèse.**

**Autre exemple, la carence en vitamine D chez les femmes de plus de 49 ans entraîne une augmentation des marqueurs biologiques du remodelage osseux.**

**2/ On note une évolution en miroir des taux de vit D et de parathormone (PTH) selon les saisons. La carence en vitamine D entraîne une élévation du taux de PTH.**

**3/ Effet préventif de la vit D sur les fractures ostéoporotiques : étude princeps de Chapuy en 1992 : diminution du risque de fracture du col fémoral grâce à l'apport quotidien de 800 UI vit D et 1200 mg calcium. En effet, l'apport de vit D augmente la solidité osseuse (densité minérale osseuse) et diminue le risque de chute, donc le risque de fracture.**

**La forme D2 a un effet moins durable que la forme D3.**

**Apport quotidien minimal : 800 UI / j**

Quand et comment corriger les déficiences en vitamine D chez le sujet âgé (C JEANDEL, Montpellier)

*Qui supplémenter ?*

Deux stratégies existent :

- **Supplémentation systématique pour**
  - ⇒ patients sous biphosphonates, ranélate strontium (en pratique, seuls 54 % des patients sous biphosphonates sont aussi sous Ca + Vit D...avec un doute sur une possible aggravation paradoxale de la fragilité osseuse dans ce cas...)
  - ⇒ personne âgée dépendante, avec espérance de vie > 6 mois, en EHPAD ou confinée au domicile
  - ⇒ ATCD fracture ESF et / ou chutes fréquentes
  - ⇒ Insuffisance rénale
- **Dosage sanguin vitamine D, par exemple si fracture vertébrale**

**En pratique, pour le Pr JEANDEL, il faut doser la 25 OH D3 sanguine pour tout le monde afin d'adapter la supplémentation (à la question posée par votre serviteur « le seuil de toxicité étant très élevé, et la carence très fréquente, pourquoi ne pas supplémenter systématiquement les personnes âgées, notamment en institution ? », la réponse a été : « vous avez peut-être raison, pour le moment, on ne sait pas trop »)**

Objectif thérapeutique (consensus d'experts) : taux 25 OH vit D3 > 30 ng/ml (75 nmol/l)

Risque d'intoxication : 375 mg/l

*Comment supplémenter ?* +++++ Privilégier la vitamine D3 +++ (pharmacocinétique)

Deux phases

1. phase de correction : selon dosage 25 OH vit D
  - a. 25 OH < 25 nmol/l : 4 ampoules de 100 000 UI vit D, avec 2 semaines d'intervalle entre 2 ampoules
  - b. 25 OH entre 25 et 50 nmol/l : 3 ampoules D de 100 000 UI, avec 2 semaines d'intervalle entre 2 ampoules
  - c. 25 OH entre 50 et 75 nmol/l : 2 ampoules D de 100 000 UI, avec 2 semaines d'intervalle entre 2 ampoules
2. phase d'entretien du stock : plusieurs options possibles
  - 800 à 1200 UI par jour
  - 50 000 UI par mois
  - 80 à 100 000 UI tous les 2 à 3 mois
  - 200 000 UI tous les 6 mois

Et le calcium ? L'observance est souvent médiocre. Privilégier la vitamine D au calcium s'il faut choisir (mieux vaut 100 000 UI vit D tous les trimestres, sans calcium, qu'un apport quotidien vitamino calcique non pris)

*En cas d'insuffisance rénale*

Diminution de l'activité de la 1 alpha hydroxylase si Cl < 35 – 50 ml/min.

Si Cl comprise entre 15 et 60 ml/min : corriger le stock de 25 OH vit D (cf infra). Si la PTH reste haute, utiliser 1 alpha ou 1,25 OH vit D (risque hypercalcémie ++, dosages sanguins rapprochés)

Si Cl < 15 ml/min, avis néphrologue.



### 3/ LA MISE EN PLACE D'UN PROCESSUS DE DELIBERATION COLLEGIALE POUR UNE DECISION MEDICALE DANS LES SITUATIONS DIFFICILES

#### Quelle éthique ? (F BLANCHARD, Reims)

**L'éthique est relative à une société, la morale est universelle, la loi s'impose à tous.**

4 principes fondateurs de bioéthique (Beauchamp et Childress) : autonomie, bienfaisance, non malfaisance, justice. Problème : ces principes sont difficilement applicable chez le patient dément par exemple.

#### 4 autres principes ont été définis :

1. humanité et dignité : affirme la permanence du sujet
2. solidarité : appartenir à la même communauté, base de notre système de santé
3. équité et justice : droits et devoirs de chacun, égalité à l'accès aux soins
4. autonomie et liberté

A ces 4 principes s'ajoutent (notamment pour les soignants) la responsabilité, le devoir de compétence, le refus du lucre.

L'éthique s'applique surtout aux personnes fragiles et vulnérables.

Triangle « JE », « TU », « IL » :

« TU » : le malade, parfois enfermé dans sa pathologie (« un Alzheimer »), le « sujet » devient alors un « objet » de soins

« JE » : le médecin, le soignant. 3 positions à risque :

- il a le savoir et impose ses choix
- il est découragé, épuisé et ne décide plus rien
- il se protège, a peur : position « sécuritaire »

« IL » : facteurs de vulnérabilité non liés au patient (charge et conditions de travail, personnel insuffisant en nombre...), famille, société

En éthique, le débat fait référence à des valeurs morales (dignité, autonomie, liberté...). Quel consensus ? Quelle hiérarchie ? « La solution est plus vaste que le problème ».

Pour quelles décisions ? (JM GOMAS, Paris)

**Proposition d'une aide méthodologique : méthodologie DDE (Décision après Démarche Ethique).**

**L'éthique est dominée par l'incertitude, il faut faire du mieux possible.**

DDE :

1. Inventaire :
  - Pour le malade : malade, maladie, famille...
  - Pour les acteurs : médecin, soignants...
2. Délibération : prendre le temps, autour d'une table (et pas dans le bureau du chef !), chacun s'exprime
3. Décision : acte explicité, consensuel

Pour plus de détails : [www.cefama.org](http://www.cefama.org)

## GERONTOLOGIE PARTICIPATIVE

Nous souhaitons organiser une consultation de nos membres sur le déroulement des journées de la SGCA.

Pour cela, nous vous demandons de bien vouloir nous faire parvenir un mail à l'adresse : [contact@sgca.fr](mailto:contact@sgca.fr) mentionnant vos préférences concernant le jour de la réunion : Vendredi ou Samedi.

Vous pouvez également nous indiquer :

- vos souhaits pour de futurs sujets à aborder dans le cadre de la SGCA
- votre volonté de recevoir ou non les prochains bulletins par mail plutôt qu'en format papier (c'est notre fibre écologique qui parle)

Merci de prendre quelques minutes de votre temps pour nous répondre.

## COTISATIONS 2011

Le montant de la cotisation pour l'année 2011 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), **uniquement pour les renouvellements** des membres déjà inscrits à la SFGG.

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 la **réinscription** à la SFGG (et bien sûr de régler votre cotisation d'un montant de 50 € au total, au lieu des 25 € habituels).



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

**Secrétaire:** **Dr Patrick LEDIEU**  
Service de Court Séjours Gériatrique  
CH Riom - 63200 RIOM  
Tel : 04 73 67.80.71 - Fax : 04.73.67.80.06  
[p.ledieu@ch-riom.fr](mailto:p.ledieu@ch-riom.fr)

**Président :** **Docteur Jean GOYARD**  
Pôle Gériatrie - UPCOG  
[Jean.GOYARD@cjp.fr](mailto:Jean.GOYARD@cjp.fr)

**Secrétaire Adjoint :** **Dr Jérôme BOHATIER**  
(Le bulletin)  
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)

**Président d'Honneur :** **Docteur Roland LOPITAUX**

**Vice-présidents :**  
Réfèrent Allier  
**Docteur Régine MOUSSIER DUBOST**  
Réfèrent Cantal  
**Docteur Geneviève GUITARD JUDET**  
Réfèrent Haute-Loire  
**Dr Cyrus POURHADI**  
Réfèrent Puy de Dôme  
**Mme Agnès DETEIX**

**Responsable site internet** **Docteur Jérôme MATHIEU**  
CH Moulins-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-moulins-yzeure.fr](mailto:j.mathieu@ch-moulins-yzeure.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)

**Membres :**  
**Dr Eva ALMEIDA** **Dr Marie-Catherine BRUCHET**  
**Me Blandine BUISSON** **Me Florence BLAY**  
**Dr Rachel DABERT** **Dr Anne DEHE CASTERA**  
**Me Michèle DE MACEDO** **Dr Mathieu DEVES**  
**Dr Clia CLUZEL** **Me Claire COURSOL OBERLE**  
**Dr Michel DAVIN** **Dr Elsa DUMONT-POUGNIER**  
**Dr Véronique Espagne** **Dr Claire GIMBERGUES**  
**Mme Jocelyne Glace-Le-Gars** **Me Elisabeth GREGOIRE**  
**Dr Zineb KABCHOU** **Dr Fabienne LAPALUS**  
**Me Claudette PEGORARO** **Dr Anne PHILIPPE**  
**Me Blandine POENAT** **Dr Karine SOULIER-GUERIN**  
**Dr Marie-Angèle VIAN**

**Trésorier Adjoint :** **Dr Valérie MACTOUX**  
Service de Médecine Gériatrie Clinique  
Hôpital Nord - 63118 CEBAZAT  
[vmactoux@chu-clermontferrand.fr](mailto: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 !

**N'oubliez pas : [www.sgca.fr](http://www.sgca.fr)**