



BULLETIN de la

SOCIÉTÉ DE GERONTOLOGIE CENTRE AUVERGNE

www.sgca.fr

Septembre 2011 - No 46

La prochaine journée se tiendra le

Samedi 19 Novembre 2011
à l'IFSI – 1, boulevard Winston Churchill – CLERMONT FERRAND

8h15 Petit déjeuner d'accueil

RHUMATOLOGIE DU SUJET AGE

Modérateurs : Pr J-M.RISTORI - Dr J.GOYARD

**9h00 La prise en charge de l'ostéoporose : Quelles recommandations chez l'agé ?
Place de la vitamine D ?**

Dr S. MALOCHET-GUINAMAND – Rhumatologie – CHU Clermont-Fd

9h45 Les rhumatismes inflammatoires (hors PR) : orientations diagnostiques

Dr A. TOURNADRE – Rhumatologie – CHU Clermont-Fd

10h30 La polyarthrite rhumatoïde : les particularités du grand âge

Pr J-M. RISTORI - Rhumatologie – CHU Clermont-Fd

11h15 Quoi de neuf dans l'arthrose ?

Dr S. MATHIEU - Rhumatologie – CHU Clermont-Fd

12h00 Discussion

12h30 – 14h00 REPAS (Ecole des Impôts)

LES TROUBLES SENSORIELS

Modérateurs : Mr Arnaud GREGOIRE - Dr J.BOHATIER

14h00 Place de la chirurgie de l'oreille dans les troubles auditifs

Pr T. MOM – ORL – CHU Clermont-Fd

14h50 Projet Centre Régionale Basse Vision

Mr A. GREGOIRE – Directeur

15h30 Aides techniques auditives et visuelles

Mr DEUQUET – Mr GRANIER

16h15 Discussion

16 h 30 - FIN DE LA JOURNEE

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 18 octobre et Mardi 13 décembre 2011 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 Céline Gontier et Julien Couttier neuropsychologues.

Prochaines dates : **Mardi 4/10, 18/10, 8/11, 22/11 et 6/12 de 17H00 à 18H00**, même adresse.

BREVES DE CONGRES ...

**7ème journées nationales
Des Echanges de Pratiques en Onco-Gériatrie
(EPOG)
15-17 septembre 2011 - Lyon**

Dr Jean Goyard

Raphaële GIRARD

Unité d'hygiène et épidémiologie, GH SUD et GH de Gériatrie HCL

raphaele.girard@chu-lyon.fr

SONDAGE VESICAL A DEMEURE, GESTION D'UN MALADE EN AMBULATOIRE

Le sondage vésical à demeure est associé à un risque infectieux élevé : l'absence de manoeuvre urinaire, et tous les moyens alternatifs au sondage à demeure sont significativement associés à des infections urinaires moins nombreuses. Ils doivent donc être préférés chaque fois que possible *Niveau de preuve de cette recommandation : I (maximal)*

La réduction des infections urinaires peut être obtenue grâce à une politique volontariste et permanente de prévention, qui associe aux mesures de bonnes pratiques de sondage vésical :

- la réalisation de **surveillances épidémiologiques** (continues ou discontinues) des infections urinaires nosocomiales, qui peuvent être également réalisées dans le cadre de la prise en charge ambulatoire^{1,2},

- la réduction des **indications** ; il est en particulier important de rappeler que l'incontinence isolée n'est pas une indication de sondage vésical. Le sondage doit être prescrit par un médecin, après discussion sur le rapport bénéfice risque.

Choix de la sonde

Les sondes imprégnées d'argent ou d'antiseptique, semblent réduire le risque d'infection, de même que les sondes enduites d'hydrogel. Il existe une synthèse Cochrane détaillée à ce sujet dont la conclusion dit que des sondes contenant un alliage argentique dans un film hydrogel sont associées à un moindre risque d'infections lors de sondage de 2 à 3 semaines³. Lors des sondages de moins de 1 semaine, les bactériuries seraient moins fréquentes avec les sondes imprégnées d'antibiotiques mais avec un risque d'induction de résistance pour ces dernières. Les sondes siliconées semblent avoir moins de complications locales chez l'homme et moins de risque d'incrustation à long terme. Les sondes avec un revêtement hydrophile semblent préférables pour les sondages répétés. ¹⁵⁻¹⁸ *Niveau de preuve II*

L'utilisation d'un matériel bien connu par les utilisateurs et la réalisation du sondage par un personnel formé et entraîné permettent de réduire les infections.

Un faible diamètre (gauge) et un ballon de volume inférieur à 10ml semblent réduire les irritations et le risque d'infection. En urologie, après chirurgie, il est cependant nécessaire de maintenir un diamètre élevé pour l'évacuation de caillots. *Niveau de preuve III*

Pose de la sonde

Il s'agit d'un geste aseptique, pour lequel une toilette génitale au savon liquide antiseptique, un rinçage, un séchage, et l'application de l'antiseptique de même gamme que le savon sont recommandés. La gamme PVPI (Betadine®) est la plus largement utilisée. Bien qu'il n'y ait pas d'étude randomisée établissant le bénéfice d'une pratique aseptique ou d'une antisepsie particulière, celles-ci sont recommandées par tous. *Niveau de preuve III*

L'utilisation d'antiseptiques bien tolérés, d'anesthésiques locaux, et de lubrifiant ainsi que le sondage par un opérateur bien entraîné semblent liés à moins de traumatisme et à moins d'infections. ^{4,5} *Niveau de preuve II*. L'antibioprophylaxie à la pose est inutile. La prescription médicale du sondage et des soins doit être tracée. Si un anesthésique local est nécessaire (gel de xylocaïne), il doit être prescrit, comme tout autre médicament.

Soins en cas de SAD

Le suivi quotidien des SAD permettant leur ablation dès qu'elles ne sont plus utiles est une mesure prioritaire.⁶⁻⁸ Plus le SAD est de longue durée, plus ce risque augmente (niveau de preuve I). ⁹⁻¹² *Niveau de preuve I*

Le drainage vésical clos et les manipulations aseptiques réduisent le risque par rapport au drainage ouvert. ^{5,13}. L'avantage lié au système préconnecté et scellé est démontré par quelques études. ¹³ *Niveau de preuve I*

Les mains doivent être désinfectées et le port de gant est requis pour les manipulations. *Niveau de preuve III*

Il y a peu d'éléments démontrés sur la fréquence de changement du sonde ou de sac collecteur : une politique locale doit être définie en fonction des patients et des matériaux. Le tableau ci-dessous est proposé à titre indicatif

Type de sonde	Fréquence de changement recommandée par le fabricant
Sondes en latex enduction silicone	Toutes les 2 à 3 semaines
Sondes en latex enduction hydrogel	Toutes les 4 à 6 semaines
Sondes en 100% silicone	Toutes les 4 à 6 semaines

ASPECTS MEDICO-ECONOMIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADES AGES ATTEINTS DE CANCER

Le vieillissement dans les pays développés est l'une des modifications démographiques les plus importantes de la dernière moitié du XXIème siècle. Les différents indicateurs épidémiologiques témoignent de cette évolution qu'il s'agisse de l'espérance de vie ou de l'espérance de vie sans incapacité. Dans cette évolution, il est important de noter que les espérances de vie aux grands âges ont augmenté de façon encore plus significative. Les morbidités et les causes de mortalité chez les personnes de plus de 75 ans ont considérablement évolué. Les cancers sont devenus la principale cause de mortalité et de morbidité dans cette population.

Parallèlement à cette évolution démographique et épidémiologique, les méthodes diagnostiques et thérapeutiques ont considérablement progressé. Cette évolution a été encore plus importante durant la dernière décennie mais la contrepartie en a été une augmentation considérable des coûts. Ainsi, l'évolution démographique et ses conséquences épidémiologiques, l'évolution médicale et ses conséquences économiques posent le problème des aspects médico-économiques et donc de l'équité d'accès aux soins entre les différents groupes sociaux d'une population dans une période de dépenses contraintes.

La mesure de l'intérêt médico-économique d'une attitude ou d'un problème médical comme la prise en charge du cancer chez les personnes âgées est toujours délicate. En effet, elle associe, par construction, des critères médicaux comme un taux de guérison ou un taux de morbidité et des critères économiques. Pour ces derniers, le coût est le critère le plus évident. Il est en fait complexe à calculer dès lors que l'on veut prendre en compte non seulement les coûts directs mais aussi des coûts comme la perte de production. Des indicateurs comme les années potentielles de vie perdues ont ainsi été crées pour mesurer le poids que fait peser une pathologie dans une population (APVP). Cette mesure est calculée pour chaque tranche d'âge par le produit du taux de mortalité lié à la pathologie, de l'effectif de la tranche d'âge et du différentiel d'âge de la classe d'âge et d'un âge cible. En France, cet âge cible est 60 ou 65 ans, âges théoriques où l'individu ne produit plus pour la société. On comprend ainsi que le poids du cancer chez les personnes âgées est nul et que toute dépense de santé est un coût pour la société qui a pour objet la production.

Une autre approche consiste à mesurer le différentiel de coût entre 2 attitudes. La mesure ne prend donc plus en compte le poids de la pathologie mesuré par un indicateur mais permet de choisir la solution la plus efficace et la moins coûteuse. Si cette mesure est directement opérationnelle, elle n'est adaptée que lorsque efficacité et coût évoluent dans le même sens. Dans le cas contraire, elle ne permet pas des choix adaptés.

Pour les personnes de plus de 75 ans, 2 éléments vont conditionner l'efficacité thérapeutique : le stade au diagnostic et la thérapeutique utilisée. Ainsi le retard au diagnostic et le sous-traitement sont responsables en France d'une sur-mortalité spécifique pour pratiquement toutes les tumeurs. Le différentiel de coût entre stade limité et stade avancé est estimé selon les types tumoraux entre 30% et plus de 100%. Le différentiel d'efficacité dans les premières années de traitement est du même ordre de grandeur. Ainsi, le comportement actuel constaté est-il « médico-économiquement » le moins performant. Il ne peut en effet se justifier par des arguments économiques. Il ne peut aussi se justifier par des arguments éthiques, car les personnes âgées sont, par définition, celles qui ont cotisé le plus longtemps dans un système social qui repose sur la solidarité. L'équité voudrait donc qu'elles bénéficient de la même prise en charge que des personnes plus jeunes.

La seule justification pourrait reposer sur un argument démographique. Concernant 8% de la population, la prise en charge des personnes de plus de 75 ans pouvait être considérée comme un problème de santé marginal. Toutefois, notre système de santé devra changer rapidement et prendre en compte les évolutions démographiques prévues. En 2050, il devrait y avoir entre 11 et 13 millions de personnes de plus de 75 ans près de 20% de la population et 4 à 6 millions de personnes de plus de 85 ans soit 7 à 8 % de la population. La prise en charge des cancers dans cette population, soit 130 000

cancers par an dès 2025 sera donc un problème majeur sur le plan économique mais aussi sur le plan sociétal. L'utilisation des thérapeutiques coûteuses mais aussi la pratique des dépistages devront se discuter à la lumière d'indicateurs qui devront eux-aussi évoluer pour prendre en compte cette évolution démographique.

Dr Valérie QUIPOURT

Gériatre et Coordinatrice de l'Unité Pilote de Coordination en Oncogériatrie en Côte d'Or
Hôpital de jour gériatrique, Centre de Champmaillot, CHU, Dijon.

PRISE EN CHARGE D'UN SYNDROME CONFUSIONNEL EN MILIEU CHIRURGICAL : APPORT DU GERIATRE

Dans ce cadre, il est important de distinguer : le syndrome confusionnel post-opératoire (SCPO), qui est une perturbation cognitive aiguë survenant le plus souvent dans les 24 à 48 heures post-opératoires favorisée essentiellement par une fragilité cérébrale antérieure associée au stress opératoire et à des facteurs précipitants organiques, du dysfonctionnement cognitif post-opératoire, cliniquement moins systématisé, révélé par le stress chirurgical. En raison des conséquences sévères du SCPO, il est important de prévenir cet état et/ou de le repérer en cas de survenue, en utilisant un outil de référence : la « CAM » (Confusion Assessment Method), d'utilisation facile et rapide.

Plusieurs essais contrôlés ont montré l'impact favorable d'un programme de prévention en milieu médical (Hospital Elder Life Program) sur l'incidence et la durée du SCPO chez le sujet âgé, ainsi que de la consultation de gériatrie dans les 48 heures pré-opératoires et 24 heures post-opératoires sur la diminution de l'incidence de ce syndrome. Ces éléments plaident pour l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie en milieu hospitalier, qui aide à la prévention de la confusion post-opératoire, prend en charge les symptômes, les comorbidités et les traitements, et permet de suivre le patient, en l'intégrant dans la filière de soins gériatrique.

La prise en charge du SCPO requiert le diagnostic et le traitement des facteurs organiques favorisants et précipitants. La prise en charge non médicamenteuse doit être privilégiée en première intention en favorisant notamment la réorientation temporo-spatiale, les afférences sensorielles et la réassurance. L'usage d'un traitement pharmacologique ne doit être réservé qu'à une minorité, lorsqu'existent des troubles comportementaux sévères ou émotionnels, mettant le patient en danger ou autrui. Ce traitement doit toujours être de courte durée, en monothérapie, à faible dose, sous forme buvable et réévalué régulièrement. Les molécules utilisables sont les benzodiazépines à demi-vie courte, certains neuroleptiques de première génération ou atypiques.

Le suivi à distance nécessite une consultation mémoire, qui permettra de repérer les patients à risque de développer une démence.

DOCUMENTATION

- www.amcehpad.fr – Nouveau site des médecins coordonnateurs en Ehpad.
- « *Surveiller et Prévenir les infections associées aux soins* », publié en 2010 :
www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_surveiller-et-prevenir-les-IAS-2010.pdf
- Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf
- Rapport de l'IGAS sur l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge :
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000408/0000.pdf>

Le montant de la cotisation pour l'année 2012 est fixé à **15 euros/an** et permet de recevoir le Bulletin semestriel.

Un appel à cotisation sera réalisé dans le bulletin d'Automne pour l'année suivante (Cotisation de Janvier à Décembre).

La participation aux Journées de la SGCA nécessitera le règlement de **10 euros/adhérent** à chaque journée participée (pour les membres SGCA).

Pour les non-membres, le tarif reste de 30 euros / journée.

Vous pouvez faire parvenir directement votre cotisation au trésorier (cf adresse ci-dessous) ou régler le jour des réunions.



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

Président : **Docteur Jean GOYARD**
Pôle Gériatrie - UPCOG
@

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

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

Trésorier : **Dr Cyrus POURHADI**
Centre Hospitalier Sainte-Marie
BP 21 43001 LE PUY Cedex
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

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