

L'ANNÉE GÉRONTOLOGIQUE

VOLUME 32, 2018

TOME II

**38^{ème} Journées Annuelles de la
Société Française de Gériatrie et
Gérontologie**

26-28 Novembre 2018

*Centre de Conférence Paris Marriot Rive Gauche
Paris • France*

© 2018 par Serdi. Tous droits de reproduction interdits sans autorisation, et référence de L'Année Gérologique. Cet ouvrage est protégé par copyright. Aucune partie ne peut être reproduite sans autorisation préalable écrite de Serdi.
ISSN 1248-9077 ; ISBN 2-35440-036-5

Les sommaires de l'Année Gérologique sont indexés dans : Experta Medica, ISI/IST P&B online database, Pascal, Paris, Current Literature on Aging, Washington, C.P.A. : New Literature on Old Age and Age Info, London; CAB International, Biosis.

Cet ouvrage est strictement réservé au corps médical. Les informations, idées, conseils et autres éléments figurant dans les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs et en aucun cas celle des sociétés dont les produits sont évoqués. Malgré la rigueur de la conception, il se peut que des erreurs se soient glissées. Les auteurs et l'éditeur déclinent toute responsabilité quant aux conséquences qui pourraient en résulter.

Les articles contenus dans ce volume ont été soumis, par leurs auteurs, en tant que travaux originaux, au comité de lecture de l'Année Gérologique qui a apporté une attention particulière à la qualité des informations publiées. Toutefois, Serdi ne peut être tenu responsable d'erreurs éventuelles commises par les auteurs ou des conséquences pouvant résulter de leur utilisation. Directeur de la publication : P. Vellas

L'ANNÉE GÉRONTOLOGIQUE

VOLUME 32, 2018

TOME II

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Serdi Edition

E-mail : serdi@serdi-publisher.com
Web site : <http://www.serdi-publisher.com>

2018

Communications orales

COMMUNICATIONS ORALES 1

O1-1

Facteurs prédictifs de mortalité post-opératoire et au delà de 6 mois d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) chez les patients âgés de plus de 75 ans vivant à domicile

F. Leborgne (1) ; FH. Brunschwig (2) ; D. Dakka (1) ; C. Rambaud-Collet (3) ; M. Sanchez (4) ; E. Ferrer (5) ; C. Arlaud (4) ; D. Li Vigni (4) ; N. Champigny (1) ; F. Capriz (6) ; V. Mailland-Putegnat (6) ; O. Guérin (1) ; I. Bereder (1)

(1) EMG, CHU - Hôpital de Cimiez, Nice; (2) Ssr orthogériatrique, CHU - Hôpital de Cimiez, Nice; (3) SSR C3, CHU - Hôpital de Cimiez, Nice; (4) Court séjour gériatrique, CHU - Hôpital de Cimiez, Nice; (5) Ssr c1, CHU - Hôpital de Cimiez, Nice; (6) Clud, CHU - Hôpital de Cimiez, Nice

Introduction : Malgré une politique préventive, l'incidence des FESF atteint encore 8/1000 après 80 ans avec une mortalité hospitalière de 2 à 14% et une mortalité de 20 à 30% à un an. La création du concept d'ortho-gériatrie a permis l'amélioration du pronostic vital et fonctionnel des patients âgés grâce à une expertise gériatrique précoce et une collaboration entre urgentistes, anesthésistes, gériatres et chirurgiens. L'objectif de notre étude était de déterminer les facteurs prédictifs de mortalité à 30 jours, à 6 mois et de mortalité globale après une FESF opérée. **Méthodes :** En 2016, les médecins de l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) du CHU de Nice ont créé une filière ortho-gériatrique (passage quotidien dans les services de traumatologie). Accompagnés d'une assistante sociale ils ont interrogé et examiné les patients âgés de plus de 75 ans, vivant habituellement à domicile et ayant bénéficié d'une prise en charge chirurgicale d'une FESF. Une cohorte prospective unicentrique (déclarée à la CNIL) a été créée et un recueil de données pré-, per- et post-opératoires. Un appel téléphonique auprès des aidants et/ou médecin traitant a permis de compléter les informations recueillies. Chaque patient et/ou aidant a été rappelé au-delà des 6 mois post-opératoires pour récupérer les critères de jugement (mortalité à 30 jours, à 6 mois et mortalité globale). **Résultats :** En un an, 252 patients (médiane : 88.1 ans, 76.2% de femmes) ont été inclus. Etre un homme ou avoir un trouble respiratoire chronique étaient des facteurs prédictifs de mortalité post-opératoire à 30 jours (respectivement OR 2.9 (1.05-8.12) et OR 3.8 (1.32-10.5)). Concernant la mortalité à 6 mois, le syndrome confusionnel post-opératoire était un facteur prédictif de mortalité (OR 4.6 (1.75-12.87)), tout comme l'ACFA ou le cancer comme comorbidités (respectivement OR 3.75 (1.25-11.34) et OR 1.4 (1.36-10.21)). En mortalité globale, les facteurs prédictifs de mortalité étaient le syndrome confusionnel post-opératoire (OR 3.5 (1.62-8.07)), l'âge, le cancer ou un trouble respiratoire chronique comme comorbidités (respectivement OR 1.1 (1.03-1.17), OR 3.9 (1.65-9.52) et OR 2.7 (1.01-7.20)). **Conclusion :** Malgré le fait que la FESF soit un facteur de risque de décès indépendant chez les patients âgés, cette étude a mis en évidence des facteurs prédictifs de décès modifiables et non modifiables. Ayant identifié ces facteurs de risque, les gériatres doivent avoir une attention particulière pour ces patients âgés à risque de décès.

O1-2

Impact de la réévaluation antibiotique à 72h par l'infectio-gériatre et le pharmacien chez les sujets âgés de plus de 75 ans hospitalisés dans un Centre Hospitalier Universitaire

C. Arlaud (1) ; M. Orloff (2) ; K. Muller (3) ; D. Li Vigni (1) ; E. Michel (1) ; F. Leborgne (4) ; M. Sanchez (5) ; JM. Turpin (6) ; V. Mondain (7) ; G. Sacco (8) ; O. Guérin (6)

(1) Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice; (2) Pharmacie, Hôpital Pasteur, Nice; (3) Pharmacie, CHU de Nice - Hôpital Pasteur, Nice; (4) EMG, Hopital de Cimiez, Nice; (5) Court séjour gériatrique-a-liernord, Hopital de Cimiez, Nice; (6) Ucog, Hopital de Cimiez, Nice; (7) Infectiologie, Hôpital l'Archet 2, Nice; (8) Ssr-post avc massa4sud, Hopital de Cimiez, Nice

Introduction : Le bon usage des antibiotiques (AB) constitue un enjeu majeur de santé publique, particulièrement en établissement de santé où la prévalence de la résistance bactérienne due au mésusage est préoccupante. En gériatrie, la spécificité du sujet âgé fragile et polymédiqué exige d'autant plus une utilisation rationnelle et stratégique de l'antibiothérapie. L'objectif de l'étude est de déterminer l'impact de la réévaluation antibiotique à 72 heures par l'infectio-gériatre et le pharmacien chez les sujets de plus de 75 ans.

Méthodes : Une étude de cohorte observationnelle prospective a été menée durant la période du 1er novembre 2017 au 31 décembre 2017 dans un Centre Hospitalier Universitaire. Les patients inclus étaient âgés de plus de 75 ans ayant reçu une antibiothérapie. Ces prescriptions étaient réévaluées à 72h par le référent infectio-gériatre avec l'aide du pharmacien. Le clinicien prescripteur a été sollicité si celui-ci n'avait pas pris contact avec le référent. Pour chaque patient, des données infection-gériatriques cliniques, biologiques, microbiologiques et pharmacologiques étaient collectées. **Résultats :** Parmi les 755 patients hospitalisés, 209 prescriptions ont été réévaluées, soit en moyenne 3,5 prescriptions quotidiennes. Les principaux AB étaient amoxicilline-acide clavulanique 38,8 % (n=81), céfotaxime 15,8 % (n= 33) et amoxicilline 14,8 % (n= 31), dont 10% bi-antibiothérapies (n=21). Les diagnostics étiologiques les plus fréquents étaient les pathologies respiratoires 36,4 % (n=76), urinaires 26,6% (n=61) et les bactériémies 14,8% (n=31). La documentation a été justifiée dans le dossier médical en moyenne à 50,7% (n=106). Le taux de conformité aux recommandations de bonnes pratiques selon les critères HAS était en moyenne de 55,1% (n=115). L'intervention du référent infectio-gériatre et du pharmacien était possible pour 76,6% (n=160) des prescriptions. 23,4% (n=49) n'ont pas pu bénéficier d'une réévaluation, le taux de conformité de ces prescriptions était de 18,5%. Les conseils ont été suivis dans 93,8% (n=150). En analyse multivariée, l'intervention du référent améliore la conformité des prescriptions et le bon usage des AB, OR 8,7 p<0.005 [3,9-19,3] IC95%. **Conclusion :** Cette étude met en exergue une nécessité d'amélioration des pratiques de prescription trop fréquentes et peu adaptées. La synergie d'action entre infectio-gériatre et pharmacien permet de renforcer le bon usage des AB et doit être pérennisée. La rédaction de protocoles spécifiques et la formations ciblées des prescripteurs sont en cours de mise en place. Limiter la durée des traitements AB reste une action prioritaire afin de diminuer les consommations AB trop importantes en France.

O1-3**L'absence du port de la blouse chez les soignants : Quels effets sur les relations soignants-résidents au sein d'unités Alzheimer?**

N. Bailly (1) ; C. Giraudeau (1) ; C. Ferrand (1) ; G. Chasseigne (1) ; A. Letty (2) ; PE. Hay (3) ; S. Sanchez (4) ; Y. Messaoudi (5) (1) *Ea 2114 - pavéa, Université de Tours, UFR Arts et Sciences Humaines, TOURS*; (2) *Secrétaire générale, Fondation Korian pour le Bien Vieillir, Paris*; (3) *Directeur Médical Pôle Séniors, Korian, PARIS*; (4) *Pôle IMEP, Centre Hospitalier de Troyes, Avenue Anatole France, Troyes, France, Troyes*; (5) *Attachée de recherche clinique, Fondation Korian pour le Bien Vieillir, Paris*

Introduction : Au sein de ces unités, proposer un environnement rassurant et stimulant capable d'améliorer la vie quotidienne des résidents représente un véritable défi. Parmi les facteurs susceptibles de favoriser le bien-être des résidents, la qualité des relations soignants-résidents est primordiale. Si l'importance de l'apparence dans les échanges humains n'est plus à démontrer, le port de la blouse, symbole institutionnel de la maladie et du soin, interroge au sein des lieux de vie que sont les Ehpad. Notre étude a pour objectif d'examiner l'impact sur les résidents de l'absence du port de la blouse chez les soignants. **Méthodes :** Nous avons réalisé une étude observationnelle non interventionnelle multicentrique dans deux unités Alzheimer de la région Centre. Deux fois par semaine chaque mois pendant 6 mois, les résidents et soignants ont été filmés lors du temps institutionnel du « goûter » (15h30-16h30). Une grille d'observations a permis de mesurer (via un nombre d'occurrences): 1) les attitudes et comportements des résidents ; 2) les contacts intimes avec ou sans toucher (distance inférieure à 20cm) entre les résidents et, entre les résidents et les soignants ; et 3) les contenus des conversations. L'analyse des enregistrements a été effectuée par deux codeurs indépendants. Deux situations ont été comparées : l'une où le personnel soignant porte la blouse et l'autre où il ne la porte pas. Pendant les trois premiers mois, les soignants de l'Ehpad 1 portaient une blouse l'après-midi tandis que ceux de l'Ehpad 2 portaient une tenue civile. Puis inversion lors des trois mois suivants. Le test de Wilcoxon pour échantillons appariés a été retenu pour l'analyse des données. Cette étude a reçu l'accord du CCTIRS et a été financée par la fondation Korian pour le bien vieillir. **Résultats :** Concernant les attitudes des résidents, quand les soignants sont sans la blouse, les résidents ont davantage d'accrochages visuels ($Z = 2.97$; $p < .001$), d'approbations émotionnelles ($Z = 3.38$; $p < .001$), moins de comportements d'autostimulations, de stress et d'anxiété ($Z = 3.68$; $p < .001$). Concernant les contacts intimes, quand les soignants sont sans blouse les contacts entre les soignants et les résidents sont plus nombreux ($Z = 3.29$; $p < .001$). En revanche, cela n'a pas d'effet sur les contacts entre résidents. Concernant les conversations entre résidents, quand les soignants sont sans la blouse, les conversations personnelles entre les résidents ($Z = 2.85$; $p < .001$) et entre les résidents et les soignants ($Z = 2.90$; $p < .001$) sont plus importantes. Quand les soignants sont sans blouse, il y a moins d'échanges sur la santé entre les résidents ($Z = 1.75$; $p < .05$). En revanche, l'absence de blouse n'a aucun effet sur les échanges liés aux informations générales qu'il s'agisse des échanges entre résidents ou entre les résidents et les soignants. **Conclusion :** Cette étude est, à notre connaissance la première à avoir comparé, sur du moyen terme, les effets du port et du non-port de la blouse chez les soignants. Les résultats obtenus, bien qu'ils ne puissent être généralisés, montrent clairement que l'absence du port de la blouse a des effets positifs sur la relation soignant-résidents. Elle contribue à réduire la distance entre patient et soignant, susciterait un autre regard, des envies

de parler d'autre chose et de se comporter autrement. L'absence du port de la blouse influencerait aussi directement les soignants qui ne se comportent pas de la même façon quand ils sont, eux aussi, comme dans la vie de tous les jours. Cela pourrait donc avoir potentiellement un effet en retour sur les résidents en modifiant et en instaurant de nouvelles interactions entre résidents et soignants. Il reste maintenant à tester les effets de l'absence définitive et continue du port de la blouse. Pour que la généralisation du port d'une tenue civile au sein des Ehpad puisse être bénéfique pour les résidents, il nous semble nécessaire qu'elle s'inscrive dans un projet d'établissement où tous les acteurs du système seraient impliqués.

O1-4**Repérage des syndromes gériatriques en pratique clinique : modèle du Rapid Geriatric Assessment aux USA**

B. Fougère (1) ; JE. Morley (2)

(1) *Service de gériatrie, CHU Tours, Tours*; (2) *Division of geriatric medicine, Saint Louis University School of Medicine, St. Louis, États-Unis*

Introduction : Avec le vieillissement de la population, beaucoup de pays cherchent des moyens pour améliorer le repérage et la prise en charge des grands syndromes gériatriques (sarcopénie, fragilité, déclin cognitif, dénutrition, ...). C'est dans ce contexte que le Département de Gériatrie de l'Université de St Louis (Mo, USA) a développé le « Rapid Geriatric Assessment (RGA) ». L'objectif de ce travail est de présenter ce modèle de repérage des syndromes gériatriques ainsi que les résultats des 9000 premiers patients évalués. **Méthodes :** Le RGA a été développé dans le cadre d'un appel à projet (grant number UIQHP28716). Ce modèle de repérage des syndromes gériatriques est composé de plusieurs outils validés : SARC-F questionnaire pour la sarcopénie, FRAIL questionnaire pour la fragilité, SNAQ (Simplified Nutritional Assessment Questionnaire) pour la nutrition et le RCS (Rapid Cognitive Screen) pour la cognition. Tous les patients âgés de plus de 65 ans qui se présentent en consultation gériatrique, qui sont hospitalisés ou même lors de réunions publiques sont évalués. Les évaluations sont réalisées par un médecin, un(e) infirmier(e) de pratique avancée ou n'importe quel professionnel de santé sous la supervision d'un médecin. L'ensemble des résultats de ces tests sont remis aux personnes afin qu'ils soient transmis à leur médecin traitant. En fonction des résultats, des directives de prise en charge sont également données aux personnes. **Résultats :** 8485 personnes ont été évalués depuis le 1er juillet 2015. Selon l'échelle FRAIL, 25% sont fragiles, 41,7% pré-fragiles et 33,3% non fragiles. 37,9% des personnes évaluées sont sarcopéniques selon le questionnaire SARC-F. 36,6% des personnes sont à risque de dénutrition. Enfin, 25,5% de troubles neurocognitifs majeurs et 20,6% de troubles neurocognitifs mineurs ont été dépistés avec le questionnaire RCS. **Conclusion :** Dans le contexte actuel de prévention de la dépendance, le RGA s'avère être un outil utile pour tous les professionnels de santé dans leur pratique clinique quotidienne afin d'améliorer le repérage des principaux syndromes gériatriques. Ce modèle, développé aux USA mais également en Australie et en Asie, pourrait parfaitement être implémenté en France.

O1-5

Vitesse de l'onde de pouls carotido-fémorale et augmentation du risque de démence chez des patients présentant un Mild Cognitive Impairment

L. Rouch (1) ; P. Cestac (2) ; B. Sallerin (2) ; H. Bailly (1) ; M. Beunardeau (1) ; A. Cohen (1) ; D. Dubail (1) ; I. Hernandorena (1) ; ML. Seux (1) ; S. Andrieu (3) ; JS. Vidal (1) ; O. Hanon (1)

(1) *Gériatrie, EA 4468 - Hôpital Broca - APHP, paris*; (2) *Pôle pharmacie, CHU, Toulouse*; (3) *Epidémiologie et analyses en santé publique, Unité INSERM 1027, paris*

Introduction : L'objectif de notre étude était d'investiguer l'association entre vitesse de l'onde de pouls carotido-fémorale (VOP), épaisseur de l'intima-média (EIM), diamètre carotidien (DC), présence de plaques carotidiennes (PC) et survenue d'une démence chez des sujets présentant un Mild cognitive impairment (MCI). **Méthodes :** 375 sujets âgés ambulatoires diagnostiqués comme MCI ont été suivis tous les 6 mois durant 6 ans pour évaluer leur potentielle progression vers une démence. La fonction vasculaire a été évaluée à l'aide de la VOP, gold-standard pour la mesure de la rigidité artérielle. La structure vasculaire a été évaluée par l'EIM, le DC et la présence de PC par examen ultrasonographique des artères carotidiennes. **Résultats :** 105 patients (28%) diagnostiqués comme MCI ont développé une démence durant une période moyenne de suivi de 4.5 ans. L'élévation de la VOP était associée à une augmentation du risque de progression d'un MCI vers une démence (augmentation d'un écart-type de VOP: HR = 1.31; 95% CI [1.03-1.67]; p=0.03). Cette association était indépendante de l'âge, du sexe, du niveau d'éducation, du niveau de pression artérielle systolique, de la présence de pathologies cardiovasculaires, du score au Mini Mental State Examination à l'inclusion ainsi que du statut Apolipoprotéine E ε4. L'EIM, le DC et la présence de PC n'étaient pas significativement associés à la survenue d'une démence chez les patients présentant un MCI (augmentation d'un écart-type d'EIM : HR = 0.96; 95% CI [0.76-1.21]; p=0.74; augmentation d'un écart-type de DC : HR = 1.08; 95% CI [0.89-1.31]; p=0.44 ; présence de PC : HR = 1.08; 95% CI [0.63-1.86]; p=0.77). **Conclusion :** Nos travaux ont montré qu'une élévation de la VOP était associée à une augmentation du risque de survenue de démence chez des sujets présentant un MCI. L'évaluation de la rigidité artérielle pourrait aider à mieux identifier les patients MCI à haut risque de démence et pourrait constituer une cible thérapeutique afin d'en retarder et/ou prévenir l'apparition.

O1-6

Les psychotropes en gériatrie, où en est-on aujourd'hui ? Etat des lieux des prescriptions sur 2 ans dans un service de court séjour gériatrique

L. Laloi (1) ; M. Moulis (1) ; F. Marechal (2) ; S. Lefebvre (2) ; B. Falquet (1) ; M. Bourdelin (1) ; H. Bontemps (1)

(1) *Pharmacie, C.H. de Villefranche-sur-Saône - Gleizé, Gleize*; (2) *Gériatrie, C.H. de Villefranche-sur-Saône - Gleizé, Gleize*

Introduction : Les psychotropes font partie des médicaments non recommandés chez le sujet âgé (critère STOPP). En effet, ils sont pourvoyeurs de confusion et augmentent le risque de chute chez une population fragile et souvent polymédicamentée. Optimiser et rationaliser la prescription des psychotropes chez le sujet âgé est donc essentiel. L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux de la prescription des médicaments psychotropes et une analyse de son évolution entre 2016 et 2017 dans un service de court séjour gériatrique (CSG), afin d'identifier d'éventuels axes d'amélioration.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle. Le nombre total de prescriptions de psychotropes (classe ATC N05 et N06) au CSG (24 lits) a été extrait sur les années 2016 et 2017. Ces prescriptions ont été rapportées au nombre de séjours. Les données obtenues ont été classées en deux groupes: les psycholeptiques (ATC N05) et les antidépresseurs (ATC N06). Puis, une analyse de la répartition des classes médicamenteuses prescrites au sein de ces deux groupes a été réalisée. Les chiffres sur 2016 et 2017 ont ensuite été comparés. **Résultats :** Le nombre de séjours sur 2016 et 2017 est stable (804 vs 801). Au total, 1273 psychotropes ont été prescrits en 2016 (1,58/séjour en moyenne) dont 914 psycholeptiques (1,38/séjour) et 359 antidépresseurs (0,45/séjour). En 2017, 1107 psychotropes ont été prescrits (1,38/séjour) dont 804 psycholeptiques (1/séjour) et 303 antidépresseurs (0,38/séjour). Le taux de prescription de psychotropes diminue donc de 12% sur 1 ans (p<0.05). Les psycholeptiques majoritairement prescrits sont les benzodiazépines à demi-vie courte (44% en 2016 vs 46% en 2017). Les proportions de prescriptions d'hypnotiques (18% vs 20%), de neuroleptiques (28% vs 24%) et de benzodiazépines à demi-vie longue (5% en 2016 et en 2017) sont stables sur les deux années. Le profil de prescription des neuroleptiques est différent entre 2016 et 2017 : diminution des prescriptions de neuroleptiques phénothiazidiques au profit d'une augmentation des prescriptions de neuroleptiques atypiques dits de nouvelle génération. Concernant les antidépresseurs, la proportion d'inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) diminue entre 2016 et 2017 (46% vs 38%). Cependant, la prescription des antidépresseurs dits «autres» augmente de 27% à 34%. La proportion d'antidépresseurs tricycliques est stable sur les deux années (8% vs 9%) ainsi que celle des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) (14% vs 11%). **Conclusion :** Entre 2016 et 2017, le nombre de prescription de psychotropes au CSG est en diminution. Une réorientation du type de neuroleptiques prescrits au profit de classes moins iatrogènes (atypiques) est à souligner. Néanmoins, les prescriptions de classes médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé sont encore significatives (benzodiazépines à demi-vie longues, antidépresseurs tricycliques). Cependant, les prescriptions conditionnelles n'ont pas pu être différenciées des prescriptions systématiques. Les résultats issus de cette évaluation des pratiques de prescription ont permis de déterminer des axes d'amélioration en accord avec l'équipe médicale : préférer les benzodiazépines à demi-vie courte, limiter les prescriptions de paroxétine (très anticholinergique) et de fluoxétine (demi-vie très longue), réévaluer ces traitements au cours du temps ou encore proposer d'autres approches non médicamenteuses. Il sera intéressant de continuer ce suivi sur les années à venir afin d'évaluer l'impact des mesures proposées et l'évolution du nombre de prescriptions de psychotropes sur le long terme.

O1-7**Détection et évaluation des patients âgés fragiles et/ou avec des troubles cognitifs en soins primaires : résultats à 3 ans issues de l'étude FAP**

B. Fougère (1) ; B. Chicoulaa (2) ; C. Lagourdette (3) ; M. Secher (3) ; S. Oustric (2) ; B. Vellas (3) ; FAP group

(1) *Service de gériatrie, CHU de Tours, Tours*; (2) *Département universitaire de médecine générale, Université de Toulouse, Toulouse*; (3) *Gérontopôle, CHU Toulouse, Toulouse*

Introduction : Dans le cadre de ce projet innovant, nous avons proposé d'implémenter le recours à une Infirmière Diplômée d'État (IDE), formée à l'évaluation gériatrique, pour détecter et évaluer les patients âgés fragiles et/ou avec et des troubles cognitifs en soins primaires. L'objectif de ce travail est de vous présenter les résultats à 3 ans issus des évaluations réalisées. **Méthodes :** Les patients repérés comme potentiellement fragile et/ou avec une plainte mnésique pendant la consultation du médecin généraliste (MG) ont été adressés pour une évaluation à l'IDE au sein de leur propre cabinet. Au cours de cette évaluation, nous avons recueilli les données sociodémographiques et médicales du patient et nous avons évalué les domaines cognitifs (MMSE, échelle de Wechsler), physiques (SPPB, appui unipodal), psychologiques (mini-GDS) et nutritionnels (MNA) ainsi que l'autonomie du patient (ADL, IADL). La synthèse de cette évaluation était transmise au MG. Ce dernier proposait des recommandations et coordonnait la mise en place de ces recommandations ainsi que le suivi des sujets avec l'appui si besoin d'un gériatre hospitalier. **Résultats :** 20 cabinets de MG ont participé à ce projet. 524 patients ont été évalués depuis juin 2015. La moyenne d'âge était de 81,3 ans (\pm 5,92) dont deux tiers de femmes (66%). Le MMS moyen était de 25,2/30 (\pm 4,23). 16,7% avaient un trouble neurocognitif (TNC) majeur et 12% un TNC mineur. Au niveau physique, le SPPB moyen était à 8,94/12 (\pm 2,72) avec 50% des patients ayant un SPPB < 10. 75,5% des patients ont été repérés comme fragiles ou pré-fragiles. A la suite de ces évaluations, 80% des patients n'ont pas eu recours à une consultations hospitalière et sont restés suivis par leur médecin traitant. **Conclusion :** Ce travail préfigure une alternative ambulatoire complémentaire aux hôpitaux de jour gériatriques et au CMRR adaptée aux enjeux de la prise en charge de la personne âgée fragile et/ou avec des troubles cognitifs dans son bassin de vie. De plus, ce modèle en soins primaires permet un repérage et une prise en charge précoce de ces personnes à risque de perte d'autonomie.

O1-8**Evaluation de l'impact psychologique des exergames à l'aide de la Wii™ chez le sujet très âgé chuteur hospitalisé**

A. Denis (1) ; C. Moreau (1) ; N. Berchel (1) ; C. Schonheit (1) ; A. Perrot (2) ; Y. Picou (1) ; A. Meziere (1)

(1) *Ssr orthogériatrique, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine*; (2) *Laboratoire ciams, équipe rime, UFR STAPs - Orsay, Orsay*

Introduction : Nombreuses sont les études ayant montré l'intérêt des exergames concernant les bénéfices moteur et cognitif chez les sujets âgés. L'hospitalisation notamment prolongée, a un impact psychologique péjoratif chez le sujet âgé. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact psychologique et psychomoteur des exergames à l'aide de la Wii chez le sujet âgé chuteur hospitalisé en SSR. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective, contrôlée et randomisée, menée de mars à juin 2017 en SSR orthogériatrique

à l'Hôpital Charles Foix (94). Consentement oral des participants qui étaient répartis en 2 groupes: le groupe expérimental (groupe Wii) qui bénéficiait pendant le séjour en SSR de séances de Wii sports (bowling et ski) par un professeur d'APA; le groupe témoin qui bénéficiait de la prise en charge classique en SSR. L'état psychologique de tous les patients était évalué en début et en fin de séjour hospitalier par les tests de Duke (qualité de vie), Rosenberg (estime de soi) et l'état psychomoteur (peur de chuter) était mesuré par la Falls Efficacy Scale-International (FES). **Résultats :** 26 sujets âgés de 88,2 ans \pm 6,7 avec un score MMSE moyen de 22,4 \pm 4,5, ont participé à l'étude dont 10 dans le groupe contrôle et 16 dans le groupe Wii. Concernant la qualité de vie, elle était améliorée dans le groupe Wii alors qu'elle se dégradait dans le groupe témoin. Une amélioration de l'estime de soi a été observée dans les deux groupes sans différence significative entre les deux groupes. Une diminution de la peur de chuter était observée dans les deux groupes sans différence significative, sauf en cas de nombre élevé de séances de Wii pratiquées permettant une baisse significative de la peur de chuter. **Conclusion :** La pratique de la Wii chez les patients âgés chuteurs hospitalisés en SSR montrait un impact positif sur la qualité de vie, non retrouvé sur l'estime de soi et la peur de chuter. Le nombre de séances de Wii sports pratiquées semblerait influencer sur le bénéfice.

O1-9**L'application de vernis fluoré dentaire est une stratégie efficace de prévention des caries chez les sujets âgés institutionnalisés**

P. Charru (1) ; A. Veille-Finet (2) ; F. Dib (3) ; M. Schneider (3) ; M. Folliguet (4) ; L. Radoï (4)

(1) *Gerontologie, Hôpital Louis-Mourier - APHP, Colombes*; (2) *Service d'odontologie, Hôpital Louis-Mourier - APHP, Colombes*; (3) *Eceve, umr1123, université paris diderot, sorbonne paris cité, Département d'Epidémiologie et Recherche Clinique, AP-HP, HUPNVS, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*; (4) *Odontologie, Hôpital Louis-Mourier - APHP, Colombes*

Introduction : La détérioration de l'état bucco-dentaire est une triste réalité chez les sujets âgés institutionnalisés. Les stratégies de prévention des caries ont été peu évaluées. Notre étude prospective randomisée multicentrique dans 15 centres français pendant deux ans avait pour objectif principal d'évaluer l'impact de l'application de vernis fluoré sur l'incidence des caries chez les sujets âgés en institution. **Méthodes :** Chaque patient était son propre contrôle. Deux chirurgiens-dentistes ont participé, l'un responsable de l'évaluation dentaire (utilisant plusieurs scores de santé bucco-dentaire) et l'autre appliquant un vernis, après un nettoyage des dents, tous les trois mois. Le vernis était appliqué au hasard, soit sur le quadrant gauche, soit sur le droit. Plusieurs paramètres médicaux ont été recueillis tous les trois mois: MMSE, ADL, GIR, CIRS et nombre de médicaments. Plusieurs paramètres oraux ont été évalués: le nombre de dents cariées, l'indice CAOD (dents Cariées, Absentes, Obstruées) et l'indice d'hygiène buccale (OHI). Le résultat principal était l'incidence des caries développées de chaque côté de la bouche. **Résultats :** 180 résidents ont été inclus et 166 randomisés: 69,3% de femmes. L'âge moyen était de 82,3 ans. Seulement 91 sujets (54,8%) ont terminé l'étude. Le MMSE moyen était de 16,2 ; ADL moyen de 2,6 ; GMP à 693 et le CIRS global de 11,9. Le nombre moyen de médicaments par patient était de 7,2 dont 1,8 médicaments étaient potentiellement sialoprives. A l'inclusion, l'évaluation dentaire a montré une OHI de 1, en moyenne 1,1 dent cariée, et un indice moyen de CAOD égal à 15,6. Au point final, les

moyennes étaient : 0,5 pour OHI, 1,5 pour le nombre de dents cariées, et 16,5 pour l'indice CAOD. Comparé au côté de la bouche recevant seulement le nettoyage mécanique, le côté traité par l'application de vernis a montré le taux significativement plus bas de carie dentaire (6% contre 11%, Student $p = 0.0064$). **Conclusion** : L'application de vernis procure des avantages significatifs pour la santé bucco-dentaire des patients dépendants en réduisant l'incidence des caries et limitant ainsi les soins dentaires invasifs

COMMUNICATIONS ORALES 2

O2-1

Le tutorat, une aide au déploiement des bilans partagés de médication en Occitanie : approche collaborative entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes

S. Qassem (1) ; C. Choukroun (2) ; C. Roland (1) ; A. Cambon (1) ; V. Garnier (3) ; P. Descamps-Mandine (4) ; V. Bruno (5) ; JM. Kinowski (2) ; C. Mccambridge (1) ; P. Cestac (1)

(1) *Pôle pharmacie, C.H.U Toulouse - Site Purpan, Toulouse*; (2) *Pôle pharmacie, C.H.U de Nîmes (CHU), Nîmes*; (3) *Urps pharmaciens occitanie, Pharmacie Garnier, Meynes*; (4) *Direction de la santé publique - unité vigilances, ARS Occitanie, Toulouse*; (5) *Gérontopôle, C.H.U, Toulouse*

Introduction : Les missions des pharmaciens d'officine ont récemment évolué depuis la publication le 9/03/2018 de l'arrêté portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale pharmaceutique. Les pharmaciens d'officine ont la possibilité de réaliser des bilans partagés de médication, à destination de la patientèle âgée et polymédiquée, pour lesquels ils percevront une rémunération sur objectif de santé publique. Ce processus pluriprofessionnel doit être réalisé en totale collaboration avec les prescripteurs et les patients. Il doit comprendre a minima une évaluation de l'observance et de la tolérance médicamenteuse. Pour un bilan plus approfondi, le cadre législatif permet également au pharmacien de recueillir, les antécédents médicaux, les analyses de biologie et les diagnostics établis et de proposer des alternatives thérapeutiques mieux adaptées aux prescripteurs. Pour aider au déploiement des bilans partagés de médication en Occitanie, deux pharmaciens hospitaliers spécialisés en gériatrie se déplacent au sein des officines et jouent le rôle de tuteur. Ils sont membres du Réseau d'Enseignement et d'Innovation pour la Pharmacie d'Officine (REIPO), qui a vocation à renforcer les liens ville-hôpital et développer la collaboration pluriprofessionnelle. **Méthodes** : Il s'agit d'une étude de faisabilité d'une durée de deux ans mise en place sur la région Occitanie grâce au soutien financier de l'ARS. Les pharmaciens d'officine sont recrutés à partir du listing d'adhérents au REIPO et par le biais de l'URPS Pharmaciens. Deux équivalents temps-plein de pharmacien hospitalier sont mis à disposition par le CHU de Toulouse et le CHU de Nîmes pour mener à bien le tutorat (entretien-recueil, repérage de la fragilité, analyse pharmaceutique et rédaction de la synthèse au prescripteur). Durant trois séances, le tuteur se déplace au sein de l'officine pour réaliser au cours de la séance trois entretiens pharmaceutiques avec les patients préalablement identifiés par le pharmacien d'officine et le médecin traitant. L'entretien-recueil se base sur la trame développée par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) et peut avoir lieu à l'officine ou à domicile. Au total, le tutorat est effectif pour les neufs premiers patients. S'en suit une phase dite d'autonomie où les officinaux peuvent encore bénéficier d'un avis

sur leur synthèse pharmaceutique en sollicitant les pharmaciens-tuteurs. Le critère de mesure principal est le nombre de bilans de médication réalisés en ciblant notamment ceux ayant conduit à au moins une modification de prescription par le médecin généraliste. La méthodologie utilisée pour analyser les ordonnances utilise des critères explicites couplés à une approche implicite prenant en compte à la fois les antécédents, la biologie et les comorbidités du patient, son adhésion au traitement, l'automédication, mais aussi les problèmes de tolérance déclarés. Les critères de mesure secondaires sont le nombre moyen de médicaments par patient, la proportion de patients ayant au moins une prescription potentiellement inappropriée, les obstacles au déploiement des entretiens. **Résultats** : Entre novembre 2017 et mai 2018, 123 patients ont bénéficié d'un bilan de médication. 39 pharmaciens ont été accompagnés dans 24 pharmacies de la région Occitanie. Le sexe ratio est de 1/1 et l'âge moyen de la patientèle est de 78 ans (SD $\pm 7,01$) [61-92]. 35% des patients ont été repérés comme potentiellement fragile. 52 minutes (SD ± 16) [15-95] sont nécessaires en moyenne pour effectuer l'entretien-recueil avec le patient qui dans plus de 80% des cas se déroule à l'officine. En moyenne, 11 dénominations communes internationales (DCI) (SD ± 3) [5-18] sont prescrites par patient et 5 interventions pharmaceutiques (IP) (SD ± 2) [0-13] sont identifiées suite à l'analyse pharmaceutique de niveau 3. Le retour des médecins au sujet des IP est actuellement en cours d'analyse et fera l'objet d'une thèse d'exercice officinale. **Conclusion** : L'expérimentation se poursuit jusqu'à novembre 2019, l'enjeu pour les mois à venir sera de renforcer la collaboration institutionnelle et opérationnelle entre pharmaciens et médecins en soins primaires. L'analyse des données recueillies nous permettra d'évaluer l'impact des bilans partagés de médication réalisés à l'aide d'un tutorat sur les critères de mesures principal et secondaires.

O2-2

Impact de l'évaluation gériatrique pré opératoire sur le parcours de soins des patients de 75 ans et plus bénéficiant d'une chirurgie cardiaque complexe

M. Paille (1) ; G. Chapelet (2) ; T. Senage (3) ; JC. Roussel (3) ; G. Berrut (4) ; L. De Decker (4) ; AS. Boureau (5)

(1) *Médecine Aiguë Gériatrique, CHU de Nantes, Nantes*; (2) *Médecine Aiguë Gériatrique, C.H.U de Nantes, Nantes*; (3) *Chirurgie cardio-thoracique, CHU de Nantes Hôpital Laënnec, Nantes*; (4) *Pole de gérontologie clinique, C.H.U de Nantes, Nantes*; (5) *Medecine Aiguë Gériatrique, CHU de Nantes, Nantes*

Introduction : Les patients âgés bénéficiant de chirurgie cardiaque complexe ont un risque plus élevé de complications post opératoires, et de durée de séjour prolongée. Des études antérieures ont déjà montré le bénéfice d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) pré opératoire sur le parcours de soins des patients âgés notamment en chirurgie vasculaire ou générale, mais aucune en chirurgie cardiaque spécifiquement. Notre étude est la première à analyser l'impact de l'EGS pré opératoire sur la durée de séjour en hospitalisation des patients âgés, après une chirurgie cardiaque combinée. **Méthodes** : Notre étude était rétrospective, monocentrique et observationnelle. Tous les patients de 75 ans et plus, hospitalisés au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes entre 2014 et 2017 pour une chirurgie de remplacement valvulaire aortique (RVAo) pour un rétrécissement aortique serré, associée à un autre geste chirurgical concomittant, ont été inclus. Le critère de jugement principal était la durée de séjour totale en hospitalisation, et les critères de jugement secondaires la durée de séjour en unité

de soins intensifs (USI), les complications post opératoires, les réadmissions dans les 3 mois, et le lieu de sortie d'hospitalisation. **Résultats :** 407 patients avec un âge moyen de 79.62 ± 3.12 ans ont été inclus, dont 70.5% d'hommes. 114 de ces patients ont bénéficié d'une EGS pré opératoire (28%). Le geste chirurgical majoritairement associé au RVAo était un ou plusieurs pontages aorto-coronariens (305 patients, 74.9%). La chirurgie a été réalisée en urgence, c'est-à-dire dans les 48 heures, pour 40 patients (9.8%). Le groupe ayant bénéficié d'une EGS pré opératoire était notamment significativement plus âgé ($p < 0.01$), avait plus d'antécédents de chirurgie cardiaque ($p < 0.01$), et de coronaropathies ($p = 0.01$), et avait un risque opératoire plus élevé selon l'EuroSCORE log, avec seuil fixé $> 20\%$ ($p < 0.01$). Sur le plan gériatrique, ces patients étaient autonomes (aucun patient n'avait un $ADL \leq 5/6$), avec des performances physiques conservées (12 patients (10.53%) avaient un Timed up and go Test > 20 secondes), et peu de troubles cognitifs (Mini Mental State Evaluation (MMSE) moyen à $25.68/30 \pm 3.18$, et 21.9% de MMSE $< 24/30$). Une différence significative a été observée entre les deux groupes (EGS pré opératoire ou non) sur la durée de séjour totale en hospitalisation (14.56 versus 17.02 jours, soit une différence de 2.46 jours; $p = 0.01$) et sur la durée de séjour en USI (4.89 versus 7.14 jours, soit une différence de 2.25 jours; $p < 0.01$). En analyse multivariée en régression linéaire, nous avons montré une association significative entre la durée de séjour totale en hospitalisation et la fonction rénale définie par la clairance de la créatinine selon la formule de Cockcroft-Gault ($\beta = 0.09$; IC 95% (0.02 à 0.15); $p = 0.01$), l'existence d'une hypertension artérielle pulmonaire définie par des pressions artérielles pulmonaires systoliques ≥ 40 mmHg ($\beta = 3.29$; IC 95% (0.58 à 5.99); $p = 0.02$), et un antécédent de chirurgie cardiaque antérieure ($\beta = 4.29$; IC 95% (0.70 à 7.89); $p = 0.02$). On notait seulement une tendance forte avec l'EGS en pré opératoire ($\beta = -2.54$; IC 95% (-5.12 à 0.05); $p = 0.05$). Nous avons également montré une association significative entre la durée de séjour en USI et l'EGS pré opératoire ($\beta = -2.52$; IC 95% (-4.61 à -0.42); $p = 0.02$), la fonction rénale ($\beta = 0.06$; IC 95% (0.01 à 0.12); $p = 0.02$), l'hypertension artérielle pulmonaire ($\beta = 2.78$; IC 95% (0.57 à 4.98); $p = 0.01$), et l'urgence de la chirurgie ($\beta = 4.11$; IC 95% (1.07 à 7.14); $p = 0.01$). Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes en terme de survenue de complications post opératoires, de réadmissions dans les 3 mois, et de lieu de sortie d'hospitalisation. Dans le groupe ayant bénéficié d'une EGS pré opératoire, aucune association significative n'a été retrouvée entre les facteurs gériatriques et la durée d'hospitalisation en univarié. **Conclusion :** Les résultats de notre étude sont en faveur d'une généralisation de l'EGS en pré opératoire, en chirurgie cardiaque notamment, devant les bénéfices incontestables constatés sur la durée de séjour en hospitalisation particulièrement en USI. Ces résultats sont concordants avec ceux d'études antérieures, et encouragent à réaliser des études prospectives complémentaires.

O2-3

Etude européenne CAREGIVERSPRO-MMD portant sur les nouvelles technologies dédiées au soutien des personnes ayant une maladie d'Alzheimer apparentées et leurs aidants. Profil des patients en France

L. Malherbe (1) ; H. Lingiah (1) ; T. Simon (2) ; M. Bérard (1) ; A. Bounacer (3) ; N. Kadri (1) ; I. Landrin (1)

(1) Pôle de gériatrie, CHU Rouen, Rouen; (2) Gériatrie, CHI Elbeuf-Louviers, Elbeuf; (3) Maison de la recherche clinique, CHU de Rouen, Rouen

Introduction : Le projet Européen CAREGIVERSPRO-MMD vise à développer une plateforme informatique destinée au soutien des personnes présentant des troubles neurocognitifs et à leurs aidants en leur fournissant des contenus éducatifs et informatifs adaptés à la maladie et au rôle d'aidant, des espaces de discussion, des jeux de stimulation cognitive, un fil d'actualité, un agenda et des informations locales (événements, structures sociales, lieux d'information et de soutien...). Pour évaluer l'efficacité de cette plateforme, nous avons recruté des dyades « aidant-aidé » parmi les personnes suivies en consultation mémoire. Le profil des personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou apparenté est présenté. **Méthodes:** Pour évaluer la plateforme, une étude recrutant des dyades « aidant-aidés » a été lancée en décembre 2017. Tous les patients âgés de plus 50 ans suivis en consultation mémoire ou en hôpital de Jour ont été screenés durant cette période. Les critères d'inclusion étaient les suivants : MMS > 10 avec une CDR entre 0.5 et 2, un diagnostic posé de maladie d'Alzheimer ou apparentés. Les patients devaient avoir un aidant naturel majeur acceptant de participer et n'ayant pas de syndrome dépressif majeur (GDS 15 items < 11) ni de trouble cognitif. L'état de santé des 2 membres de la dyade devait être compatible avec l'utilisation de l'outil informatique et leur pronostic vital devait être supérieur à 18 mois. 48 dyades « aidants-aidés » ont réunis les critères d'inclusion et ont accepté d'utiliser un outil informatique sur tablette. Une randomisation était réalisée et dans le groupe « tablette » et dans le groupe contrôle. Une formation a été faite auprès de chaque dyade « aidant-aidé » pour les utilisateurs de la tablette. **Résultats:** L'âge moyen des patients inclus est de 79 ans $\pm 7,1$ alors que l'âge moyen de la population screenée est de 81,2 $\pm 7,66$. Le MMS moyen de la population incluse est de 20,6 $\pm 4,8$ (plateforme : 20,6 $\pm 5,1$ vs contrôle 20,6 $\pm 4,6$). Sept patients présentaient des symptômes dépressifs probables (GDS 15 items) et 3 avaient des signes dépressifs certains. Les patients étaient relativement autonomes pour les gestes de la vie quotidienne avec un Barthel Activity Daily Living à 95,1 $\pm 6,7$. L'évaluation de la qualité de vie par le patient selon l'échelle de DEMQOL était bonne (93,7 $\pm 11,4$; score maximum : 112) ; l'évaluation de la qualité de vie du patient par l'aidant (DEMQOL proxy) était de 95 $\pm 13,5$; score maximum 124. **Conclusion :** Les premières données collectées, bien que sélectionnant une population non représentative de la population suivie en consultation mémoire, devraient permettre de cibler les besoins, les contenus éducatifs et informatifs à destination des patients et des aidants. Le retour sur l'utilisation de la plateforme devrait nous permettre à l'avenir d'adapter cet outil aux utilisateurs potentiels.

O2-4**Evolution du profil des personnes âgées accueillies en Structure d'urgence**

J. Pariot-Pardon (1) ; J. Asdrubal (1) ; P. Jouanny (2)

(1) *Su, CH, Mâcon*; (2) *Médecine Gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon*

Introduction : La population française vieillie et les patients âgés sont d'importants consommateurs de soins médicaux et notamment des Structures d'urgences (SU) sont alors en première ligne. Notre étude a pour objectif de décrire la population des patients de 75 ans et plus, pris en charge dans le SU du Centre Hospitalier de Mâcon. A partir de ce descriptif, est effectué un comparatif par rapport à celui de 2008 avec un focus selon l'adressage par un courrier médical.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique entre le 13 décembre 2016 et le 30 janvier 2017, incluant tous les patients âgés de 75 ans et plus, passant physiquement dans le SU de Mâcon.

Résultats : 182 patients ont été inclus, majoritairement féminin (111/182 soit 61%) avec une moyenne d'âge de 85.6±5.7 ans. Deux patients sur trois arrivaient suite à un avis médical : appel au centre 15 ou adressé avec un courrier suite à une consultation en ville. Deux patients sur trois avaient un état de santé jugé stable (CCMU 1 et 2) et 75% des patients ont été hospitalisés (GEMSA 4,5 et 6). La durée moyenne de passage était de 4h53mn, supérieure à l'ensemble de la population (3h12mn). En comparant les données 2008 et 2017, il apparaît une augmentation significative du nombre de passage (17 à 23 % ; p<0.0001), une provenance accrue du domicile (79 à 85 % ; p=0.0296), une diminution des patients adressés avec un courrier médical (40 à 27 % ; p=0.0015). Si seulement 6% des patients n'avaient pas d'examen complémentaire (vs 7 % ; ns), le nombre de scanner/IRM et d'avis spécialisés a augmenté (respectivement 5 à 20 % ; p<0.0001 et 5 à 16 % ; p<0.0001). Le nombre d'hospitalisation chez les patients adressés avec courrier a augmenté (84 à 96 % ; p=0.033). Il n'y avait pas d'autre différence significative. Les patients adressés avec un courrier, comparés à ceux venus sans courrier, étaient plus dépendants (35 vs 11% de GIR 1 à 4 ; p=0.0008), tendaient à être plus graves (CCMU 3 à 5 : 43 vs 23 % ; p=0.0535), avaient tous des examens complémentaires (100 vs 91.7 % ; p=0.0378), rentraient moins à domicile (4 vs 29 % ; p=0.0004) et ont eu un temps de passage tendant à être plus long (5h 25mn vs 4h 42mn ; p=0.0572). **Conclusion :** Si les passages de patients âgés sont en augmentation aux urgences, ils apparaissent cependant majoritairement légitimes au vu du bilan réalisé et des hospitalisations. Mais ils se font moins dans le cadre d'un parcours de soins avec moins d'adressage par le médecin traitant, du fait des problèmes de démographie médicale. Le développement d'un partenariat ville/hôpital au sein de réseaux gérontologiques devrait être favorisé.

O2-5**Infections et infarctus du myocarde : une association fréquente en gériatrie**

A. Putot (1) ; P. ManckoundiaA (1) ; F. Chague (2) ; Y. Cottin (2); M. Zeller (3) ; Observatoire des Infarctus de Côte d'Or (RICO)

(1) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon*; (2) *Cardiologie, CHU Dijon, Dijon*; (3) *Laboratoire pec2, ea7460, Université de Bourgogne, Dijon*

Introduction : Un lien épidémiologique a été démontré entre les infections aiguës et l'infarctus du myocarde (IDM). Toutefois, la pathogénèse et le pronostic des IDM associés aux infections (IAI)

n'a pas fait l'objet d'étude de grande ampleur. **Méthodes :** Tous les patients consécutifs admis pour IDM entre le 1er octobre 2012 et le 31 mars 2017 ont été prospectivement identifiés à partir des données de l'Observatoire des Infarctus de Côte d'Or (RICO). Le diagnostic d'infection aiguë à l'admission était posé sur des critères cliniques à l'appréciation du clinicien. Le diagnostic d'IDM de type 1 (rupture ou érosion de plaque) ou de type 2 (fonctionnel sur déséquilibre entre apports et besoins myocardiques en oxygène) était systématiquement adjudiqué selon les critères de la 3ème définition universelle de l'IDM. **Résultats :** Parmi les 4573 patients hospitalisés pour IDM, 466 (10%) présentaient une infection aiguë à l'admission dont 313 (67%) présentaient une infection respiratoire, 78 (17%) une infection urinaire et 75 (16%) une infection autre ou indéterminée. Les infarctus de type 2 représentaient 72% des IAI contre 13% des IDM non IAI (p<0.01). La proportion d'IAI de type 2 augmentait de façon majeure avec l'âge (14% de l'ensemble des IDM après 80 ans) alors que la proportion d'IAI de type 1 était stable à 3% (figure 1). Les IAI étaient associés à un pronostic intra-hospitalier plus sombre que les IDM non IAI (figure 2), avec une mortalité de 11 vs 6% (p<0.01), essentiellement d'origine cardiogénique (OAP et choc cardiogénique: 35 vs 12%, p<0.01). Parmi les IAI, en analyse multivariée par régression de Cox, l'IDM de type 1 (vs type 2) et les infections pulmonaires (vs infections non pulmonaires) étaient fortement associés à la mortalité (HR (95% CI): 3.1 (1.3-7.5) et 2.3 (1.0-5.1) respectivement), tout comme l'âge et le taux de C-réactive protéine (HR 1.004 (1.001-1.008), par mg/L, tableau 1). **Conclusion :** Dans cette large étude prospective, les IAI représentaient 10% de l'ensemble des IDM, avec une mortalité hospitalière 2 fois supérieure, principalement d'origine cardiovasculaire. Les infections respiratoires étaient les plus fréquentes et associées à un pronostic hospitalier plus sombre. Les IDM de type 1, bien que moins fréquents que les IDM de type 2 chez les patients les plus âgés, étaient associés à un risque accru de mortalité intra-hospitalière.

O2-6**Motivation du choix des internes du D.E.S. de Gériatrie**

J. Prud'homme (1) ; A. Corvol (2) ; D. Somme (2)

(1) *Gériatrie, C.H.U. de Rennes, Rennes*; (2) *Gériatrie, C.H.U de Rennes, Rennes*

Introduction : Les étudiants en Médecine à la fin du 2ème cycle de leurs études ont pu pour la première fois choisir la spécialité de Gériatrie en tant que Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) à l'issue de l'Examen Classant National 2016-2017. 200 postes ont été créés à cette occasion. Nous nous sommes intéressés aux motivations des étudiants en Médecine qui ont choisi le D.E.S. de Gériatrie en France en 2017. **Méthodes :** Nous avons mené une étude prospective quantitative et qualitative par formulaire, rempli sur internet via le siteweb SurveyMonkey.fr, de Décembre 2017 à Avril 2018. Cette enquête a été diffusée par les coordinateurs de chaque subdivision, avec le soutien du Collège National des Enseignants de Gériatrie. La population étudiée a été les étudiants de 3ème cycle inscrits au D.E.S de Gériatrie. Le formulaire a été composé de 60 questions, 53 quantitatives dont 35 par échelle de Likert à 5 points et 7 qualitatives. Au total, 3 relances ont été effectuées. **Résultats :** Sur les 200 postes proposés, 171 ont été choisis à l'issue de la procédure nationale de choix de postes. Notre étude a reçu 141 réponses, dont 2 doublons, soit 139 réponses au final. Le taux de réponse national à ce questionnaire est 81,2 %. Le taux moyen d'achèvement du questionnaire par répondant est

87 %. 98 (70,50 %) répondants sont des femmes. L'âge moyen est 25,9 ans +/- 1,5 ans. Le rang minimum est 275 et maximum 8371. 118 (84,8 %) étudiants ont fait leurs études en France. 114 (82,6 %) sont passés en stage de Gériatrie ; et parmi eux, 95 (84,0 %) au cours du 2ème cycle. Le stage a influencé leur choix pour 102 (90,2 %) des répondants. Le moment de la décision s'est fait au cours du 2ème cycle pour 59 (43,0 %) répondants. La Gériatrie est le premier choix pour 82 (59,9 %) étudiants. Pour les autres, le 1er choix est majoritairement une spécialité médicale 36 (73,4 %), notamment l'oncologie 9 (18,3 %). Les propositions qui ont une influence forte à très forte sont notamment le plaisir de travailler auprès de personnes âgées pour 111 (88,8 %) étudiants, les expériences passées personnelles positives avec des personnes âgées pour 88 (70,4 %) répondants, le plaisir de travailler en équipe interprofessionnelle pour 104 (83,2 %) étudiants, le plaisir de travailler auprès de personnes en situation diagnostique et thérapeutique complexe pour 107 (85,6 %) répondants, le plaisir de travailler de travailler auprès de personnes atteintes de maladies chroniques pour 82 (65,5 %) étudiants, la diversité des modes d'exercice à l'issue de la formation pour 97 (77,6 %) répondants, les attraits extra-professionnels de la région de choix pour 78 (62,4 %) étudiants. Le prestige de la profession de Gériatre en France a eu une influence faible à très faible pour 82 (65,5 %) des répondants. **Conclusion :** Cette étude est la première en France à s'intéresser à la motivation des étudiants qui choisissent la Gériatrie à l'issue de l'Examen Classant National. Les résultats sont proches de ceux d'une étude menée au Royaume-Uni en 2016. Les réponses des étudiants montrent en particulier l'influence d'un stage de 2ème cycle dans un service de Gériatrie. Une étude française est en cours sur les motivations des étudiants qui ne choisissent pas Gériatrie à l'Examen Classant National.

O2-7

Effet de l'utilisation péri-opératoire d'anti-inflammatoires non stéroïdiens dans une population gériatrique avec fracture de l'extrémité supérieure du fémur

S. Thietart (1) ; C. Villain (1) ; J. Cohen Bittan (1) ; M. Raux (2) ; B. Riou (3) ; F. Khiami (4) ; A. Meziere (5) ; M. Verny (1) ; L. Zerah (1) ; J. Boddaert (1)

(1) *Unité de gériatrie aigue, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris*; (2) *Anesthésie-réanimation, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (3) *Service d'accueil des urgences, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (4) *Orthopédie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (5) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*

Introduction : Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) permettent une antalgie efficace en situation post-opératoire. Ils peuvent avoir des effets indésirables graves, notamment chez le sujet âgé. L'objectif était d'évaluer la sécurité d'une prise unique d'AINS dans une population gériatrique, en post-opératoire d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF). **Méthodes :** Les patients inclus étaient hospitalisés entre 2009 et 2017 pour une FESF dans une Unité Post-Opératoire Gériatrique (UPOG). Les données concernant l'administration péri-opératoire d'AINS furent collectées, et les patients suivis prospectivement. Le critère de jugement principal était la survenue d'une insuffisance rénale aigue (IRA) et/ou d'une transfusion sanguine lors de l'hospitalisation en UPOG, avec un ajustement sur les facteurs confondants par régression logistique. **Résultats :** Sept-cent quarante-six patients étaient inclus (âge médian 87 ans [82,0-91,0], 180 hommes (24%), CIRS 9.5 [6,0-12,0], durée d'hospitalisation de 9 jours [7-12]).

Cinquante-quatre patients (7%) eurent une administration péri-opératoire d'AINS. Les caractéristiques des patients avec et sans AINS étaient similaires, sauf sur l'antécédent de coronaropathie (respectivement 7% vs 19%, p=0,03). Le critère de jugement principal est survenu chez 22 patients (41%) dans le groupe AINS et 359 patients (52%) dans le groupe sans AINS (p=0,19, ajusté sur les facteurs confondants). Il n'y avait pas de différence de fréquence des IRA, transfusion, insuffisance cardiaque ou infection. Une tendance vers un délai de marche plus court était constatée dans le groupe AINS (1,0 jour [1,0-3,0] vs 2,0 [1,0-3,2], p=0,06). **Conclusion :** Une administration unique d'AINS n'était pas associée à plus d'effet indésirable chez les patients gériatriques après chirurgie de FESF.

O2-8

Modèle et représentation du bien vieillir et du logement en Europe chez les personnes âgées

S. Sanchez (1) ; A. Letty (2) ; PE. Hay (3) ; D. Armaingaud (4)
(1) *Pôle IMEP, Centre Hospitalier de Troyes, Avenue Anatole France, Troyes, France, Troyes*; (2) *Secrétaire générale, Institut du Bien Vieillir, Paris*; (3) *Directeur Médical Pôle Séniors, Korian, PARIS*; (4) *Conseil scientifique, Institut du Bien Vieillir, Paris*

Introduction : Seule une minorité de personne âgée et très âgée termine sa vie en maison de retraite. Cette décision est souvent ni consentie ni préparée. Ce bouleversement familial peut engendrer un éclatement des bulles familiales alors même que le rôle d'aidant naturel est nécessaire dans l'accompagnement de cette rupture. L'entrée en maison de retraite s'accompagne également d'une représentation négative souvent liée à la perte de son autonomie, d'un proche et celle du domicile. Notre étude a objectif principal de décrire les composantes des représentations liées au bien vieillir et à la perception du logement chez les plus de 65 ans dans 4 pays européens. Le second objectif de notre étude est de créer un modèle de représentation par pays chez les personnes âgées dans le but de mieux saisir les caractéristiques propres des différents pays analysés. **Méthodes :** L'enquête a porté sur un échantillon de personnes représentatives de la population des retraités qui ont renseigné un questionnaire. Cette étude de cohorte transversale s'est déroulée via internet auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 65 ans et plus dans 4 pays européens sur un échantillon aléatoire constitué selon la méthode des quotas afin d'atteindre une certaine représentativité de l'échantillon par rapport à la population générale. Au total 4 160 seniors ont été interrogés en France, en Belgique, en Italie et en Allemagne. **Résultats :** Notre approche exploratoire met en évidence 6 classes. La classe 1 des jeunes retraités est aisée, bien insérée socialement, ses membres sont très attachés à leur logement spacieux qu'ils préfèrent adapter en cas de perte d'autonomie. La classe 2, chez qui la vie est une source de plaisir ont tout de même un besoin fort de faire appel à autrui. Dans cette classe, en cas de perte d'autonomie aggravée, les participants sont nombreux à préférer se projeter en communauté hors de leur logement actuel. Dans la classe 3, les participants présentent une excellente insertion sociale. Ils parviennent à mettre de l'argent de côté tous les mois. Ils sont satisfaits et attachés à leur logement parce qu'il contient des souvenirs, du matériel ou de l'interpersonnel qui sont pour eux très importants. La classe 4 est très restreinte en nombre d'individus et ceux-ci présentent tous les aspects de la précarité tant sociale qu'humaine. La solitude et la souffrance qui en découlent sont courantes. Ils sont plutôt d'origine allemande, isolés et peu attachés à leur logement. La classe 5 est

également en souffrance, avec des participants âgés et en perte d'autonomie importante. Ils sont généralement célibataires et de sexe féminin. Ils présentent aussi des marqueurs de précarité sociale: isolés et en difficulté sur le plan financier, ils tiennent à leur lieu de vie mais estiment sa situation peu satisfaisante. Enfin, la classe 6 est caractérisée par ses origines italiennes avec une structure « traditionnelle » de gestion de la vieillesse. La famille a ainsi un rôle essentiel dans le soutien des participants. Marquée par un âge avancé, elle se distingue des autres participants par un attachement au lieu de vie très fort, notamment en lien avec la présence de leurs proches. Leur logement satisfait globalement ces personnes aux revenus et au sociotype défavorisés. **Conclusion :** Nos résultats indiquent qu'il existe différentes typologies plus ou moins prêtes à envisager des changements dans leurs lieux de vie et en lien avec un vieillissement plus ou moins heureux. L'approche typologique géographique permet de différencier des profils spécifiques par pays allant d'un profil plutôt attaché à son logement et âgé au profil isolés et ou fragilisés socialement pour qui le logement importe moins que l'existence d'interactions sociales.

O2-9

Inclusion des patients âgés atteints de cancer dans les essais cliniques: l'étude de cohorte SAGE

F. Canoui-Poitrine (1) ; A. Lievre (2) ; F. Dayde (1) ; D. Lopez-Trabada-Ataz (3) ; I. Baumgaertner (4) ; O. Dubreuil (5) ; F. Brunetti (6) ; R. Coriat (7) ; K. Maley (8) ; S. Pernot (9) ; C. Tournigand (10) ; T. Aparicio (11) ; E. Paillaud (12) ; S. Bastuji-Garin (1)

(1) Santé publique, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (2) Gastro-entérologie, CHU Pontchaillou, Rue Henri le Guilloux, Rennes, France, Rennes; (3) Oncologie médicale, Hôpital Saint-Antoine, Paris; (4) Oncologie médicale, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (5) Gastro-entérologie, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris; (6) Chirurgie digestive, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (7) Gastro-entérologie, Hôpital Cochin, Paris; (8) Geriatrie aiguë, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris; (9) Gastro-entérologie, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris; (10) Service d'oncologie médicale, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (11) Gastro-entérologie, Hôpital saint louis, Paris; (12) médecine gériatrique, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris

Introduction : La sous-représentation des patients âgés atteints de cancer dans les essais cliniques entraîne un déficit de validité externe et une insuffisance de connaissance de la balance bénéfique/risque des stratégies de traitements anti-cancéreux chez les patients âgés. L'objectif principal était de déterminer les proportions de patients âgés atteints de cancer colorectal éligibles, invités à participer et enfin inclus dans un essai clinique. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les raisons et facteurs associés à chaque étape. **Méthodes :** L'étude de cohorte prospective multicentrique SAGE (Sujets AGés dans les Essais Cliniques) a été menée dans 7 centres entre 2012 et 2016. Tous les patients de 65 ans ou plus avec un cancer colorectal ont été inclus. Les critères de jugement étaient : l'éligibilité du patient à au moins un essai clinique, son invitation et enfin son inclusion. **Résultats :** 577 patients (âge moyen: 75.6 ans +/-7; 56% d'hommes; 41% métastatiques à l'inclusion) ont été inclus. Trente-sept essais étaient ouverts (un essai dédié aux 75 ans ou plus). Au total, 71 (12%) des patients ont été inclus dans un essai (30 (42%) âgés de 65 à 69 ans; 20 (28%) de 70 à 74 ans; 17 (24%) de 75 à 79 ans et 4 (6%) de 80 ans ou plus; p<0.001.). Pour les patients ayant au moins un essai clinique

disponible pour leur stade et localisation tumorale (N=474), 127 (27%) étaient éligibles; 88 (19%) ont été invités à participer et 71 (15%) ont été inclus. Chez les patients éligibles, en analyse multivariée, l'âge était indépendamment associé à une moindre invitation à participer ainsi que l'altération de l'état général et la dénutrition (Tableau). Les principales raisons de non-invitation rapportées par les investigateurs étaient l'altération de l'état général et les comorbidités.

Tableau

Facteurs associés à l'invitation à participer à un essai parmi les patients éligibles (analyse multivariée)

Variable	Odds Ratio ajustés (IC 95%)*	P†
Age, années (référence = 65-69)		0.016
70-74	0.23 (0.07-0.83)	
75-79	0.28 (0.07-1.11)	
80 ans ou plus	0.05 (0.01-0.34)	
Etat Général - Performance Status (référence = 0)		0.02
1	0.18 (0.06-0.60)	
≥ 2	0.48 (0.09-2.58)	
IMC, kg/m ² (référence = 21-25)	0.11	
< 21	0.28 (0.08-0.99)	
≥ 25	0.84 (0.27-2.60)	

IC : Intervalle de confiance à 95% ; PS : performance status ; IMC, Indice de Masse Corporelle ; *Modèle hiérarchique multi-niveau avec le patient au niveau 1 et le centre au niveau 2 et un ajustement sur l'ensemble des variables listées dans le tableau ; †Test de Wald

Conclusion : L'inclusion des patients âgés atteints de cancer dans les essais cliniques reste faible, particulièrement après 80 ans. Trois-quart des patients ne sont pas inclus du fait de leur inéligibilité. Plus d'un-tiers des patients éligibles ne sont pas invités à participer. L'âge était un facteur indépendamment associé à une moindre éligibilité et invitation. Seul un essai sur 37 était dédié aux patients âgés.

COMMUNICATIONS ORALES 3

O3-1

Effets de la lumière vive pour améliorer l'agitation et les troubles du sommeil des patients atteints de maladie d'Alzheimer

S. Parriél (1) ; P. Charu (2) ; O. Drunat (3) ; V. Lefebvre Des Noettes (4) ; C. Trivalle (5) ; S. Lebbah (6) ; J. Belmin (7)

(1) Département de Gériatrie Ambulatoire, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine; (2) Gerontologie, Hôpital Louis-Mourier - APHP, Colombes; (3) Service de psycho-gériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris; (4) Gériatrie, Hôpital Emile-Roux (AP-HP), Limeil-Brévannes; (5) Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP), Villejuif; (6) Unité recherche clinique, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris; (7) Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine

Introduction : Les publications récentes sur la luminothérapie dans les troubles du sommeil et l'agitation des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, semblent prometteuses. **Objectifs :**

Thérapie alternative aux psychotropes dans les troubles du sommeil/comportement. **Méthodes** : Protocole hospitalier au moyen de la luminothérapie portant sur des patients Alzheimer, hospitalisés en service de soin de suite ou de soins de longue durée dans quatre centres en Ile de France, sur une période de 5 semaines. Le critère de jugement principal a été l'évolution du score agitation/agressivité de l'échelle NPI-nurse. Les critères secondaires étaient le score de l'échelle de Cohen-Mansfield, le sous item sommeil du score NPI, l'étude des données de l'actimétrie de poignet sur l'évolution au cours du temps de la durée totale du sommeil et l'évolution au cours du temps du nombre d'épisodes d'agitation nocturne. **Résultats** : 62 patients ont été randomisés, 35,5 % d'hommes et 64,5% de femmes, présentant un score d'agitation au NPI supérieur à 4. La moyenne d'âge était de 81,526 ans. L'analyse des critères de jugement principal et secondaires a permis de retrouver une différence significative à l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield dans sa totalité (p value: 0.024). **Conclusion** : Les résultats de notre étude pourront être raisonnablement extrapolés aux patients atteints de cette maladie et vivant en institution, ainsi qu'aux patients vivant à domicile mais ayant une maladie d'Alzheimer de sévérité comparable aux patients de l'étude et ayant recours à des hospitalisations en gériatrie.

O3-2

Evaluation de la pertinence des prescriptions d'aspirine en court séjour gériatrique

Auteurs : G. Boudin (1) ; MM. Tanguy (2) ; V. Arzur (1) ; N. Le Clech (1) ; P. Lescure (2) ; C. Castel (3)

(1) *Gériatrie, C.H. Robert Bisson, Lisieux*; (2) *Gériatrie, C.H.U de Caen, Caen*; (3) *Pharmacie, C.H.U de Caen, Caen*

Introduction : La réévaluation des traitements chez le sujet âgé est indispensable pour diminuer le risque iatrogène et les prescriptions inappropriées. Ainsi, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande d'effectuer une lecture globale de l'ordonnance en prenant compte les concepts d'overuse, d'underuse et de misuse. L'overuse et le misuse sont des pratiques de prescription fréquentes qui concernent respectivement 77% et 48% des patients de plus de 75 ans. Les médicaments à visée cardiovasculaire, notamment l'aspirine, sont l'une des classes thérapeutiques les plus touchées par ces pratiques. Ces médicaments sont pourvoyeurs d'accidents iatrogènes ainsi que d'admissions aux urgences et d'hospitalisations non programmées. L'objectif de cette étude est d'évaluer la pertinence des prescriptions d'aspirine chez le sujet âgé hospitalisé en court séjour gériatrique.

Méthodes : Une étude prospective multicentrique a été menée entre mars 2017 et avril 2018 dans le service de court séjour gériatrique d'un centre hospitalier universitaire et d'un centre hospitalier général. Tous les patients âgés d'au moins 75 ans ayant une prescription d'aspirine (Kardegic®, Aspegic®, Duoplavin®) à leur entrée dans le service ont été inclus. Les données suivantes ont été recueillies à partir des dossiers médicaux : sexe, âge, antécédents médicaux et chirurgicaux, caractéristiques du traitement par aspirine (molécules et posologies prescrites, indications thérapeutiques), co-prescriptions médicamenteuses par anticoagulants et/ou antiagrégants plaquettaires. Les prescriptions ont été réévaluées au regard des données médicales, des critères STOPP/START v2 et des recommandations de bonnes pratiques des autorités de santé ainsi que des sociétés savantes. **Résultats** : 500 patients d'un âge moyen de 87 ans (SD : 6.9) ont été inclus dans l'étude. L'aspirine était principalement prescrite en prévention secondaire en cas de cardiopathie ischémique (41%), après un accident vasculaire

cérébral (24%) et pour une artériopathie oblitérante des membres inférieurs (15%). Une co-prescription avec un anticoagulant et/ou un antiagrégant plaquettaire a été observée chez 66 patients (13%). Une indication théorique à un traitement par aspirine a été retrouvée dans 77% des cas. Après réévaluation, 157 prescriptions inappropriées (31%) ont été interceptées. 117 prescriptions (23%) ont été arrêtées du fait d'une prescription d'aspirine en prévention primaire (71%), d'une prescription d'aspirine pour la prise en charge d'une fibrillation atriale (25%) et d'une balance bénéfique/risque jugée défavorable malgré une indication théorique (4%). Une modification de la posologie a été effectuée pour 40 prescriptions (8%). La posologie a été réduite dans 88% des cas et augmentée dans 12% des cas. 7 prescriptions (1,4%) ont été arrêtées en cours d'hospitalisation du fait d'un événement hémorragique majeur malgré une indication théorique. **Conclusion** : Cette étude souligne la forte prévalence des prescriptions inappropriées d'aspirine chez le sujet âgé. Ce travail a permis d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients âgés hospitalisés au sein des deux établissements : arrêts de prescriptions inappropriées, adaptations posologiques au regard du contexte clinique, instauration de traitements adaptés (anticoagulants). La révision pluriprofessionnelle des ordonnances est une solution primordiale, simple et efficace pour détecter les prescriptions inappropriées et limiter les événements indésirables liés aux médicaments. Promouvoir des outils d'aide à l'optimisation des prescriptions du sujet âgé tels que la liste de Laroché, les critères STOPP-START v2, l'AMI-PMSA (HAS) ou le DICTIAS-Check QBCv5 aussi bien en milieu hospitalier, médico-social ou ambulatoire est nécessaire pour améliorer les pratiques de prescriptions.

O3-3

Effet de l'activité multidomaine, la supplémentation en omega-3 et/ou leur combinaison sur les fonctions cognitives des personnes âgées non démentes stratifiées sur le statut de fragilité : résultats de la cohorte MAPT

M. Tabue Tegu (1) ; N. Simo-Tabue (2) ; P. De Souto Barreto (3) ; C. Cantet (4) ; B. Fougère (3) ; S. Andrieu (5) ; JF. Dartigues (1) ; B. Vellas (6)

(1) *Inserm u897, Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Bordeaux cedex*; (2) *Geriatrics, C.H. Saint-Cyr, Villeneuve-sur-Lot*; (3) *Gériatrie, C.H.U Toulouse - Casselardit, Toulouse*; (4) *Gérontopôle, chu de toulouse, UMR 1027 Inserm / Université de Toulouse III, Toulouse*; (5) *Epidemiologie, UPS, Toulouse*; (6) *Université de toulouse - paul sabatier, Institut du Vieillessement, Gérontopôle, INSERM UMR 1027, Toulouse*

Introduction : Contexte : Les troubles neuro-cognitifs majeurs sont des pathologies multifactorielles. Parmi les interventions préventives les plus prometteuses pour la maladie d'Alzheimer par exemple, l'intervention multidomaine est certainement l'une des plus étudiées et des plus prometteuses. **Objectif** : l'objectif de cette étude était d'explorer si l'intervention multidomaine et/ou la supplémentation en acides gras polyinsaturés oméga-3 peuvent modifier (améliorer) la fonction cognitive chez les personnes âgées selon le statut de fragilité. **Méthodes** : Les données sont issues de la cohorte MAPT (Multidomain Alzheimer Preventive Trial). Au total, 1464 sujets âgés de 70 ans et plus, rapportant des plaintes de mémoire subjective, mais sans démence ont été inclus. L'intervention multidomaine consistait en des séances de groupe de 2 heures axées sur trois domaines (stimulation cognitive, activité physique et nutrition) et une consultation préventive (au

départ, 12 mois et 24 mois). Pour la supplémentation en acides gras polyinsaturés oméga-3, les participants prenaient deux capsules de placebo ou d'acides gras polyinsaturés par jour. Le modèle linéaire à effets mixtes a été utilisé pour évaluer les variations des performances cognitives (MMSE, TMT, COWAT, CNT, DSST et test du Grobber) sur 36 mois. **Résultats** : L'âge moyen global de la population de l'étude MAPT était de 75,25 (\pm 4,38). Des différences significatives dans TMT-A ont été trouvées pour l'effet de l'intervention multidomaine dans le groupe préfrail par rapport au groupe des fragiles. Par ailleurs, le programme d'intervention multidomaine combiné à la supplémentation en Oméga-3 ne permet pas d'améliorer de manière significative la fonction cognitive chez les personnes âgées fragiles. **Conclusion** : Discussion et conclusion: Cette étude sur la population des personnes âgées de 70 ans et plus a montré que l'intervention multidomaine et/ou la supplémentation en Oméga-3 n'ont pas d'effets significatifs sur le changement (amélioration) des fonctions cognitives chez les personnes âgées fragiles souffrant de troubles de la mémoire. D'autres études avec des échantillons plus importants et une intervention plus longue sont nécessaires. «Tabue-Teguo M et al. Effect of multidomain intervention, omega-3 polyunsaturated fatty acids supplementation or their combination on cognitive function in non-demented older adults according to frail status: results from the MAPT study. Article in Press JNHA 2018»

O3-4

Perception des enjeux éthiques du diagnostic des maladies neurocognitives. Une enquête nationale française

A. Garnier-Crussard (1) ; J. Vernaudo (1) ; N. Auguste (2) ; C. Moutet (3) ; V. Dauphinot (3) ; P. Krolak-Salmon (3)

(1) *Gériatrie, CMRR de Lyon - Institut du Vieillissement - Hospices civils de Lyon, Villeurbanne*; (2) *Neuropsychogériatrie, Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*; (3) *Centre de recherche clinique «vieillesse, cerveau, fragilité», CMRR de Lyon - Institut du Vieillissement - Hospices civils de Lyon, Villeurbanne*

Introduction : Les troubles neurocognitifs (TNC) représentent un enjeu majeur de santé publique. Le diagnostic est souvent fait tardivement et la perception des enjeux éthiques du diagnostic semble différente selon les individus. **Objectifs** : Déterminer la perception des motivations et freins à réaliser un diagnostic de TNC chez les médecins généralistes (MG), médecins spécialistes (MS), autres professionnels de santé (P) et aidants informels (A). **Méthodes** : Une enquête nationale a été réalisée de juin à novembre 2016, adressée à ces 4 groupes évaluant leur perception de la pertinence des 8 principales motivations et des 8 principaux freins à réaliser une démarche diagnostique de TNC, à quatre stades de la maladie : plainte cognitive isolée, TNC majeur aux stades léger, modéré avec troubles psychocomportementaux et sévère. La pertinence des concepts diagnostiques (diagnostic précoce, au moment opportun, personnalisé) a été évaluée. **Résultats** : Parmi les 719 réponses (183 MG, 176 MS, 281 P et 79 A), plus de 90% trouvaient pertinent de réaliser un diagnostic sauf au stade sévère (42,1% à 70,9%). Les motivations étaient supérieures aux freins ($p < 0,001$), inférieures chez les MG, supérieures chez les MS. Au stade sévère, les A trouvaient plus de motivations que les médecins ($p < 0,001$). Les freins étaient supérieurs chez les A et inférieurs chez les MS ($p < 0,001$). Le diagnostic personnalisé était le concept le plus pertinent ($p < 0,001$). **Conclusion** : Discussion : Les médecins (MG et SP) sont très motivés par la réalisation d'une démarche diagnostique, mais cela diminue nettement au stade démentiel

sévère, contrairement aux A qui restent motivés. Les MS perçoivent beaucoup moins les freins que les MG, les P et les A, qui ont plus de proximité. Le diagnostic personnalisé, avec élaboration d'un plan personnalisé de soin est le plus pertinent. **Conclusion** : Les motivations du diagnostic des TNC sont supérieures aux freins, à tous les stades évolutifs, et le diagnostic personnalisé est le concept diagnostique le plus pertinent.

O3-5

Suivi du statut de fragilité pendant 3 ans dans l'étude MAPT : fréquence des transitions et facteurs associés

M. Herr (1) ; M. Cesari (2) ; B. Landré (1) ; J. Ankri (1) ; B. Vellas (3) ; S. Andrieu (3)

(1) *INSERM UMR 1168, Vieillesse et Maladies chroniques, Université Versailles St Quentin, Paris*; (2) *Geriatric unit, Fondazione IRCCS Ca' Granda-Ospedale Maggiore Policlinico, Università di Milano, Milan, Italie*; (3) *Université de Toulouse - paul sabatier, Institut du Vieillissement, Gérontopôle, INSERM UMR 1027, Toulouse*

Introduction : L'épidémiologie de la fragilité a surtout été décrite dans le cadre d'études transversales. En utilisant des mesures de fragilité répétées sur 3 ans de suivi, cette étude vise à décrire les transitions entre états de fragilité et les facteurs associés aux changements d'état. **Méthodes** : Cette étude porte sur les 842 sujets âgés de 70 ans et plus participant à l'étude Multidomain Alzheimer Prevention Trial (MAPT) et ne recevant pas l'intervention multidomaine. La fragilité a été évaluée selon les cinq dimensions du phénotype fragile de Fried à l'inclusion puis à 6, 12, 24 et 36 mois. Les facteurs associés aux transitions entre états ont été analysés à l'aide d'un modèle multi-état. **Résultats** : L'échantillon d'étude comptait 548 femmes et 294 hommes, d'âge moyen 75,4 \pm 4,5. L'échantillon d'étude comptait 548 femmes et 294 hommes, d'âge moyen 75,4 \pm 4,5 ans. A l'inclusion, 430 (53%) participants étaient robustes, 349 (43%) pré-fragiles et 28 (4%) fragiles. Au total, 2271 transitions ont été observées au cours du suivi, sans changement d'état dans 68% des cas ($n=1548$), avec une dégradation du statut dans 19% des cas ($n=426$) et au contraire une amélioration du statut dans les 13% restants ($n=297$). La polymédication (≥ 6 médicaments) et une dépression probable (selon la GDS-15) étaient associées à l'apparition d'une pré-fragilité. Le sexe féminin était associé à une plus faible probabilité de récupérer d'un état de pré-fragilité et de fragilité. L'avancée en âge, la polymédication, une dépression probable, le surpoids et l'obésité, la comorbidité et un niveau de protéine C-réactive (CRP) anormal étaient associés à de moindres chances de récupération d'un état de fragilité ou de pré-fragilité. **Conclusion** : Cette étude met en évidence des populations et des facteurs importants à considérer dans la prévention et la prise en charge de la fragilité.

O3-6**Carence en fer au sein d'une population gériatrique. Prévalence et déterminants**

NC. Roche (1) ; M. Marinescu (2) ; C. Bouilly (3) ; I. Hernandez (4) ; JS. Vidal (3) ; O. Hanon (4)

(1) *Cardiologie, Hôpital Bégin, Saint-Mandé*; (2) *Service du professeur hanon, Centre Broca, Paris*; (3) *Gériatrie, Hôpital Broca, Paris*; (4) *Service du professeur hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris*

Introduction : Le diagnostic et le traitement d'une carence en fer chez les sujets âgés ont des impacts majeurs sur leur qualité de vie, mais l'épidémiologie de ce trouble nutritionnel est mal connue chez les plus de 75 ans. L'objectif de l'étude était d'analyser la prévalence de la carence en fer et de rechercher ses déterminants chez les plus de 75 ans. **Méthodes :** Les auteurs ont mené une étude rétrospective sur une cohorte de patients hospitalisés en gériatrie ou consultant en ambulatoire, au sein de l'Hôpital Broca entre 2013 et 2016. Chaque patient a bénéficié de la recherche d'une carence en fer absolue (CFA) définie par une ferritine sérique $< 100\mu\text{g/L}$, ou d'une carence fonctionnelle (CFF) avec une Ferritine sérique entre 100 et $299\mu\text{g/L}$ et Coefficient de saturation de la transferrine $< 20\%$. La carence en fer totale (CFT) regroupait la CFA et CFF. Les déterminants de la carence en fer ont été analysés à l'aide d'une régression logistique en ajustant sur les facteurs confondants. **Résultats :** 1146 patients ont été inclus : 859 en hospitalisation, 287 en ambulatoire. L'âge moyen était de 87 ans. La prévalence de la CFT était de 29,5% : 27,6% parmi les hospitalisés et de 38,7% chez les ambulatoires. Les principaux déterminants de la CFT étaient le genre féminin (OR : 2,03 {1,96-2,11}, $p < 0,001$), l'insuffisance cardiaque aiguë (OR : 1,71 {1,63-1,79} $p = 0,04$). Les facteurs médicamenteux étaient les traitements anticoagulants (OR : 1,9 {1,83-1,99} $p = 0,02$), les Inhibiteurs de la Pompe à Proton (OR : 1,5 {1,39-1,54} $p = 0,04$) et les anti-démences (OR 1,6 {1,68-1,84} $p = 0,04$). **Conclusion :** Le sexe féminin, les pathologies cardio-vasculaires, en particulier l'insuffisance cardiaque et la prise de traitement anticoagulants, sont les principaux déterminants de la carence martiale.

O3-7**Intervention de l'unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité de Bordeaux : devenir des patients à 1 mois de l'Evaluation Gériatrique Standardisée**

MN. Videau (1) ; S. Mosnier-Thoumas (1) ; A. Vouvet (1) ; O. Couillé (1) ; V. Retailleau (1) ; A. Sferi (1) ; N. Salles (2)

(1) *Unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité, CHU de Bordeaux, Bordeaux*; (2) *Pole gérontologue clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*

Introduction : Dans un contexte de vieillissement de la population, la prise en charge des personnes âgées apparaît comme un réel enjeu de santé publique. Le projet national Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) est destiné aux personnes de plus de 75 ans, autonomes, mais dont l'état de santé peut se dégrader pour des raisons médicales et/ou sociales. Dans ce contexte, l'unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité du CHU de Bordeaux est opérationnelle depuis septembre 2015 et propose une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) au domicile de la personne âgée présentant des problèmes gériatriques (chutes, dénutrition, dépression, polymédication), des troubles cognitifs, des troubles du comportement et/ou des problèmes sociaux. Cette équipe pluri professionnelle (gériatre, infirmière, assistante

sociale, pharmacien, psychiatre, ergothérapeute et secrétaire) a pour missions de développer un travail en pluridisciplinarité, de faciliter le maintien au domicile et améliorer le parcours de soins des personnes âgées, d'éviter le passage aux urgences et d'améliorer la prise en charge médicamenteuse. Nous vous présentons, dans ce travail, les résultats du devenir des patients à 1 mois de l'EGS sur l'année 2016. **Méthodes :** Les informations concernant le devenir des patients à 1 mois de l'EGS (lieu de vie, passage par les urgences et motif, admission dans la filière gériatrique après préconisation de l'unité (Hôpital de jour HDJ et/ou Soins de suite et de réadaptation SSR et/ou hospitalisation programmée et/ou date de rendez-vous en consultation mémoire), décès à 1 mois) ont été tracées lors de l'appel téléphonique réalisé par l'infirmière auprès du patient lui-même et/ou de son aidant et/ou de son médecin traitant. **Résultats :** Le suivi téléphonique, à 1 mois de l'EGS, a été réalisé chez 179 des 185 patients, 6 patients étant non joignables pour diverses raisons (absence de téléphone pour les joindre, ou d'entourage pour répondre). A 1 mois de l'EGS, 147 patients étaient au domicile. 5 patients étaient en EHPAD (dont 1 en EHPAD temporaire). 5 étaient décédés (4 au domicile et 1 à l'hôpital). Les autres patients étaient hospitalisés à cette date, de façon programmée ($n = 8$ dont 2 en SSR), ou non programmée suite à un passage aux urgences ($n = 14$). Les passages aux urgences, dans le mois suivant l'EGS, étaient liés à des chutes ($n = 5$), des causes neurologiques type confusion ($n = 3$), état de mal épileptique ($n = 1$), des causes cardiaques type malaise ($n = 2$), douleur thoracique ($n = 1$), décompensation cardiaque ($n = 1$), des causes urologiques avec rétention aiguë d'urine ($n = 1$). **Conclusion :** A 1 mois de l'EGS, 82,1% des personnes âgées sont toujours à leur domicile. Très peu de patients ont été admis en EHPAD (2,8%), ce qui témoigne de l'efficacité de ce dispositif dans le maintien à domicile des personnes âgées. 10% des patients ont été admis aux urgences dans le mois suivant leur EGS. Le motif de chute est particulièrement fréquent: 7/18 (38,9%). Ce chiffre prend en compte l'ensemble des chutes conduisant aux urgences dans le mois suivant l'EGS, qu'elles soient précoces ou plus tardives, alors que la mise en place des propositions et l'aménagement du domicile par l'ergothérapeute ne sont pas immédiats. L'amélioration ou la restauration du parcours de santé des aînés est un objectif annoncé de l'unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité. A l'issue de l'EGS, 20% des patients ont été inclus dans la filière gériatrique par programmation d'un SSR, d'une hospitalisation, d'une HDJ ou d'une consultation mémoire. Cette inclusion a pour objectif de mieux les prendre en charge via des services adaptés à la population âgée, d'éviter de les perdre de vue et de réagir plus vite en cas d'aggravation de leur état de santé. Le taux de décès a été de 2,8% soit 5 patients. Un seul décès a eu lieu à l'hôpital versus 4 à domicile. En Gironde, en 2014, plus de la moitié des décès avaient lieu en centre hospitalier et seulement un quart à domicile. Notre étude montre que la répartition des lieux de décès est modifiée au profit du domicile.

O3-8**Implication des aidants des patients âgés atteints de cancer : domaines d'intervention, fardeau ressenti**

C. Gaxatte (1) ; P. Antoine (2) ; C. Baldini (3) ; MG. Depuydt (1); P. Kups (1) ; L. Defrance (2) ; E. Tresch (4) ; F. Puisieux (1) ; V. Servent (5)

(1) Pôle de Gérontologie, CHU de Lille, Lille; (2) Ufr de psychologie, Université de Lille, Lille; (3) Service d'oncologie médicale, CHU de Lille, Lille; (4) Département de biostatistiques, Centre Oscar Lambret, Lille; (5) Unité de coordination en oncogériatrie nord-de-france, Centre Oscar Lambret, Lille

Introduction : La personne âgée atteinte d'un cancer a plus souvent et plus durablement recours à ses proches qu'un adulte jeune. Le rôle des aidants des patients âgés atteints de cancer a fait l'objet de très peu de travaux en France. Dans une population d'aidants de sujets âgés atteints de cancer ayant bénéficié d'une évaluation oncogériatrique, nous avons identifié leurs domaines d'intervention, évalué le retentissement sur leur santé et leur travail, leur fardeau et les facteurs associés au fardeau. **Méthodes :** Il s'agit d'un travail réalisé à partir des données d'une étude prospective multicentrique intitulée « Les besoins et le fardeau des aidants familiaux des patients âgés atteints de cancer et leurs déterminants sociaux » (AAP INCa 2013). Les couples patients/aidants inclus remplissaient les critères suivants : * Etre aidant principal depuis au moins 1 mois d'un sujet: • de 70 ans et plus, • atteint d'un cancer, • ayant bénéficié d'une évaluation oncogériatrique, • ayant une espérance de vie supérieure à 6 mois (appréciation clinique). * ayant donné leurs consentements écrits pour participer à cette étude. La période d'inclusion s'est étendue du 1er octobre 2014 au 31 décembre 2016.

Résultats : 78 dyades aidant/aidé ont été incluses. L'âge moyen des patients âgés était de 80.4 ans, celui des aidants était de 64.1 ans. 90% des patients vivaient à domicile. Les principales localisations tumorales des patients étaient le sein (15%), le colon/rectum (14%), une autre localisation digestive – œsophage/estomac/foie/voies biliaires (22%), la prostate (11%), le poumon (11%), une hémopathie maligne (9%). 40% des patients étaient à un stade métastatique de leur néoplasie. Un aidant sur deux vivait avec son proche malade. Les aidants étaient majoritairement des femmes à 73%, soit un enfant (49%) soit le conjoint du patient (45%). L'aide apportée est souvent pluriquotidienne (moyenne 16.1 heures par semaine). L'aide apportée intéresse le suivi médical (87%), la coordination des soins (58%), la participation aux tâches ménagères (48-70%), les soins à la personne (6-23%). Si près de 70% des aidants s'estimaient en bonne santé, nombreux rapportaient des problèmes de santé d'ordre rhumatologique (45%), déclaraient une anxiété ou une dépression (31%). Parmi les 33 aidants en âge de travailler, 9 (27%) ont modifié leur temps de travail ou leur poste de travail ou cessé leur activité professionnelle pour pouvoir prendre soin de leur proche. Le fardeau ressenti par les aidants (échelle de Zarit) est léger pour 44% des aidants, léger à modéré pour 34% et modéré à sévère pour 18% (score moyen = 25/88). En analyse univariée, le sexe féminin ($p=0.016$), une anxiété/dépression de l'aidant ($p=0.001$), la dénutrition ($p=0.008$), le déclin cognitif ($p=0.032$), la présence d'au moins 2 syndromes gériatriques ($p=0.008$) chez le patient étaient associés à un fardeau de l'aidant plus important. Les autres données sociodémographiques, la précarité (score EPICES), les données oncologiques ne semblent pas influencer le fardeau des aidants. En analyse multivariée, l'anxiété-dépression de l'aidant ($p=0.018$) et les syndromes gériatriques dénutrition ($p=0.045$) et déclin cognitif ($p=0.046$) sont significativement associés à un score

de Zarit plus élevé. **Conclusion :** Les aidants interviennent dans des domaines multiples auprès de leur proche malade. Plusieurs facteurs sont associés à la charge émotionnelle et parfois physique ressentie par ces aidants. Ce « fardeau » va évoluer en fonction du contrôle ou non de la maladie, de la présence ou non de syndromes gériatriques, d'autres événements stressants simultanés. L'identification des aidants à risque de fardeau élevé est importante pour proposer des actions à leur intention, visant à améliorer leur vécu de la maladie et de leur situation d'aidant, et à les aider dans la prise en charge de leur proche malade.

O3-9**Les sujets âgés connaissent-ils l'indication de leurs traitements médicamenteux ? Résultats d'une étude en Suisse**

L. Hoisnard (1) ; B. Santos-Eggimann (2) ; P. Chauvin (3) ; A. Hiance-Delahaye (4) ; M. Herr (1)

(1) *Inserm umr 1168, vieillissement et maladies chroniques, Université Versailles St Quentin, Paris;* (2) *Unité des services de santé, Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP, Lausanne, Suisse;* (3) *Laboratoire interdisciplinaire de recherche appliquée en économie de la santé, UFR Biomédicale Université Paris Descartes, Paris;* (4) *Services de médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France ouest, site Sainte-Périne AP-HP, Paris*

Introduction : Bien connaître son traitement, et notamment l'indication de ses médicaments, améliore l'observance et réduit le risque d'effets indésirables, en particulier chez les sujets âgés qui reçoivent souvent de multiples traitements. L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau de connaissance de l'indication des traitements en population âgée vivant au domicile et de rechercher les facteurs pouvant influencer le niveau de connaissance, en ciblant les médicaments fréquemment utilisés ou pourvoyeurs de iatrogénie. **Méthodes :** Une enquête transversale a été menée par questionnaire postal dans le canton de Vaud en Suisse. L'échantillon d'étude comptait 2690 sujets de 68 ans et plus ayant déclaré la prise d'au moins un des médicaments d'intérêt. Après avoir reporté le nom de leurs médicaments, qu'ils soient prescrits ou non, les sujets précisaient la raison pour laquelle ils pensaient avoir besoin de chacun d'entre eux. Un bon niveau de connaissance de l'indication correspondait à l'indication exacte ou à l'identification de la cible anatomique du médicament. Deux niveaux d'analyse ont été considérés : à l'échelle des médicaments pour identifier les classes thérapeutiques plus ou moins bien connues et à l'échelle de l'individu pour identifier les facteurs associés à une bonne connaissance du traitement médicamenteux dans son ensemble. Un modèle de régression logistique a été utilisé afin d'identifier les facteurs associés à un bon niveau de connaissance. Toutes les analyses prennent en compte les poids de sondage pour permettre des estimations représentatives à l'échelle du bassin de recrutement.

Résultats : L'étude a porté sur 75% des médicaments rapportés par les participants (soit 9703 lignes de médicaments). Parmi ceux-ci, l'indication était connue dans 80.6% des cas. Les médicaments dont l'indication était souvent connue par les sujets étaient les anti-inflammatoires non stéroïdiens (91%), les antidiabétiques (83%), les analgésiques (83%) et les médicaments endocriniens (86%). A l'inverse, les médicaments dont l'indication était moins souvent connue étaient les inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire (76%), les minéraux (75%), les anticoagulants (73%) et d'autres médicaments à marge thérapeutique étroite (75%). Au total, 66 % des participants avaient un bon niveau de connaissance de l'ensemble de leurs

médicaments. La polymédication et le fait de recevoir une aide pour la gestion du traitement étaient inversement associés avec un bon niveau de connaissance (ORa 4-5 médicaments 0,45 [IC95% 0,29-0,71], ORa \geq 6 médicaments 0,20 [IC95% 0,13-0,31] et ORa aide 0,42 [IC95% 0,18-0,99]). **Conclusion :** Cette étude montre un besoin d'éducation thérapeutique chez les patients prenant plusieurs médicaments, en particulier pour les traitements anticoagulants et les inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire.

COMMUNICATIONS ORALES 4

O4-1

L'impact de l'augmentation des centres mémoire gériatriques sur les caractéristiques des primo-consultants au sein du réseau des consultations mémoire dans le Nord Pas-de-Calais sur 16 ans

Y. Chen (1) ; D. Huvent-Grelle (2) ; L. Volpe-Gillot (3) ; E. Skrobala (4) ; N. Jourdan (4) ; F. Richard (5) ; T. Lebouvier (1) ; F. Pasquier (1) (1) *Univ lille, inserm u1171, CHU de lille, centre Mémoire de Ressources et de Recherches, Lille*; (2) *Geriatric, Hop Geriatrique les Bateliers, CHU LILLE, pôle de Gerontologie, Lille*; (3) *Service de neuro-psycho-gériatrie espace imagine, hopital Leopold Bellan, Paris*; (4) *Neurologie, Centre Mémoire de Ressources et de Recherches de Lille, Lille*; (5) *Univ lille, inserm u744, CHU de Lille, Service de santé publique, Lille*

Introduction : Les centres mémoire (CM) ont pour objectif de faciliter l'accès aux soins et d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de troubles cognitifs. En France, les CMs se situent dans un environnement neurologique ou gériatrique. Dans le Nord Pas de Calais, les CMs, notamment gériatriques se sont rapidement développés grâce à un travail en réseau, et qui permet également de mettre en commun les pratiques, et de favoriser la recherche. Il n'y a pas de données dans la littérature sur l'évolution des caractéristiques des primo consultants dans ces différents types de CMs. L'objectif est d'étudier l'impact des CMs gériatriques sur l'évolution des caractéristiques des primo consultants. **Méthodes :** Nous avons sélectionné les patients primo consultants en CM, à partir du registre de la région du Nord Pas-de-Calais, du 1er Janvier 1997 au 31 Décembre 2012. Les variables étudiées étaient les caractéristiques médico-démographiques des patients (l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le mode de vie, le lieu de vie, la distance entre le lieu de vie et le CM, le mode d'adressage, le premier score de MMSE, la durée d'évolution de la maladie), le dernier diagnostic connu, et le type du centre (gériatrique (CG) ou neurologique (CN) en fonction de la spécialité principale de l'équipe). Les années ont été divisées en 4 périodes (P1 : 1997-2000, P2 : 2001-2004, P3 : 2005-2008, P4 : 2009-2012). Les diagnostics de 2012 n'ont pas été pris en compte pour l'absence de recul clinique suffisant. **Résultats :** L'étude a inclut au total 71.885 patients, avec une augmentation exponentielle de 8857 patients en P1 à 25414 en P4. Cette augmentation était directement liée à la création successive des nouveaux CMs, passant de 12 à 29, notamment les CMs gériatriques (de 4 à 17). Le nombre de nouveaux patients était également plus élevé dans les CMs gériatriques, de 1100 en P1 à 10450 en P4, bien plus important que les CMs neurologiques. De plus, il y a eu, avec le temps, une augmentation de l'âge moyen dans ces centres (de 74,97ans +/-11,91 à 78,38ans +/-1,11) que dans les CMs neurologiques (de 69,20+/-13,26 à 69,84+/-13,87). La part des patients sans aucune éducation était également plus élevée dans les CMs gériatriques. Avec le temps, le nombre de patients

vivant en institution, ainsi que le nombre de patients envoyés par un spécialiste autre que leur médecin traitant ont également augmenté. De manière intéressante, sans modification majeure de la répartition des diagnostics étiologiques, les patients les plus âgés (>85 ans) consultaient à un stade moins avancé, et avec un délai de consultation raccourci. **Conclusion :** Cette étude a montré un meilleur maillage du réseau de centres mémoire, grâce notamment à la création des CMs gériatriques, et à une implication importante des gériatres. Cette organisation a pu améliorer l'offre de soins dans la région pour les personnes souffrant des troubles cognitifs, notamment en facilitant l'accès aux soins des plus démunis.

O4-2

Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée en unité de soins de longue durée (SLD) et EHPAD ? Mise en place d'une revue de médication pluridisciplinaire

K. Muller (1) ; M. Orloff (2) ; M. Milano (2) ; S. Gonfrier (3) ; M. Zaafrane (4) ; LH. Heng (2) ; O. Guérin (5) ; R. Collomp (1) (1) *Pharmacie, CHU de Nice - Hôpital Pasteur, Nice*; (2) *Pharmacie, Hôpital Pasteur, Nice*; (3) *Usld, Hopital de Cimiez, Nice*; (4) *Usld, Hôpital Cimiez, Nice*; (5) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice*

Introduction : La prescription médicamenteuse chez la personne âgée est complexe. La polymédication augmente de façon exponentielle les risques d'effets indésirables. Le type et la dose des médicaments doivent être adaptés aux changements physiologiques associés au vieillissement. Les médicaments, leur pertinence et les priorités thérapeutiques doivent être revus au minimum dans leur globalité sur une base annuelle. **Méthodes :** Une revue de médication pluridisciplinaire a été mise en place en février 2017 dans les unités de SLD et EHPAD de notre CHU représentant 201 lits. De manière mensuelle, sur une période de 2 heures, les prescriptions d'environ 8 patients sont réévaluées par le médecin, le pharmacien et l'infirmier du service. Pour chaque patient, tous les médicaments sont recensés, les objectifs thérapeutiques sont identifiés, les indications sont précisées et la balance bénéfice/risque est évaluée. Les prescriptions sont réévaluées au regard des recommandations, de critères explicites (liste de Laroche, critères START and STOPP...), de la fonction rénale (siteGPR, Vidal). Le jugement complète l'optimisation thérapeutique. Les galéniques prescrites sont évaluées en fonction des capacités de déglutition de chaque patient. Des interventions pharmaceutiques (IP) sont proposées et ensuite colligées dans la base Act-IP de la société française de pharmacie clinique (SFPC). La décision d'acceptation ou non de l'IP revient au médecin. La séance et les décisions sont tracées dans le dossier patient. **Résultats :** Sur la période de février 2017 à avril 2018, les prescriptions de 114 patients ont été réévaluées en revue de médication. Au total, 146 IP ont été réalisées et enregistrées dans la base Act-IP. Elles concernaient 88 patients soit 77% des patients. 139 IP ont été acceptées par le prescripteur (taux d'acceptation de 95%). 3 problèmes médicamenteux ont engendré 91% des interventions (par ordre de fréquence): médicament non indiqué (69/47%), indication non traitée (44/30%), surdosage (20/14%). Les autres problèmes médicamenteux rencontrés (14/9%) étaient: voie et/ou administration inappropriée, non conformité aux référentiels, effet indésirable, sous-dosage, traitement non reçu. Les 3 types d'interventions les plus fréquentes sont l'arrêt de traitement (57 IP/39%), l'ajout de traitement (45 IP/31%) et l'adaptation posologique (34 IP/23%). Les autres interventions concernaient une substitution ou un échange, une optimisation et le choix de

la voie d'administration. 92% des médicaments ciblés par les IP appartenaient aux 4 classes thérapeutiques suivantes (par ordre de fréquence): voies digestives et métabolisme, système nerveux, sang et organes hématopoïétiques et système cardiovasculaire. Les arrêts de traitements proposés concernaient majoritairement les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP): 18 IPP prescrits sans indication justifiée ont été stoppés soit 32% des arrêts proposés. Les autres arrêts concernaient des classes thérapeutiques diverses: antalgiques (6) (tramadol, paracétamol), collyres (4), psychotropes (3), statines (2), antiagrégants plaquettaires (2) ... Les ajouts de traitements proposés ciblaient principalement la prévention ou le traitement de la carence en vitamine D: 40 ajouts de colecalciferol soit 91% des propositions d'ajouts. Les autres propositions d'ajouts concernaient le macrogol (3) et l'aspirine à dose antiagrégante (1). Les surdosages étaient dus soit à des redondances pharmacologiques (2 redondances de paracétamol soit 10%) ayant conduit à des arrêts de traitements, soit à des posologies supratherapeutiques (18 soit 90% des surdosages identifiés) ayant conduit à des adaptations posologiques. Ces adaptations posologiques concernaient par ordre de fréquence: les hypnotiques (8), les IPP (4), le macrogol (2), la metformine (1), le cotrimoxazole (1), les bêta2mimétiques inhalés seuls ou en association (2). Les substitutions ou échanges proposés visaient majoritairement soit un mauvais choix de galénique, soit une non conformité aux consensus. **Conclusion :** Les revues de médication pluridisciplinaires correspondent à une approche efficace d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients âgés. La concertation entre le prescripteur, le pharmacien et l'infirmier est essentielle pour optimiser les prescriptions et la stratégie thérapeutique de manière globale et dynamique dans le temps. L'objectif est de poursuivre cette démarche avec une réévaluation des prescriptions à minima annuelle et la rendre systématique pour chaque nouvelle entrée.

O4-3

Facteurs prédictifs de mortalité hospitalière liée à une bactériémie : étude rétrospective

D. Angioni (1) ; S. De Breucker (2)

(1) *Service de Gériatrie, Hopital Erasme - Cliniques Universitaires De Bxl, Bruxelles, Belgique;* (2) *Service de gériatrie, Hopital Erasme - Cliniques Universitaires De Bxl, Bruxelles, Belgique*

Introduction : Objectif primaire: description des caractéristiques cliniques des patients âgés de 75 ans et plus hospitalisés présentant des hémocultures positives. Objectif secondaire: analyse de la mortalité intra-hospitalière. Une comparaison des caractéristiques cliniques des patients décédés durant l'hospitalisation et des patients ayant survécu est effectuée, les données de la littérature n'étant pas univoques sur le sujet. **Méthodes :** Consultation des dossiers de tous les patients de 75 ans et plus admis en hospitalisation à l'Hôpital Erasme entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2016 avec des hémocultures positives. Exclusion des germes considérés comme contaminants. **Résultats :** Sur un total de 212 patients (âge 82[78-85]ans, 60% femmes), la mortalité intra-hospitalière était de 19 %. La durée moyenne de séjour était de 12[7-25] jours. 59% étaient des bacilles gram-négatif (E. Coli dans 2/3 des cas). 43 % des bactériémies étaient nosocomiales/health associated, 16 % étaient causées par une bactérie multi-résistante. Dans le groupe « décédé », on retrouve une proportion significativement supérieure d'infections à Pneumocoque (15 vs 2 % p = 0.001), à levures (5 vs 1 % p = 0.03), d'infections d'origine pulmonaire (28 vs 6 % p<0.001), méningée (5 vs 1 % p=0.03), de bactériémies

nosocomiales (60 vs 40 % p=0.01) et de patients alités (60 vs 25 % p<0.001). Dans le groupe « en vie », on note plus de bactériémies à E.Coli (44 vs 20 % p=0.005) et d'infections urinaires (46 vs 23 % p = 0.007). A l'analyse de régression logistique multivariable, le foyer pulmonaire (coeff 0.34 – p < 0.0001), l'alitement (coeff 0.23 – p < 0.0001), et l'origine méningée (coeff = 0.59 – p = 0.005) sont les facteurs significativement et indépendamment associés à la mortalité. **Conclusion :** Notre étude confirme certaines données déjà décrites dans la littérature: - mortalité accrue liée au foyer pulmonaire, méningé, aux infections nosocomiales et à l'alitement. - mortalité inférieure en cas de foyer urinaire (qui reste la cause la plus fréquente de bactériémie). Une étude prospective ultérieure permettrait d'étudier les facteurs plus « gériatriques » associés à la mortalité dans les bactériémies.

O4-4

ECG en EHPAD: Pertinence médicale, faisabilité et résultats d'un projet pilote en Lorraine

P. Voiriot (1) ; A. Cosson (2) ; D. Craus (3) ; H. Dallaire (4) ; S. Papelier (5) ; E. Piquet (6) ; E. Aliot (1)

(1) *Direction médicale, Banook Group, 84 avenue du XXème Corps, 54000 Nancy;* (2) *Medco, EHPAD Korian, 1 Allée de la Saulx 54520 Laxou ;* (3) *Medco, EHPAD Les Bruyères, 14 rue du Clos Pré, 54130 Saint Max ;* (4) *Centre de santé, Office Hygiène Sociale, 46, rue du Doyen Parisot, 54630 Flavigny sur Moselle;* (5) *Direction systèmes d'information, Banook Group, 84 avenue du XXème Corps, 54000 Nancy;* (6) *Direction territoriale 54, ARS, 6, rue Notre Dame 54000 Nancy*

Introduction : Un électrocardiogramme (ECG) de référence est fréquemment absent du dossier médical des patients, souvent poly-pathologiques, résidant en EHPAD. Ceci rend plus complexe l'interprétation des anomalies identifiées lors des interventions réalisées au sein de ces établissements, dans le contexte de l'urgence et s'avère, de ce fait, préjudiciable à une gestion optimale des situations médicales rencontrées. Il apparaît également que la réalisation d'un ECG au cours d'une consultation spécialisée s'avère difficile, principalement en raison des difficultés à déplacer les patients de leur lieu de résidence vers un cabinet ou vers un service de cardiologie, et en raison de la réduction de l'offre de soins en consultation cardiologique. En 2017, l'ARS Grand Est, la société Banook et l'Office d'Hygiène Sociale ont collaboré à un projet expérimental visant à évaluer la faisabilité d'ECG réalisés en EHPAD, à analyser les résultats observés dans des établissements participant au projet et à définir les prérequis nécessaires à un déploiement pérenne d'un tel service. **Méthodes :** Faisant suite à une prescription appuyée sur les référentiels HAS, les ECG ont été enregistrés au sein des EHPADs impliqués (Nancy et environs) par une infirmière externe aux établissements(4), accompagnée par un membre de l'équipe médicale de chacun des établissements, chez des résidents préalablement informés. Les ECG digitaux ont été transmis électroniquement à une plateforme sécurisée de télé-interprétation d'ECG(1), validés par un cardiologue et retournés au médecin prescripteur pour la prise en compte des résultats dans le parcours de soins des patients concernés. **Résultats :** Un ECG 12 dérivations/10 secondes a été enregistré entre Juillet 2017 et Février 2018 chez 325 patients (60 hommes; 265 femmes), d'un âge moyen de 88 ans (extrêmes: 59 à 105 ans), résidant dans 7 EHPADs différents. 319 ECG ont été considérés comme interprétables. 81 ECG (26%) seulement ont été considérés comme normaux et 127 (40%) ECG présentaient des anomalies considérées

comme «significatives» par le cardiologue télé-interpréteur. Parmi celles-ci, 52 (16% des patients) étaient représentées par une fibrillation atriale, méconnue dans près de la moitié des cas. L'analyse du temps passé par les divers acteurs intervenant dans cette chaîne d'acquisition/traitement de l'information et des coûts afférents, autorise la mise en place d'un service économiquement et administrativement pérenne, appuyé sur la NGAP en vigueur et sur une intégration de la chaîne d'information au sein du S.I. des établissements et du DMP des patients concernés. **Conclusion :** Sous conditions d'une bonne qualité de réalisation et d'une interprétation «fiable» et rapide, la pertinence médicale d'enregistrements ECG prescrits en accord avec les référentiels en vigueur et réalisés au sein de leur établissement de résidence chez les patients résidant en EHPAD est avérée. Cette approche permet de fournir un document de référence utile en cas d'intervention médicale ultérieure dans le contexte de l'urgence, de mieux adapter la prise en charge de ces patients et d'accélérer leur accès à un cardiologue en cas d'anomalie méconnue (fibrillation atriale, en particulier). La faisabilité de ces actes, au lit du patient, est démontrée. Le modèle mis en place est économiquement viable et peut être déployé à large échelle.

O4-5

Impact de la danse sur l'équilibre, la qualité de vie et la confiance de personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement

JB. Mabire (1) ; K. Charras (1) ; JP. Aquino (1)

(1) *Pôle interventions psychosociales, Fondation Médéric Alzheimer, Paris*

Introduction : Les interventions fondées sur la danse sont souvent proposées aux personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement de par les caractéristiques plaisantes et sociales d'une telle activité. La danse est une activité multidimensionnelle ayant des bénéfices empiriques sur l'équilibre, la marche, le risque de chute, les activités physiques, la cognition, la qualité de vie, les interactions sociales et les troubles psycho-comportementaux. La danse a été principalement proposée dans le cadre de la maladie de Parkinson et peu dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. L'objectif de cette étude est de tester la faisabilité d'une intervention basée sur la danse dans un centre d'accueil de jour et d'évaluer son impact sur l'équilibre, la confiance et la qualité de vie de personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement.

Méthodes : Douze semaines d'intervention fondée sur la danse ont été proposées à 23 personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement. La moyenne d'âge de l'échantillon est de 83.47 ans (5.4) et le score moyen au MMSE est de 19.21 (6.11). L'intervention est animée par un professeur de danse avec une formation initiale d'infirmière et avec l'aide de deux soignants. L'étude utilise un plan expérimental croisé avec deux groupes qui suivent une session pendant 12 semaines consécutives; puis deux autres groupes pendant 12 semaines. Chaque groupe étant ainsi un groupe intervention et un groupe contrôle. Trois évaluations ont été réalisées : avant l'intervention, après la première session et après la seconde session. Les évaluations comprennent le « Gest up and Go test », le « Stop walking when talking test », le test de la station unipodale, l'échelle « ABC-S » de confiance en son équilibre et l'échelle de qualité de vie « QoL-AD ». Le bien-être est évalué avant et après chaque atelier de 45 minutes avec une échelle analogique verbale. **Résultats :** Les caractéristiques de l'échantillon et les comparaisons entre les sessions seront analysées avec une ANOVA. Les résultats concerneront l'équilibre, la confiance en son équilibre,

la qualité de vie et le bien-être. Des informations concernant la participation et les retours d'expérience des participants seront présentés. **Conclusion :** Les interventions fondées sur la danse seront discutées en termes de bénéfices, de procédures de mise en œuvre et d'indications de traitement selon les résultats de notre étude et de la littérature scientifique.

O4-6

Exposition médicamenteuse et fragilité chez la personne âgée

E. Reallon (1) ; B. Chavent (1) ; F. Gervais (1) ; J. Vernaudo (2); MH. Coste (3) ; P. Krolak-Salmon (4) ; C. Mouchoux (4) ; T. Novais (4)

(1) *Pharmacie, Hopital geriatrique des Charpennes, Villeurbanne;*
(2) *Gériatrie, Hôpital des Charpennes - HCL, Villeurbanne;*
(3) *Crc - cerveau, vieillissement, fragilité, Hopital geriatrique des Charpennes, Villeurbanne;*
(4) *Centre de recherche clinique «vieillissement, cerveau, fragilité», Hopital geriatrique des Charpennes, Villeurbanne*

Introduction : Même si le médicament est une chance pour la prise en soin de la personne âgée (PA), la polymédication associée à la polyopathie ainsi que la modification des paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques majeure le risque iatrogène dans cette population. La fragilité est un marqueur de risque de mortalité, de perte d'autonomie, de chute, d'hospitalisation et d'institutionnalisation. Cependant, peu d'études ont exploré l'association entre l'exposition médicamenteuse et la fragilité de la PA. **Méthodes :** Etude transversale rétrospective monocentrique réalisée à partir des dossiers médicaux de PA ≥ 65 ans hospitalisés en HDJ gériatrique de 07/2017 à 03/2018. La fragilité a été évaluée à partir du phénotype de Fried (robuste, préfragile, fragile) et l'exposition médicamenteuse via (1) le Drug Burden Index (DBI), score permettant de quantifier l'exposition médicamenteuse anticholinergique (AC) et sédatif (S) (DBI global) et de les distinguer (DBI AC et DBI S) ; et (2) la polymédication avec 2 catégories : polymédication (5-9 médicaments) et hyperpolymédication (≥ 10). Des régressions logistiques multinomiales multivariées pas à pas ont été réalisées pour chacun de ces 2 critères d'exposition médicamenteuse. **Résultats :** Au total, 403 patients ont été inclus, dont 14,6% de patients robustes (35,6% de femmes, $76,29 \pm 6,25$ ans), 40,7% de préfragiles (53,7% de femmes, $79,96 \pm 6,04$ ans) et 44,7% de fragiles (66,1% de femmes, $82,34 \pm 6,00$ ans). Parmi ces patients, 40,9% présentaient un DBI nul et 59,1% un DBI >0 ; 44,7% étaient polymédiqués et 17,1% hyperpolymédiqués. En univariée, l'exposition médicamenteuse combinée aux médicaments AC et S (DBI AC >0 et DBI S >0) était un facteur de risque de fragilité (OR = 3,51, IC95% = [1,63 ; 7,59]) et la polymédication était un facteur de risque de préfragilité (OR = 1,97, IC95% = [1,02 ; 3,79]). Les résultats des régressions logistiques multivariées sont présentés dans les tableaux 1 et 2.

Tableau 1

Modèle 1* pas à pas de régression logistique multinomiale multivariée DBI/fragilité

Statut	Préfragiles versus Robustes		Fragiles versus Robustes	
	OR	IC95%	OR	IC95%
DBI : DBI global =0	ref		ref	
DBI AC >0 et DBI S =0	0,69	[0,25-1,90]	0,72	[0,25-2,13]
DBI AC =0 et DBI S >0	1,27	[0,51-3,18]	1,53	[0,58-4,04]
DBI AC >0 et DBI S >0	2,04	[0,87-4,78]	3,54	[1,47-8,57]

*Modèle ajusté sur l'âge, le niveau d'éducation et le Mini-Mental State Examination.

Tableau 2

Modèle 2** pas à pas de régression logistique multinomiale multivariée polymédication/fragilité

Statut	Préfragiles versus Robustes		Fragiles versus Robustes	
	OR	IC95%	OR	IC95%
Polymédication : 0-4 médicaments	ref		ref	
5-9 médicaments	2,08	[1,03-4,22]	2,18	[1,025-4,64]
≥10 médicaments	1,53	[0,58-4,06]	2,72	[1,01-7,37]

**Modèle ajusté sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et le Mini-Mental State Examination.

Conclusion : Notre étude a montré que la polymédication, l'hyperpolymédication et l'exposition AC et S combinée étaient significativement associés à la fragilité des PA. Ces résultats mettent en évidence l'intérêt de réaliser une optimisation thérapeutique collaborative adaptée aux spécificités de la personne âgée afin de prévenir le risque de fragilité et de transition vers la dépendance.

O4-7

Quel est l'impact d'une formation en simulation par mise en situation grâce un costume de simulation du grand âge sur la perception du vieillissement auprès du personnel hospitalier en secteur gériatrique?

A. Villaume (1) ; R. Artico (2) ; A. Mebasti (1) ; C. Cedat (1) ; E. Duron (2) ; E. Kabouri (2)

(1) *Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP)- paris XI, Villejuif;*
(2) *Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP), Villejuif*

Introduction : La formation des intervenants médicaux et paramédicaux travaillant auprès de la population âgée, est perfectible. En effet, certains stéréotypes altèrent la perception du vieillissement diminuant ainsi l'empathie du soignant, élément indispensable à l'instauration d'une relation thérapeutique adaptée au patient âgé. Ainsi, la formation des soignants, en simulation, grâce au port d'un costume de simulation du grand âge pourrait permettre une prise de conscience de l'état physique et émotionnel du patient âgé hospitalisé. Le soignant pourrait améliorer sa connaissance des compétences complexes nécessaires à une communication adaptée. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact d'une formation pédagogique en simulation, consistant au port d'un costume de simulation du grand âge par les soignants, mis en situation (événements fréquemment rencontrés en hospitalisation), sur la perception du vieillissement. **Méthodes:**

L'étude a été conduite de septembre 2017 à avril 2018 au sein des unités gériatriques de l'hôpital Paul Brousse (94, Villejuif). La formation d'une durée de 3h, a consisté à faire porter le costume de simulation du grand âge aux soignants et de leur faire vivre des situations de vie quotidienne rencontrées lors d'une hospitalisation en gériatrie (participer à une discussion, prendre les escaliers, manger ou se faire donner à manger, se relever du sol...). Le costume de simulation du grand âge est constitué de lunettes mimant une cataracte ou DMLA, d'attelles bloquant les genoux et poignets simulant l'arthrose, de poids simulant la perte musculaire, d'un casque simulant une presbycusie. Le questionnaire Attitudes to Aging Questionnaire a été complété avant et après la formation (test et retest). Ce questionnaire qui évalue les attitudes des personnes envers le vieillissement est composé de 24 items, divisés en trois sous-échelles appréciant : la perception de la modification physique, la sagesse, la participation sociale, associée au vieillissement. Chaque sous-échelle comporte 8 items cotés via une échelle de Lickert allant de 1 (en désaccord) à 5 (en accord). Hormis pour la sous échelle « Sagesse », plus les scores sont hauts, plus ils reflètent une évaluation positive du vieillissement. Le score global basé sur l'ensemble des 24 items du questionnaire a été calculé. Les questionnaires en pré et post-formation ont été comparés par des ANOVA à mesures répétées (analyse de variance). Des tests post-Hoc de Bonferroni ont été réalisés lorsque cela était nécessaire. **Résultats :** Quatre-vingt-dix-neuf intervenants au sein de nos services ont rempli le questionnaire. Une amélioration significative de la perception globale du vieillissement en pré/post formation par rapport au premier test ($F(1, 101) = 40,583, p < .001$) a été mise en évidence. De plus, on retrouve également une différence significative en retest entre chaque sous-échelles ($F(2, 202) = 61,575, p < .001$). L'analyse post-Hoc de Bonferroni met en évidence une amélioration significative des résultats pour les sous-échelles représentant la perception de la mobilité physique ($p < .001$) et la sagesse ($p < .001$). En revanche, les résultats montrent une dégradation significative des résultats de l'échelle représentant la perception de la participation sociale ($p < .001$). Les résultats ne montrent pas de différence significative entre les étudiants, les professionnels et les chefs de projet ($F(4, 92) = 0,2863, p = 0,886$). De la même manière les résultats ne montrent pas de différence significative selon les métiers ($F(10, 88) = 1,5575, p = ,13$) ou l'âge ($F(4, 96) = ,88865, p = ,47$). **Conclusion :** Les formations en simulation grâce à un costume du grand âge permettent d'améliorer la perception globale du vieillissement, en particulier, concernant la perception de la mobilité physique et la sagesse des personnes âgées. En revanche, les mises en situation permettent une prise de conscience de l'isolement social engendré par le vieillissement (dégradation physique et des fonctions sensorielles). Les résultats sont similaires quelles que soient les catégories professionnelles. Ainsi, cette formation devrait être proposée en formation continue. Une étude est en cours pour connaître l'impact sur l'empathie et sur les modifications de pratiques professionnelles (questionnaire à 6 mois).

O4-8**Les cumuls d'antithrombotiques chez la personne âgée : une revue systématique des recommandations nationales et internationales**

L. Zerah (1) ; B. René-Sosata (2) ; G. Sylvie (2) ; JP. Collet (3) ; D. Bonnet-Zamponi (4) ; F. Tubach (2)

(1) *Gériatrie et Santé Publique, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris*; (2) *Santé publique, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris*; (3) *Cardiologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (4) *Observatoire des médicaments des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Paris*

Introduction : Les anti-thrombotiques (AT) qui associent anticoagulants (AC) et antiagrégants plaquettaires (AAP), ont une consommation en pleine croissance du fait des innovations thérapeutiques. Ils représentent aussi la classe thérapeutique la plus en cause dans les accidents iatrogènes graves et évitables. Les personnes âgées représentent à la fois la population la plus consommatrice de ces molécules et la plus à risque de complications hémorragiques. En effet, le risque hémorragique augmente avec l'âge en soit comme en témoigne son intégration dans les scores de risque hémorragiques, et avec la polyopathie et la polymédication, elles-mêmes plus fréquentes dans les âges avancés. Les situations de bi voire de trithérapie d'AT (= cumul d'AT), reconnues pour majorer de façon importante la survenue d'accidents hémorragiques, sont donc particulièrement risquées chez les personnes âgées. Notre objectif est de savoir si des recommandations spécifiques à cette population concernant les prescriptions de cumuls d'AT oraux existent. **Méthodes :** Une revue systématique incluant l'ensemble des recommandations nationales et internationales publiées entre janvier 2012 et décembre 2017, en français ou en anglais, à partir de tripdatabase, guideline international network et pubmed, s'intéressant à la prescription des AT oraux chez l'adulte a été menée. Les prescriptions uniquement intra-hospitalières (situations aiguës), les relais, les switch et les situations cliniques spécifiques telles que la grossesse, la pédiatrie, le VIH, les maladies auto-immunes, l'hémophilie et le cancer actif n'ont pas été inclus. L'ensemble des articles hors recommandations (consensus d'expert, revue de la littérature, méta-analyse, essai randomisé, étude observationnelle, etc.) n'a pas été inclus. **Résultats :** 885 recommandations ont été identifiées et 63 recommandations ont été incluses. Le délai moyen pour la mise à jour des recommandations était d'environ 5 ans, sauf pour les recommandations Européennes en 2017 dont le délai de mise à jour était inférieur à un an. Aucune recommandation n'était dédiée dans son intégralité à la population âgée. Seulement 10 recommandations (16%) présentaient une sous-section spécifique au sujet âgé et seulement 3 d'entre elles (5% du total) définissaient ce qu'est un sujet âgé : ≥ 75 ans pour la société Américaine et Malaysienne, ≥ 65 ans pour la société Européenne. Les recommandations concernant les personnes âgées consistaient juste en « une plus grande prudence dans cette population », sans conduite pratique plus précise. L'âge n'apparaissait déterminant pour définir une conduite à tenir qu'au travers des scores de risque thrombotiques (seuil à 65 et 75 ans) et hémorragiques (seuil à 65 ans). **Conclusion :** Cette revue systématique des recommandations illustre bien la difficulté pour un gériatre de prescrire un cumul approprié d'AT oral. En effet, il est confronté, comme tout prescripteur, à la multiplicité des recommandations et leurs mises à jour fréquentes rendant complexe leurs accès et donc difficile une

prescription en adéquation aux dernières recommandations. De plus, sans aucune recommandation précise spécifique à cette population, les gériatres doivent se contenter de celles élaborées pour les adultes : dans une même situation clinique, un patient est censé recevoir le même cumul d'AT qu'il est 76 ou 90 ans, et ce malgré un risque hémorragique théorique plus important. Des études en vie réelle chez les 80 ans et plus sont donc nécessaires pour évaluer la balance bénéfices-risques des cumuls d'AT oraux dans cette population et affiner les recommandations pour cette tranche d'âge.

O4-9**Effet d'un protocole d'admission systématique en réanimation des patients âgés atteints de défaillance d'organe sur la mortalité à long terme : étude française randomisée - ICE CUBII**

C. Thomas (1) ; H. Vallet (2) ; L. Moïsi (3) ; A. Boumendil (4) ; B. Guidet (5)

(1) *Uga saint antoine, APHP, Paris*; (2) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (3) *Unité de gériatrie aigue, hôpital saint-antoine, Hôpital Saint-Antoine, Paris*; (4) *Inserm, u707, paris, f-75012 france, Hôpital Saint-Antoine, Paris*; (5) *Service de réanimation médicale, Hôpital Saint-Antoine, Paris*

Introduction : Le taux de mortalité des patients âgés en réanimation est élevé et l'effet bénéfique de leur admission en réanimation pose question. **Objectif :** déterminer si un protocole d'admission systématique (AS) en réanimation des patients âgés atteints de défaillance d'organe (DO) réduit la mortalité à 6 mois comparativement à un mode d'admission classique. **Méthodes :** dans cette étude multicentrique, randomisée en cluster, les patients âgés de 75 ans ou plus, admis dans un service d'urgence et présentant au moins une DO ont été inclus. Le critère de jugement principal était la mortalité à 6 mois. Les critères de jugement secondaires incluait le taux d'admission en réanimation, la mortalité intra-hospitalière, le statut fonctionnel et la qualité de vie à 6 mois. **Résultats :** 3036 patients (âge médian 85 ans [81-89]) ont été inclus. Les patients randomisés dans le groupe AS avaient une augmentation significative du risque de décès à 6 mois (45% vs 39% ; RR 1.80 [1.66-1.95]) et leur taux d'admission en réanimation était plus élevé (61% vs 34% ; RR 1.80 [1.66-1.95]). Après ajustement, les patients du groupe AS étaient plus volontiers admis en réanimation (RR 1.68 [1.54-1.82]) et n'étaient pas plus à risque de décès à 6 mois (RR 1.05 [0.96-1.14]). Le statut fonctionnel, et la qualité de vie à 6 mois n'étaient pas statistiquement différents entre les 2 groupes. **Conclusion :** parmi les patients âgés atteints de DO, un programme pour promouvoir l'AS des patients âgés en réanimation augmente leur taux d'admission mais ne réduit pas la mortalité à 6 mois.

05. COMMUNICATIONS ORALES 5

O5-1

Profils De Symptomatologie Dépressive Et Pronostic Chez Les Patients Âgés Atteints De Cancer : Analyse En Classes Latentes De La Cohorte Elcapa

C. Gouraud (1) ; E. Paillaud (2) ; C. Martinez-Tapia (3) ; L. Segaux (1) ; N. Reinald (4) ; M. Laurent (5) ; N. Hoertel (6) ; E. Mercadier (7) ; M. Gisselbrecht (8) ; P. Boudou-Rouquette (9) ; A. Chahwakilian (10) ; S. Bastuji-Garin (11) ; F. Limosin (6) ; C. Lemogne (12) ; F. Canoui-Poitrine (1)

(1) Santé publique, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (2) médecine gériatrique, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris; (3) Santé publique, Université Paris-Est Créteil (UPEC), Créteil; (4) Gériatrie, Hôpital Henri-Mondor (AP-HP), Créteil; (5) Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (6) Service de psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, Hôpital Corentin-Celton (AP-HP), Issy-les-Moulineaux; (7) Service de gériatrie, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris; (8) Geriatrie, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris; (9) Oncologie, Cochin, Paris; (10) Gériatrie, Hôpital Broca, Paris; (11) Cepia, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (12) Service de psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris

Introduction : La dépression est fréquemment associée au cancer. Les nouveaux cas de cancer concernent majoritairement les sujets âgés. Chez ses patients, le diagnostic de dépression est délicat car d'une part, la symptomatologie dépressive du sujet âgé comporte des particularités et d'autre part, certains symptômes peuvent être dus au cancer ou aux traitements. L'objectif principal était l'identification de profils distincts de symptomatologie dépressive chez les patients âgés atteints de cancer. Les objectifs secondaires étaient l'identification des facteurs associés à ces profils et de leur impact pronostique. **Méthodes :** L'étude portait sur les 1086 patients inclus dans la cohorte ELCAPA de 2007 à 2012, âgés de 70 ans ou plus, atteints d'un cancer, et ayant eu une évaluation gériatrique dont une évaluation thymique avant traitement. Les profils ont été identifiés par une analyse en classes latentes (ACL) construite avec les symptômes dépressifs comme indicateurs, le choix du meilleur modèle étant guidé par des critères de parcimonie (critère d'Akaike modifié et BIC ajusté) et d'ajustement (Bootstrap Likelihood Ratio Test). Les caractéristiques démographiques, oncologiques, gériatriques et biologiques associées aux classes obtenues ont été décrites par la régression logistique multinomiale uni et multivariée. La valeur pronostique des clusters a été explorée par une analyse de survie univariée (médianes de survie et courbes de Kaplan-Meier), et multivariée (Modèle semi-paramétrique de Cox), à un et trois ans. **Résultats :** Résultats Nous avons identifiés 5 profils de symptomatologie dépressive sur 847 cas-complets (âge médian 79 ans ; 47,9% de femmes) : 1 «somatique» (38,8%), 2 «paucisymptomatique» (26,4%), 3 «dépression sévère» (20%), 4 «dépression modérée» (11,8%) et 5 «démoralisation» (3%). La classe 5 «démoralisation» était caractérisée par un profil atypique associant la présence de cognitions dépressives et l'absence d'anhédonie. En comparaison à la classe 2 «paucisymptomatique», les patients des classes 1 «somatique» et 3 «dépression sévère» avaient un niveau de comorbidité et de retentissement fonctionnel plus élevé ($p=0,028$ et $0,004$). Les patients de la classe 1 «somatique» avaient plus de métastases et un statut nutritionnel altéré ($p=0,03$ et $0,028$). Les patients des classes 3 «dépression sévère» et 4 «dépression

modérée» avaient aussi un statut nutritionnel plus altéré ($p<0,001$ et $0,002$), étaient plus polymédiqués ($p=0,003$ et $0,017$), et avaient plus d'antécédents de chute ($p=0,003$ et $0,026$). Les patients de la classe 3 «dépression sévère» étaient plus souvent hospitalisés et avaient un environnement social de moindre qualité ($p<0,001$). L'appartenance à la classe 3 «dépression sévère» était associée à un risque augmenté de mortalité à 1 an (Hazard Ratio ajusté (HRa)=1,62 ; Intervalle de Confiance à 95% (IC95%) : 1,06-2,48) et 3 ans (HRa=1,49 ; IC95%:1,06-2,10). **Conclusion :** Conclusion Nous avons identifiés cinq profils différents de symptomatologie dépressive chez les sujets âgés atteints de cancer, dont un qui différait qualitativement des profils de dépression sévère et modérée, et correspondait à la description du syndrome de démoralisation. Des différences portant sur le statut nutritionnel, la polymédication, le niveau de comorbidité et leur retentissement fonctionnel, la présence d'une hospitalisation à l'évaluation et l'environnement social étaient associées à la présence de ces différents profils. Une dépression « sévère » (classe 3) était un facteur indépendant de mauvais pronostic, ce qu'aucune étude originale n'avait confirmé dans une population de sujets âgés.

O5-2

L'infection à Helicobacter pylori est associée à une augmentation de l'incidence des démences dans une cohorte d'anciens agriculteurs âgés

H. Von Campe (1) ; C. Roubaud Baudron (2) ; C. Helmer (3) ; L. Letenneur (3) ; M. Linard (3) ; JF. Dartigues (3) ; F. Mégraud (1) ; P. Lehours (1) ; K. Pérès (4)

(1) Inserm u1053 bariton, Université de Bordeaux, Bordeaux; (2) Pôle de Gérontologie Clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux; (3) Inserm u1219, Université de Bordeaux, Bordeaux; (4) Inserm u1219, Université de Bordeaux, Bordeaux Cedex

Introduction : La maladie d'Alzheimer (MA) est la première cause de démence et de handicap dans les pays développés. Il n'existe aucun traitement disponible pour prévenir, guérir ou ralentir sa progression. Outre l'hypothèse amyloïde, une nouvelle théorie a émergé et concerne l'impact possible des agents infectieux sur l'évolution de la MA. Helicobacter pylori, une bactérie Gram négative responsable de gastrite, pourrait être impliqué dans la physiopathologie de la MA en majorant la neuro-inflammation et/ou en augmentant les lésions cérébrovasculaires. Une étude réalisée sur la cohorte PAQUID a montré que l'infection à H. pylori était associée à de moins bonnes performances cognitives et à une incidence accrue de démences avec un suivi de 20 ans dans une cohorte commencée en 1987. Les conditions de vie et d'éducation influencent l'apparition de ces deux pathologies et se sont nettement améliorées au cours du XXème siècle en France. Notre hypothèse est que l'effet de H. pylori sur l'incidence des démences persiste malgré ces changements dans une nouvelle cohorte française, 30 ans après PAQUID. L'objectif est de déterminer si l'infection à H. pylori augmente le risque de démence (dont la MA) dans une cohorte de 695 agriculteurs retraités >65 ans suivis pendant 10 ans, par le biais de lésions vasculaires. **Méthodes :** La cohorte AMI est une cohorte (N=1002) qui étudie la santé et le vieillissement des agriculteurs retraités suivis depuis 2007. Parmi eux, 695 sujets ont accepté d'avoir une prise de sang afin de déterminer par sérologie s'ils étaient infectés par H. pylori. Une analyse descriptive et comparative a été réalisée à l'inclusion selon le statut infectieux. Un modèle à risques proportionnels de Cox a été utilisé pour étudier les facteurs associés à la survenue de démence (suivi 10 ans). La charge cérébrovasculaire a été établie à partir d'IRM sur un échantillon

de patients (n=260). **Résultats :** A l'inclusion, 200 (29%) sujets étaient infectés par *H. pylori*, leurs performances cognitives étaient moins bonnes par rapport aux sujets non infectés. (123 (63%) des sujets infectés et 381 (79%) des patients non infectés avaient un score MMSE ≥ 24 , $P < 0.0001$). Après 10 ans de suivi, 90 sujets ont développé une démence. Après ajustement sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, l'allèle $\epsilon 4$ de l'Apolipoprotéine E, le vin, les facteurs de risques et maladies cardiovasculaires, l'infection à *H. pylori* était associée avec une augmentation de l'incidence des démences (HR=1.70, IC=1.05-2.74, $P=0.03$), et spécialement des MA (HR=2.85, IC 1.58-5.12 $P < 0.001$). La charge cérébrovasculaire (hypersignaux de la substance blanche) n'était significativement pas différente en fonction du statut infectieux à l'IRM (*H. pylori*+ $9.2 \pm 14.8 \text{ cm}^3$ versus *H. pylori*- $9.8 \pm 18.3 \text{ cm}^3$ chez les négatifs, $P=0.80$). **Conclusion :** Cette étude apporte des éléments supplémentaires en faveur d'une association entre *H. pylori* et les démences, spécialement la MA. La cohorte AMI confirme, 30 ans plus tard, les résultats obtenus dans la cohorte PAQUID. L'étude IRM a permis d'infirmer notre hypothèse supposant un mécanisme basé sur des dommages cérébrovasculaires induit par l'infection. L'infection à *H. pylori* pourrait influencer l'évolution des démences par des mécanismes inflammatoires ou tout simplement être le reflet des conditions de vie de l'enfance avec un impact sur les pathologies neurodégénératives.

O5-3

Effets différentiels d'un programme de stimulation cognitive informatisé chez des adultes âgés MCI selon la sévérité des hypersignaux de la substance blanche : Résultats d'une étude exploratoire

L. Jemmi (1) ; YH. Wu (2) ; B. Marouane (3) ; M. Fabienne (4) ; M. Lewis (1) ; JS. Vidal (5) ; H. Lenoir (6) ; B. Charlieux (4) ; B. Isabet (1) ; AS. Rigaud (7)

(1) *Gérontologie 2, CHU Broca, Paris*; (2) *Gérontologie, Hôpital Broca, Paris*; (3) *Urc, Hôpital Avicenne, Bobigny*; (4) *Gérontologie 2, Hôpital Broca, PARIS*; (5) *Gériatrie, EA 4468 - Hôpital Broca - APHP, paris*; (6) *Gériatrie, Hôpital Broca, Paris*; (7) *Gériatrie, Hôpital Broca, université Paris Descartes, Paris*

Introduction : Les hypersignaux de la substance blanche (HSB) sont fréquents dans le MCI et ont été associés à des déficits dans les fonctions exécutives, et une diminution de la vitesse de traitement. Ils auraient aussi pour conséquences d'altérer les processus stratégiques impliqués dans l'apprentissage et le rappel des informations, en raison d'une perturbation des circuits sous-corticaux-frontaux faisant défaut à la récupération en mémoire. De plus en plus d'études récentes ont montré que la présence conjointe d'HSB et de marqueurs de maladie d'Alzheimer (ex., atrophie de l'hippocampe, APOE- $\epsilon 4$, dépôt d'amyloïde), accéléreraient significativement le déclin cognitif et influençaient le processus neurodégénératif de la maladie. Sur le plan préventif, bien que le potentiel des interventions cognitives (IC) ait été démontré, très peu d'études ont pris en compte la présence ou non d'HSB dans le MCI. L'objectif de cette étude était d'explorer les effets d'un programme spécifique de stimulation cognitive informatisé (SCI) chez des sujets MCI avec présence d'HSB à l'IRM. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude exploratoire menée auprès de 51 sujets répartis en deux groupes : 29 « MCI-sans-HSB » (grade 0 et 1) et 22 « MCI-HSB » modérés à sévères (grade 2 et 3). Tous ont réalisé 24 séances de SCI d'une heure, 2 fois par semaine à l'hôpital Broca. Le programme était focalisé sur les fonctions exécutives dont

plusieurs exercices mobilisant fortement la vitesse de traitement/ temps de réaction, l'attention et les processus stratégiques. Les mesures ont porté sur les fonctions cognitives entraînées, les composantes psychosociales et thymiques. Les évaluations ont été administrées avant (T0), après l'intervention (T3), et à trois mois de suivi (T6). **Résultats :** Les résultats principaux ont montré que les MCI-HSB ont significativement amélioré le fonctionnement cognitif global ($p=0.027$), la mémoire associative ($p=0.0003$), la vitesse de traitement ($p=0.041$), la flexibilité mentale ($p=0.035$), et la motivation ($p=0.001$) à T3. À T6, des améliorations étaient à nouveau observées sur des mesures similaires à T3, mais aussi au rappel immédiat ($p=0.0005$) et différé ($p=0.0008$) du RAVLT (Rey Auditory Verbal Learning test). Le groupe de MCI-sans-HSB ont cependant amélioré un nombre plus élevé de mesures que les MCI-HSB, à savoir la mémoire associative ($p=0.001$), la mémoire visuospatiale ($p=0.001$), la mémoire de travail ($p=0.023$), la vitesse de traitement ($p=0.054$), la vitesse perceptive/attention ($p=0.037$), la planification ($p=0.007$), les fluences lexicales ($p=0.007$), catégorielles ($p=0.001$), et la motivation ($p=0.01$). **Conclusion :** Les sujets avec et sans HSB pourraient bénéficier de ce type de programme spécifique. Cependant, les effets différentiels observés dans les deux groupes suggèrent que les HSB pourraient limiter les bénéfices de l'intervention. Fait intéressant, les améliorations dans certaines composantes exécutives, de la vitesse de traitement et de la mémoire épisodique chez les MCI-HSB suggère une neuroplasticité positive potentielle chez ces patients à risque plus élevé de développer une démence. Bien qu'encourageants, ces résultats nécessitent d'être confirmés dans un essai contrôlé randomisé.

O5-4

Le parcours MEDISIS, regards de patients

G. Popart (1) ; O. Moulin (1) ; N. De Abreu (2) ; A. Dony (1) ; S. Doerper (1) ; J. Azzi (2) ; P. Schneider (2) ; E. Dufay (1)
(1) *Pharmacie, C.H. de Lunéville, Lunéville*; (2) *Equipe medisis, pharmacie, C.H. de Lunéville, Lunéville*

Introduction : Le parcours patient MEDISIS est dédié aux séniors. Son but : sécuriser la prise en charge médicamenteuse, notamment aux points de transition. Ses modalités : conciliation des traitements médicamenteux à l'admission, repérage du risque de ré-hospitalisation, revue clinique pluri-professionnelle de médication, remise d'un livret personnalisé de sortie [LPS] et accompagnement thérapeutique du patient et/ou de son aidant [ATP]. Le jour de la sortie du patient, une coordination est effectuée par une conciliation des traitements médicamenteux avec les professionnels libéraux [médecin, infirmier, pharmacien] par messagerie sécurisée. Le parcours MEDISIS s'inscrit dans une démarche qualité. L'objectif de cette étude est d'évaluer la satisfaction des patients participant au parcours MEDISIS. **Méthodes :** Recherche active du point de vue des patients par 2 méthodes : consultation d'une association de patients et recueil de l'avis des participants à MEDISIS selon la méthode Voice Of Customer : entretiens semi-directifs proposés aux patients en sortie d'hospitalisation jusqu'à saturation de l'information. Un guide d'entretien est réalisé et une formation à la conduite des entretiens est entreprise par simulation. Ils se déroulent au domicile ou par téléphone 10 jours après la sortie d'hospitalisation. Avec l'accord du patient et/ou de son aidant, les entretiens sont enregistrés puis retranscrits intégralement pour analyse de verbatim. **Résultats :** Les avis de 27 patients et aidants ont été recueillis. Six membres d'une association de patients ont

donné leur avis sur la page « mes médicaments » du livret. Douze patients et 9 aidants participants à MEDISIS ont été interviewés sur leur parcours et leur livret. La note moyenne donnée au livret et à l'entretien d'accompagnement pour expliquer les médicaments est 8.2/10. Les patients et leurs aidants expriment de la surprise (N=5), qualifient positivement le livret et la démarche (N=9), trouvent le document complet (N=4), utile (N=18) et pratique (N=3). La demande des patients ? Simplifier plus les termes médicaux, augmenter la lisibilité du document (contraste), ajouter des conseils supplémentaires sur l'alimentation et les dispositifs médicaux [pansements et sutures] et communiquer davantage sur le parcours MEDISIS. Les actions d'améliorations mises en place sont : la création de pages dédiées à l'alimentation et aux dispositifs médicaux avec les experts du centre hospitalier, la réalisation d'un spot télévisuel pour diffusion sur internet et dans les salle d'attentes, la diffusion d'une brochure d'information écrite sur MEDISIS, la remise de dossiers personnalisés à la sortie contenant le livret et les différents documents de sortie des patients. **Conclusion :** Le parcours patient MEDISIS répond aux attentes des patients et de leurs aidants. Cette enquête a permis de mettre en évidence des axes d'amélioration afin d'améliorer la satisfaction exprimée. Les enquêtes de type Voice of Customer et la consultation des associations de patients sont des méthodes permettant d'obtenir de riches résultats afin d'améliorer les pratiques. Se concentrer sur les objectifs des patients permet de redonner du sens à la prise en charge de nos patients et à nos métiers.

O5-5

Développement et validation d'un filtre basé sur la vitesse de marche pour orienter les personnes âgées éligibles au TAVI vers une consultation gériatrique

ML. Bureau (1) ; F. Bellarbre (1) ; E. Liuu (1) ; P. Marc (1)
(1) *Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers*

Introduction : On observe une augmentation du nombre de remplacements valvulaires par Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) en raison de la physiopathologie du rétrécissement aortique et d'un élargissement des indications. L'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) chez les patients âgés éligibles a montré son intérêt, mais s'avère chronophage. Notre objectif était d'évaluer si un filtre incluant la vitesse de marche et la version courte du Mini Nutritionnel Assessment (MNA-SF) permettrait de déterminer les personnes âgées éligibles au TAVI à orienter vers une consultation gériatrique. **Méthodes :** Étude rétrospective monocentrique. Inclusions des patients ≥ 75 ans adressés au CHU de Poitiers pour bilan avant TAVI entre mars 2013 et février 2016 (cohorte de développement) et entre mars 2016 et octobre 2017 (cohorte de validation). Réalisation dans le bilan pré-interventionnel d'une EGS et d'un test de marche. L'EGS comprenant une évaluation des comorbidités, du traitement, de l'autonomie, des statuts cognitif et nutritionnel représentait le gold standard et était considérée comme anormale si >1 des six secteurs évalués était atteint. **Résultats :** Au total 280 dossiers ont été analysés. 139 patients ont été inclus dans la cohorte de développement (âge moyen $85,6 \pm 4,4$ ans, 48% de femmes). La prévalence d'une EGS anormale était de 80%. Un filtre combinant une vitesse de marche $< 0,83$ m/sec et/ou un score MNA-SF $< 12/14$ offrait une sensibilité de 88% et une spécificité de 71% pour détecter une EGS anormale (AUC 0.8). Les résultats étaient similaires dans la cohorte de validation (n = 141). **Conclusion :** Un filtre combinant vitesse de marche et MNA-SF apparaît pertinent et faisable pour

identifier les patients nécessitant une EGS avant TAVI.

O5-6

Discordance clinico-biologique pour la Maladie d'Alzheimer (MA) chez les patients de plus de 80 ans : étude au CMRR de Rennes

C. Hanta (1) ; M. Dubois-Laurent (2) ; D. Somme (3)
(1) *Gériatrie/Neurologie, C.H.U de Rennes, Rennes;* (2) *SSR Bois-Guillaume, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen;* (3) *Gériatrie, C.H.U de Rennes, Rennes*

Introduction : L'analyse dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) des protéines tau, phospho-tau et A bêta 42 est de pratique courante chez les patients de moins de 65 ans pour affirmer le diagnostic de maladie d'Alzheimer (MA). Elle peut être indiquée en cas de doute diagnostique chez les sujets plus âgés. Cette étude propose d'analyser les conséquences d'un résultat discordant entre l'hypothèse clinique diagnostique initiale et l'hypothèse biologique diagnostique (biomarqueurs LCR). **Méthodes :** A partir de la base de données du laboratoire de pharmacologie clinique du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, ouverte depuis 2006, nous avons sélectionné les patients âgés de plus de 80 ans ayant bénéficié d'un dosage des biomarqueurs de MA dans le LCR. Nous avons analysé les dossiers cliniques de ces patients, et les résultats du dosage des biomarqueurs. Nous avons sélectionné les dossiers des patients ayant un résultat discordant entre l'hypothèse antérieurement émise par le clinicien avant le dosage LCR et les résultats de l'analyse des biomarqueurs. Nous avons cherché dans les dossiers l'influence de ce résultat sur le diagnostic finalement retenu par le clinicien. Nous avons comparé ces résultats avec ceux obtenus sur une population tout âge confondu lors d'une étude réalisée à partir de la même base de données quelques années plus tôt. **Résultats :** La base de données comportait 86 dossiers de patients de 80 ans et plus (âge moyen 83 ans). L'hypothèse biologique était en faveur d'une maladie d'Alzheimer dans 48,8% des cas analysés et dans la zone d'incertitude dans 18,6% des cas. Notre analyse porte sur les 36 patients (41,9%) pour lesquels il y avait une discordance entre les hypothèses cliniques et biologiques. Dans 12 cas l'hypothèse clinique initiale était celle d'une MA (les marqueurs LCR étant en défaveur de cette hypothèse). Dans cette situation, le clinicien maintenait son hypothèse dans 6 cas (50%). Dans 24 situations, l'hypothèse clinique initiale n'était pas celle d'une MA (alors que les marqueurs étaient en faveur de cette hypothèse). Dans cette situation le clinicien maintenait son hypothèse dans 3 cas (12%). Ces résultats sont à mettre en dialogue avec ceux issus d'une population tous âges confondus. Le taux de maintien du diagnostic était un peu plus élevé dans le premier cas de discordance (72% tout âge versus 50% âgés) mais surtout beaucoup plus élevé dans le cas où l'hypothèse clinique n'était pas en faveur de la MA car dans ce cas, même si les marqueurs étaient en faveur de la MA, le clinicien maintenait son diagnostic dans 60% des cas dans la population tout âge (versus 12% dans la population âgée). **Conclusion :** Nos résultats soulignent un plus haut niveau d'incertitude des cliniciens chez les patients âgés avec des taux de maintien de leurs hypothèses initiales plus faibles que dans la population tout âge quelle que soit la situation de discordance. Par ailleurs, la remise en cause du diagnostic est plus importante lorsque l'hypothèse diagnostique clinique n'était pas celle d'une MA et que les marqueurs sont en faveur de cette maladie, ce qui peut paraître paradoxal dans la mesure où ces marqueurs perdent en spécificité avec l'âge.

O5-7**Les raisons pour la non-participation des personnes âgées aux ateliers de prévention de la dépendance**

L. Fernandez (1) ; M. Herr (2) ; M. Pino (3) ; I. Dufour (1) ; C. Mairesse (4) ; C. Flouquet (5) ; O. Hanon (1) ; A. Raynaud-Simon (6)

(1) *Aphp, Gérotopôle d'Ile-de-France, Gérodiff, Paris*; (2) *INSERM UMR 1168, Vieillesse et Maladies chroniques, Université Versailles St Quentin, Paris*; (3) *Gérod'if, Gérotopôle d'Ile-de-France, Paris*; (4) *Prif, Prévention Retraite IDF, Gentilly*; (5) *Retraite et action sociale, CNAV, Paris-19E-Arrondissement*; (6) *Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*

Introduction : La prévention de la dépendance associée au vieillissement implique l'activité physique. Prévention Retraite Ile-de-France (PRIF) propose des ateliers de prévention destinés aux retraités des différentes caisses de retraite franciliennes. Des invitations sont adressées personnellement aux retraités bénéficiant des minima sociaux. L'objectif de ce travail est d'identifier les causes de non-participation de ces retraités aux ateliers de prévention « équilibre en mouvement » comportant de l'activité physique adaptée.

Méthodes : Enquête transversale par questionnaire téléphonique, descriptive et quantitative. Ont été sollicités les retraités d'âge > 60 ans, bénéficiant des minima sociaux, ayant été invité par la CNAV à participer à l'atelier EEM à dans la ville de Villeteuse (Seine-Saint-Denis) et ayant mis à disposition un numéro de téléphone. Le questionnaire utilisé pour les entretiens téléphoniques comprenait : les données sociodémographiques, la confirmation de la réception de l'invitation de la CNAV, l'état de santé, les caractéristiques de l'environnement social et familial du retraité, les raisons pour la non-participation, les moteurs à la participation aux ateliers. La base de données a été déclarée à la CNIL. **Résultats :** Parmi les 1406 retraités qui avaient été sollicités par la CNAV, 15 personnes ont participé à l'atelier ciblé. Parmi les 1307 personnes qui ont été invitées à participer à l'étude concernant la non-participation, 66 ont répondu au questionnaire (5 %). Ils avaient 69 ans en moyenne (63 à 78 ans), 52 % étaient des hommes. Un tiers des enquêtés déclarait ne pas savoir lire et écrire le français. Il s'agit majoritairement d'anciens ouvriers (30 %) et employés (55 %). Presque un tiers (27 %) a déclaré avoir chuté dans les derniers 12 mois. Les motifs de non-participation aux ateliers étaient : l'éloignement géographique (n = 34 personnes), être malade (n = 24), les douleurs (n = 19), trop jeune (n = 8) et problèmes de marche (n = 8) ; les autres causes étaient données de façon plus rare. Les moteurs éventuels à une participation eurent été la proximité géographique, un meilleur état de santé, une information plus détaillée du contenu des ateliers et l'adaptation à différents niveaux d'activité physique. **Conclusion :** La population de retraités bénéficiant des minima sociaux représente une population particulièrement importante pour la prévention du vieillissement pathologique et pour la réduction des inégalités sociales de santé. Les motifs de non-participation témoignent de réelles difficultés pratiques mais aussi d'un manque d'information sur l'intérêt de l'activité physique.

O5-8**Impact de l'évaluation gériatrique sur la décision finale de traitement anti-cancéreux chez les patientes âgées atteintes de cancer du sein : l'étude de cohorte ELCAPA**

L. Corsin (1) ; E. Boutin (2) ; E. Assaf (3) ; Y. Belkacemi (4) ; R. Bosc (5) ; V. Bigorie (5) ; P. Caillet (1) ; C. Tourmigand (3) ; C. Touboul (6) ; TF. Rollot (7) ; E. Brain (8) ; O. Hanon (9) ; PF. Canoui (2) ; E. Paillaud (10) ; M. Laurent (1)

(1) *Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri Mondor, Créteil*; (2) *Dhu a-tvb, imrb, ea 7376 cepia (clinical epidemiology and ageing unit, Université Paris-Est Créteil (UPEC), Créteil*; (3) *Service d'oncologie médicale., Aphp, hôpitaux universitaires henri mondor, Créteil*; (4) *Service de radiothérapie, AP-HP, Créteil*; (5) *Service de chirurgie plastique, AP-HP, Créteil*; (6) *Service de gynécologie, Ap-hp, hôpitaux universitaires henri mondor, Créteil*; (7) *Institut curie, Institut curie, Paris*; (8) *Oncologie, Hôpital Institut Curie, Paris*; (9) *Gériatrie, Hôpital Broca (AP-HP), Paris*; (10) *médecine gériatrique, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris*

Introduction : La Société internationale d'Onco Gériatrie (SIOG) recommande une Evaluation Gériatrique Approfondie (EGA) avant la décision thérapeutique prise en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) chez les patients âgés. **Méthodes :** L'objectif était d'évaluer les changements thérapeutiques après l'évaluation gériatrique et les facteurs associés à ces changements chez les femmes âgées atteintes d'un cancer du sein. L'ensemble des patientes âgées de 70 ans ou plus, atteintes d'un cancer du sein et adressées en consultation d'onco-gériatrie entre février 2007 et décembre 2014 dans la cohorte ELCAPA (Elderly Cancer Patients) pour une EGA pré thérapeutique dans deux hôpitaux ont été incluses. L'EGA comprenait une évaluation du statut fonctionnel, de la mobilité, du statut cognitif et thymique, de l'état nutritionnel, des comorbidités, de la polymédication et de l'environnement social. Cette évaluation avait lieu après l'évaluation initiale de l'oncologue et avant la RCP. Le critère de jugement principal était le changement de plan de traitement entre la proposition thérapeutique initiale par l'oncologue et la décision finale en RCP (diminution ou augmentation du nombre de modalités ou changement de modalités). **Résultats :** Parmi les 302 patientes incluses (âge médian=81 ans; Quartile1:76-Quartile3:85), 86% avaient un carcinome canalaire infiltrant, 36% avaient des métastases et 30 % un Performance Status (PS) ≥ 3. Quarante-huit pourcents avaient un ADL (Activity of daily Living) < 6, 28% un MMS (Mini Mental Score) < 24 et 33% une dénutrition. Au total, 35% ont eu un changement de plan de traitement après l'EGA (23% une diminution des modalités, 7% une augmentation et 5% un changement de modalités). En analyse multivariée, l'augmentation de l'âge était associée à une suppression de la chirurgie (Odds Ratio ajusté (ORa) par augmentation d'un an d'âge : 1,07 [1,02-1,11] p=0,003), une suppression de la chimiothérapie (ORa) : 1,08 [1,04-1,13] p=0,003) et une suppression de la radiothérapie (ORa : 1,07 [1,03-1,11] p=0,002). Le MMS < 24 (ORa 1,05 [1,03-1,11] p=0,03) était associé à une suppression de la radiothérapie. L'ADL < 6 (OR ADL < 6 versus ADL = 6 : 1,54 [1,07-1,18] p=0,03) était associée à une suppression de la chirurgie et le PS ≥ 3 était associé à une suppression de la chimiothérapie (ORa : 1,56 [1,12-1,76] (p=0,01). **Conclusion :** L'âge et certains facteurs de l'EGA comme les le statut fonctionnel et cognitif sont associés à des changements de décision thérapeutique chez les patientes âgées atteints d'un cancer du sein.

O5-9**Patients âgés atteints de cancer : intérêt d'un plan d'aide à l'aidant pour réduire le fardeau ressenti**

C. Gaxatte (1) ; P. Antoine (2) ; C. Baldini (3) ; MG. Depuydt (1); P. Kups (1) ; L. Defrance (2) ; E. Tresch (4) ; F. Puisieux (1) ; V. Servent (5)

(1) Pôle de gérontologie, CHU de Lille, Lille; (2) Ufr de psychologie, Université de Lille, Lille; (3) Service d'oncologie médicale, CHU de Lille, Lille; (4) Département de biostatistiques, Centre Oscar Lambret, Lille; (5) Unité de coordination en oncogériatrie nord de France, Centre Oscar Lambret, Lille

Introduction : En cancérologie, l'aidant joue un rôle essentiel dans la prise en charge de son proche malade. L'aide apportée apparaît volontiers plus importante et durable chez les patients âgés atteints de cancer. Dans un travail prospectif, nous avons évalué l'impact d'un plan personnalisé d'aide à l'aidant sur son fardeau ressenti, en tenant compte de ses besoins et attentes. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude prospective multicentrique intitulée « Les besoins et le fardeau des aidants familiaux des patients âgés atteints de cancer et leurs déterminants sociaux » (AAP INCa 2013). Les couples patients/aidants inclus remplissaient les critères suivants : * Etre aidant principal depuis au moins 1 mois d'un sujet; • de 70 ans et plus, atteint d'un cancer, ayant bénéficié d'une évaluation oncogériatrique; • ayant une espérance de vie supérieure à 6 mois (appréciation clinique). * ayant donné leurs consentements écrits pour participer à cette étude. Les aidants étaient randomisés par strates de fardeau (Zarit 22 items) dans le groupe intervention (évaluation des attentes et des besoins par un binôme ID/psychologue dans le cadre d'un entretien individuel, basé sur l'outil COAT (Carers Outcome Agreement Tool) + proposition d'un plan d'aide + suivi téléphonique mensuel pendant 6 mois) ou dans le groupe contrôle. Le fardeau était évalué à T0 et T6. La période d'inclusion s'est étendue du 1er octobre 2014 au 31 décembre 2016. **Résultats :** 78 couples aidant/aidé ont été inclus. L'âge moyen des patients âgés était de 80.4 ans, celui des aidants était de 64.1 ans. Dans le groupe intervention, l'analyse des besoins et attentes des aidants (n= 24) fait retenir cinq thèmes principaux : (1) le besoin de communiquer avec leurs proches (57%), de décompresser (52%). (2) l'aidant souhaite le bien-être physique et psychique de son proche aidé (>87%), avec une préoccupation particulière vis-à-vis de l'état nutritionnel. (3) le besoin d'informations médicales (65%) : précisions sur le diagnostic, l'évolution de la maladie. (4) les aidants évoquent un manque d'informations concernant les structures/aides disponibles pour leur proche malade, et la lourdeur des démarches à effectuer. (5) les aidants rapportent un besoin de présence de leur entourage et de maintien de lien social (35%). Le Plan Personnalisé d'Aide à l'Aidant proposé pour chaque aidant, en tenant compte de ces besoins et attentes rapportés au cours de l'entretien a consisté en: - Informations sur la maladie, les traitements (29%).- Informations et/ou aide sur les services d'aide à la personne (71%). - Aide pour accéder à ces services (50%). - Proposition d'écoute ou de soutien psychologique (62%). - Aide à la planification des soins futurs (13%). - Formulation de conseils, proposition de formation, pour aider des aidants à résoudre les difficultés rencontrées 46%. - Proposition d'une solution de répit pour permettre aux aidants de se libérer provisoirement de leurs responsabilités d'aidant (17%). A T0, le fardeau ressenti par les aidants est léger pour 44% des aidants, léger à modéré pour 34% et modéré à sévère pour 18% (score moyen = 25/88). Sur les 78 aidants inclus, seuls 29 aidants, respectivement 12 et 17 patients des bras Intervention et

Contrôle ont un score de Zarit calculable à T0 et T6. Le taux de réduction du fardeau de l'aidant est de 58% (7/12 aidants) dans le bras Intervention et 23.5% (4/17 aidants) dans le bras Contrôle. Il n'existe pas de différence significative entre les groupes (p=0.12). **Conclusion :** Les besoins, les attentes des aidants sont dépendants de nombreux paramètres, notamment de l'évolution de la maladie cancéreuse, souvent rapide en situation métastatique (près de 50% des patients inclus dans l'étude), et de son retentissement (perte d'autonomie, état nutritionnel) et nécessitent d'être réévalués régulièrement. Aussi, il peut être difficile de répondre aux besoins et attentes des aidants en temps réel.

COMMUNICATIONS ORALES 6**O6-1****Télémedecine & troubles psycho-comportementaux liés aux syndromes démentiels type Alzheimer et apparentés. Facteurs associés à l'optimisation thérapeutique des psychotropes**

A. Lafargue (1) ; M. Nouzille (1) ; R. Fossaert (2) ; E. Thiel (1) ; N. Bourdin (1) ; N. Salles (1)

(1) Gériatrie, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux; (2) Gériatrie, CHU - Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux

Introduction : Dans le cadre du programme « Télémedecine en EHPAD » au sein des départements de Gironde et de Dordogne, le pôle gérontologique du CHU de Bordeaux a réalisé 368 téléconsultations sur la thématique des troubles psycho-comportementaux en lien avec une pathologie démentielle entre janvier 2015 et décembre 2018. 92 % de ces demandes portaient sur un avis thérapeutique. A travers cette étude, nous avons souhaité analyser les propositions d'optimisation thérapeutique des psychotropes réalisées par les experts, et identifier les facteurs associés. **Méthodes :** Etude prospective monocentrique. Critère d'exclusion : troubles psycho-comportementaux en lien avec antécédents de maladie psychiatrique. Réalisation d'une analyse descriptive et analytique de facteurs associés (régression logistique multiple à pas descendant et corrélation). **Résultats :** 226 résidents ont pu être évalués et suivis par les gériatres sur cette période (tableau n°1). La proposition d'optimisation thérapeutique des psychotropes par les gériatres portait sur 343 dossiers (93.2%). L'arrêt de psychotropes représentait 53 % de ces propositions ciblant en premier l'arrêt des neuroleptiques (45%), les antidépresseurs (30%), les benzodiazépines (14%), les anticholinergiques type hydroxyzine (11%). L'ajout de psychotropes était préconisé pour 175 dossiers (52%) portant sur les benzodiazépines (44%), les antidépresseurs (30 %), les thymorégulateurs (19%), les neuroleptiques (7%). L'optimisation thérapeutique était associée à l'identification de l'antécédent de démence catégorisée CIRS G4 (RR= 2, IC95 % [1.2;4.6], p =0.03), la présence d'une aide-soignante ou d'une infirmière coordinatrice (IDEC) pendant la téléconsultation (respectivement : RR = 4, IC95 % [1.5 ; 10.2], p = 0.004 et RR = 2.1, IC95 % [1.1 ; 4.9], p =0.04), à l'évocation par les experts d'un thème supplémentaire durant la téléconsultation par rapport à la demande initiale des requérants (RR = 3.2, IC95 % [1.2 ; 7.9], p = 0.02). L'optimisation thérapeutique était corrélée à la somme des items du NPI identifiés comme problématiques par l'équipe de l'EHPAD (q = 0.13, p = 0.01) et au nombre de thématiques supplémentaires abordées par les experts (q = 0.15, p = 0.004). Le STOP de psychotropes recommandé était associé : à l'âge supérieur à 85 ans (RR=1.9, IC95%[1.04 ;3.32],p=0.03) ; à l'antécédent connu

de dénutrition (RR=2.6, IC95%[1.1 ;6.5], p=0.04), à la présence côté EHPAD durant la téléconsultation du médecin coordinateur (RR=1.45, IC95%[1.1 ;2.2], p=0.04), et de l'IDEC (RR=1.5, IC95 % [1.3 ;2.3], p=0.03), au diagnostic porté par les requis : de iatrogénie médicamenteuse (RR=10.1, IC95%[1.2 ;81.7], p=0.03) et de dénutrition (RR=2.8, IC95% [1.3 ;6.1], p=0.009). Le STOP de neuroleptiques était associé à la présence de l'IDEC (RR=1.4, IC95%[1.1 ;2.3],p= 0.02), celui des antidépresseurs à la présence de la psychologue (RR=1.7, IC95%[1.1 ;3.1], p=0.05). Le START des antidépresseurs était associé à la présence des médecins traitants (RR=2.5, IC95%[1.1 ;5.9],p=0.03), celui des benzodiazépines à la présence des IDE (RR=1.4, IC95%[1.2 ;2.4], p = 0.04). La présence du patient était un élément protecteur d'une proposition de prescription de neuroleptique (RR=0.3, IC95%[0.09 ;0.9], p=0.03). A noter que 39 dossiers sur 192 de propositions de START concernaient les antalgiques, cette proposition était associée à la présence de l'aide-soignant(e) (RR=1.8, IC95%[1.5 ;3.6], p=0.03).

Tableau 1

Variables étudiées (n=226)	m ± ET ou %
Age	87 ± 7
Pourcentage de résidents ayant une pathologie démentielle classée CIRS-G4	72.6 %
NPI	50.22 ± 22.3
Nb de traitements avant la téléconsultation	7.7 ± 3.1

Conclusion : L'optimisation thérapeutique des psychotropes chez les patients âgés est une priorité nationale définie par la HAS. Elle constitue une des pierres angulaires dans le prendre soin du résident atteint de pathologies démentielles résidant en EHPAD. La télémédecine par l'expertise des gériatres s'appuyant sur les échanges avec les soignants vise à tendre vers une prise en soin personnalisée et adaptée.

O6-2

Incontinence par stent endo-urétral thermo-expansible : une alternative au sondage vésical définitif chez les hommes âgés fragiles

C. Rambaud-Collet (1) ; M. Durand (2) ; S. Gonfrier (3) ; B. Tibi (2) ; C. Arlaud (4) ; D. Li Vigny (4) ; F. Leborgne (5) ; G. Sacco (6) ; O. Guérin (7)

(1) SSR C3, Hopital de Cimiez, Nice; (2) Service d'urologie, d'androgologie et de transplantation, Nice CHU Hôpital Pasteur 2, Nice; (3) Usld, Hopital de Cimiez, Nice; (4) Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice; (5) EMG, Hopital de Cimiez, Nice; (6) Ssr-post avc mossasud, Hopital de Cimiez, Nice; (7) Ucoq, Hopital de Cimiez, Nice

Introduction : La gestion de la rétention chronique d'urine chez la personne âgée est complexe. Le port d'une sonde vésicale à demeure (SVD) est à risque de complications infectieuses mais également de perte d'autonomie et d'agitation chez la personne âgée fragile. L'utilisation de stents endo-urétraux thermo-expansibles (045-TW Memokath) peut être une alternative à la SVD chez certains patients sélectionnés. Le but de l'étude était d'évaluer l'efficacité et les complications liées à cette technique. **Méthodes :** Tous les patients de plus de 70 ans présentant une rétention aiguë ou chronique d'urine, avec au moins 2 échecs de désodage, nécessitant le port d'une

sonde vésicale, ont bénéficié d'une évaluation multidisciplinaire uro-gériatrique. A l'issue de cette évaluation, une alternative thérapeutique (AT) au SVD était proposée au sein d'une réunion multidisciplinaire. La pose d'un stent urétral d'incontinence était proposée aux patients présentant une rétention chronique d'urine non éligible à une autre alternative thérapeutique. L'efficacité de la technique était définie par l'absence de nouvelle rétention d'urine nécessitant la mise en place d'une sonde vésicale. Un suivi des patients était réalisé à J7, 1,3, 6 et 12 mois. **Résultats :** 96 hommes ont été inclus avec un âge moyen de 85,4 ans (SD 6,6). Une AT, à la SVD, a été proposée dans 65,6% des cas (n=63). Parmi les AT, on retrouvait 25 chirurgies de photovaporisations de prostate, 25 stents urétraux d'incontinence, 2 embolisations des artères prostatiques, 9 nouvel essai de désodage et 2 autres chirurgies. Le taux de succès global était de 85,7% (n=54) à J7 et de 88,9% (n=56) à M1. L'incontinence était significativement plus souvent proposée aux patients, sous neuroleptiques (OR :5,4 [1,9-15,5], p=0,002), avec des comorbidités neurologiques (OR :5,4[1,5-19,6], p=0,005), une dépendance importante (ADL<2) (OR :6,1[2,1-18,3], p<0,001) et à risque d'agitation (OR :14,9 [4,8-46,4], p<0,001). Le volume prostatique moyen était moins important dans le groupe stent (35,6cc vs 65,7cc, p<0,001). 25 stent ont été implantés avec un taux de succès de 92% (n=23) à J7. Au terme du suivi, 11 stents étaient fonctionnels avec une médiane de suivi de 291 jours [82-663]. 10 patients sont décédés au cours du suivi avec un stent fonctionnel après une médiane de 52 jours [12-554], dont un seul décès en lien avec une infection des voies urinaires. Un stent a été retiré après 192 jours en raison d'une infection du stent. Un patient a bénéficié d'un retrait de stent pour réalisation d'une chirurgie de photovaporisation de prostate à 170 jours. Aucune autre complication n'a été rapportée. Le résidu post mictionnel, après pose de stent, était de < 200ml. **Conclusion :** L'analyse multidisciplinaire peut offrir une chance de trouver une alternative à la SVD chez certains hommes âgés fragiles. Cette technique est réservée pour les patients dépendants, avec des pathologies neuro-cognitives et à risque d'arrachage de la SVD. Dans notre cohorte, le stent d'incontinence permet de 92% des hommes fragiles sélectionnés d'éviter le port d'une SVD de manière définitive.

O6-3**Valeur prédictive des paramètres biologiques de routine sur la mortalité à un an chez les patients âgés atteints de cancer: analyse poolée des cohortes ELCAPA, PHRC Aquitaine et ONCODAGE**

N. Reinald (1) ; P. Soubeyran (2) ; N. Oubaya (3) ; D. Heitz (4) ; M. Laurent (1) ; H. Rousselot (5) ; P. Caillet (1) ; G. Albrand (6) ; M. Bringuier (7) ; M. Rainfray (8) ; E. Brain (7) ; E. Paillaud (9) ; S. Mathoulin-Pelissier (10) ; C. Bellera*(equally) (10) ; F. Canouï-Poitrine*(equally) (3)

(1) Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri-Mondor (AP-HP), Créteil; (2) Oncologie médicale, Institut Bergonié, Bordeaux; (3) Santé publique, Hôpital Henri-Mondor (AP-HP), Créteil; (4) Unité d'oncologie et d'hématologie, Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg - Hôpital de Hautepierre, Strasbourg; (5) Unité de soins palliatifs, Institut de Cancérologie de Lorraine - Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy; (6) Service de médecine du vieillissement, Hôpital Antoine Charial, Francheville, Lyon; (7) Oncologie, Institut Curie, Saint-Cloud; (8) Service de gériatrie, CHU Bordeaux, Bordeaux; (9) Médecine gériatrique, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris; (10) Unité de recherche et d'épidémiologie clinique, Institut Bergonié, Bordeaux

Introduction : L'évaluation du pronostic chez les patients âgés atteints de cancer est complexe en raison, outre le cancer, des comorbidités et fragilités. Elle repose essentiellement sur des critères cliniques, or des marqueurs biologiques de routine pourraient l'améliorer. L'objectif était d'étudier la valeur prédictive de paramètres biologiques de routine sur la mortalité à un an chez les patients âgés atteints de cancer. **Méthodes :** Une analyse poolée de 3 cohortes prospectives multicentriques (ELCAPA, PHRC Aquitaine et ONCODAGE) a été menée. Les patients inclus étaient âgés de 70 ans ou plus, atteints d'un cancer (solide ou lymphome), et adressés pour évaluation gériatrique préthérapeutique. Les variables biologiques recueillies étaient la CRP, l'albumine et des scores combinés : Glasgow Prognostic Score (GPS 0 : CRP ≤ 10 mg/L et albumine ≥ 35 g/L ; GPS 1 : CRP ≤ 10 mg/L et albumine < 35 g/L, ou CRP > 10 mg/L et albumine ≥ 35 g/L ; GPS 2 : CRP > 10 mg/L et albumine < 35 g/L) ; modified GPS (mGPS 0 : CRP ≤ 10 mg/L et albumine ≥ 35 g/L, ou CRP ≤ 10 mg/L et albumine < 35 g/L ; mGPS 1 : CRP > 10 mg/L et albumine ≥ 35 g/L ; mGPS 2 : CRP > 10 mg/L et albumine < 35 g/L). Le critère de jugement principal était la survie globale à un an. L'analyse a été réalisée par des modèles de Cox univariés et multivariés, prenant en compte des facteurs de confusion : sexe, âge, site tumoral et statut métastatique (avec un terme d'interaction), ECOG-PS, score de repérage de fragilité, le G8. Les capacités discriminantes des modèles ont été évaluées par le C de Harrell et le Net Reclassification Improvement (NRI). **Résultats :** Entre 2002 et 2011, 1800 patients ont été inclus (âge moyen : 78,5 ± 5,5 ans ; 62 % d'hommes ; 29 % métastatiques; principales localisations : sein (35 %), colo-rectal (18 %) ; 71 % à risque de fragilité selon le G8). Le taux de survie à 12 mois était de 71,1% [IC 95 % : 68,9–73,1]. Les scores GPS et mGPS étaient associés à la mortalité indépendamment des facteurs cliniques (GPS1 : Hazard Ratio ajusté = 4,48 [IC 95 % : 2,03–9,89], GPS2: 11,64 [4,54–29,81] chez les patients avec G8 normal ; GPS1 : 2,45 [1,79–3,34], GPS2 : 3,97 [2,93–5,37] chez les patients avec G8 altéré ; mGPS1 : 2,81 [1,31–6,03], mGPS2 : 8,14 [3,41–19,41] pour les patients avec G8 normal ; mGPS1 : 1,78 [1,32–2,41], mGPS2 : 2,88 [2,24–3,71] pour les patients avec G8 altéré). L'ajout des biomarqueurs au modèle clinique seul (C de Harrell = 0,82

[0,80–0,83]) améliore les performances discriminantes (GPS : C de Harrell = 0,84 [0,82–0,85], NRI = 0,11 [0,05–0,19] ; mGPS : 0,83 [0,82–0,85], NRI = 0,09 [0,02–0,16]). L'analyse de la survie globale à 3 mois montrait des résultats comparables. **Conclusion :** Les scores GPS et mGPS, combinant deux critères facilement disponibles, CRP et albumine, améliorent la valeur prédictive d'un modèle clinique chez les patients âgés atteints de cancer. Leur utilisation pourrait optimiser le processus décisionnel et la prise en charge de ces patients.

O6-4**Facteurs pronostiques de mortalité et de récurrence intra-hospitaliers chez les patients ≥75 ans avec une infection à Clostridium difficile : résultats de l'enquête nationale CLOdi**

A. Caupenne (1) ; I. Ingrand (2) ; M. Lauda-Maillen (1) ; M. Priner (3) ; P. Ingrand (4) ; G. Gavazzi (5) ; M. Paccalin (3)

(1) Médecine Gériatrique, CHU de Poitiers, Poitiers; (2) Epidémiologie et biostatistique, pôle biologie, pharmacie et santé publique, CHU de Poitiers, Poitiers; (3) Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers; (4) Epidémiologie et biostatistique, pôle biologie, pharmacie et santé publique, CHU de Poitiers, Poitiers; (5) Clinique universitaire de médecine gériatrique, C.H.U Grenoble-Alpes, Grenoble

Introduction : Les infections à Clostridium difficile (ICd), sont de plus en plus prévalentes chez les sujets âgés hospitalisés, avec une incidence élevée estimée à 2,28 cas/10 000 patients-jour. Le risque de récurrence est évalué entre 10 et 30% à trois mois et la mortalité reliée à l'ICd varie de 4 à 33%. L'objectif principal de l'enquête française CLOdi est d'évaluer le pronostic intra-hospitalier de l'infection à Clostridium difficile (CDI) chez les patients âgés ≥75 ans et d'analyser la pertinence des facteurs de risque de sévérité et de récurrence des recommandations Européennes publiées en 2014 dans cette population. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective, multicentrique sous l'égide de l'intergroupe Infectieux-Gériatrique GInGer. Les inclusions ont été réalisées entre Mars 2016 et Mars 2017 chez des patients ≥75 ans hospitalisés dans 34 centres hospitaliers français. Le questionnaire en ligne s'intéressait aux critères cliniques, marqueurs biologiques et à la prise en charge de l'ICd. Les pratiques thérapeutiques ainsi que les taux de récurrence et de mortalité ont été évalués 30 jours après le diagnostic d'ICd. **Résultats :** Deux cent quarante-sept patients ont été inclus; l'âge moyen était de 87,2 ans (SD = 5,4). La plupart des ICd (66,4%) étaient nosocomiales, un quart (25,1%) des patients présentaient une défaillance d'organe et 182 (73,7%) au moins une comorbidité sévère. Le nombre moyen de facteurs de risque de gravité était de 2,77 (SD = 1,00). Le nombre moyen de facteurs de risque de récurrence était de 3,32 (SD = 1,00). Le séjour médian était de 26 jours. Le métronidazole était le principal traitement de première intention (51,0%). Trente jours après le début de l'infection, 36 récurrences (14,6%) s'étaient produites et 42 patients (17,0%) étaient décédés. L'analyse multivariée a montré que la gravité initiale de la maladie [Hazard Ratio (HR) 2,75, intervalle de confiance à 95% (IC) 1,10–8,47], l'infection nosocomiale (HR 2,72, IC à 95% 1,22–6,80), la présence d'une antibiothérapie au cours des 3 derniers mois (HR 2,42, IC 95% 1,21–4,90), l'apparition d'une défaillance d'organe (HR 2,36, IC 95% 1,16–4,74) et la polymédication (HR 1,11, IC 95% 1,01–1,22) étaient significativement associés à la mortalité. La décompensation d'organe était également associée à la récurrence à 30 jours (HR 2,08, IC de 95% 1,0–4,08). **Conclusion :** Les facteurs de risque de gravité des recommandations Européennes

apparaissent adaptés à notre population âgée. La gravité initiale de la maladie, reposant sur des paramètres biologiques, devrait sensibiliser les praticiens à l'anticipation du pronostic. Bien qu'il ne soit pas prédictif du risque de mortalité, nos résultats concernant le traitement antibiotique soulignent le manque d'adéquation avec les recommandations actuelles dans cette population vulnérable.

O6-5

Délai de prise en charge en unité péri-opératoire gériatrique d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur et complications post-opératoires

T. Force (1) ; L. Zerah (1) ; L. Moïsi (2) ; C. Thomas (2) ; H. Vallet (1) ; J. Cohen Bittan (1) ; J. Boddaert (1)

(1) *Unité péri-opératoire gériatrique, GH Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Universités, DHU FAST, Paris*; (2) *Unité péri-opératoire gériatrique, Saint Antoine, Paris*

Introduction : Dans le cadre de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF), le délai chirurgical <48h est associé à une moindre morbi-mortalité. L'objectif de notre étude était de rechercher si un délai précoce d'accès à l'expertise gériatrique était associé à une diminution de survenue des complications post-opératoires.

Méthodes : Etude rétrospective à partir de données de l'unité péri-opératoire gériatrique (UPOG) du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière recueillies entre le 01/07/2009 et le 03/11/2017. Le délai d'accès à l'expertise gériatrique correspondait au délai d'admission en UPOG à partir des urgences, incluant le délai chirurgical (< ou \geq 48h). Le critère de jugement principal était un critère composite regroupant les principales complications post-opératoires graves comprenant la confusion, un syndrome coronarien aigu (SCA), la fibrillation auriculaire (FA), l'escarre et l'infection quel que soit le site. **Résultats :** 521 patients ont été inclus dans l'étude, dont 319 (61%) dans le groupe « admission précoce » et 202 patients (39%) dans le groupe « admission tardive ». Les deux groupes étaient comparables concernant l'âge, les comorbidités, l'autonomie, le type de fracture et le matériel utilisé lors de l'intervention chirurgicale. Sur la période de l'étude, 50% des patients ont présenté au moins une complication grave en post-opératoire. On ne notait aucune différence significative entre les deux groupes concernant le critère de jugement principal. La durée moyenne de séjour était plus courte dans le groupe « admission précoce » (médiane de 10 [8 – 13] vs 13 jours [10 – 16], $p < 0.01$), avec une réduction du délai de mise au fauteuil et de l'initiation de la marche en post opératoire (respectivement médiane de 1 [1 – 1] vs 1 jour [1 – 3], $p < 0.01$ et 2 [1 – 2] vs 2 jours [1 – 4], $p < 0.01$). A 6 mois de l'intervention pour la FESF, 11% des patients étaient décédés. On ne notait pas de différence entre les deux groupes concernant la mortalité.

Conclusion : Les patients admis précocement en UPOG après une FESF étaient mobilisés plus rapidement avec une réduction de la durée moyenne de séjour. Cependant, le délai d'accès à une expertise gériatrique n'influait pas le risque de survenue d'une complication post-opératoire grave ou la mortalité à 6 mois.

O6-6

Rôle des proches dans les décisions de soin et de traitement des patients hospitalisés en gériatrie

A. Cribier (1) ; A. Corvol (2)

(1) *faculté de médecine, Université de Rennes 1, Rennes*; (2) *Gériatrie, C.H.U de Rennes, Rennes*

Introduction : Lorsqu'une personne âgée est hospitalisée les proches sont souvent présents à ses côtés. Les impliquer dans les processus de décision médicale permet de réduire le taux de ré-hospitalisation et d'augmenter l'observance des prescriptions. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'implication des proches dans les décisions de soins et de traitements en gériatrie aigue et d'analyser si, comme l'a suggéré une étude antérieure, l'âge des aidants informels a une influence dans cette implication. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de proches de patients hospitalisés en gériatrie aigue au CHU de Rennes, suite à leur sortie du service. Le recrutement a été systématique sur tous les patients présents le 3 avril puis le 30 avril. 17 aidants informels, 7 hommes et 10 femmes ont accepté entre avril et juin 2018. Ils étaient âgés de 35 ans à 89 ans. Il s'agissait d'époux ou d'épouses, d'enfants, ou d'autres proches, ils étaient les personnes à prévenir lors de l'hospitalisation. L'analyse a été effectuée par codage thématique. **Résultats :** De façon globale, les proches se sentaient impliqués. L'implication active (dans le sens prise de décisions concernant la santé des patients hospitalisés) semble plus importante pour les enfants lorsqu'ils sont plusieurs ou que le patient est en situation de fin de vie. Certains proches considéraient que leur rôle était plutôt d'échanger des informations avec l'équipe soignante, sans se positionner sur les décisions. Ils s'agissaient principalement de proches plus âgés, plus éloignés (conflit familial ou sans lien familial direct) ou moins disponibles (épuisement, activité professionnelle). **Conclusion :** Les proches de patients hospitalisés ne conçoivent pas tous leur rôle auprès de leur proche la même façon. Beaucoup se satisfont d'apporter et de recevoir des informations de l'équipe soignante. L'implication active dans les décisions de soins est principalement le fait de proches plus jeune (les enfants de patients), ou dans les situations de fin de vie.

O6-7

Association entre fragilité et obésité au cours de la vie : résultats de la cohorte GAZEL

B. Landré (1) ; S. Czernichow (2) ; M. Zins (1) ; M. Goldberg (3) ; M. Herr (4) ; J. Ankri (4)

(1) *Umr 1168 vieillissement et maladies chroniques, I.N.S.E.R.M (Institut National de la Santé et Recherche Médicale), Villejuif*; (2) *Nutrition, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris*; (3) *Ums 11, I.N.S.E.R.M (Institut National de la Santé et Recherche Médicale), Villejuif*; (4) *INSERM UMR 1168, Vieillesse et Maladies chroniques, Université Versailles St Quentin, Paris*

Introduction : La fragilité est un indicateur de santé qui correspond au déclin des ressources physiologiques de l'organisme. L'identification des facteurs associés à la fragilité permet d'orienter les politiques de prévention. En particulier, la fragilité a été associée à l'obésité chez les personnes âgées. Cette étude vise à étudier l'association entre la durée d'obésité au cours de la vie adulte et le risque de fragilité après 60 ans. **Méthodes :** Cette étude porte sur 13205 adultes inclus dans la cohorte GAZEL (âge moyen 70 ans en 2015). La fragilité a été évaluée selon les critères de Fried,

adaptés de façon à être évalués par questionnaire. L'indice de masse corporel (IMC) a été déterminé à partir des tailles et poids rapportés chaque année pendant 26 ans. Les catégories d'IMC sont définies en accord avec les seuils définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (IMC normal de 18.5 à 25 kg/m², surpoids de 25 à 30 kg/m² et obèse de 30 kg/m² et plus). L'association entre obésité et fragilité a été évaluée de façon transversale puis l'effet de la durée d'obésité a été estimé parmi les personnes obèses en 2015. Des régressions multinomiales, ajustées sur des facteurs sociodémographiques (âge, niveau d'étude, consommation de tabac et d'alcool, vivre seul) et médicaux (pathologies chroniques et santé mentale) ont été utilisées. Les résultats sont exprimés en termes d'Odd-Ratios ajustés (ORa) avec leur intervalle de confiance à 95%. Les analyses ont été réalisées séparément pour les hommes et les femmes. **Résultats :** En 2015, 396 (4,4%) hommes et 310 (9,6%) femmes pouvaient être considérés comme fragiles et 1351 (15%) hommes et 457 (14%) femmes étaient obèses. Une association positive a été trouvée entre la fragilité et l'obésité : ORa= 4,4 (3,2-6,2) chez les hommes et 8,1 (5,3 – 12) chez les femmes. Parmi les 1808 personnes obèses, la durée moyenne d'obésité était de 16 ans pour les deux sexes. Chaque année d'obésité supplémentaire passée augmentait le risque de fragilité avec un ORa= 1,04 (1,01-1,1) chez les hommes et un ORa= 1,07 (1,02 – 1,13) chez les femmes. **Conclusion :** Ces données montrent que les sujets obèses ont plus de risque d'être fragile après 60 ans et que ce risque est d'autant plus grand que la durée d'obésité au cours de la vie est longue. Un contrôle du poids précoce pourrait participer à un vieillissement en bonne santé.

O6-8

Prise en charge hospitalière des défaillances d'organe chez le patient âgé : quel poids pour les aidants à long terme ?

H. Vallet (1) ; C. Thomas (2) ; L. Moïsi (3) ; J. Boddaert (4) ; B. Guidet (5) ; A. Boumendil (6)

(1) Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (2) Uga saint antoine, APHP, Paris; (3) Unité de gériatrie aigue, hôpital saint-antoine, Laboratoire d'éthique médicale ea 4569, Université paris descartes, Paris; (4) Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris; (5) Service de réanimation médicale, Hôpital Saint-Antoine, Paris; (6) Inserm, u707, paris, f-75012 france, Hôpital Saint-Antoine, Paris

Introduction : Le nombre de patients âgés admis en réanimation est en constante augmentation. Le taux de mortalité est élevé et la perte d'autonomie fréquente chez les survivants. En revanche la charge qui incombe aux familles de ces patients à long terme est peu étudiée. L'objectif de cette étude était d'évaluer les facteurs associés à l'importance de la charge aux aidants 6 mois après une défaillance d'organe (DO) chez le patient âgé. **Méthodes :** Tous les patients de cette étude étaient inclus dans l'essai clinique ICE-CUB2 dont l'objectif était de déterminer si un protocole d'admission systématique en réanimation du patient âgé admis aux urgences pour une DO était associé à une réduction de la mortalité à 6 mois. Les critères d'inclusions étaient l'âge ≥ 75 ans, la présence d'au moins 1 DO, une autonomie fonctionnelle et un statut nutritionnel préservés. Les patients pour lesquels l'information « charge aux aidants » était disponible, ont été sélectionnés. La charge aux aidants a été évaluée par le score de Zarit à 6 mois de suivi. Le critère de jugement principal était un score ≥ 21 (charge modérée à sévère)

Résultats : 191 patients (âge médian 86 [81-89] ans) ont été sélectionnés. Les diagnostics principaux les plus fréquents à l'admission étaient l'insuffisance respiratoire aigüe (n=69 ; p=36%)

et l'état de choc (n=37 ; p=19%). 53% (n=102) des patients ont été admis en réanimation et 38% (n=37) ont nécessité une procédure invasive (catécholamines, ventilation invasive, dialyse). A 6 mois, le score de Zarit était ≥ 21 pour les aidants de 71 patients (37%). En analyse multivariée, les facteurs significativement associés à une charge modérée à sévère étaient la diminution du score ADL à 6 mois (OR : 1.3 [1-1.68], p= 0.049) et la composante mentale du score de qualité de vie (SF-12) à 6 mois (OR : 0.94 [0.89-0.98], p=0.0009). En revanche, l'âge et l'admission en réanimation n'étaient pas associés à une charge modérée à sévère (OR: 0.84 [0.41-1.73], p=0.64 et OR: 0.99 [0.93-1.06], p=0.85 respectivement) **Conclusion :** La perte d'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie à 6 mois d'une DO chez le patient âgé sont associées à une charge plus lourde pour les aidants, contrairement à l'âge et à l'admission en réanimation. La peur d'engendrer une lourde charge aux aidants ne devrait pas être un frein à l'admission en réanimation du patient âgé.

O6-9

Prescription médicamenteuse du sujet âgé: suivi des recommandations par les médecins traitants après réévaluation de l'ordonnance au décours d'une hospitalisation ou d'une consultation et recherche de facteurs prévenant la iatrogénie

M. Ruelle (1) ; M. Roucout (1) ; C. Leleu (2) ; K. Leclercq (1) ; A. Berami (1)

(1) Gériatrie, C.H. d'Abbeville, Abbeville; (2) EHPAD, C.H. d'Abbeville, Abbeville

Introduction : La polymédication du patient âgé représente un risque important de iatrogénie, d'hospitalisation non programmée et de perte d'autonomie. Plusieurs outils ont été développés afin d'optimiser la prescription médicamenteuse du sujet âgé (critères de Beers, liste Laroche, critères STOPP and START) mais restent méconnus des médecins généralistes ou trop peu utilisés car jugés complexe et chronophages. Le lieu d'évaluation de l'ordonnance par ces critères standardisés est donc souvent l'hôpital au décours d'un séjour non programmé ou la consultation d'évaluation gériatologique. Le but de notre travail était d'évaluer le suivi des recommandations effectuées et de rechercher des pistes d'amélioration de ce suivi. **Méthodes :** 100 ordonnances de patients ayant été hospitalisés dans le service de SSR ou adressés en consultation d'évaluation gériatologique ont été analysés selon les critères STOPP and START, les modifications préconisées étaient effectuées puis le patient était revu en consultation 2 mois après la sortie ou la consultation. L'ordonnance était à nouveau analysée et, en cas de non suivi des recommandations, le médecin traitant était contacté par téléphone pour analyser les motifs de ce choix. Si le motif de non-suivi était la demande du patient, un programme spécifique d'éducation thérapeutique était proposé au patient. **Résultats :** Sur 713 médicaments prescrits, 164 prescriptions étaient inappropriées (128 critères STOPP et 36 critères START). Les classes médicamenteuses les plus concernées étaient les médicaments à visée cardio-vasculaire et particulièrement les antihypertenseurs, les psychotropes, les médicaments du système digestif et particulièrement les inhibiteurs de la pompe à protons et les antidiabétiques oraux. A distance de la consultation, si les initiations de traitement étaient plutôt suivies (31/36), 50 médicaments avaient été repris. 30 % des reprises étaient en raison d'un défaut de communication (compte rendu de consultation non reçu ou non lu), 35% des médicaments étaient prescrits à la demande du patient (surtout benzodiazépines et antihypertenseurs), les autres

traitement étaient poursuivis en raison de la pratique personnelle du médecin traitant. Le programme d'éducation thérapeutique spécifique proposé au patient et la communication de l'analyse de l'ordonnance au médecin traitant ont permis de déprescrire 40 médicaments sur les 50 qui avaient été délivrés. **Conclusion :** La consultation d'évaluation gériatrique est le lieu privilégié pour l'optimisation de la prescription de nos patients âgés de par l'évaluation globale qu'elle propose. L'éducation thérapeutique du patient âgé permet de réduire le risque iatrogénique en impliquant le patient et ses aidants dans la prise en charge globale du sujet âgé.

COMMUNICATIONS ORALES 7

O7-1

Rétention urinaire chronique : suivi à 12 mois des patients ayant bénéficié d'une alternative au sondage vésicale définitif, à l'issu d'une réunion multidisciplinaire uro-gériatrique

C. Rambaud-Collet (1) ; M. Durand (2) ; S. Gonfrier (3) ; D. Li Vigny (4) ; B. Tibi (2) ; C. Arlaud (4) ; F. Leborgne (5) ; G. Sacco (6) ; O. Guérin (7)

(1) SSR C3, Hôpital de Cimiez, Nice; (2) Service d'urologie, d'androgénologie et de transplantation, Nice CHU Hôpital Pasteur 2, Nice; (3) USLD, Hôpital de Cimiez, Nice; (4) Court séjour gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice; (5) EMG, Hôpital de Cimiez, Nice; (6) Ssr-post avc massa4sud, Hôpital de Cimiez, Nice; (7) Ucoq, Hôpital de Cimiez, Nice

Introduction : La sonde vésicale à demeure (SVD) est surutilisée chez la personne âgée (PA). Cela peut entraîner de nombreuses complications, notamment infectieuses, associées à une altération de la qualité de vie et de l'autonomie. Le but de l'étude est d'analyser le taux de succès, à 12 mois, des alternatives thérapeutiques (AT) à la SVD, proposées à l'issu d'une réunion multidisciplinaire uro-gériatrique. **Méthodes :** Une évaluation standardisée uro-gériatrique est réalisée chez toutes les PA de plus de 70 ans, porteuses d'une SVD avec échec de désondage. A l'issu de cette évaluation, une AT au SVD est proposée au sein d'une réunion multidisciplinaire. Le taux de succès des AT (défini par une ablation de la sonde avec succès) est recueilli à 7 jours, 1, 3, 6 et 12 mois. Le taux de décès est également collecté. **Résultats :** 99 patients ont été inclus avec un âge moyen de 86,7 ans (SD 6,4) (Cf tableau 1). Une AT au SVD était réalisée dans 63,6% (n=63) des cas, dont 30 désondages, 15 stents urétraux, 17 photovaporisations de prostate et 1 embolisation des artères prostatiques. Le taux de succès était de 88,9% à 7 jours, puis de 92,1% à 1, 3, 6 et 12 mois. Le taux de décès total à 1, 3, 6 et 12 mois était de 6,1% (n=6), 23,2% (n=23), 35,4% (n=35), 44,4% (n=44). A 12 mois, le taux de décès chez les porteurs d'une SVD était de 72,1% contre 27,9%, p<0,001. En analyse univariée, les facteurs prédictifs de décès à 12 mois étaient les comorbidités neurologiques (HR:3,1[1,3-7,4], p=0,010), une dépendance (ADL<2)(HR:4,2[1,8-9,8], p=0,001), l'âge (HR :1,1[1,1-1,2], p=0,001) et la SVD (HR:8,5[3,4-21,2], p<0,001). En analyse multivariée, la SVD (HR : 7,3[2,7-19,9], p<0,001) et l'âge (HR :1,1[1,1-1,2], p=0,018).

Tableau 1

Caractéristiques démographiques et cliniques des patients présentant une rétention d'urine (n=99)

	Alternatives thérapeutiques n= 63	SVD n= 36	p
Caractéristiques			
Age (ans)	85,2	89,3	0,001
Hommes n (%)	43 (68,3)	23 (63,9)	0,124
Evaluation Gériatrique			
Comorbidités neurologiques n (%)	32 (50,8)	28 (77,8)	0,007
Diabète	10 (15,9)	10 (27,8)	0,124
Autonomie (ADL <2)	25 (39,7)	26 (72,2)	0,002
Risque d'agitation n (%)	26 (41,3)	9 (25)	0,078
Evaluation Urologique			
Comorbidités urologiques n (%)	30 (47,6)	16 (44,4)	0,463
Traitements urologiques n (%)			
Alpha-bloquants	41 (65,3)	20 (55,6)	0,234
Inhibiteur-5-alpha-reductase	15 (23,8)	6 (16,7)	0,284
Extrait de plantes	6 (9,5)	1 (2,8)	0,201
Continence urinaire n (%)			
Continent	40 (63,5)	16 (44,4)	0,378
Incontinent	7 (11,1)	12 (33,3)	0,040
Inconnu	16 (25,4)	8 (22,2)	-

Conclusion : Une analyse multidisciplinaire uro-gériatrique systématique chez la PA semble permettre une prise en charge personnalisée et efficace dans 63,6% des cas avec un taux de succès de 92,1% à 12 mois. Le taux de décès à 12 mois fortement corrélé avec le port de la sonde vésicale encourage à proposer une AT à la SVD à ces PA et fragiles.

O7-2

Caractéristiques, parcours et devenir des patients âgés atteints de cancer en abstention thérapeutique dans la cohorte ELCAPA

M. Laurent (1) ; J. Raffin (1) ; C. Tournigand (2) ; JP. David (1) ; M. Gisselbrecht (3) ; G. Orvoen (4) ; A. Lebel (2) ; S. Bastuji-Garin (5) ; O. Bilycki (6) ; C. Chouaid (7) ; E. Paillaud (8) ; PF. Canoui (9) (1) Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (2) Service d'oncologie médicale, Ap-hp, hôpitaux universitaires henri mondor, Créteil; (3) Gériatrie, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris; (4) Gériatrie, Hôpital Broca, Paris; (5) Cepia, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (6) Service de pneumologie, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart; (7) Service de pneumologie, C.H. Intercommunal de Créteil, Créteil; (8) médecine gériatrique, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris; (9) Dhu a-tvb, imrb, ea 7376 cepia (clinical epidemiology and ageing unit, Université Paris-Est Créteil (UPEC), Créteil

Introduction : La Société internationale d'Oncologie Gériatrique (SIOG) recommande une Evaluation Gériatrique Approfondie (EGA) avant la décision thérapeutique prise en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) chez les patients âgés atteints de cancer. A l'issu de cette RCP, il est décidé d'une abstention thérapeutique pour 10-20 % des patients. **Méthodes :** Objectif : description des caractéristiques oncologiques et gériatriques des patients âgés atteints de cancer en abstention thérapeutique, de leurs parcours et de leurs devenir. Méthode Inclusion prospective des patients ≥ 70 ans de la cohorte multicentrique ELCAPA (Elderly Cancer Patients) atteints d'un cancer pour lesquels il a été décidé une abstention thérapeutique, avec EGA entre janvier 2013 et juillet 2017. L'EGA comprenait une évaluation du statut fonctionnel, de

la mobilité, du statut cognitif et thymique, de l'état nutritionnel, des comorbidités et de l'environnement social. L'ensemble des patients a été suivi pendant 1 an ou jusqu'au décès si décès avant 1 an. **Résultats :** Résultats : Parmi les 1096 patients inclus dans la cohorte ELCAPA pendant la période étudiée, il a été décidé d'une abstention thérapeutique pour 144 patients. Ces patients (dont 41,6 % de femmes) d'une moyenne d'âge de $83,3 \pm 5,9$ ans vivaient à domicile pour 88,2% d'entre eux. Les localisations cancéreuses étaient principalement la vessie et les voies urinaires (28,9 %) et les localisations digestives (26,8%), 68,9% avaient un cancer métastatique et 72% un statut OMS 3-4. Ces patients avaient une EGA altérée avec 63,4% un Activity of daily Living (ADL) ≤ 5 , 46,3 % un Mini GDS ≥ 1 et 75,7 % un risque de chute, 88,5% avaient des comorbidités graves (CIRS G 3-4). Pendant le suivi, seuls 5% ont eu accès à des soins de support en ambulatoire, 33,6% sont passés aux urgences au moins une fois et 85,6 % ont été hospitalisés de manière non programmée et 88,6 % sont décédés au cours du suivi avec une survie médiane à 64 jours. Ces décès ont eu lieu principalement dans des services de gériatrie aigue (13,8%), de Service de Soins de Suite et de Réadaptation (20%) et unité de soins palliatifs (20%). **Conclusion :** La plupart des patients en abstention thérapeutique sont des patients fragiles avec la moitié des patients décédant dans les 2 mois suivant l'EGA. Compte tenu du devenir péjoratif de ces patients, une évaluation par une équipe mobile de soins palliatifs pourrait être proposée de manière systématique à l'issue de cette évaluation, ceci pour faciliter le recours aux soins de support et limiter les passages aux urgences.

O7-3

Comparaison des performances prédictives des tests de mobilité sur la mortalité précoce chez les patients âgés atteints de cancer: étude de cohorte PF-EC

F. Pamoukdjian (1) ; G. Bousquet (2) ; T. Aparicio (3) ; S. Zebachi (4) ; L. Zelek (5) ; E. Paillaud (6) ; F. Canoui-Poitrine (7)

(1) Médecine gériatrique, Hôpital Avicenne, Bobigny; (2) Oncologie médicale, Hôpital Avicenne (AP-HP), Bobigny; (3) Cancérologie digestive, Hôpital Avicenne (AP-HP), Bobigny; (4) Santé publique, Hôpital Henri-Mondor (AP-HP), Créteil; (5) Oncologie médicale, Hôpital Avicenne, Bobigny; (6) médecine gériatrique, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris; (7) Santé publique, Hôpital Henri Mondor, Créteil

Introduction : La Société Internationale d'Onco-Gériatrie recommande 6 outils d'évaluation de la mobilité au sein de l'Evaluation Gériatrique Approfondie (EGA) chez les patients âgés atteints de cancer: la vitesse de marche (VM), le timed get up and go test (TGUG), le short physical performance battery (SPPB), la force de préhension, l'appui monopodal et le nombre de chutes. A ce jour, nous manquons de données suffisantes pour recommander l'un ou l'autre de ces outils, le choix dépend des préférences et habitudes des cliniciens et de la disponibilité locale d'une expertise gériatrique. Le but de notre étude était d'évaluer et de comparer les performances de 5 tests de mobilité pour prédire la mortalité dans les six mois suivant l'EGA chez les patients âgés atteints de cancer. **Méthodes :** Les patients étaient recrutés à partir de la cohorte PF-EC (the Physical Frailty in Elderly Cancer patients), étude observationnelle prospective et bi-centrique débutée en 2013 (Hôpitaux Universitaires de Paris Seine Saint Denis). Tous les patients âgés de 65 ans et plus atteints d'un cancer, adressés pour une EGA (ambulatoire ou hospitalière) avant une décision thérapeutique du cancer étaient consécutivement inclus dans l'étude. Pour la présente étude, nous avons analysé tous les patients ambulatoires

quel que soit le site, l'extension tumorale et le traitement, inclus jusqu'au 30 septembre 2017. La date d'inclusion était celle de l'EGA. Les tests de mobilité étaient: le SPPB anormal si $< 9/12$, la VM sur 4m anormale si $< 0,8$ m/s, la force de préhension (seuils anormaux selon les critères de Fried variant de 16-21kg pour la femme et 29-32kg pour l'homme), l'appui monopodal anormal si < 5 s et l'existence de chutes répétées (au moins 2 chutes dans l'année). Les Hazard Ratio ajustés (aHR) de chaque test de mobilité, étaient estimés au moyen d'une régression multivariée de Cox ajustée au sexe masculin, aux comorbidités (cumulative illness rating scale geriatric), à la dénutrition selon l'indice de masse corporelle < 21 kg/m², au site et extension tumorale et aux soins de confort exclusifs. Les performances prédictives des modèles multivariés étaient évaluées au moyen de trois mesures: l'indice C de Harell, le net reclassification improvement (NRI) et le standardized net benefit (SNB). **Résultats :** 603 patients ambulatoires étaient inclus, âge moyen de $81,2 \pm 6,1$ ans, 54% de femmes, 45% de cancers métastatiques. La majorité des cancers (52%) était: sein, colorectal et poumon. La majorité (89%) des patients était vulnérable (score G8 $\leq 14/17$). La fréquence d'altération des tests de mobilité était respectivement : 18% (chutes répétées), 52% (SPPB), 57,5%, (VM), 69% (force de préhension) et 74% (appui monopodal). Le taux de mortalité à 6 mois de l'EGA était de 17,9% (n=108/603). En analyse multivariée, à l'exception des chutes répétées, tous les tests de mobilité étaient indépendamment associés à la mortalité à 6 mois avec un aHR (IC95%) allant de 2,35 (1,34-4,13) pour l'appui monopodal à 3,03 (1,93-4,76) pour le SPPB. Tous les tests de mobilité amélioraient les performances (C de Harell, NRI et SNB) des modèles de prédiction de la mortalité à 6 mois. Globalement, le meilleur test de mobilité était le SPPB et parmi les outils simples, la VM et la force de préhension étaient les meilleurs avec des performances prédictives comparables. **Conclusion :** Nous confirmons la nécessité d'évaluer la mobilité au sein de l'EGA chez les patients âgés atteints de cancer. Nous recommandons l'usage des tests de mobilité dans les modèles de prédiction des événements indésirables et dans le processus de décision thérapeutique (car ils capturent précocement la dimension de fragilité) chez les patients âgés atteints de cancer.

O7-4

La signature individuelle de la distribution des longueurs de télomères leucocytaires

S. Toupance (1) ; D. Villemonais (2) ; D. Germain (2) ; A. Gegout-Petit (3) ; E. Albuissou (3) ; A. Benetos (1)

(1) Pôle «maladies du vieillissement, gérontologie et soins palliatifs», CHRU Nancy, Nancy; (2) Ecole des mines, Université de Lorraine, Nancy; (3) Iecl, Université de Lorraine, Nancy

Introduction : La longueur moyenne des télomères, mesurée dans les échantillons d'ADN de leucocytes humains, reflète les différentes longueurs de télomères aux extrémités des 23 chromosomes dans un mélange de cellules. Très peu d'informations sont disponibles sur la distribution de ces longueurs de télomères. Comprendre la configuration de la distribution des longueurs des télomères leucocytaires (DLTL) pourrait apporter de nouveaux éléments intrinsèques qui ne sont pas fournis par la longueur moyenne des télomères leucocytaires (LTLm). **Méthodes :** Les DLTL et leurs variations au cours du temps ont été analysées dans des échantillons de leucocytes donnés en deux occasions (à 8 ans d'intervalle) par 72 participants de l'étude ADELAHYDE. La longueur des télomères a été mesurée par Southern blot. Les différences entre les distributions

ont été caractérisées par la distance de Kolmogorov (DK). **Résultats :** Les individus ayant des LTLm comparables présentent différentes configurations de DLTL. La variation inter-individuelle des configurations de DLTL entre les individus est beaucoup plus grande que la variation intra-individuelle des configurations de DLTL entre les 2 prélèvements (DK inter = 0,064 vs DK intra = 0,026 ; p < 0,0001). **Conclusion :** Les configurations de DLTL présentent de grandes variations inter-individuelles et changent peu pour un même individu en huit années. Ainsi, chaque individu pourrait présenter une signature unique de DLTL, indépendante de la mLTL.

O7-5

Analyse descriptive globale de l'enquête nationale des médecins coordonnateurs : impact du temps de coordination sur les missions de coordination

C. Bimou (1) ; G. Durel (2) ; S. Meyer (3) ; A. Tchalla (4)

(1) *Ifr 145 geist, ea 6310 havae (handicap, activité, vieillissement, autonomie, environnement), Université de Limoges, Limoges;* (2) *Mcoor, EHPAD, Saint-Domineuc;* (3) *GERIATRIE, MCOOR, Limoges;* (4) *Pôle de gérontologie, CHU de Limoges, Limoges*

Introduction : En France, environ 582400 personnes âgées vivaient en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) en 2015 (DRESS, 2017). Au sein des EHPAD, les médecins coordonnateurs assurent la qualité de la prise en charge des résidents et l'encadrement du personnel médical afin de leur garantir une meilleure qualité de vie. Le temps de présence minimal des médecins coordonnateurs en EHPAD a été déterminé par le décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif à l'article L.313-12 du Code de l'action sociale et des familles pour leur permettre de s'impliquer au mieux dans la vie de la résidence. **Objectif :** Déterminer l'impact du temps de coordination des médecins sur l'organisation des soins; Déterminer l'influence de la formation continue des médecins coordonnateurs sur l'organisation des soins. **Méthodes :** Une enquête a été réalisée par MCOOR association nationale des médecins coordonnateurs et du medico-social auprès des médecins coordonnateurs exerçant en ESMS (Établissement et Services Médico-Sociaux). Le questionnaire comprend deux grands volets : social et médical. Une analyse comparative des temps de coordinations des médecins a été réalisée (équivalent temps plein (ETP) \leq 0.5 et ETP $>$ 0.5) en fonction de ces deux volets. Une autre analyse comparative a également été réalisée sur la formation continue des médecins coordonnateur (Formation continue ou pas). **Résultats :** Avec 706 réponses analysées, cette étude est l'enquête la plus importante réalisée ce jour auprès des médecins coordonnateurs. Seuls les médecins les plus actifs ont répondu à l'enquête. • Une différence significative des ETP \leq 0.5 et ETP $>$ 0.5 a été constatée avec : la taille de l'établissements de plus de 200 places (p<0.001), l'activité supplémentaire exercée : libérale en tant que médecin généraliste (p<0.05), l'absence d'une autre activité (p<0.05), le transfert des résidents en secteurs hospitalier (p<0.001), la spécialité du médecin coordonnateur (p<0.0001), le thème intégré au projet d'établissement : infectiologie et prévention des maladies (p<0.001), informatisation du dossier médical (p<0.05). • Une différence significative des médecins suivant des formations continues ou pas a été observée avec : l'âge de 50 à 59 ans (p=0.053), le sexe masculin (p=0.059), le diplôme complémentaire: douleur (p=0.05), l'adhésion à une association (p=0.04), la fréquence d'organisation des réunions avec l'équipe soignante : une fois par semaine (p=0.05). **Conclusion :** Les établissements

de grande capacité le plus souvent adossés à une structure sanitaire emploient des médecins coordonnateurs qui exercent un temps de travail majoritairement conforme au décret et donc supérieur à un mi temps. A contrario les petits établissements ont du mal à trouver des médecins coordonnateurs qui exercent un nombre d'heures suffisant du fait le plus souvent de leur activité libérale associée. Les signatures de CPOM sont une piste éventuelle pour mutualiser du temps de médecin coordonnateur sur plusieurs établissements pour rendre plus attractif ces postes et mutualiser les compétences. Un temps de présence du médecin coordonnateur supérieur à un mi temps réduit le passage par les urgences des résidents qui ont recours à une hospitalisation et permet une sensibilisation des équipes à la prévention ainsi qu'à la gestion des risques infectieux. La formation continue du Medco s'accompagne d'une plus grande implication dans la participation aux associations mais surtout au partage de connaissance par la mise en place de réunions pluridisciplinaires une fois par semaine .

O7-6

Impact du type d'UPOG sur le taux de réadmissions J30 chez les patients admis pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur

L. Moisi (1) ; J. Cohen Bittan (2) ; T. Force (1) ; H. Vallet (3) ; C. Thomas (4) ; J. Boddaert (5)

(1) *Upog, Hôpital Saint-Antoine, Paris;* (2) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris;* (3) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France;* (4) *Upog, Hôpital Saint Antoine, Paris, France;* (5) *Upog, Sorbonne Universités, APHP, DHU FAST, Paris*

Introduction : Le bénéfice de l'orthogériatrie et de la création de filières péri-opératoires gériatriques est établi dans la prise en charge de patients avec fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF). Le management orthogériatrique est maintenant recommandé par de nombreuses sociétés savantes nationales et internationales. Cependant l'impact du type d'Unité Péri-Opératoire gériatrique (UPOG) sur la morbidité est mal connu. Notre objectif principal était de comparer les données de patients pris en charge pour FESF dans deux différents types d'Unités Péri-Opératoires gériatriques (UPOG). **Méthodes :** L'UPOG du GH Pitié-Salpêtrière est située en gériatrie, éloignée du service d'accueil des urgences (SAU) et du bloc-opératoire (BO). L'UPOG du GH Saint Antoine est située en orthopédie, proche du SAU et du BO. Les deux UPOG sont gérées par des équipes gériatriques. Entre novembre 2017 et juin 2018, tous les patients ($>$ 70 ans) admis pour une FESF dans une des 2 UPOG ont été inclus. Les données ont été remplies de manière prospective. Les patients ont été suivis jusqu'à 30 jours après la sortie. **Résultats :** 170 patients ont été inclus (âge moyen 87 \pm 9 ans), 94 dans le groupe PSL, 76 dans le groupe STA. On notait des différences entre l'UPOG PSL et STA, avec respectivement : • délai chirurgical 42 vs 28 jours, taux d'anesthésie générale 97 vs 56% ; • confusion 49 vs 51%, transfusion 47 vs 76%, escarre 12,8 vs 10,7%, insuffisance cardiaque aiguë 12 vs 28%, infection 13 vs 29% ; • transfert en réanimation 3 vs 12%, DMS 13 vs 14 jours, mortalité intra-hospitalière 3 vs 4%, readmissions J30 3 vs 4%. **Conclusion :** les parcours de soins diffèrent entre les 2 sites UPOG, ainsi que les complications observées durant le séjour. Malgré ces différences, le taux de réadmissions à J30 semble comparable entre les 2 sites. L'expertise gériatrique pourrait représenter un élément pronostique plus important que les différents autres facteurs pronostiques classiquement rapportés. Les données de l'analyse statistique seront disponibles pour le congrès de la SFGG.

O7-7**TElémédecine pour la prise en Charge des Troubles psycho-comportementaux en EHPAD : résultats de l'Acceptabilité de l'Étude DETECT**

M. Soto Martin (1) ; A. PIAU (2) ; A. De Mauléon (1) ; P. Rumeau (1) ; P. Saidlitz (1) ; C. Vautier (3) ; B. Vellas (4) ; F. Nourhashémi (5)

(1) Gerontopôle, INSERM U 1027, Alzheimer's Disease Research and Clinical Center, Toulouse University Hospital, Toulouse; (2) Gerontologie, C.H.U Toulouse - Casselardit Ancely, Toulouse; (3) Département de lereps (sciences humaines et sociales) de toulouse, L.E.R.E.P.S., Toulouse; (4) Université de toulouse - paul sabatier, Institut du Vieillissement, Gerontopôle, INSERM UMR 1027, Toulouse; (5) Gerontopôle, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse

Introduction : La télémédecine (TM) en EHPAD est utile pour un diagnostic rapide, « écologique » multidisciplinaire et expert des symptômes psycho-comportementaux de la démence (SPCD). A notre connaissance, il n'existe aucune étude évaluant son impact de la TM dans la prise en charge des SPCD mais non plus le degré d'acceptabilité de cette nouvelle solution par le personnel soignant des EHPAD. L'objectif principal est d'évaluer le niveau d'acceptabilité de la TM à adopter ce type de solution dans des EHPAD. **Méthodes :** DETECT est une étude d'intervention prospective contrôlée randomisée en clusters ouverte et multicentrique avec un groupe contrôle (soins usuels) et un groupe intervention (TM). 20 EHPAD ont participé (10 en région Limousin et 10 en région Midi-Pyrénées). L'acceptabilité a été évaluée d'un point de vue de la sociologie, en collaboration avec le Département de LEREPS (Sciences Humaines et Sociales) de Toulouse. Les équipes soignantes des EHPAD intervention ont été réunies pour deux tours de table ; une avant le début de l'expérience, une après la fin de celle-ci. Elles ont rempli un questionnaire à la fin de l'expérience. L'évolution des représentations de la TM exprimées par les personnels des EHPAD a été cherchée entre la période préalable et la période postérieure à l'expérience. Les critères sont les niveaux comparés des propos tenus en 2014 et 2015 et les réponses aux questionnaires en 2017. Le questionnaire était divisé en deux parties, l'une portant sur les conséquences perçues de l'application de la TM, l'autre, plus qualitative, sur les conditions de l'organisation de séances de TM, leurs résultats, les difficultés rencontrées ou non, les Atouts, Forces, Opportunités et Menaces ressentis par (analyse AFOM ou SWOT). **Résultats :** Les inclusions ont débutées en Juin 2015 et finalisées en Octobre de 2017, 80 patients ont été inclus ayant bénéficié de 2 séances de TLM ; au total 160 séances ont été réalisées. Les personnels des EHPAD ont été largement convaincus, par l'expérience, de l'intérêt de la TLM (40% avant et 80% après). Cependant une analyse sociologique des situations dans lesquelles le refus ou des réticences ont été manifestés, a été réalisée. **Conclusion :** Les premiers résultats de l'étude DETECT montrent que cette nouvelle solution est bien acceptée par les équipes soignantes des EHPAD, or quelques faiblesses et menaces ont été surlignées et qui devront être analysées afin d'optimiser cette nouvelle pratique et de le faire perdurer dans le temps.

O7-8**Microangiopathie et troubles cognitifs : expérience de prise en charge du Centre Mémoire de Ressources et de Recherche neurologique du CHU de Bordeaux**

G. Albaret (1) ; S. Debette (2)

(1) Pôle de gériatrie clinique, C.H.U. de Bordeaux, Pessac; (2) Service de neurologie, cmrr, institut des maladies neurodégénératives, C.H.U de Bordeaux, Bordeaux

Introduction : Les lésions de microangiopathies cérébrales, en particulier les hypersignaux de la substance blanche (HSB), sont fréquemment décrites sur les IRMs de nos patients gériatriques. Souvent occultes et considérées comme « silencieuses », leur impact clinique est pourtant réel. Une méta analyse récente de Debette et al. a retrouvé une augmentation de presque 2 fois du risque d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) et de troubles cognitifs majeurs. Face à l'absence de traitement efficace des démences vasculaires et mixtes, il semble indispensable d'évaluer l'effet de thérapeutiques préventives, en particulier dans ces populations à haut risque cognitif. L'objectif de notre travail est d'étudier la prise en charge actuelle d'une cohorte de sujets présentant des HSB modérés à sévères en évaluant leur profil de risques cardio vasculaire, leur prise en charge thérapeutique et leur profil cognitif. Ces données seront ensuite comparées à des témoins issus de la population générale. **Méthodes :** Cette étude rétrospective mono centrique a été réalisée dans le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) du CHU de Bordeaux sur les sujets ayant consulté en hôpital de jour (HDJ) de Mai 2014 à Décembre 2016. Les critères d'inclusion étaient un âge entre 60 et 88ans, des HSB modérés à sévères mis en évidence sur une imagerie cérébrale (score Fazekas 2-3) et un Mini-Mental State Examination (MMSE) ≥ 20 . Les critères d'exclusions étaient une contre indication à l'IRM et des troubles cognitifs autre que vasculaire, Alzheimer ou mixte. Plusieurs données ont été recueillies : l'âge, le sexe, l'autonomie (Activities of Daily Living), l'indice de masse corporelle (IMC), les facteurs de risque vasculaire et les antécédents cardio vasculaires, les traitements prescrits et le profil cognitif (MMSE, test de Grober et Buschke, Trail Making Test A et B). Ces données seront comparées à des témoins en population générale issue de la cohorte des 3 Cités Bordeaux, appariés à l'âge et au sexe (1 cas pour 4 témoins). **Résultats :** Sur 1167 dossiers analysés, 109 sujets ont été inclus dont 60% d'hommes (un MMS < 20 , un score Fazekas ≤ 1 et la présence de troubles cognitifs autre que mixte, vasculaire et Alzheimer étant les principaux motifs d'exclusion). La moyenne d'âge était de 72,6 $\pm 6,1$ ans, les ADL de 0,6 $\pm 1,2$, le MMSE de 25,7 $\pm 2,7$. 65% des sujets présentaient un trouble cognitif mineur et 11% un trouble cognitif majeur. Un antécédent d'hypertension artérielle était présent dans 79% des cas, la moitié des sujets était non contrôlé sur le plan tensionnel le jour de l'HDJ (Pression artérielle systolique ≥ 140 et/ou diastolique ≥ 90 mm d'Hg). Une majorité des sujets (67%) présentaient un surpoids ou une obésité (IMC ≥ 25) et 52% avaient déjà présenté un antécédent vasculaire, majoritairement des AVC ischémiques (34%). Sur le plan thérapeutique, 74% des sujets étaient sous anti hypertenseurs, dont 57% en mono ou bithérapie. 44% étaient sous anti aggrégants plaquettaires dont 16% en prévention primaire. La comparaison de ces résultats aux sujets témoins est en attente. **Conclusion :** Les sujets atteints de microangiopathie cérébrale, notamment d'HSB, présente un sur risque de troubles cognitifs. Néanmoins, en dehors d'une prise en charge usuelle des facteurs de risque vasculaire, peu de données sont disponibles sur les thérapeutiques et les objectifs spécifiques permettant de prévenir l'évolution radiologique et

clinique de ces lésions occultes. Il semble indispensable d'identifier ces patients atteints de microangiopathie, notamment au sein des centres mémoire, afin non seulement de s'assurer du contrôle strict de leurs facteurs de risque vasculaire mais également de leur proposer de participer aux études visant à préciser les objectifs thérapeutiques spécifiques de cette population.

O7-9

Association entre hypotension orthostatique et type de traitements antihypertenseurs chez 4335 patients âgés hypertendus

JS. Vidal (1) ; I. Hernandorena (1) ; H. Bailly (1) ; A. Cohen (1) ; M. Piccoli (1) ; D. Krabchi (1) ; A. Jailany (1) ; M. Beunardeau (1) ; O. Hanon (1)

(1) Service de gériatrie, Hôpital Broca (AP-HP), Paris

Introduction : Les traitements antihypertenseurs peuvent être responsables d'hypotension orthostatique (HTOS) chez le sujet âgé. Peu d'étude ont comparé l'effet des différents antihypertenseurs sur le risque d'hypotension orthostatique dans cette population. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'association entre l'hypotension orthostatique et les différents types de traitements antihypertenseurs chez des patients âgés de 75 ans et plus, présentant une hypertension artérielle traitée et suivis en médecine générale.
Méthodes : Enquête observationnelle incluant 4335 patients ambulatoires hypertendus traités, âgés de 75 ans et plus, recrutés

par 1494 médecins généralistes exerçant en France. Des données cliniques (antécédents, comorbidités, traitements) et biologiques étaient recueillies lors de la consultation. L'HTOS était définie par une diminution de la pression artérielle systolique ≥ 20 mmHg et/ou ≥ 10 mmHg de la pression artérielle diastolique, 1 minute après le passage en orthostatisme. La relation entre les différentes classes antihypertenseurs et l'existence d'une HTOS a été évaluée après ajustement sur les facteurs confondants. **Résultats :** Dans cette population âgée de 80 ans (ET=4.0) et composée de 52% d'hommes, la prévalence de l'HTOS était de 9.2 % (n = 362). La fréquence d'utilisation était pour les différentes classes d'antihypertenseurs: thiazidique 34.1% , diurétiques de l'anse 12.2%, diurétiques épargneurs de K 5.3%, β -bloquants 27.0%, IEC 24.3%, ARA2 54.8%, inhibiteurs calciques 34.2%, antihypertenseurs centraux 6.5%, α -bloquants 1.7%. Les patients présentant une HTOS étaient plus souvent traités par bêtabloquants (OR=1.33 ; IC 95% 1.05-1.67, p=0.02) et par alpha-bloquants (OR=2.37 ; IC 95% 1.23-4.21, p=0.006), alors qu'elle n'était pas associée aux autres traitements anti-HTA. L'HTOS était plus fréquente chez les patients traités simultanément par plus de 2 traitements anti-HTA. **Conclusion:** Dans cette population de patients âgés hypertendus suivis en ambulatoire l'HTOS était associée à la prise de bêtabloquants et d'alpha-bloquants et à la prise simultanée de plus de 2 traitements anti-HTA.

Sessions DESC

DESC-1

Les déterminants de l'utilisation optimale des AT : Cas du projet ECOCAT en Nouvelle-Aquitaine

AR. Sawadogo (1) ; A. Tchalla (2) ; C. Thébaut (1) ; L. Bichaud (3) ; E. Lorian (4) ; E. Tran (3) ; C. Gayot (5) ; J. Trimouillas (6) ; T. Dantoine (7) ; JF. Nys (8)

(1) *Ea 3177 omij observatoire des mutations institutionnelles et juridiques, limoges, france., Université de Limoges, Limoges Cedex 1*; (2) *Université de limoges, ea 6310 havae handicap activité vieillissement autonomie environnement., C.H.U de Limoges, Médecine gériatrique., Limoges*; (3) *Upsav médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges*; (4) *Unité de recherche clinique et en gériatrie, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges*; (5) *Ifr 145 geist: ea 6310 havae (handicap, activité, vieillissement, autonomie, environnement), lim, Université de Limoges, Limoges*; (6) *Unité de recherche clinique en gériatrie, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges*; (7) *Enseignant-chercheur, Université De Limoges, Limoges*; (8) *Professeur des universités, Université De Limoges, Limoges*

Introduction : Les aides techniques (AT) sont importantes dans le quotidien des personnes âgées (PA) dépendantes ou fragiles. Mais plusieurs d'entre elles sont mal utilisées ou abandonnées en raison des difficultés d'apprentissage aux grands âges. De plus, l'implication limitée de certains ergothérapeutes dans l'accompagnement du patient et de la famille ne facilitent pas l'acceptation et l'utilisation de ces matériels. Par ailleurs, certaines AT, malgré leur importance, ne sont pas remboursées par l'assurance maladie (AM). Les petits fabricants avec leurs budgets limités ne peuvent pas réaliser des études scientifiquement valides leurs permettant de candidater pour l'inscription de leurs produits sur la Liste des Produits et des prestations remboursables (LPPR). Ainsi, l'UPSAV du CHU de Limoges, par le canal de la récupération, permet aux PA de bénéficier gratuitement des AT non remboursées et ainsi lever les barrières financières qui pourraient limiter leurs acquisitions. De plus, afin de permettre une utilisation optimale (UO) du matériel, des variables issues d'une revue de littérature notamment celles définies par Marcia Scherer (Matching Persons and Technology, MPT), de Philips et Zhao, de Dominique Lecomte et de Laurence Montcharmont ont été sélectionnées et utilisées comme modèle organisationnel de suivi. L'objectif de l'étude est de savoir jusqu'à quel point la mise à disposition gratuite des AT non remboursées par l'AM et l'accompagnement par les professionnels de l'UPSAV et la famille, inspiré de la littérature, ont permis une UO de ces AT, et partant l'amélioration de la qualité de vie (QV) et du bien-être (BE) des bénéficiaires. **Méthodes :** 3 types de questionnaires ont été utilisés : l'EQ-5D-3L, l'ICECAP-O et le questionnaire socioéconomique. Les 2 premiers sont passés en 3 temps : avant l'acquisition de l'AT, puis à 6 et 12 mois de son utilisation. Le dernier est passé en une fois, à 6 mois de l'utilisation de l'AT. Des indicateurs subjectifs sont utilisés par la suite pour mesurer l'optimalité. Le modèle probit bivarié a ensuite permis d'identifier les autres paramètres propres au contexte français et justifiant l'utilisation optimale de l'AT. Il a également servi à observer les variables pertinentes qui sont responsables de l'amélioration de la QV et du BE. **Résultats :** Nous avons réduit le taux d'abandon et

ainsi maximiser l'UO des AT. Cette utilisation était de 81.25%, très loin donc des 20% d'AT qui répondent aux besoins des usagers se trouvant dans le rapport de 2003 du Pr D. Lecomte. L'amélioration de la QV suite à cette utilisation était sujette à controverse car la relation entre les 2 variables n'était pas significative. Néanmoins, la variation positive du BE était liée à cette utilisation puisque, lorsque le taux d'utilisation optimale augmentait de 1%, la probabilité de la variation positive du BE était de 1.70% (p = 0.06). **Conclusion:** L'ICECAP - O mérite donc d'être considéré par l'AM pour les modalités de remboursement des AT surtout celles destinées aux PA. Puisque son utilisation dans cette étude révèle que les AT qui ne sont pas remboursées par l'AM étaient aussi importantes que celles qui le sont. Bibliographie : Beuscart R., Chazard E, Souf N. « De l'innovation au remboursement ». IRBM, NUMÉRO SPÉCIAL CIC-IT, 31, no 1 (1 février 2010): 26 29. Bonvin J.M. « La démocratie dans l'approche d'Amartya Sen ». L'Économie politique no 27, no 3 (2005): 24 37.

DESC-2

Hyperkaliémie per-hospitalière chez le sujet âgé : un effet indésirable médicamenteux fréquent et multifactoriel

J. Gellens (1) ; L. Robert (2) ; G. Ficheur (3) ; B. Decaudin (4) ; M. Luyckx (5) ; R. Perichon (2) ; S. Gautier (6) ; F. Puisieux (7) ; E. Chazard (8) ; JB. Beuscart (7)

(1) *court séjour gériatrique, Groupe Hospitalier Seclin Carvin, Seclin*; (2) *Ea 2694, Université Lille 2, Santé publique: épidémiologie et qualité des soins, Lille*; (3) *Ea 2694, santé publique: épidémiologie et qualité des soins, Université Lille 2., Lille*; (4) *Service de pharmacie, ea 7365 groupe de recherche sur les injectables et technologies associées, C.H.R.U. Lille, Université de Lille 2, Lille*; (5) *Service de pharmacie, C.H. Denain, Denain*; (6) *Service de pharmacologie, C.H.U Lille, Lille*; (7) *Ea 2694, C.H.R.U Lille, Médecine aiguë gériatrique. Santé publique: épidémiologie et qualité des soins, Lille*; (8) *Santé publique: épidémiologie et qualité des soins, Université de Lille 2, Lille*

Introduction : L'hyperkaliémie est un effet indésirable médicamenteux fréquent chez les sujets âgés mais son évitabilité a été peu étudiée. De plus, les médicaments hyperkaliémisants et les facteurs précipitants sont souvent étudiés séparément. Le but de notre étude était d'identifier les hyperkaliémies d'origine iatrogène et d'analyser l'association entre les médicaments et les facteurs précipitants dans la survenue des hyperkaliémies per-hospitalières chez les sujets âgés. **Méthodes :** Nous avons réalisé une étude mono-centrique, rétrospective sur une période de 4 ans, dans un hôpital général. Parmi 9339 séjours hospitaliers de patients âgés de 75 ans et plus et ayant un dosage de kaliémie, nous avons détecté automatiquement les hyperkaliémies ($K^+ \geq 5.4$ mmol/L) survenues 3 jours ou plus après l'admission à l'hôpital. Deux experts ont ensuite analysé indépendamment tous les cas d'hyperkaliémies pour étudier l'imputabilité médicamenteuse dans la survenue des hyperkaliémies (score de Kramer), identifier les prescriptions inappropriées (critères STOPP), évaluer l'évitabilité de l'hyperkaliémie iatrogène (critères de Hallas), et identifier dans les jours précédant l'hyperkaliémie d'autres facteurs connus à risque

d'hyperkaliémie. **Résultats :** L'analyse des experts a confirmé 471 épisodes d'hyperkaliémie parmi 421 séjours hospitaliers (soit 4.5% des séjours hospitaliers totaux) et a conclu que 379 (80.5 %) hyperkaliémies étaient d'origine iatrogène (i.e. un score de Kramer ≥ 1). La cause était multifactorielle (i.e. au moins un médicament avec un score de Kramer ≥ 1 et un facteur précipitant) dans 300 (79.2 %) des hyperkaliémies d'origine iatrogène. La plupart des hyperkaliémies iatrogènes étaient évitables (79.9 %), le plus souvent à cause d'une origine multifactorielle. Seules 19.5 % des prescriptions impliquées dans les hyperkaliémies iatrogènes étaient inappropriées. **Conclusion :** Les hyperkaliémies per-hospitalières chez les patients de 75 ans et plus sont souvent des événements iatrogènes ayant une origine multifactorielle et sont le plus souvent évitables. Il est nécessaire d'identifier les facteurs de risque précipitants afin de prévenir la survenue d'hyperkaliémies iatrogènes.

DESC-3

Validité de l'utilisation du podomètre dans la mesure du nombre de pas chez le sujet âgé. Comparaison de l'efficacité selon le site corporel de port : Poignet, Hanche et Cheville

B. Faiz (1) ; R. Artico (1) ; AL. Moscone (1) ; D. Hassan (1) ; J. Garcia (1) ; H. Rmadi (1) ; M. Mary (1) ; C. Souques (1) ; M. Colas (1) ; J. Houdre (1) ; N. Brunetti (1) ; E. Karoubi (1) ; E. Duron (1)
(1) *Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP), Villejuif*

Introduction : La chute est une problématique gériatrique très fréquente ayant de lourdes conséquences. La pratique d'une activité physique régulière est un moyen de prévention des chutes mais aucun outil n'est validé pour le suivi des performances physiques. Notre objectif est d'évaluer la validité d'un podomètre pour le comptage des pas dans une population de sujets âgés pouvant présenter des troubles cognitifs et un appareillage à la marche.

Méthodes : Les patients de plus de 75 ans, ayant un MMSE $\geq 20/30$, hospitalisé en gériatrie et pouvant marcher 30 mètres ont été inclus avec port de 3 podomètres « Fitbit Charge 2 » déclenchables par smartphone dans 3 positions différentes : Poignet, Hanche et Cheville. La marche sur 10 mètres puis 30 mètres a été testée et filmée. Le nombre de pas calculé par les podomètres a été comparé à celui relevé par 2 observateurs sur film (en aveugle des données du podomètre). Des coefficients de corrélation intra-classe (CCI) et une analyse de Bland-Altman avec mesure de l'erreur standard (ES) ont été utilisés pour évaluer la précision des podomètres. **Résultats :** Les données de 63 patients (85,6ans \pm 5,7ans, 57% de femmes) ont été analysées de manière intermédiaire (nombre de sujets nécessaires initial : 120). Le MMSE moyen était de $23,6 \pm 2,9/30$. La Short Physical Performance Battery (SPPB) moyenne était de $6,4 \pm 3,2/12$ et l'indice de Charlson de $6,7 \pm 2,4$. Trente-six patients n'avaient aucune aide de marche, 6 utilisaient une canne et 21 un déambulateur. Sur 10 mètres : • Le nombre moyen de pas était de $32,7 \pm 11,7$ pas. • Les CCI calculés étaient respectivement de 0,185 ($p > 0,05$) pour le poignet ; 0,067 ($p > 0,05$) pour la hanche et 0,681 ($p < 0,05$) pour la cheville. • Le podomètre du poignet objectivait un biais de mesure de -14,79 pas [-22,817, -6,771] avec $p < 0,05$ et une ES à 31,856. Celui de hanche -14,063 pas [-20,576, -7,551] avec $p < 0,05$ et une ES à 25,859. Quant au podomètre de cheville, le biais de mesure était de -1,54 pas [-5,563, 2,4837] avec $p > 0,05$ et une ES de 15,974. Sur 30 mètres : • Le nombre moyen des pas était de $93,9 \pm 35,8$ pas. • Les CCI étaient respectivement à -2,637 ($p < 0,05$) pour le poignet ; 0,088 ($p > 0,05$) pour la hanche et 0,717 ($p < 0,05$) pour la cheville. • Le biais de mesure pour le podomètre de poignet était de

-64,508 pas [-79,139, -49,877] ; $p < 0,05$ avec une ES à 58,096. Celui de hanche était de -45,444 pas [-59,281, -31,608] ; $p < 0,05$ avec une ES à 54,941 et celui de cheville de -10,524 pas [-5,563, 2,4837] avec $p < 0,05$ et une ES à 33,976. **Conclusion :** Bien qu'il ne s'agisse que d'une analyse intermédiaire, et contrairement au positionnement standard au poignet ou à la hanche, le podomètre « Fitbit Charge 2 » porté à la cheville semble assez précis pour le calcul du nombre de pas chez le sujet âgé. Cette précision est obtenue même lors d'une distance courte de 10 mètres. Les données concernant la totalité du nombre de sujet nécessaire seront prochainement présentées.

DESC-4

Etude pilote de mise en place d'un atelier de simulation du vieillissement auprès des étudiants en médecine

F. Ketz (1) ; QD. Nghiem (2) ; S. Mavoungou (3) ; D. Lastennet (3) ; C. Lafuente-Lafuente (4) ; E. Pautas (1) ; K. Kinugawa (5)

(1) *Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (2) *Service de cardio- et neurogériatrie, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (3) *Département biostatistique, santé publique et information médicale, GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Paris*; (4) *Service de cardio-gériatrie, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (5) *Unité d'explorations fonctionnelles du sujet âgé, Hôpital Charles Foix, GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*

Introduction : Devant le vieillissement attendu de la population, les médecins de demain seront confrontés à la prise en charge des personnes âgées et notamment aux difficultés de relation de soins envers cette population. Les représentations et les jugements des étudiants en médecine sur la relation de soins avec les personnes âgées semblent négatifs lors des discussions de groupe organisées dans l'enseignement de la faculté de médecine de Sorbonne Université en 4ème année de médecine (DFASM1). Des études sur les ateliers de simulation du vieillissement avec port de « combinaison de vieillissement » ont été réalisées, avec des effets plus ou moins importants sur l'empathie et l'attitude envers les personnes âgées. Pour compléter l'enseignement par discussion de groupe, nous avons donc mis en place cette étude pilote d'atelier de simulation auprès d'un groupe d'étudiants en médecine pour les sensibiliser à l'effet du vieillissement et tenter d'améliorer le ressenti des étudiants envers les personnes âgées. **Méthodes :** Etude interventionnelle pilote menée à l'Hôpital Charles Foix auprès des étudiants de 6ème année de médecine (DFASM3) de Sorbonne-Université, en stage de gériatrie entre septembre 2017 et mai 2018. Les étudiants ont rempli des traductions françaises d'auto-questionnaires validés en anglais, sur les données socio-démographiques, sur la connaissance (Palmore), l'empathie (Maxwell-Sullivan et Jefferson) et l'attitude envers les personnes âgées (Maxwell-Sullivan et UCLA attitude), avant et après l'atelier. L'analyse statistique a été faite à l'aide du test de McNemar et des tests de student et de wilcoxon pour échantillons appariés. **Résultats :** Au total, 67 étudiants ont été inclus. 60 étudiants (90%) ont trouvé que l'atelier leur avait permis de prendre conscience des difficultés des sujets âgés. 43 étudiants (64%) ont estimé que l'atelier leur avait été totalement utile. 18 étudiants (27%) ont estimé que l'atelier leur avait été partiellement utile. 55 étudiants (82%) pensent que l'atelier doit être absolument maintenu, et 5 étudiants (7%) pensent que l'atelier doit être maintenu mais adapté. L'étude évaluant les modifications des connaissances, de l'attitude et de l'empathie est en cours d'analyse. **Conclusion :** La mise en place de ces

ateliers, s'intégrant dans une démarche globale d'enseignement de la gériatrie, permettrait d'améliorer les connaissances, l'attitude et l'empathie des futurs médecins envers les personnes âgées, sous réserve de potentiels biais de mesure liés à la traduction des auto-questionnaires. Cette étude pilote est une première étape de réflexion pédagogique, et une extension de cet atelier à toute une promotion d'étudiants de médecine (DFASM1) de la même faculté est en cours de mise en place.

DESC-5

2 ans d'expérience de conciliation médicamenteuse au GAP

L. Parnet (1) ; S. Azan (2) ; A. Bornand (1)

(1) *Gériatrie aigue, C.H. de Versailles André Mignot, Le Chesnay;*
(2) *Pharmacie, C.H. de Versailles André Mignot, Le Chesnay*

Introduction : Le réseau ville – hôpital et les erreurs iatrogéniques sont actuellement deux sujets au centre de toutes les politiques de santé publique. Les points de transition, que sont l'admission, les transferts ou la sortie d'hospitalisation, sont clairement identifiés comme à haut risque d'iatrogénie médicamenteuse. Ainsi, un des outils proposés par l'HAS et l'ARS afin de minimiser ce risque est la mise en place de la conciliation médicamenteuse au sein des services cliniques. Il s'agit d'une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses qui repose sur la transmission et le partage des informations complètes et exactes des traitements du patient entre les professionnels de santé à tous les points de transition ville-hôpital. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude statistique observationnelle prospective, de janvier 2016 à février 2018, au centre hospitalier de Versailles, hôpital Mignot au sein du service de gériatrie aigue. Les données ont été récupérées via le logiciel Web100T®, le logiciel Pharma® et les dossiers patients. La CMT se fait en 2 temps. Tout d'abord, un BMO (Bulletin médicamenteux optimisé) est réalisé à partir d'au moins 3 sources puis un échange est organisé avec le médecin du service afin de repérer les divergences non intentionnelles (DNI). Une analyse de ces DNI par des médecins extérieurs au service à partir de données anonymisées a parallèlement été mise en place par l'ARS. **Résultats :** Sur 2428 patients, 650 ont bénéficié d'un BMO et 585 ont été conciliés, soit 24.0% (avec une progression de 22% à 35% en 2 ans). Le temps moyen de CMT est de 32'36 min, 3.13 sources d'information différentes ont été consultées pour chaque patients. Il y a eu 2.65% DNI (divergences non intentionnelles) concernant 1/3 des patients. Nous avons comparé les différents indices qualité proposés par l'ARS (I3 proportion de conciliés, I4 : PC dans les 24h, I5 : proportion de VNI sur PC) avec ceux obtenus par d'autres études disponibles dans la littérature (dans notre étude : I3=27%, I4: 30%, I5 : 27.8%). **Conclusion :** Cette étude a notamment permis de connaître la proportion des patients effectivement conciliés et de quantifier le nombre de divergences puis, dans un second temps, elle a permis d'analyser quels étaient les moyens réellement nécessaires à la mise en place de la conciliation au sein d'un service clinique et qu'elles sont les possibilités d'amélioration. Les éléments obtenus ont ensuite pu être comparés avec ceux fournis par l'HAS et l'ARS et ceux retrouvés dans d'autres études afin d'évaluer la pertinence des recommandations et d'en discuter les limites dans des conditions hospitalières réelles, chez des patients très âgés. Nous sommes arrivés à un double constat, les DNI restent fréquentes, rendant la conciliation indispensable pour une prise en charge des patients de qualité et l'interaction entre médecins et pharmaciens est primordiales. Dans un second temps, lors de la sortie des patients, il est également important à s'attacher à transmettre les

d'informations essentielles sur les modifications de traitement aux médecins traitants.

DESC-6

Qualité de vie et facteurs associés chez des patients âgés atteints de cancer ou de pathologie rhumatismale

AL. Scain (1) ; M. Laurent (2) ; C. Philippe (1) ; JY. Niemier (3) ; C. Perret-Guillaume (4) ; S. Chalal (5) ; H. Medjenah (5) ; L. Grégoire (5) ; E. Paillaud (6) ; E. Audureau (7)

(1) *Unité de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri-Mondor (AP-HP), Créteil;* (2) *Unité de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri Mondor, Créteil;* (3) *Gériatrie, CHU de Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy;* (4) *Pôle gérontologie soins palliatifs, CHRU Nancy, Nancy;* (5) *Unité de recherche clinique, Hôpital Henri Mondor, Créteil;* (6) *médecine gériatrique, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris;* (7) *Santé publique, Hôpital Henri Mondor, Créteil*

Introduction : les affections rhumatologiques tiennent une place prépondérante chez les personnes âgées, tout comme les cancers dont l'incidence et la mortalité augmentent avec l'âge. Ces deux pathologies représentent un réel problème de santé publique en France. Actuellement, un intérêt croissant est porté en oncologie aux mesures de qualité de vie (QdV), comme critère de jugement de l'efficacité et de la tolérance des traitements, ou comme outil d'aide à la décision thérapeutique, particulièrement chez les personnes de plus de 70 ans. Les objectifs de ce travail étaient, d'une part, de décrire et comparer la QdV de patients âgés, atteints d'un cancer ou d'une pathologie rhumatismale et, d'autre part, de rechercher les déterminants associés à la QdV dans notre population d'étude. **Méthodes :** une étude épidémiologique monocentrique à recrutement prospectif consécutif a été réalisée de Janvier à Août 2017. Quarante-seize patients âgés de 70 ans et plus ont été inclus : 67 atteints d'un cancer et participant à l'étude de cohorte DeQolAge et 29 d'une pathologie rhumatismale. Ils bénéficiaient tous d'une évaluation gériatrique approfondie (EGA) et répondaient à deux questionnaires de QdV : le WHOQOL-BREF (échelle générique) et le WHOQOL-OLD (échelle spécifique des sujets âgés). Des analyses descriptives et univariées ont été réalisées afin de documenter et comparer les caractéristiques des deux populations. Une analyse multivariée a été menée afin d'identifier les déterminants indépendants de la QdV pour quatre domaines emblématiques, i.e. i) la QdV globale (item 1 du WHOQOL-BREF), les domaines ii) physique et iii) psychologique du WHOQOL-BREF et iv) le score total du WHOQOL-OLD. **Résultats :** l'âge moyen des patients était de 82,6 ans pour le groupe atteint d'un cancer et de 83,1 ans pour le groupe atteint d'une pathologie rhumatismale, la majorité était des femmes (respectivement 53,8% et 69%). Quatorze localisations différentes de cancers ont été retrouvées. Les pathologies rhumatismales étudiées étaient l'arthrose (48,3%), l'ostéoporose (31%) et 20,7 % de rhumatismes ab-articulaires. Le score moyen de QdV globale du WHOQOL-BREF était plus altéré chez les patients avec une pathologie rhumatismale ($62,0 \pm 16,1$) comparativement aux patients atteints d'un cancer (score de $68,9 \pm 20,1$), ($p=0,049$). En analyse multivariée, la pathologie rhumatismale et un score altéré à la mini-GDS (score ≥ 1) étaient systématiquement associés à une diminution significative du score de QdV pour les quatre domaines étudiés ($p<0,05$). Des relations variables selon le domaine étudié étaient retrouvées pour les autres items de l'EGA, incluant une diminution significative du score total du WHOQOL-OLD associée à un score OMS ≥ 2 ($p<0,001$), une augmentation significative du score de

QdV générale au WHOQOL-BREF associée à un score ADL plus élevé ($p=0,004$), et une augmentation significative des scores des domaines physique et psychologique du WHOQOL-BREF associée à un score IADL plus élevé ($p<0,05$). **Conclusion :** la QdV globale des personnes âgées atteintes de pathologies rhumatismales apparaît dans notre étude plus altérée que celle de personnes chez qui un cancer vient d'être diagnostiqué, indépendamment des résultats de l'EGA. Outre la pathologie rhumatismale, un score altéré à la mini-GDS et une perte d'autonomie constituent des déterminants importants de la QdV chez les personnes âgées de plus de 70 ans.

DESC-7

Association de la charge anticholinergique à la survenue d'un syndrome confusionnel en post opératoire d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur

R. Haddad (1) ; C. Tomeo (1) ; J. Cohen Bittan (1) ; A. Gioanni (2) ; C. Villain (2) ; M. Verny (2) ; J. Boddaert (2)

(1) Unité péri opératoire gériatrique, Hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière-Charles Foix (APHP), DHU FAST, Paris; (2) Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris

Introduction : La survenue d'un syndrome confusionnel est fréquente en post-opératoire d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF). Ce syndrome affecte négativement la récupération fonctionnelle, est associé à un risque accru de mortalité et d'institutionnalisation. De nombreux facteurs peuvent en précipiter la survenue : fécalome, rétention urinaire, douleur ou utilisation de certains médicaments dont les molécules à activité anticholinergique. La charge anticholinergique (CACh) est connue pour être associée au risque de chute, de confusion, de pneumopathie mais aucune étude n'a étudié son association à la survenue d'un syndrome confusionnel en post-opératoire d'une FESF. Seule une étude a montré l'association de la prise d'anticholinergique au syndrome confusionnel mais uniquement en pré-opératoire. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'association de la CACh mesurée à l'aide de toutes les échelles d'évaluation de la CACh existantes au syndrome confusionnel dans cette population. **Méthodes :** Tous les patients admis en post opératoire d'une FESF dans une unité péri-opératoire gériatrique (UPOG) ont été inclus. Le syndrome confusionnel survenant en post-opératoire durant l'hospitalisation en UPOG a été diagnostiqué par un outil validé, la Confusion Assessment Method. La mesure de la CACh a été réalisée à partir des ordonnances informatisées des patients et prenaient en compte l'ensemble des traitements reçus au cours de l'hospitalisation. La CACh a été évaluée par un modèle linéaire additif quantifiant la charge cumulative des molécules anticholinergiques, le Drug Burden Index (DBI-Ach). Des échelles pondérées validées ont été utilisées : Anticholinergic Drug Scale (ADS), Anticholinergic Risk Scale (ARS), Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB), Chew's scale (Chew), Anticholinergic Activity Scale (AAS), Anticholinergic Load Scale (ALS), Clinician-Rated Anticholinergic Scale (CrAS), Duran's scale (Duran), Anticholinergic Burden Classification (ABC). **Résultats :** Les données de CACh sont disponibles pour 53 patients (âge moyen $86,9 \pm 5,4$ ans ; 81,1% de femmes). Un syndrome confusionnel a été diagnostiqué chez 39,6% des patients. La CACh moyenne sur le parcours, évaluée par les différentes échelles était : $0,72 \pm 0,40$ par le DBI-Ach, $1,39 \pm 0,95$ par l'ACB, $0,28 \pm 1,26$ par l'ARS, $0,55 \pm 0,89$ par l'ADS, $0,73 \pm 1,30$ par l'ABC, $0,79 \pm 1,12$ par Chew, $1,39 \pm 0,74$ par Duran, $0,38 \pm 0,86$ par l'AAS, $0,72 \pm 0,95$ par l'ALS et $1,45 \pm 1,08$ par la CrAS.

Aucune association significative n'a été retrouvée entre CACh et syndrome confusionnel. **Conclusion :** Chez les patients hospitalisés en UPOG en post opératoire d'une FESF, aucune association entre syndrome confusionnel et CACh mesurée par chacune des 10 échelles existantes n'a été retrouvée. Ces résultats préliminaires seront vérifiés dans une cohorte de 764 patients. Les résultats sur la cohorte complète seront présentés et ajustés sur les facteurs de confusion potentiels.

DESC-8

Effet de la distribution de fiches de conseils diététiques simples sur l'alimentation de personnes retraitées participant spontanément aux ateliers d'Activité Physique Adaptée

A. Gross (1) ; V. Marzelière (2) ; B. Dorigny (2) ; M. Mao (3) ; C. Hiegel (3) ; A. Raynaud-Simon (1) ; M. Sanchez (1)

(1) Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris; (2) Secteur ouest et idf, Nutricia Nutrition Clinique SAS, Saint-Ouen; (3) Département du finistère, Siel Bleu, Brest

Introduction : L'activité physique et la qualité de l'alimentation jouent un rôle clé dans la prévention de la dépendance. Les programmes d'exercice physique améliorent la force et la fonction musculaires et diminuent le risque de chute. Un travail préliminaire a montré que parmi les personnes âgées participant spontanément à des ateliers d'activité physique, 43% étaient fragiles, 15% sarcopéniques et 33% à risque de dénutrition. L'objectif de ce projet est d'évaluer l'impact de fiches de conseils nutritionnels simples sur les habitudes alimentaires des personnes âgées participant à des ateliers d'activité physique adaptée. **Méthodes :** Douze fiches de conseils nutritionnels ont été remises aux participants des ateliers d'activité physique organisés par le groupe Siel Bleu (12 séances en 3 mois). Les habitudes alimentaires ont été recueillies par questionnaires à l'inclusion et à la fin des 12 ateliers. Une évaluation à long terme (9-12 mois après l'inclusion) est actuellement en cours. Le critère principal de jugement était la proportion de participants remplissant les objectifs de consommation protéique du PNNS (2 portions de viande, poisson ou œuf et 3 produits laitiers, soit 5 rations protéiques par jour). Les fréquences de consommations des autres groupes d'aliments ont été recueillies. **Résultats :** Les fiches ont été remises à 255 participants (96% de femmes, 72 ans d'âge médian). La proportion de participants consommant quotidiennement 5 rations protéiques ou plus est passée de 18 à 34% ($p < 0,0001$). Considérés séparément, les aliments plus fréquemment consommés étaient les produits laitiers, les viandes, poissons et œufs, les fruits et légumes, les féculents et légumes secs, et plus modestement les graisses ajoutées. Parallèlement la consommation de produits sucrés et de pain est restée stable. La proportion de participants ayant un comportement restrictif (suppression d'aliments) est passée de 27 à 19% ($p = 0,005$). **Conclusion :** La distribution des fiches a permis d'augmenter rapidement les fréquences déclarées de consommation d'aliments riches en protéines et en calories et a contribué à diversifier l'alimentation des participants. Une évaluation à distance est en cours pour apprécier la durabilité de ces effets bénéfiques.

DESC-9**Evaluation de l'impact de l'intervention d'une équipe interdisciplinaire sur la prise en charge de la dénutrition des sujets âgés hospitalisés en soins de suite et de réadaptation**

C. Brun (1) ; C. Duteil (2) ; S. Peiffer (3) ; A. Teixeira (1) ; P. Troude (2) ; V. Ducasse (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Lariboisière, Paris*; (2) *Service de santé publique, Hôpital Lariboisière AP-HP, Paris*; (3) *UMGA, APHP et Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, Paris*

Introduction : La dénutrition concerne encore 30 à 70% des patients âgés hospitalisés en soins de suite et de réadaptation gériatrique (SSRg). Actuellement, sa prise en charge (PEC) repose sur une approche multidisciplinaire où chaque professionnel travaille parallèlement et demeure relativement indépendant. Un autre type de PEC dite interdisciplinaire pourrait permettre une meilleure collaboration des professionnels et améliorer la qualité de la PEC. Dans ce but une équipe interdisciplinaire (EI) regroupant médecins, infirmiers, aides-soignants, diététiciens et agents de restauration a été mise en place au sein du SSRg de l'hôpital Fernand Widal (Paris). Au préalable, un groupe de travail interdisciplinaire a été constitué après un appel à la candidature. Après une mise à niveau des connaissances concernant la dénutrition et son dépistage, le groupe a travaillé à la définition d'objectifs communs et du rôle de chacun. L'équipe a été mise en place en septembre 2017 et la périodicité des réunions permettant de discuter de l'état nutritionnel des patients et de leur PEC a été fixée à une fois par mois. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de l'intervention d'une EI par rapport à une PEC « classique » multidisciplinaire sur le dépistage de la dénutrition et l'état nutritionnel des patients hospitalisés en SSRg. **Méthodes :** L'impact de la mise en place de cette EI a été évalué à travers une étude observationnelle d'épidémiologie interventionnelle de type avant-après. La période « avant » correspondait à la PEC multidisciplinaire (juin 2015-mai 2016). La

période « après » correspondait à la PEC interdisciplinaire (mai 2017-février 2018). Au cours de chaque période, les 100 premiers patients admis en SSRg ont été inclus. Le critère de jugement principal était la qualité du dépistage des troubles nutritionnels à l'entrée et le critère de jugement secondaire était la perte de poids au cours du séjour. Les données suivantes ont été recueillies : données démographiques, données relatives à l'état nutritionnel à l'entrée et à la sortie, scores évaluant les comorbidités et l'autonomie, nombre de médicaments à l'entrée, durée d'hospitalisation et devenir du patient. Les caractéristiques des patients et les critères de jugement ont été comparés selon la période d'étude, grâce à des tests de chi² ou des tests de Fisher. **Résultats :** Cent patients ont été inclus dans chaque groupe. Il n'existait pas de différence significative dans les caractéristiques des patients entre les deux groupes, en dehors d'une proportion de données manquantes plus importante concernant les échelles d'autonomie pour la période « après ». Concernant le dépistage nutritionnel à l'entrée, il existait une différence significative pour l'albuminémie, réalisée pour 66% des patients « avant » et pour 81% des patients « après » ($p=0,024$). Le diagnostic de dénutrition à l'entrée était réalisé pour 72% des patients « avant » et 85% des patients « après » ($p<0,01$). L'analyse secondaire a porté sur les patients pour lesquels un poids était renseigné à l'entrée et à la sortie, soit 52 pour la période « avant » et 51 pour la période « après ». Après la mise en place de l'EI, 35% de patients avaient perdu du poids au cours du séjour alors qu'ils étaient 52% dans le groupe « avant » ($p=0,089$). **Conclusion :** La mise en place d'une EI au SSRg a permis d'améliorer le dépistage des troubles nutritionnels à l'entrée et de sensibiliser les équipes. Ces premières données suggèrent un impact positif sur l'évolution de l'état nutritionnel des patients qui devra être confirmé sur des données plus récentes incluant un plus grand nombre de patients.

Posters

SESSION 1

P1-15-01

Dialyse péritonéale et péritonite : un suivi microbiologique sur 9 ans

S. Benammar (1) ; F. Bouziane (1) ; M. Benmehidi (1)

(1) *Microbiologie, CHU Batna, Batna, Algérie*

Introduction : La péritonite infectieuse sur dialyse péritonéale est grave, pouvant entraîner le passage rapide du patient en hémodialyse et augmenter le risque de mortalité, en cas d'implication de bactéries multirésistantes (BMR) ou de *Staphylococcus aureus*. Elle doit être prise en charge en urgence par un traitement médical probabiliste approprié. Nos objectifs étaient de décrire le profil bactériologique de cette pathologie, sur une durée de 9 ans, permettant de relever une éventuelle modification de l'écologie microbienne ou une augmentation des résistances aux principaux antibiotiques d'intérêt.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétro-prospective des liquides de dialyse péritonéale (LDP) provenant de patients âgés hospitalisés pour péritonite infectieuse, au service d'hémodialyse (2009 - 2017). Les prélèvements ont été analysés selon les techniques conventionnelles et l'identification microbienne par Galerie API. L'antibiogramme a été réalisé par diffusion en milieu gélosé, selon les recommandations du CLSI. **Résultats :** Sur l'ensemble des LDP analysés, 90 % ont été positifs en culture monomicrobienne. La répartition des micro-organismes a objectivé une majorité de cocci à Gram positif (60%), tandis que les entérobactéries ont représenté 30% du total. Les *Staphylocoques* à coagulase négatif étaient en tête de liste suivie de *K. pneumoniae* et *S. aureus*. La résistance des entérobactéries à la céfazoline, céfotaxime, gentamicine et ciprofloxacine était respectivement de 55%, 46%, 30% et 23%. Le taux de méthicillino-résistance chez *Staphylococcus spp.* était élevé (40%). *Acinetobacter* était multirésistant, à la différence de l'espèce *P. aeruginosa* sensible. **Conclusion :** Les résultats de notre étude montrent l'importance de l'éducation du patient et/ou de son entourage pour un respect strict des règles d'hygiène. Il n'existe pas de modification de l'écologie bactérienne au fil du temps dans notre étude, mais l'identification de nombreuses BMR soulève l'urgence d'un bon usage antibiotique. Le traitement présomptif de 1ère ligne en vigueur au service (céfazoline+gentamicine) est mis en défaut en moyenne une fois sur 3 si l'on considère la gentamicine et une fois sur 2 pour la céfazoline ; d'où l'intérêt de revoir son protocole local et/ou de disposer d'un résultat microbiologique rapide pour une adaptation thérapeutique efficace.

P1-11-02

Multiplés hématomes intra abdominaux spontanés: une conséquence rare de carence en Vitamine C

A. Richard (1) ; E. Chidlovskii (1) ; A. Ledoyen-Jankowski (1) ; P. Couturier (1)

(1) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble-Alpes, Grenoble*

Introduction : Les manifestations cliniques des carences vitaminiques se traduisent souvent par des associations

syndromiques caractéristiques. L'orientation diagnostique est plus difficile chez le sujet âgé polyopathologique et fragile. Nous rapportons un cas de carence en vitamine C (acide l-ascorbique) ayant comme manifestation clinique 3 hématomes profonds des muscles ilio-psoas dans le cadre d'un scorbut évolué chez une patiente isolée en rupture de suivi. **Méthodes :** Une patiente de 79 ans aux antécédents d'hypothyroïdie, d'HTA et d'alcoolisme, est hospitalisée pour chute à répétition et d'altération de l'état général. A l'admission, tableau d'hypothyroïdie sévère sur rupture prolongée de prise de L-THYROXINE avec une TSH à 211 $\mu\text{mol/mL}$ (N : 0.27-4.2), et des hormones T3 - T4 indétectables. Une semaine après le début de l'hospitalisation, notre patiente a présenté un choc hémorragique sans extériorisation et un empâtement de la fosse iliaque gauche. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien retrouvait 3 volumineux hématomes des muscles ilio-psoas gauches, dont le plus grand mesure 103 mm x 67 mm d'axe transversal, sans saignement actif. La patiente ne recevait aucun traitement anti coagulant ni anti agrégant et n'y avait pas de traumatisme local récent. Le bilan biologique mettait en évidence une hémoglobine à 67g/L, un taux de thrombocytes, TP-TCA et facteurs II, V, X, VIII, IX, XII normaux. Le dosage plasmatique de l'acide ascorbique relevait une carence à 7.1 $\mu\text{mol/L}$ (N : 15-62). L'évolution était défavorable malgré la supplémentation en vitamine C (1000mg par jour par voie intraveineuse), avec un syndrome hémorragique intarissable: plusieurs récides d'anémie aigue sur hématomes profonds, ecchymoses cutanées, hémorragie gingivale, et méléna persistant. La patiente est décédée d'une défaillance multi-viscérale sur pneumopathie d'inhalation. **Résultats :** Le scorbut est une carence acquise en vitamine C (acide l-ascorbique). Cette pathologie est connue du public comme une maladie du passé pouvant persister dans certains pays dit «en développement ». Or de plus en plus de publications rapportent que le scorbut n'a pas disparu en France et est encore courant dans les populations à risque. Le risque carenciel concerne tous ceux exposés à une alimentation sélective dépourvue de fruits-légumes frais: pauvreté, isolement, sans domicile fixe, alimentation collective, troubles neuro-cognitifs, trouble du comportement alimentaire, « fast-food ». Les patients gériatriques regroupent de nombreux facteurs de risque et des études françaises ont retrouvées jusqu'à 61% de carence en vitamine C en USLD, 12% dans une population gériatrique hospitalisée. En absence de synthèse intrinsèque par l'organisme, les réserves s'épuisent en 15 jours en absence d'apport régulier. De plus, certaines situations accélèrent les pertes en vitamine C (tabac, alcool, dialyse, stress oxydatif-stress aigu réanimation). Les signes précoces sont peu spécifiques: asthénie, anémie, purpura péri-folliculaire, ecchymose, défaut de cicatrisation, susceptibilité aux infections. Les signes généraux, cutanés et hémorragiques sont les plus fréquents. Le signe classique de gingivopathie hémorragique peut être présent à un stade précoce mais absent en cas d'édentation, le saignement se faisant sur le collet dentaire. Sur le plan physiopathologique, les manifestations cliniques s'expliquent par défaut de formation du collagène. La vitamine C est aussi indispensable à de nombreuses réactions d'oxydo-réduction cellulaire, notamment pour plusieurs acides aminés et hormones mais aussi dans l'absorption du fer. Le diagnostic est affirmé par

un dosage plasmatique de l'acide ascorbique. Le scorbut apparaît lorsque le taux est inférieur à $11,4\mu\text{mol/L}$. Le traitement de l'adulte consiste en 1gr de vitamine C par jour durant 15 jours, réparti en plusieurs prises, car l'absorption intestinale et l'élimination rénale sont saturables. En phase terminale et en absence de supplémentation, le patient évolue vers la cachexie et le décès: épuisement physique, hémorragie viscérale, complications infectieuses, atteinte cardiaque avec mort subite. Dans notre cas, les hématomes profonds spontanés intra-abdominaux étaient le premier signe de scorbut. La supplémentation n'a pas permis une évolution favorable chez la patiente en phase terminale de la maladie carentielle. **Conclusion :** Les carences vitaminiques sont des désordres fréquents qui peuvent constituer une cause non négligeable de morbidité et de mortalité. Malgré des progrès importants réalisés dans la compréhension de la physiopathologie, la prophylaxie et la gestion du scorbut, cette pathologie potentiellement mortelle reste encore largement sous-diagnostiquée, notamment dans la population gériatrique. La supplémentation rapide en polyvitamines, y compris vitamine C, doit être envisagée dans les situations cliniques à risque.

P1-07-03

Utilisations du MIDazolam chez les sujets âgés hospitalisés en Médecine Gériatrique à l'échelle d'un groupe hospitalier (enquête MIDnight)

H. Michelon (1) ; L. Fellous (1) ; F. Marteau (1) ; M. Dusséaux (1) ; C. Schwartz (1) ; T. Tritz (1) ; B. Denis (2) ; M. Gourdon (2) ; J.L. Le Quintrec (2) ; L. Teillet (2) ; C. Pons-Peyneau (2) ; M. Villart (1) (1) Pharmacie, sites sainte-périne et ambroise paré, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, AP-HP, Paris; (2) Médecine gériatrique, sites sainte-périne et ambroise paré, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, AP-HP, Université Versailles St Quentin, Paris

Introduction : Le midazolam est une benzodiazépine injectable indiquée en anesthésiologie et réanimation pour la sédation vigile, l'induction pré-anesthésie et la sédation en unités de soins intensifs. Son utilisation est également validée hors AMM (SFAP, ANSM) dans le cadre de la prise en charge des soins palliatifs (sédation phase terminale, anxiolyse, douleur rebelle ...). Cependant, du fait de ses propriétés sédatives, hypnotiques, anxiolytiques, le midazolam serait également utilisé dans d'autres indications en gériatrie malgré le peu de données scientifiques actuellement disponibles. Dans ce contexte, nous avons mené une enquête visant à évaluer les pratiques d'utilisation du midazolam chez le sujet âgé hospitalisé en médecine gériatrique. **Méthodes :** Il s'agit d'une enquête sur un jour menée sur les 538 lits de gériatrie (hors unité de soins palliatifs) de notre groupe hospitalier : 55 lits de gériatrie aigüe (UGA), 165 lits de soins de suite et réadaptation (SSR), 318 lits de soins de longue durée (SLD). Elle a concerné tous les patients hospitalisés traités par midazolam le jour de l'enquête. Les données relatives aux prescriptions de midazolam (prescripteur, indication, dosage, posologie, durée de traitement, voie d'administration, date d'instauration...) ont été recueillies à partir des prescriptions informatisées (logiciel Phedra®), des dossiers médicaux (logiciel ORBIS®) et auprès des médecins en cas d'information incomplète. **Résultats :** Sur les 460 lits occupés le jour de l'enquête, 21 patients (âge moyen $86,0 \pm 13,4$ ans ; ratio H/F = 3.2) étaient traités par midazolam, soit une prévalence de 5%. Parmi les patients inclus, 19 présentaient des démences et 7 relevaient d'une démarche palliative. Au total, 23 lignes de prescriptions de midazolam ont été retrouvées avec une posologie journalière moyenne de 5.7 mg [mi :

0.5 ; max : 15.0] et une durée moyenne de 267 jours [min : 1 ; max : 996]. Parmi elles, 20/23 étaient prescrites par un médecin senior et 4/23 faisaient suite à un avis de l'équipe mobile de la douleur. La voie d'administration la plus prescrite (22/23) était la voie sous-cutanée (bolus), sans notion de surveillance spécifique associée. Les indications du midazolam retrouvées (n=24) étaient l'anxiolyse (12/24), les soins douloureux (5/24), la sédation palliative (1/24) et des indications autres (6/24) de type agitation, mobilisation et toilette. L'indication était justifiée dans le dossier médical du patient dans 1/3 des cas. A noter qu'aucun événement indésirable concernant le midazolam n'a été retrouvé le jour de l'enquête. **Conclusion :** L'utilisation du midazolam en dehors des soins palliatifs est une pratique rencontrée en gériatrie en dépit de l'absence de données validées. Ces résultats soulignent l'impérieuse nécessité de disposer de données homogènes sur de plus larges populations afin de valider et d'encadrer précisément cette pratique hors référentiel. Le cas échéant, des protocoles d'utilisation adaptés à la personne âgée (indication, posologie, durée) à destination du personnel soignant, associés à une surveillance spécifique (ex : état de vigilance, fonction cardio-respiratoire, évaluation de la pharmacodépendance) sont à élaborer de façon pluridisciplinaire avec les gériatres, les psychiatres, les pharmaciens, et avec l'aide d'anesthésistes/réanimateurs pour sécuriser ces pratiques.

P1-07-04

Evaluation de la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'ostéoporose chez le sujet âgé institutionnalisé

C. Castel (1) ; L. Frerot (1) ; H. Camara (2) ; P. Lescure (3) ; P. Descatoire (3) ; C. Hecquard (1) ; G. Loggia (2) (1) Pharmacie, C.H.U de Caen, Caen; (2) Résidence pour personnes âgées, C.H.U de Caen, Caen; (3) Médecine gériatrique, C.H.U de Caen, Caen

Introduction : Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'ostéoporose est une pathologie très fréquente pouvant atteindre une prévalence de 80%. L'incidence des fractures liées à l'ostéoporose est également très élevée : 5 à 11 fois supérieure par rapport à une personne résidente à son domicile personnel. Dans ces établissements, la prévention des fractures est donc cruciale. L'objectif de cette étude est d'évaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'ostéoporose chez le sujet âgé institutionnalisé selon les recommandations française du Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses (GRIO) de 2018. **Méthodes :** Une étude prospective monocentrique observationnelle a été menée en Mars 2018 dans un EHPAD de 150 résidents. Tous les résidents de plus de 75 ans ayant au moins un antécédent de fracture étaient éligibles. Les résidents présentant une clairance de la créatinine inférieure à 30 mL/min ne pouvaient pas être inclus dans l'étude. La consultation des dossiers médicaux a permis de recueillir les données suivantes : sexe, âge, clairance de la créatinine (selon la formule CKD-EPI), traitements médicamenteux habituels, antécédent de chute, nombre et type de fracture, présence d'examen à visée diagnostique d'ostéoporose, de traitement anti-ostéoporotique et supplémentation vitamino-calcique en cours, d'un suivi de traitement. **Résultats :** 48 résidents (5 hommes, 43 femmes) d'un âge moyen de 88 ans [76 ; 100 ans] ont été inclus. Les résidents présentaient une clairance de la créatinine moyenne de 66 mL/min [32 ; 95 mL/min]. 2 hormonothérapies au long cours ont été retrouvées. 92% des résidents avaient un antécédent de chute. En moyenne, 2 fractures par résident ont été recensées [1 ; 10]. Il s'agissait de fractures vertébrales dans 26% des cas et de

fractures sévères dans 65% des cas. Un examen diagnostique par ostéodensitométrie a été retrouvé chez 5 résidents (11%) (T-score moyen : -2.1 [-0.2 ; - 3.8]). Un dosage vitamino-calcique a été relevé pour 98% des résidents. 12 résidents avaient un traitement anti-ostéoporotique en cours. Une supplémentation calcique et par vitamine D ont été retrouvées dans respectivement 29% (n=14) et 88% (n=42) des cas. Seulement 17% des prises en charge suivaient les recommandations du GRIIO. 2 réévaluations de traitements (17%) ont été retrouvées mais sans dosage des CTX ou ostéodensitométrie de contrôle associés. **Conclusion :** Cette étude a permis de mettre en évidence une sous-utilisation des pratiques de diagnostic de l'ostéoporose et d'instauration de traitement anti-ostéoporotique adapté au sein de l'EHPAD. Un rappel des nouvelles recommandations du GRIIO semble nécessaire. Ce travail va toutefois permettre d'améliorer les pratiques cliniques de l'établissement. En effet, l'ensemble des prises en charge des résidents inclus vont être revues par les gériatres. Une étude similaire multicentrique à plus grande échelle (inter-région) est prévue.

P1-07-05

Erreurs diagnostiques dans l'infection par le virus du Chikungunya: comparaison entre une population jeune et une population âgée

L. Godaert (1) ; S. Bartholet (2) ; G. Yannick (3) ; F. Najioullah (4) ; R. Césaire (5) ; L. Kanagaratnam (6) ; M. Dramé (7) ; J.L. Fanon (1) (1) *Pôle de Gériatrie et Gérontologie, CHU Martinique, Le Lamentin*; (2) *Pôle de gériatrie et gérontologie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique*; (3) *Urgences, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique*; (4) *Service de virologie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique*; (5) *Département de virologie, CHU Martinique, Le Lamentin*; (6) *Unité de soutien méthodologique, CHU de Reims, Hôpital Robert-Debré, Reims*; (7) *Unité de soutien méthodologique à la recherche, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique*

Introduction : L'infection par le virus du Chikungunya (IVC) est une arbovirose transmise par le moustique de type *Aedes* également appelé moustique tigre. Elle se manifeste typiquement par une fièvre élevée (> 38.5°C) et l'apparition de polyarthralgies soudaines et invalidantes, telles que décrites par l'Organisation Mondiale de la Santé. Le vecteur de cette infection, autrefois cantonné dans les régions tropicales et subtropicales, est aujourd'hui couramment repéré dans les régions tempérées où des foyers épidémiques ont déjà été identifiés. L'objectif principal de ce travail était de déterminer la fréquence d'erreur diagnostique dans une population de sujets âgés se présentant aux urgences dans le décours de l'épidémie survenue aux Antilles françaises. L'objectif secondaire était de comparer la fréquence d'erreur diagnostique (sous-diagnostique et sur-diagnostique) avec celle observée dans une population de sujets de moins de 65 ans sur la même période. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique. Tous les patients de 65 ans ou plus se présentant aux urgences du CHU Martinique entre le 10 janvier et le 31 décembre 2014, et ayant bénéficié, dans le décours de cette admission, d'un test biologique par RT-PCR à visée diagnostique pour l'infection par le virus du Chikungunya étaient éligibles, quel que soit le résultat du test. Le résultat du test par RT-PCR a été considéré comme le gold standard et a été comparé avec le diagnostic retenu par le médecin urgentiste à la sortie du service des urgences (le médecin urgentiste ne disposait pas à la clôture du dossier du résultat par RT-PCR pour affirmer son diagnostic). Les résultats obtenus ont été comparés à ceux observés dans un

échantillon aléatoire de patients de moins de 65 ans répondant aux mêmes critères d'inclusion. **Résultats :** Au total, 333 patients âgés de 65 ans ou plus (80±8 ans), et 143 patients de moins de 65 ans (45±13 ans) ont été inclus. La fréquence d'erreur diagnostique de l'IVC aux urgences était de 30.6% chez les sujets de 65 ans ou plus et de 6.3% chez les sujets plus jeunes (p<0.001). La fréquence de sur-diagnostic était de 9.0% chez les sujets de 65 ans ou plus, comparée à 3.5% chez les sujets de moins de 65 ans (p=0.04). La fréquence de sous-diagnostic était significativement plus élevée (p<0.001) dans le groupe des sujets âgés (21.6%) comparée à celle des sujets plus jeunes (2.8%). **Conclusion :** La fréquence des erreurs diagnostiques de l'IVC dans une population âgée de 65 ans ou plus est significativement plus importante comparée à celle observée chez des sujets plus jeunes. Dans la population âgée, la présentation clinique est plus souvent atypique. Cette observation renforce l'intérêt de développer des outils de dépistage spécifiques à destination de la population âgée.

P1-03-06

Influence du statut de l'aidant familial sur le risque d'institutionnalisation des patients âgés suivis pour maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées en France: (Analyse des données Banque Nationale Alzheimer 2011-2014)

D. Huvent-Grelle (1) ; G. Ficheur (2) ; JB. Beuscart (3) ; E. Boulanger (4) ; F. Puisieux (1)

(1) *Geriatric, Hop Geriatrique les Bateliers, CHU LILLE, pôle de Gerontologie, Lille*; (2) *Sante publique, chu lille, EA2694, Lille*; (3) *Médecine aigue gériatrique, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*; (4) *Geriatric, C.H. Régional Universitaire de Lille, Lille*

Introduction : Contexte : Les membres de la famille jouent un rôle clé dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (MAMA). Bien qu'ayant un rôle central dans ce contexte, peu de travaux portent spécifiquement sur ces aidants et en particulier sur le lien potentiel entre le statut de l'aidant et le risque d'institutionnalisation. **Objectif :** Etude de l'association entre le statut de l'aidant (degré de parenté) et l'institutionnalisation des patients âgés diagnostiqués MAMA. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale multicentrique d'analyse des données collectées par la Banque Nationale Alzheimer. Les critères d'inclusion sont : patients âgés de plus de 75 ans, atteints de MAMA, ayant consulté dans un centre mémoire en France métropolitaine entre 2011 et 2014, vivant à domicile ou institutionnalisés et accompagnés en consultation par un aidant familial ; conjoint, frère ou sœur (génération 1), enfant, bel-enfant, neveu ou nièce (génération 2) ou petit-enfant (génération 3). L'association entre ce statut de l'aidant et l'institutionnalisation est évaluée dans le cadre d'une régression logistique ajustée sur l'âge du patient, le niveau d'étude, le sexe, le Mini Mental State et le type de démence. **Résultats :** Résultats : 52 874 patients sont étudiés comprenant 67.3% de femmes, âgés de 84 ans en moyenne, dont 60% sont atteints d'une maladie d'Alzheimer. Les statuts d'aidant sont l'enfant et le conjoint dans respectivement 54.8% et 36.7% des cas. Par rapport à la référence «Conjoint» concernant le risque de placement, les odds-ratio [intervalle de confiance à 95%] sont de 4,68 [3,67-5,92], 5,48 [4,93-6,09], 8,76 [7,15-10,70], 8,93 [7,48-10,65] pour respectivement Petit enfant, Enfant, Frère/Sœur et Neveu/Nièce. **Conclusion :** Notre étude a identifié deux statuts d'aidants principaux comme facteur de risque d'institutionnalisation des patients âgés atteints de MAMA suivis en consultation de la mémoire: le frère/la sœur (génération 1) et le

neveu/la nièce (génération 2). Il est donc important de porter une attention toute particulière à ces aidants familiaux rencontrés lors des consultations mémoire.

P1-11-07

Prévalence de l'ostéosarcopénie et de l'obésité ostéosarcopénique dans une population de sujets ambulatoires de 45 ans et plus

C. De Jaeger (1) ; E. Voronska (2) ; C. Lamberti (2) ; S. Kruiskampf (2) ; P. Cherin (3)

(1) IPSL, Paris; (2) Physiologie, IPSL, Paris; (3) Médecine interne 2, CHU Pitié Salpêtrière, Paris

Introduction : La sarcopénie est une pathologie liée au vieillissement qui se caractérise par une diminution progressive de la masse musculaire, de la force musculaire et de la performance. Elle se observe fréquemment chez les sujets de plus de 70 ans. Elle peut s'observer au cours d'autres marqueurs du vieillissement, notamment l'ostéoporose, mais leur association a rarement été étudié chez des sujets non institutionnalisés. Nous rapportons notre expérience dans une population de sujets de 45 ans et plus, ambulatoire et en bonne santé. **Méthodes :** L'étude a été réalisée chez 1508 sujets ambulatoires de 45 ans et plus, adressés à l'Institut Prévention, Santé et Longévité (Paris), pour bilan de santé général. Tous les sujets ont bénéficié d'un examen clinique complet, une évaluation de la masse musculaire et de la densité osseuse par absorptiométrie biphotonique (DXA), mesure de la fonction et de la force musculaire (grip-test). La sarcopénie était définie selon les critères Européens (EWGSOP 2010). **Résultats :** Parmi les 1409 participants définitivement inclus dans l'étude (99 sujets exclus pour données manquantes ou raisons médicales), 221 sujets (135 femmes et 86 hommes), soit 16,1 % étaient sarcopéniques. La prévalence globale de l'ostéopénie était de 33,5 % dans notre cohorte et celle de l'ostéoporose de 17,9 % selon les critères de l'OMS. L'association ostéoporose – sarcopénie existait dès l'âge de 45 ans et touchait 8,5 % de la tranche d'âge 45 – 54 ans. La prévalence de la sarcopénie était inversement corrélée à la densité minérale osseuse : 5,7 % de sarcopénie chez les sujets avec un DMO normale, 27,1% des sujets ostéopéniques et 34,2 % des sujets ostéoporotiques. Au total, 27,4 % des femmes sarcopéniques avaient une ostéoporose associée et 22,1 % des hommes sarcopéniques. Chez les sujets obèses, la prévalence de la sarcopénie était de 5,6 % chez les femmes et de 5,3 % pour les hommes. Dans cette sous-population de sujets obèses sarcopéniques, 21,5 % des femmes et 22,1 % des hommes étaient ostéoporotiques. L'obésité ostéosarcopénique représentait 3,4 % de la population totale chez les femmes et 3,5 % chez les hommes. **Conclusion :** L'ostéo-sarcopénie est une complication fréquente dans une population urbaine ambulatoire de sujets de 45 ans et plus; et justifie un dépistage systématique compte tenu de la morbi-mortalité associée. Elle est également fréquente dans une population à risque, le sujet obèse, constituant un argument supplémentaire pour la mise en route de mesures hygiéno-diététiques.

P1-08-08

L'insuffisance rénale chronique est-elle un facteur de risque de surmortalité chez les sujets âgés fragiles ?

S. Laurent-Badr (1) ; V. Nonnonhou (2) ; LA. Bertholon (3) ; Y. Jaïdi (4) ; JL. Novella (5) ; R. Mahmoudi (3)

(1) Service de gériatrie et de médecine interne, CHU de Reims - Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex; (2) Médecine interne et gériatrie, CHU de Reims - Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex; (3) Médecine interne et gériatrie, CHU, Reims; (4) Gériatrie, Résidence des Capucins, Reims; (5) Umg, Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex

Introduction : La fragilité est définie comme un syndrome clinique traduisant un état de vulnérabilité à un stress résultant d'une diminution des capacités physiologiques de réserve. Les études portant sur la prévalence et les conséquences de la fragilité chez les sujets âgés atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC) sont limitées. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de l'IRC sur la mortalité chez des sujets âgés fragiles et non fragiles. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective monocentrique réalisée entre février 2015 et décembre 2017. La fragilité a été évaluée par le phénotype de Fried et la grille SEGAm (Short Emergency Geriatric Assessment Modified). L'IRC était définie selon le Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration par une clairance de la créatininémie < 60 ml/min/1.73m². Les analyses de survie ont été réalisées selon la méthode de Kaplan-Meier avec un test du log rank. **Résultats :** Au total, 251 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 85 ± 6.7 ans (66, 100) et 86 (34.3 %) présentaient une IRC. Selon le phénotype de Fried, 65.1 % des sujets fragiles et 89.5 % selon SEGAm présentaient une IRC. La survie médiane parmi les patients décédés était de 259 jours (étendue : 108-410) selon le score de Fried et de 587 jours (étendue : 251-923) selon la grille SEGAm. L'analyse de la survie selon la méthode de Kaplan-Meier montrait une surmortalité des sujets fragiles (selon Fried ou SEGAm) présentant une IRC par rapport aux sujets sans IRC. **Conclusion :** Notre étude soulève l'importance du repérage de la fragilité chez les sujets âgés insuffisants rénaux, quel que soit le modèle utilisé, afin de mieux identifier les sujets à risque d'événements péjoratifs de santé. Les implications qui en découlent dans la prise en charge sont importantes, notamment dans la prise de décision pour éviter le recours inutile aux traitements invasifs tels que la dialyse ou la greffe rénale.

P1-11-09

Parcours du patient âgé dénutri : prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition en équipe ville-hôpital

E. Brocquet (1) ; A. Roussel (2) ; V. Florent (3) ; V. Petit (2)

(1) Gériatrie, Hôpital Saint Philibert, Lille; (2) Gériatrie, C.H. d'Arras, Arras; (3) Nutrition, C.H. d'Arras, Arras

Introduction : Les projections démographiques prévoient une augmentation du nombre de personnes âgées et aussi de personnes âgées dépendantes. En plus de leur prise en charge, un des défis de notre société est d'intervenir à un stade précoce, celui de la fragilité pour maintenir le plus longtemps possible l'autonomie des personnes âgées. La problématique de la dénutrition est un critère de fragilité prévalent. Dans la littérature, 4 à 10% des personnes âgées au domicile sont dénutries. La dénutrition augmente le risque de mortalité mais également de complications de nombreuses pathologies. Il s'agit donc d'un syndrome gériatrique aux conséquences graves qui nécessite un repérage et des actions

adaptées. **Méthodes** : Le projet développé initialement par le Centre Hospitalier d'Arras est l'accompagnement personnalisé de la personne âgée fragile en équipe pluridisciplinaire en collaboration avec les différents acteurs intra et extrahospitaliers. Un travail est mené autour du parcours du patient âgé dénutri «prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition et des autres facteurs de risque en équipe pluridisciplinaire ville-hôpital». Les Réseaux de Santé Gériatriques Ternois-Arrageois puis Lille Agglo ont rejoint cette démarche. **Résultats** : Des actions de prévention sont mises en place avec notamment une journée de sensibilisation du grand public sur l'équilibre alimentaire et les situations à risque de dénutrition, des actions de dépistage avec la formation des aides à domicile et enfin des actions de prise en charge de la dénutrition à domicile avec la possibilité d'intervention à domicile de la diététicienne. Grâce à la création d'un logigramme de dépistage et de prise en charge de la dénutrition à domicile, le Réseau de Santé Gériatrique repère les patients âgés fragiles dénutris ce qui engendre un signalement à la diététicienne qui se déplace à domicile. Une évaluation nutritionnelle est réalisée pour proposer une prise en charge personnalisée adaptée. Cette intervention se fait en collaboration avec le médecin traitant, les aidants et les aides au domicile. Le suivi est assuré à 2 mois par la diététicienne. L'évaluation de ce dispositif est en cours dans l'objectif d'une territorialisation. **Conclusion** : A travers le développement de ce parcours de la personne âgée fragile dénutrie, l'enjeu est de permettre aux personnes âgées de bien vieillir dans le milieu de vie qu'elles souhaitent. Il est important de développer la pluridisciplinarité Ville – Hôpital en renforçant les liens et la coordination entre les différents acteurs intra et extra hospitaliers autour de la personne âgée fragile.

P1-07-10

Mieux prescrire chez le sujet âgé : évaluer l'amélioration des pratiques professionnelles à 3 ans

C. Cordelle (1) ; S. Cohen (1) ; L. Gagnaire (1) ; F. Berthet (1)
(1) Pharmacie, Hôpitaux de Saint-Maurice, Saint-Maurice

Introduction : La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de notre établissement intègre des dispositions spécifiques pour la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé afin de diminuer le risque iatrogénique dans cette population. L'objectif de l'étude réalisée était d'apprécier chez le sujet âgé l'évolution des pratiques concernant l'évaluation et la traçabilité de la clairance de la créatinine, l'adaptation posologique à l'insuffisance rénale ainsi que la prescription de médicaments potentiellement inappropriés (MPI). **Méthodes** : La même évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée « un jour donné » en 2015 puis en 2018 sur l'ensemble des prescriptions médicamenteuses des patients âgés de 75 ans ou plus. Les prescriptions ont été analysées selon trois critères : évaluation de la fonction rénale selon Cockcroft et Gault et MDRD, adaptation posologique à la fonction rénale et prescription d'un MPI selon la liste de Larocche et le guide de bon usage des médicaments chez les sujets âgés du CHRU de Montpellier. Les tests du Khi-deux et de Student ont été utilisés pour la comparaison des données. **Résultats** : En 2015, un patient sur 5 hospitalisé au sein de notre établissement était âgé de 75 ans ou plus le jour de l'enquête (n=76) versus un patient sur 6 en 2018 (n=66), dont 90% en soins de suite et réadaptation et 10% en psychiatrie. Concernant la fonction rénale, une amélioration significative de la traçabilité de la créatininémie dans le dossier patient a été observée (p=0.018, 85.5% en 2015 vs 97.0% en 2018). Cela n'était pas le cas pour la traçabilité de la

clairance de la créatinine restée stable (p=0.57, 60.5% vs 65.2%), bien qu'une nette augmentation de cette demande de calcul au cours de l'examen biologique ait été observée (p<0.001, 6.6% en 2015 vs 32.0% en 2018). Aucune clairance de la créatinine n'était tracée dans le dossier médical des patients de psychiatrie en 2015 et 2018. En moyenne sur les prescriptions de l'enquête 2015, 25% des médicaments étaient à adapter à la fonction rénale avec 22% de non-conformités d'adaptation relevées (rivaroxaban, paracétamol, sitagliptine, colchicine...) tandis que 34% des médicaments prescrits en 2018 étaient à adapter, dont 20% non adaptés (enoxaparine, metformine, palipéridone...). Le nombre de MPI prescrits était en diminution depuis la première enquête (p<0.001), avec 1 médicament sur 5 par prescription en moyenne en 2015 (22%, 197 MPI/881 médicaments au total) vs 1 médicament sur 7 en 2018 (14%, 103 MPI/702 médicaments au total). Concernant ces MPI, la proportion de médicaments à surveillance particulière augmentait (63% vs 88%) mais l'incidence de médicaments contre-indiqués diminuait fortement (37% vs 12%). Il apparaît que l'absence d'adaptation posologique à demi-dose des benzodiazépines et apparentés (en particulier pour le zopiclone) restait importante (p non significatif, 44% vs 52%) ainsi que l'absence de co-prescription systématique d'un laxatif avec le tramadol (p non significatif, 31% vs 29%). Les médicaments contre-indiqués ne concernaient plus les mêmes situations de prescription. La 1ère enquête avait mis en évidence la prescription d'anticholinergiques dans le glaucome et l'hypertrophie bénigne de la prostate, et de bêta-bloquant dans l'asthme alors que dans la 2ème enquête apparaissaient des prescriptions de tramadol/oxycodone chez des patients présentant un syndrome confusionnel et des prescriptions d'hydroxyzine chez des sujets âgés avec arythmie. **Conclusion** : La réévaluation à 3 ans des pratiques de prescription chez la personne âgée nous a permis d'apprécier l'impact des mesures mises en place à l'issue de la 1ère enquête. Ainsi, la traçabilité de la créatininémie dans le dossier patient et les calculs de clairance intégrés aux demandes de bilan biologique étaient en nette amélioration. Les non-adaptations de la posologie du médicament à la fonction rénale restaient cependant aussi nombreuses en proportion en 2018. Il faut donc attirer de nouveau l'attention des prescripteurs sur l'adaptation des médicaments à la fonction rénale après traçabilité dans le dossier de la clairance de la créatinine, insuffisamment retrouvée, en particulier en psychiatrie. La prescription de médicaments dont le rapport bénéfice/risque est potentiellement défavorable chez le sujet âgé était diminuée. Cela peut être en partie expliqué par la sensibilisation des équipes médicales via la diffusion d'un guide de bon usage des médicaments chez le sujet âgé depuis la première enquête. Cette étude nous a permis de repérer les situations de prescription à particulièrement cibler.

P1-15-11

Ateliers soignants pour prévenir le risque infectieux urinaire en gériatrie

C. De Kerlivio (1) ; C. Hellour (2) ; C. Oulerich (2) ; H. Hauth (3)
(1) Pharmacie, C.H. Départemental de Bischwiller, Bischwiller; (2) Equipe opérationnelle d'hygiène, C.H. Départemental de Bischwiller, Bischwiller; (3) Cours séjour gériatrique, C.H. Départemental de Bischwiller, Bischwiller

Introduction : Pour prévenir le risque d'acquisition d'infection urinaire associée aux soins (IUAS), les professionnels doivent standardiser leurs pratiques de sondage urinaire. L'objectif de l'étude était de réaliser un état des lieux des connaissances et des

pratiques, de sensibiliser les soignants au bon usage du sondage urinaire et au risque infectieux associé, et de présenter les dispositifs médicaux disponibles. **Méthodes :** Le programme de formation a été impulsé par un binôme pharmacien/cadre hygiéniste, et son impact a été mesuré en comparant les connaissances (questionnaire d'auto-évaluation) et les pratiques (audit observationnel) avant et après l'intervention. Les références de dispositifs médicaux (DM) impliqués dans le sondage urinaire ont été révisées, et des outils pour favoriser leur bon usage ont été proposés. **Résultats :** L'intervention a été proposée au personnel soignant. La participation de 70 infirmiers et aides-soignants (près de 25% de l'effectif) en 3 séances a confirmé l'intérêt de la thématique. Leurs connaissances globales ont significativement progressé après notre intervention, et les pratiques tendent à s'améliorer. Nous avons identifié des fragilités persistantes qui nous permettront d'améliorer la séquence de formation. La gamme de dispositifs médicaux a été rationalisée et mise en conformité avec les exigences de qualité. Les dotations de tous les services de soin ont été réajustées pour s'adapter à leurs besoins. De nouveaux dispositifs ont été référencés pour promouvoir les alternatives au sondage à demeure, et un guide de bon usage des sondes et des collecteurs a été rédigé pour aider au choix du dispositif approprié à la situation clinique. **Conclusion :** Un suivi épidémiologique des IUAS permettra d'évaluer l'intérêt des actions mises en place. Les ateliers de formation seront rendus pérennes, car ils vont dans le sens des propositions des programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins. Une autre perspective de ce travail sera de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour poursuivre, avec les médecins, une réflexion sur la maîtrise du risque infectieux urinaire.

P1-11-12

Profil des sujets âgés obèses en consultation de nutrition de ville pour un amaigrissement

S. Du Basty (1) ; E. Magny (2) ; M. Arach (3)

(1) Médecin coordonnateur, Clinique La Concorde, Alfortville; (2) La Triade, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Paris; (3) Chef de service unité de gériatrie aiguë, Clinique Allergy-Labrouste, Paris

Introduction : La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge et devient une préoccupation chez le sujet âgé. La progression épidémique de la surcharge pondérale touche également cette tranche d'âge. Le vieillissement augmente le risque de complications chez le sujet obèse, notamment le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance respiratoire, l'apnée du sommeil, le cancer, l'incontinence urinaire et la démence. Par ailleurs, l'obésité abdominale a un impact majeur sur les capacités fonctionnelles chez le sujet âgé d'autant plus que l'obésité est souvent associée à une sarcopénie. Faut-il proposer un amaigrissement à une personne âgée obèse ? Quelles en sont les indications et les modalités ?

Méthodes : Analyser la population gériatrique consultant un médecin nutritionniste en ville dans le but d'une perte de poids, afin de comprendre le profil médical et les motivations, pour dans un second temps développer une consultation gériatrique dédiée à l'obésité. Analyse de 191 dossiers médicaux de sujet âgé ≥ 65 ans, $IMC \geq 30$ kg/m², qui ont consulté en ville un médecin nutritionniste spécialiste de l'obésité entre 2013 et 2017 pour une prise en charge de leur obésité. **Résultats :** Total de 10817 consultations de nutrition d'adultes, 191 (6%) personnes âgées obèses, 82,8 % entre 65 et 75 ans. L'obésité classe I est prépondérante (40,3%), classes II (35,1 %) et III (24,6 %), la prédominance des femmes

(79,1%). La moyenne de tour de taille chez les femmes ≥ 110 cm, chez les hommes ≥ 115 cm. Les sujets vivaient seuls (53,8 %), autonomes et sans plainte mnésique. Les facteurs de risque: la sédentarité (59,2%), l'alcool consommation occasionnelle (39%), régulière (14%), le tabac sujets non-fumeurs (72,8%), ex-fumeurs (13,6%). Les comorbidités observées sont, les maladies cardiovasculaires (72,8%), ostéo-articulaires (69,2%), métaboliques (53,9%), respiratoires (36,7%), psychiatriques (34%), digestives (31,9%), et les troubles du comportement alimentaire (37,7%). Provenance spontanée (41,9%), adressés (58,1%), par le médecin traitant (41,9%), par des spécialistes (15,2%), des paramédicaux (1%). **Conclusion :** L'obésité constitue un aspect récent de la médecine des personnes âgées. Une perte de poids de 5 à 10% du poids initial est bénéfique dans la population gériatrique obèse présentant des comorbidités ou des facteurs de risques importants sans comorbidités. Il existe aujourd'hui peu de publications pour évaluer la pertinence et le rapport bénéfice/risques d'une perte de poids dans la population gériatrique. La définition actuelle de l'obésité basée sur l'IMC ≥ 30 kg/m² et le tour de taille ≥ 90 cm chez la femme et ≥ 100 cm chez l'homme, s'appliquent aux adultes de 18 à 65 ans sans tenir compte des modifications de la composition corporelle liées à l'âge (augmentation de la masse grasseuse, diminution de la masse maigre et la perte de taille). La spécificité et la fragilité de la population gériatrique obèse justifie une approche globale et pluridisciplinaire, intégrant une évaluation des fonctions cognitives, de l'état vitamino-protéique, musculaire, du risque de chute, des traitements et leur pertinence et la recherche des troubles du comportement alimentaire. Eviter les régimes restrictifs, travailler sur l'alimentation, proposer des activités physiques adaptées, afin de préserver l'autonomie et lutter contre l'incapacité fonctionnelle. Les consultations de nutrition pour ces personnes font désormais partie des consultations de nutrition en ville. La médecine gériatrique d'aujourd'hui s'organise autour des filières qui assurent une formation pour les professionnels et permettent un accès aux soins à tous les patients. La prise en charge de l'obésité des sujets âgés pourrait être améliorée et optimisée par la création de filières gériatriques d'obésité et une approche pluridisciplinaire.

P1-22-13

Résultats préliminaires de l'étude PI@J-E : prise en charge des plaies chroniques de la personne âgée en télémédecine versus hôpital de jour

A. Lafargue (1) ; L. Haw-Shing (2) ; M. Barateau (3) ; M. Danet-Lamasou (4) ; E. Thiel (5) ; I. Bourdel-Marchasson (6) ; N. Salles (7) (1) Equipe mobile télémédecine, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Pôle de Gériatrie Clinique; (2) Médecine gériatrique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Pôle de Gériatrie Clinique; (3) Equipe mobile plaies et cicatrisation, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Pôle de Gériatrie Clinique; (4) Hôpital de jour, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Pôle de Gériatrie Clinique; (5) Hôpital de jour & télémédecine, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux; (6) Unité de post urgences gériatriques & hôpital de jour, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Pôle de Gériatrie Clinique; (7) Médecine gériatrique & télémédecine, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Pôle de Gériatrie Clinique

Introduction : La prise en charge des plaies chroniques chez la personne âgée est complexe. Les plaies chroniques sont des plaies évoluant depuis 3 semaines comprenant : escarres, ulcères artériels ou veineux ou mixtes, pieds diabétiques, plaies post traumatiques, plaies en lien avec une pathologie néoplasique. Dans le cadre de la

loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009, le CHU de Bordeaux fort de l'expérience de 2012-2013 a développé depuis novembre 2014 une extension du programme télémedecine en EHPAD pour inclure à ce jour 54 établissements avec le soutien de l'ARS Nouvelle Aquitaine, et le CGS TSA (Groupement de Coordination Sanitaire TéléSanté Aquitaine). **Méthodes :** Cette étude prospective comparative monocentrique en soins courants a débuté en mars 2017 dans le respect de la loi Jardé. Les critères d'inclusion sont : personne âgée de ≥ 75 ans, présentant une plaie chronique depuis plus de 3 semaines, inclusion le jour de la consultation en hôpital de jour ou téléconsultation après explication de la lettre d'information. Les critères d'exclusion sont : refus du patient ou de son représentant légal, plaie principale ayant un potentiel de guérison évalué par les experts à moins d'un mois, patient hospitalisé dans les 3 mois précédant au CHU de Bordeaux ayant déjà bénéficié d'une expertise par l'équipe mobile Plaies et Cicatrisation. Les patients de chaque groupe sont évalués le jour de l'inclusion, puis à 1 mois. Dans chaque groupe, le patient est ré évalué par le même binôme IDE + gériatre. Les données recueillies sont les données : sociodémographiques (âge, sexe), des comorbidités selon la classification CIRS-G (Cumulative Index Rating Scale for Geriatrics) avec un focus pour les patients diabétiques, atteints d'une artériopathie des membres inférieurs, les caractéristiques de la plaie principale (type de plaie, répartition colorimétrique, surface, suivi ou non du protocole de soins proposés lors de la ré évaluation à 1 mois). Le critère de jugement principal est de comparer à 1 mois la différence de pourcentage de la couleur rouge dans l'évaluation colorimétrique de la plaie principale. En critères secondaires : comparer à 1 mois le pourcentage de noir et la surface de la plaie principale. Une analyse descriptive et comparative a été menée via SPSS v.23 : test de Student pour les données quantitatives, test de Fisher pour les données qualitatives. **Résultats :** 39 patients ont été inclus en date du 01/05/2018 : 17 dans le bras télémedecine, 22 dans le bras hôpital de jour. La moyenne d'âge était de 88 ± 6 ans, 31 femmes sur 39, 33 patients étaient des résidents d'EHPAD. 6 patients étaient diabétiques, 9 avaient une artériopathie des membres inférieurs. 36 patients avaient au moins une comorbidité sévère selon la classification CIRS-G, la première comorbidité classée CIRS-G 4 étant les pathologies neurodégénératives. Les patients étaient comparables en tout point. Le type de plaie comprenait : 29 escarres, 1 ulcère artériel, 1 ulcère veineux, 6 plaies traumatiques, 2 pieds diabétiques. La localisation était la suivante : 22 sacrum, 5 pieds, 5 talons, 5 jambes, 1 grand trochanter et 1 bras. Dans le bras télémedecine, les dossiers envoyés par les requérants étaient complets, alors que 15 dossiers dans le bras hôpital de jour nécessitaient un recueil d'informations supplémentaires par l'IDE experte. Pour 4 patients du bras hôpital de jour, le protocole proposé par les experts lors de la ré évaluation à un mois n'avait pas été suivi, comparativement au bras télémedecine où tous les protocoles de soins proposés ont été suivis (OR : 15, p value 0.002, IC 95% [1.8-17]). Concernant le critère de jugement principal, 4 patients dans le bras télémedecine avaient une augmentation du pourcentage de rouge à 1 mois vs 3 patients dans le bras hôpital de jour (p value 0.7). Concernant les critères de jugement secondaires : 3 patients dans le bras télémedecine avaient une diminution du pourcentage de noir vs 2 bras hôpital de jour (p value 0.2), 11 patients dans le bras télémedecine avaient une diminution de la surface de la plaie principale vs 12 bras hôpital de jour (p value 0.7). **Conclusion :** Les résultats préliminaires de l'étude PI@J-E illustrent que la prise en charge des plaies chroniques par télémedecine est aussi efficiente que celle proposée en hôpital de jour. La télémedecine

permet une interaction pluriprofessionnelle centrée sur le patient aboutissant à un plan de soin personnalisé adapté à ce dernier et à son environnement.

P1-07-14

Suivi des recommandations de l'Unité Mobile de Gériatrie Extra Hospitalière du centre hospitalier Lyon Sud sur 500 visites à domicile

A. Pauget (1) ; N. Jomard (2)

(1) court séjour gériatrique villefranche, Saint André de corcy; (2) Equipe Mobile de gériatrie extra-hospitalière, Hospices Civils de Lyon, Pierre-Bénite

Introduction : Les équipes mobiles de gériatrie extra hospitalières ont été créées afin de développer le lien ville-hôpital. L'unité Mobile Extra Hospitalière de Gériatrie du centre hospitalier Lyon Sud (ou UMEHG-LS) a débuté son activité en janvier 2014. Elle propose une expertise gériatrique pluridisciplinaire au domicile des patients. Elle émet des recommandations afin de rationaliser le parcours de la personne âgée en fonction de ses problématiques. Peu d'études décrivent la prise en charge de ces dispositifs extra hospitaliers existent depuis peu d'années. L'objectif de notre étude était de déterminer le taux de suivi à 2 mois de ces recommandations ainsi que de décrire le profil des patients suivis. **Méthodes :** Nous avons mené une étude descriptive, monocentrique, rétrospective sur 500 patients suivis (inclusion de patients sur une période de 24 mois). **Résultats :** Taux de suivi global 65%, meilleur suivi pour les recommandations d'orientation et les moins suivies concernent «l'environnement». L'âge moyen des patients : 83.5ans, à 61% composé de femme. Ils prenaient en moyenne 5 traitements (hors psychotropes). La majorité des patients était GIR 3, avec ADL moyen à 3 et IADL à 2. 96% avait un aidant identifié. différence statistiquement significative avec moins d'hospitalisations non programmées lorsque les recommandations sont suivies à plus de 65%. **Conclusion :** Le grand effectif de cette étude permet de mieux cerner la population vue par l'UMEHG-LS. Elle confirme une population vulnérable présentant une polypathologie, dépendance, des troubles cognitifs associés à un contexte socio-familial instable. Le rôle préventif de l'UMEHG-LS pour éviter les hospitalisations en urgence et les ruptures de parcours paraît essentiel dans cette population fragile. Ce travail montre aussi l'insuffisance des seules recommandations : elles ont besoins d'être directement étayées pour être appliquées.

P1-13-15

Impact d'un Plan Personnalisé de Santé sur les réhospitalisations évitables des personnes âgées de 75 ans et plus, hospitalisées en court séjour gériatrique

G. Ducher (1) ; M. Gueulet (2) ; V. Gravier (2) ; G. Savranin (2) ; A. Guerin (2) ; P. Leduc (2) ; J. Bohatier (1)

(1) Gérontopôle, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand; (2) Court séjour gériatrique, C.H. Guy Thomas, Riom

Introduction : La hausse de la dépendance, entre autre induite par l'allongement de l'espérance de vie, nécessite de développer des moyens de prévention dont la diminution des réhospitalisations évitables, événements de santé défavorables. L'objectif de cette étude était d'évaluer si la mise en place d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS) permet de diminuer le taux de réhospitalisations évitables. Des facteurs de risque de réhospitalisations ont été recherchés. **Méthodes :** Cette étude prospective, contrôlée et

randomisée a été menée de janvier à décembre 2017, dans les courts séjours gériatriques du CHU de Clermont-Ferrand, chez des sujets de plus de 75 ans. Les patients du groupe PPS bénéficiaient de l'intervention d'une infirmière navigatrice pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après celle-ci. Le critère de jugement principal était la réhospitalisation à 30 jours de la sortie (J30). **Résultats :** Cent six patients ont été inclus (âge moyen 86,5 ±4,9 ans). A J30, le taux de réhospitalisations évitables était de 3,8% dans le groupe PPS, 13,5% dans le groupe contrôle (p=0,09). Le PPS semblait diminuer le risque de réhospitalisations évitables à J30 : Hazard Ratio à 0,26 (IC 95% 0,06–1,36, p=0,12). L'hospitalisation initiale pour un motif cardiologique (p=0,03) ou psychiatrique (p=0,01) ressortait comme facteur de risque de réhospitalisations. La présence dans le traitement de sortie d'un anti-hypertenseur (p=0,01) ou d'un antiagrégant plaquettaire (p=0,002) était retrouvée comme protectrice. **Conclusion :** La mise en place d'un PPS semble réduire le taux de réhospitalisations évitables à J30. La poursuite de ce travail est en cours pour atteindre une meilleure puissance statistique.

P1-08-16

Effet d'une embolie pulmonaire sur la perte d'indépendance fonctionnelle : Etude sur 22 cas de sujets âgés de plus de 65 ans

T. Vermeersch (1) ; J. Bohatier (1) ; S. Dadet (1)

(1) *Gérontopôle, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand*

Introduction : Devant le vieillissement de la population, la perte d'indépendance fonctionnelle des séniors devient un véritable problème de santé publique. Cette dernière pourrait être majorée par un évènement aigu comme l'embolie pulmonaire. **Objectifs :** Rechercher une perte d'indépendance fonctionnelle induite par une embolie pulmonaire chez des sujets de plus de 65 ans. Et secondairement, identifier les facteurs susceptibles de favoriser celle-ci à l'aide d'une évaluation gérontologique standardisée (EGS) et étudier le retentissement sur la qualité de vie. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle analytique prospective réalisée dans le service de Médecine Post Urgences du CHU de Clermont Ferrand. Le recueil de l'autonomie estimée au domicile a été réalisé à l'inclusion (J0) grâce aux échelles ADL (activities of daily living), IADL (instrumental activities of daily living) et Barthel puis réévaluée à 6 semaines (S6) et à 3 mois (M3). Les échelles SF36 et PEMB-QV, ainsi que le MMS, le MNA, le GDS et le CIRS ont été mesurées à S6 et à M3 dans le cadre d'une évaluation gérontologique standardisée (EGS). **Résultats :** 17 femmes et 5 hommes dont la moyenne d'âge est de 78 ans (+/-6,5 ans) ont été inclus dans l'étude. Sur les 22 patients les données concernant l'autonomie ont été recueillies pour 17 patients à S6 et pour 9 patients à M3. On observe une perte d'indépendance fonctionnelle significative avec une différence du score IADL à S6 par rapport à J0 de -1 avec un intervalle de confiance IC95% [-1.70 ; -0.30]. Cette diminution du score IADL est prédominante chez les femmes, -1.26 avec un IC 95% [-1.90 ; -0.64]. Concernant l'ADL et le Barthel, nous ne mettons pas en évidence de différence significative. Il semblerait que les patients ayant les scores MNA les plus bas soient les plus exposés à une perte d'indépendance fonctionnelle. **Conclusion :** Notre étude semble mettre en évidence qu'un évènement médical aigu comme l'embolie pulmonaire pourrait majorer une perte d'indépendance fonctionnelle sur les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) dans la population étudiée, mais ne semble pas avoir d'effet sur les activités de la vie quotidienne (ADL). Une meilleure connaissance des situations ou des pathologies à

risque de perte d'indépendance fonctionnelle pourrait permettre la réalisation d'intervention ciblées afin d'organiser la prévention de la dépendance.

P1-15-17

Facteurs influençant la prescription d'antibiotique chez les sujets âgés: impact des comorbidités

A. Dylis (1) ; G. Chapelet (2) ; AS. Boureau (3) ; L. De Decker (4)
(1) *SSR, CHU de Nantes Hôtel-Dieu, Nantes*; (2) *Médecine Aiguë Gériatrique, C.H.U de Nantes, Nantes*; (3) *Medecine Aiguë Gériatrique, Centre hospitalier universitaire de Nantes, Nantes*; (4) *Pole de gérontologie clinique, C.H.U de Nantes, Nantes*

Introduction : Depuis les années 2000, la consommation d'antibiotiques a augmenté de 20% chez les sujets âgés de 65 ans et plus, notamment chez les patients ayant des comorbidités. La prescription d'antibiotique peut avoir des effets secondaires comme des infections à des germes multi-résistants ou des colites à clostridium. Une des façons de réduire ces effets secondaires est de respecter les recommandations nationales de bonne pratique. Pourtant des études dans des établissements pour personnes âgées ont retrouvé que 25 à 75% des prescriptions d'antibiotiques ne respectaient pas les recommandations. Les comorbidités ont un impact sur les réserves physiologiques d'un individu. La présence de comorbidités entraîne une augmentation de la prescription d'antibiotique et augmente également la mortalité précoce en cas d'infection bactérienne. Notre hypothèse est que les patients ayant de nombreuses comorbidités ont moins de prescriptions d'antibiotiques adaptées aux recommandations. L'objectif de l'étude était alors d'évaluer le respect des recommandations nationales lors de la prescription d'antibiotiques chez les sujets âgés. **Méthodes :** De manière rétrospective, les prescriptions d'antibiotiques au sein de deux services de SSR du CHU de Nantes, ont été analysés. Les dossiers informatiques et/ou papiers ont été utilisés. Les patients devaient être hospitalisés entre octobre 2015 et décembre 2016. Les patients devaient avoir une prescription d'antibiotique pour une infection bactérienne. Seul le premier épisode de prescription d'antibiotique a été pris en compte. Les critères de Mac Geer ont été utilisés pour évaluer la présence ou non d'une infection bactérienne. Les recommandations nationales françaises ont été utilisées pour l'évaluation des recommandations. Le score de Charlson a été calculé pour chaque patient. Les paramètres associés aux non respect des recommandations identifiés dans la littérature internationale ont également été recueillis. Le critère de jugement principal était le respect des recommandations nationales françaises. Une analyse univariée et multivariée a été réalisée pour identifier les paramètres associés aux respects des recommandations. **Résultats :** 128 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 87 ans, majoritairement des femmes avec un score de charlson moyen de 2.48. Il y avait 83 infections certaines, 14 infections probables et 31 patients n'avaient pas d'infection selon les critères de Mac Geer. Il y avait 11 pyélonéphrites, 37 cystites, 11 infections urinaires masculines, 32 pneumopathies. Au total, 59 patients (46%) sur 128 patients avaient une prescription d'antibiotique adapté aux recommandations nationales françaises. En analyse univariée l'âge supérieur à 85 ans (OR = 0.415 95% IC = 0.196 - 0.879, p = 0.022) a été associé aux respects des recommandations. En analyse multivariée la prescription de 2 antibiotiques ou plus (OR = 0.168, 95% IC = 0.037-0.758, p < 0.05), l'âge supérieur à 85 ans (OR = 0.375, 95% IC = 0.151-0.931, p < 0.05) et le score de comorbidité de Charlson (OR = 0.750, 95% IC = 0.572-0.984, p < 0.05) était négativement

associés aux respects des recommandations. **Conclusion :** L'âge supérieur à 85 ans et plus et la prescription de 2 antibiotiques ou plus avaient déjà été identifiés dans d'autres études. Des études avaient identifié une association entre comorbidité et l'initiation d'une antibiothérapie, mais aucune n'avait mis en évidence une association négative entre le score de Charlson et le respect des recommandations. Cette étude apporte de nouveaux éléments. L'hypothèse pour ces résultats est que les médecins pourraient initier une antibiothérapie précoce même en l'absence de certitude sur le caractère bactérien de l'infection car les comorbidités sont associées à une mortalité plus importante. Nous faisons également l'hypothèse qu'il y a moins de réévaluation à 48-72h chez les patients ayant de nombreuses comorbidités. Cette étude montre l'importance des comorbidités dans la prescription d'antibiotique et notamment dans le respect des recommandations. D'autres études sont nécessaires pour identifier d'autres paramètres impliqués dans le respect des recommandations. Ces résultats peuvent permettre d'améliorer et d'optimiser la prescription d'antibiotique chez les sujets âgés.

P1-03-18

Démence à corps de Lewy et consommation chronique d'amphétamines

B. Oquendo (1) ; AS. Rigaud (2) ; H. Lenoir (3)

(1) *Triade, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine;* (2) *Gériatrie, Hôpital Broca, université Paris Descartes, Paris;* (3) *Gériatrie, Hôpital Broca, Paris*

Introduction : La démence à corps de Lewy est un trouble neurocognitif majeur fréquent. Les facteurs favorisant la survenue de la maladie à corps de Lewy sont encore mal connus. La consommation de méthamphétamines semble avoir un impact dans l'apparition des corps de Lewy chez l'animal. **Méthodes :** Le case report suivant porte sur une patiente de 74 ans hospitalisée dans une unité cognitivocomportementale pour bilan étiologique d'un syndrome confusionnel avec agitation psychomotrice diurne et nocturne, anxiété et idées délirantes de persécution. Dans ses antécédents, on remarque une narcolepsie traitée par MODAFINIL (amphétamine). Après interrogatoire et vérification auprès de médecins spécialistes du sommeil, la patiente n'est pas atteinte de narcolepsie. En réalité, cette dernière consomme des amphétamines à forte dose depuis 15 ans, soit jusqu'à 15 comprimés par jour d'amphétamine. L'ensemble des examens cliniques et paracliniques sont en faveur d'une probable démence à Corps de Lewy avec une composante vasculaire dans un contexte d'auto-intoxication chronique par méthamphétamine. Nous émettons l'hypothèse qu'il existe un lien entre la surconsommation de méthamphétamine au long cours et l'expression d'une maladie à corps de Lewy diffus.

Résultats : Plusieurs études ont documenté des déficits neurocognitifs liés à une utilisation prolongée de méthamphétamine. Chez la souris, il est suggéré que la méthamphétamine mèneraient à des modifications neurodégénératives au niveau du cerveau humain avec atteinte des neurones sérotoninergiques et dopaminergiques et une atrophie corticale. Le taux d' α -synucleine augmente au niveau des corps de Lewy des neurones dopaminergiques de la voie nigrostriée chez les consommateurs chroniques de cocaïne par rapport aux patients du même âge non consommateurs. La méthamphétamine n'a pas seulement une action sur l'expression de l'alpha synucleine mais aussi sur sa conformation. L'alpha synucleine devient plus compacte ce qui augmente son effet neurotoxique. Or, l'augmentation de l'expression de l'alpha

synucleine est un facteur de risque de développement de troubles cognitifs et moteurs dont font partie les symptômes moteurs de la démence à corps de Lewy et la maladie de Parkinson. Ainsi, la consommation de méthamphétamines au long cours pourrait être un facteur de risque de maladie neurodégénérative comme la démence à corps de Lewy mais aussi la maladie de Parkinson en induisant une surexpression de l'alpha synucleine au niveau des neurones dopaminergiques de la voie nigrostriée. Cette association a déjà été retrouvée dans le modèle animal. Naturellement, l'absence d'examen anatomopathologique cérébral ne permet pas de tirer des conclusions fermes sur le lien entre la consommation de méthamphétamine et la survenue d'une pathologie neurodégénérative de type maladie à Corps de Lewy pourrait être totalement fortuite.

Conclusion : L'hypothèse que la pathologie dont souffre la patiente ait été induite ou largement favorisée par la consommation de méthamphétamine est posée et doit inciter les cliniciens mais aussi les chercheurs à la réalisation d'études longitudinales d'envergure pour explorer les liens de causalité entre ce type de consommation et l'apparition au long cours de pathologies neurodégénératives de type maladie à corps de Lewy ou apparentée.

SESSION 2

P2-11-01

L'enrichissement protéino - énergétique en EHPAD

L. Delaize (1) ; M. Coatpehen (1) ; G. Helene (1) ; F. Corinne (1)

(1) *Kergwen, Association les Amitiés D Armor, Brest*

Introduction : La résidence Ker Gwenn accueille soixante-seize patients de plus de 75 ans tous atteints d'une maladie neurodégénérative dans des formes modérées à sévères avec un GMP à 845. Ils présentent souvent une déambulation pendant les repas, des fausses routes, des refus de s'alimenter, des apraxies. La cuisine est faite sur place par des cuisiniers professionnels. Nous devons lutter contre une dénutrition protéino - énergétique. **Méthodes :** Nous avons réfléchi sur les textures des aliments en proposant des menus à texture normale, mixée ou lisse. Malgré cela, l'apport protéino - énergétique n'étant pas suffisant, nous avons enrichi avec de la poudre de lait, de la poudre de protéine et des fromages tous les plats possibles c'est à dire un enrichissement qui n'altère pas l'aspect visuel du plat. L'enrichissement ne devant pas perturber l'aspect et la texture du plat, de nombreuses recettes ont été élaborées. L'enrichissement permet un apport de 20 à 40% d'apport en protéine supplémentaire par rapport à une ration normale. (Cf. graphique). En cas de dénutrition sévère, CRP supérieure à 15 mg/l et albuminémie inférieure à 30 mg/l, des compléments de type produit laitier sont également ajoutés au petit déjeuner et au goûter. Nous voulions diminuer l'utilisation des compléments alimentaires de type industriel et favoriser l'enrichissement par des produits alimentaires de base. L'enrichissement a débuté en décembre 2016. Les patients sont pesés tous les mois et ceux qui ont perdu 2kg et plus dans le mois, bénéficient d'une albuminémie et d'une crp. Un travail est également réalisé sur la posture du soignant lors de l'aide aux repas afin de favoriser une prise alimentaire optimale et agréable pour le patient. Des couverts et des ustensiles ergonomiques sont mis en service suivant l'apraxie de chacun. **Résultats :** Nous avons constaté une diminution de la perte de poids voire même une prise de poids de 4 à 5 kg chez les patients dénutris, une diminution des escarres chez les patients confinés lit- fauteuils et une diminution du

nombre de chute. Sur le plan biologique des albuminémies ne sont pas en dessous de 30 g/l sauf chez des patients en fin de vie qui ne s'alimentent plus. (cf. graphiques). **Conclusion :** L'enrichissement protéino- énergétique avec des produits de base alimentaire (lait en poudre, œuf et fromage) est tout à fait réalisable en EHPAD. Les recettes sont réalisées quotidiennement par la cuisine. Elles sont variées et plaisent au patient. Le coût de revient est moins cher que les compléments alimentaires industriels. La diminution du nombre de chute, d'escarres et les prises de poids sont des critères objectifs mettant en évidence que l'apport protéino- énergétique est indispensable.

P2-20-02

Analyse des raisons motivant le maintien de médicaments potentiellement inappropriés suite à une concertation pluridisciplinaire dans un service de médecine aigüe gériatrique

C. Riffard (1) ; A. Grevy (1) ; P. Gibert (1) ; C. Lopez (2) ; N. Mitha (2) ; Z. Nabil (2) ; P. Bedouch (3) ; G. Gavazzi (2)

(1) *Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche*; (2) *Service universitaire de médecine gériatrique, pôle pluridisciplinaire de médecine, CHU Grenoble Alpes, La Tronche*; (3) *Pôle pharmacie; université grenoble alpes; themas cnrs/uga timc-imag umr 5525, CHU Grenoble Alpes, La Tronche*

Introduction : Il n'est plus à prouver que les prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez les sujets âgés sont une source d'iatrogénie médicamenteuse à l'origine de nombreuses hospitalisations. Limiter leur prescription constitue un enjeu de santé publique. Cependant dans certaines situations, certains MPI peuvent constituer une alternative thérapeutique. Les objectifs de cette étude sont de mesurer le taux de MPI maintenus suite à la concertation multidisciplinaire et d'étudier les raisons motivant le maintien de certains MPI identifiés initialement. **Méthodes :** Etude prospective, interventionnelle portant sur les prescriptions à l'entrée et à la sortie des patients de plus de 75 ans hospitalisés dans un service de médecine aigüe gériatrique sur la période du 25/01 au 25/04/2018. La concertation pluridisciplinaire a lieu dans le service de soins le plus tôt en cours d'hospitalisation et est constituée d'un externe et un interne en pharmacie, d'un interne en médecine et d'un gériatre. Elle a pour but pour chaque patient, d'évaluer le caractère réellement inapproprié ou non des MPI et de définir leur devenir. Les MPI sont identifiés à l'aide de la liste STOPP/START version 2 par l'externe de pharmacie lors de la conciliation des traitements médicamenteux d'entrée. **Résultats :** Durant l'étude, 101 patients ont été inclus et 70,3% d'entre eux (n=71) avaient au moins 1 MPI à l'entrée. Au total, 147 MPI étaient prescrits à l'entrée et 72,8% (n=107) de ces MPI étaient arrêtés suite à la concertation pluridisciplinaire. A noter que les motifs d'hospitalisation étaient en lien avec la prescription des MPI dans 23,8% des cas (n=24). Les MPI les plus fréquemment retrouvés à l'entrée sont les médicaments sans indication (n= 46), les benzodiazépines prescrites depuis plus de 1 mois (n=21) et la prescription de vasodilatateurs chez des patients présentant une hypotension orthostatique persistante (n=23). Nous constatons que les MPI maintenus sur la prescription de sortie relèvent de deux situations : d'une part des traitements avec un projet d'arrêt proposés au médecin traitant, d'autre part des traitements réévalués, considérés comme justifiés au vu de la situation médicale du patient mais inapproprié selon la liste STOPP/START. Les classes thérapeutiques majoritairement retrouvées sont les benzodiazépines (34,8%, n= 16) les neuroleptiques (17,4%, n=8) et les IPP (13%, n=6). Concernant les benzodiazépines, une

diminution des posologies est entreprise lors du séjour ainsi qu'une substitution par une benzodiazépine de courte demi-vie. Au sujet des neuroleptiques, les prescriptions restantes à la sortie sont aux posologies les plus faibles et concernent des pathologies avérées évolutives (démence évoluée, schizophrénie notamment). Enfin, les IPP restants à la sortie sont liés pour la plupart (n=4) à des traitements probabilistes d'ulcère pour des patients chez qui les explorations ne sont pas réalisables. **Conclusion :** Cette étude montre une grande prévalence des MPI dans la population gériatrique hospitalisée et un effet positif de la mise en place d'une concertation pluridisciplinaire dédiée à leur réévaluation. Nous constatons que les MPI maintenus à la sortie sont des traitements complexes à arrêter sur une courte période, notamment dans le contexte de l'hospitalisation. Pour ces MPI, une réévaluation de la prescription à distance est proposée au médecin traitant dans le courrier d'hospitalisation. La liste STOPP/START étant une liste de critères explicites présente la limite de ne pas prendre en compte la situation du patient dans son ensemble et n'est pas assez sensible pour détecter les optimisations proposées lors de l'hospitalisation. La combinaison de cette liste avec une liste de critères implicites pourrait être une alternative. Notre étude prévoit dans un deuxième temps de contacter les médecins traitants afin de connaître l'impact de la justification du devenir des MPI en cours d'hospitalisation dans le courrier de sortie sur leur devenir à distance de l'hospitalisation.

P2-14-03

L'infarctus du myocarde de type 2 : situations prédisposantes et facteurs précipitants pour une nouvelle approche gériatrique

A. Putot (1) ; P. Manckoundia (1) ; F. Chague (2) ; Y. Cottin (2) ; M. Zeller (3) ; Observatoire des Infarctus de Côte d'Or

(1) *Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillet, Dijon*; (2) *Cardiologie, CHU Dijon, Dijon*; (3) *Laboratoire pec2, ea7460, Université de Bourgogne, Dijon*

Introduction : L'incidence de l'infarctus fonctionnel du myocarde, dit de type 2 (IDM T2), correspondant à une situation de déséquilibre entre apports et besoins myocardiques en oxygène, augmente avec l'âge comparativement à l'infarctus de type 1 (IDM T1), dû à une rupture ou érosion de plaque. Nous proposons une nouvelle approche pathogénique de l'IDM T2 en adaptant le modèle gériatrique de Bouchon. **Méthodes :** Etude prospective multicentrique incluant tous les patients hospitalisés pour IDM dans les unités de soins intensifs cardiologiques de Côte d'Or d'octobre 2012 à février 2017. Adjudication systématique du type d'IDM selon les critères de la 3ème définition universelle des IDM et des causes pré-spécifiées d'IDM T2. **Résultats :** Parmi 4572 patients consécutifs hospitalisés pour IDM, 3710 (81%) présentaient un IDM T1 et 862 (19%) un IDM T2. Les patients avec un IDM T2 étaient de 10 ans plus âgés (77 vs 67 ans, p<0.001), présentaient plus de comorbidités et moins fréquemment de STEMI (24 vs 52%, p<0.001) que dans le groupe IDM T1. La présentation clinique était plus sévère (score GRACE médian à 171 vs 143, p<0.001) et la FEVG plus altérée (50 vs 55%, p<0.001) mais le pic de troponine Ic était plus bas (3.5 vs 17 µg/L, p<0.001). Les situations prédisposant à l'IDM T2 incluait l'anémie sévère chronique (10%) et le rétrécissement aortique serré (7%), les facteurs précipitants principaux étaient les infections aiguës (39%), en particulier respiratoires, les tachyarythmies (13%) et les tableaux d'insuffisance cardiaque aiguë (10%). **Conclusion :** Dans cette large étude avec identification prospective des IDM T2, l'anémie chronique et le rétrécissement aortique serré prédisposent fréquemment aux IDM T2 et les infections respiratoires aiguës

représentent le facteur précipitant le plus fréquent. Ces données permettent une meilleure compréhension physiopathologique de l'IDMT2 et l'identification des situations de déséquilibre fonctionnel entre apports et besoins myocardiques en oxygène, fréquentes en gériatrie.

P2-21-04

Le syndrome confusionnel chez le sujet âgé ayant des troubles neurocognitifs sous-jacents : mise au point et focus sur les stratégies médicamenteuses

T. Tannou (1) ; S. Koeberle (1) ; C. Masse (2) ; R. Aubry (1) ; P. Vandel (2)

(1) *Gériatrie, CHRU Besançon, Besançon*; (2) *Psychiatrie, CHU, Besançon*

Introduction : Le syndrome confusionnel est fréquent dans les populations gériatriques, surtout lorsqu'il existe des troubles neurocognitifs sous-jacents, et que le patient présente une décompensation organique aiguë. La question de sa prise en charge est fréquemment posée. **Méthodes :** Il s'agit d'un travail d'analyse de la littérature française et anglo-saxonne concernant les recommandations de prise en charge des syndromes confusionnels, avec un focus particulier sur les stratégies médicamenteuses en cas d'échec des mesures non-médicamenteuses. Cette analyse de la littérature est basée sur PubMed, GoogleScholar et Sciences Direct, jusqu'au 31/12/2017, avec les mots clés « aged, delirium, treatment ». **Résultats :** La présentation clinique du syndrome confusionnel peut être variée, allant de l'hypovigilance à l'agitation psychomotrice. Il existe des outils comme la Confusion Assessment Method facilitant le diagnostic. Le bilan étiologique est central dans la prise en charge. Le syndrome confusionnel étant multifactoriel, et étant facilité par les éléments constitutifs du syndrome de fragilité, le repérage des facteurs de risque est central et permet une approche préventive. La recherche d'éléments déclencheurs devra être systématisée, avec une attention particulière sur le risque iatrogénique. La prise en charge symptomatique repose prioritairement sur l'éviction ou le traitement des facteurs déclenchants. Cependant, le délai nécessaire à la réalisation du bilan étiologique et à l'initiation des thérapeutiques peut être long, et peut nécessiter des actes invasifs, potentiellement mis en échec par l'agitation psychomotrice associée au syndrome confusionnel. Dans ces situations, il est essentiel et primordial de mettre en œuvre une approche symptomatique non-médicamenteuse. Néanmoins, en cas de mise en danger du patient, le recours aux thérapeutiques médicamenteuses symptomatiques peut parfois être nécessaire. Les recommandations de bonnes pratiques préconisent, au cas par cas, l'usage de benzodiazépines à demi-vie-courte en cas de trouble anxieux, et de neuroleptiques en cas de troubles productifs, mais sans proposer de stratégie thérapeutique particulière. Ainsi, après étude de la littérature, nous préconisons, en cas de possibilité de compliance et d'une prise orale, la risperidone, à débiter à faible dose (0,5 mg par jour, à augmenter par palier de 0,5 mg) compte-tenu de son excellente tolérance. En cas de mise en danger du patient, et donc nécessité d'une prise en charge plus rapide, l'halopéridol présente l'avantage d'une cinétique rapide, contrairement aux autres neuroleptiques classiques et atypiques. En cas d'impossibilité de prise orale, notamment du fait d'un comportement agressif majeur avec mise en danger, l'halopéridol peut être administré par voie injectable. Bien qu'étant un neuroleptique classique, son profil de tolérance à dose de 1 mg par injection et un maximum de 3 mg par jour est comparable aux antipsychotiques atypiques. Il

doit précocement être relayé par un traitement de fond. De façon alternative, le tiapride pourrait être utilisé pour sa voie injectable, de façon temporaire, compte-tenu de son bon profil de tolérance. Les autres neuroleptiques classiques n'ont pas d'intérêt compte-tenu d'une cinétique d'action comparable aux neuroleptiques atypiques pour un profil de tolérance moins favorable. Les autres classes thérapeutiques (anti-H1 notamment) n'ont pas leur place dans la prise en charge symptomatique des syndromes confusionnels, avec un risque majoré de troubles de la vigilance, sans effet bénéfique. **Conclusion :** Notre travail propose une stratégie thérapeutique selon la symptomatologie du patient.

P2-20-05

Analyse rétrospective des prescriptions de Tramadol dans un hôpital gériatrique : indications, tolérance, efficacité et perspectives

B. Mbugani E.e (1) ; C. De Villelongue (2) ; M. Fiston (3) ; G. Machet (4) ; O. Drunat (5) ; V. Fossey Diaz (6)

(1) *Geriatric, C.H. Général de Longjumeau, Longjumeau*; (2) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris*; (3) *Faculté de médecine, Université de Kikwit, Kikwit, République du Congo*; (4) *Pharmacie, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris*; (5) *Service de psycho-gériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris*; (6) *gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris*

Introduction : La prescription de Tramadol reste controversée chez les sujets âgés et les pratiques médicales très hétérogènes. Les antalgiques de palier 2 métabolisés par le cytochrome P450 2D6 interagissent avec de nombreux psychotropes notamment antidépresseurs tricycliques et inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRS) et de la noradrénaline (IRSNA) fréquemment prescrits. Les effets indésirables neuropsychiatriques sont plus fréquemment rapportés chez les métaboliseurs lents du Cyt P450 2D6. **Méthodes :** Analyse rétrospective du 1er janvier au 31 décembre 2017 des prescriptions de Tramadol dans un hôpital gériatrique. **Résultats :** 115 Patients ont reçu du Tramadol sur la période concernée, 70 femmes et 45 hommes d'âge médian respectif 87,2+/-6,6ans et 82,7+/-8,2ans. 70 patients étaient hospitalisés en SSR (60,9%), 30 en court séjour (26,1%), 9 en soins palliatifs (7,8%) et 6 en soins de longue durée (5,2%). Soixante-sept patients (58%) étaient hypertendus, 60 (52%) présentaient des troubles cognitifs, 41 (35,6%) de l'arthrose, 34 (29,6%) de l'ostéoporose, 28 (24,4%) un syndrome dépressif. L'IMC moyen était de 23,2+/-5,2 kg/m². L'albuminémie moyenne était de 33,3+/-6,4 g/L et la clairance de la créatinine moyenne à 66,1 +/- 19,4 ml/min. Les indications du Tramadol se répartissaient en 50,4% de douleur ostéo-articulaire, 20% de fracture, 9,6% de douleurs neuropathiques, 8,7% de plaies, 5,2% de métastases douloureuses. L'indication n'était pas tracée dans 10,5% des cas. L'évaluation de la douleur était réalisée par l'échelle Algoplus chez 79,1% des patients, par l'échelle visuelle analogique dans 28,1% des cas et par les 2 échelles dans 16,5% des cas. Trente-cinq patients prenaient du Tramadol avant l'admission dans la structure. La durée de traitement médiane était de 14 jours (1-411 jours). 66% des patients prenaient entre 5 et 10 médicaments, 24,3% plus de 10 médicaments. La posologie moyenne utilisée était de 144+/-68mg pour les douleurs ostéo-articulaires, 124 +/- 58mg pour les fractures, 182 +/- 60 mg pour les douleurs neuropathiques, 133 +/- 52mg pour les douleurs métastatiques. Le Tramadol a été suspendu chez 63 patients (54,8%) pendant l'hospitalisation : pour 26 patients (43,1%) pour inefficacité, 19 patients pour contrôle satisfaisant

des douleurs (30,1%), 6 patients pour une intolérance (9,5%). 11 motifs n'étaient pas tracés (17,5%). L'inefficacité thérapeutique concernait la gestion des douleurs d'origine ostéo-articulaire, métastatique, fracturaire, ou neuropathique. Les posologies moyennes de Tramadol à l'arrêt du traitement pour intolérance étaient plus élevées (183 +/- 98mg, n=6), qu'en cas d'arrêt pour inefficacité (108 +/- 52mg, n=26). Les effets indésirables rapportés étaient d'ordre neuropsychiatriques (4 cas d'hallucinations, et 3 de syndrome confusionnel), ou digestif (3 cas de constipation et 1 de nausées). Chez 45 patients (39,1%) une interaction potentielle avec le CytP450 2D6 était retrouvée : 29 avec la simvastatine, 10 avec la miansérine, 2 avec des neuroleptiques. Chez 33 patients (28,7%) existait une co-médication déconseillée avec un IRS ou un IRSNA. On notait 103 co-prescription d'un antalgique de palier 1 (89,6%), 1 d'un autre palier 2 (0,9%), 1 d'un palier 3 (0,9%), 10 de pregabaline (8,7%), 2 d'amitriptylline (1,7%), et 2 de gabapentine (1,7%). Dans 42,9% des cas d'intolérance neuro-psychiatrique (n=4/7), une comédication par IRS ou IRSNA était constatée. **Conclusion :** Les posologies utilisées sont comparables à celles de la littérature chez le sujet âgé. Les effets indésirables rapportés sont cependant moins fréquents dans cette étude rétrospective, probablement du fait d'une sous-déclaration (défaut de traçabilité dans le dossier informatique du patient). Une comédication inappropriée notamment avec les IRS chez le sujet âgé doit être évitée malgré les petits effectifs de cette étude car la fréquence des effets indésirables neuropsychiatriques est plus importante en population générale chez les métaboliseurs lents du Cyt p450 2D6. Un travail prospectif avec titration progressive du Tramadol chez le sujet âgé devra confirmer ces résultats et la sécurité d'emploi de cette molécule dans le traitement de la douleur en l'absence de comédication inappropriée. En effet, la littérature laisse à penser qu'une augmentation progressive des posologies s'accompagnerait d'une fréquence moins importante d'effets indésirables

P2-20-06

Qualité et quantité de médicaments de l'ordonnance en Gériatrie : apporte-t-on un bénéfice ?

PE. Cailleaux (1) ; C. Duez (2) ; D. Haguenaer (3)

(1) Gériatrie, Hôpital Louis-Mourier (AP-HP), Rue des Renouillers, Colombes, France, Colombes; (2) Pharmacie, Hôpital Louis-Mourier (AP-HP), Rue des Renouillers, Colombes, France, Colombes; (3) Gériatrie, Hôpital Louis-Mourier (AP-HP), Colombes

Introduction : La polymédication est fréquente chez le sujet âgé. Sa présence augmente la morbi-mortalité par surdosage, effets indésirables et interactions médicamenteuses. La réévaluation de la prescription et son adaptation personnalisée incombe au Gériatre. L'objectif de notre travail est d'évaluer la pertinence de cette réévaluation. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive en soins courants, en Gériatrie aiguë à l'APHP, portant sur les patients présents sur deux mois non consécutifs en 2016 et 2017. L'analyse a porté sur la qualité et le volume des prescriptions d'entrée et de sortie, issues des comptes rendus. L'analyse de la qualité a porté sur la classification ATC (Anatomique, thérapeutique et chimique) se répartissant en 14 classes d'organe et en sous-catégories. Nous nous sommes limités aux deux premiers niveaux. L'analyse de la qualité a aussi porté sur le calcul de la charge cholinergique en utilisant les échelles ADS (Anticholinergic drug scale), ACB (Anticholinergic cognitive burden) et ARS (Anticholinergic risk scale). Des calculs de fréquences ont été

réalisés pour les variables qualitatives, et de moyennes pour les quantitatives. Des tests t de Student ont été utilisés pour les comparaisons. L'analyse de l'introduction/arrêt des médicaments repose sur la comparaison unilatérale à 0 des moyennes des différences entrée/sortie pour chaque patient. **Résultats :** Sur les 127 patients inclus dans l'étude, âgés de 88±6,9ans, le nombre total de médicaments à l'entrée était de 865 contre 874 à la sortie, avec un nombre moyen de 6,8±3,1 médicaments par patients à l'entrée et de 6,9±3,5 par patients à la sortie. Sur les 475 spécialités ATC, 53 ont été arrêtées et 231 débutées. Seule l'échelle ADS a été retenue comme étant la plus adaptée. La charge cholinergique moyenne globale de la population était de 0,73±0,9 à l'entrée et 0,8±0,9 à la sortie. Elle a augmenté chez 29 patients, diminué chez 21 et est restée stable chez 77. Trois des 14 classes ATC représentaient 73% des prescriptions (A:voie digestive, C: cardio-vasculaire, N: système nerveux). Pour chacune de ces trois classes A, C et N, les variations entrée/sortie étaient respectivement de +11, -28 et +36 spécialités. Dans la classe A, on mettait en évidence une introduction significative à la sortie de médicaments de la constipation (A06) (p<0,001). Dans la classe C, on note une interruption significative des prescriptions d'inhibiteurs calciques (C08) (p<0,05), d'hypolipémiants (C10) (p<0,001) et d'antiarythmiques (C01) (p<0,05). Dans la classe N, on note une introduction significative d'analgésiques (N02) (p<0,001) et un arrêt significatif des antiparkinsoniens (N04) (p<0,05). Parmi les autres médicaments imputés dans les accidents iatrogéniques, on note une tendance à l'introduction d'anticoagulants (B01) (p=0,27). **Conclusion :** Cette étude montre que l'on diminue significativement le nombre d'hypolipémiants et certains antihypertenseurs souvent impliqués dans l'iatrogénie, mais pas les anti-thrombotiques, et augmentons significativement les traitements symptomatiques comme les analgésiques et les laxatifs. Les limites sont liées au recrutement de Gériatrie aiguë, à la pérennité des prescriptions de sortie, au design transversal, et à la difficulté de juger des indications réelles hors contexte. Les échelles d'évaluation de la charge cholinergique ne semblent pas adaptées au profil de prescriptions de nos patients.

P2-18-07

Education Thérapeutique du patient âgé de plus de 60 ans, diabétique de type 2, fragile, présentant ou non des troubles cognitifs et/ou de son aidant

N. Dannenberger (1) ; YLG. Dr (1)

(1) Hôpital de Semaine, GHRMSA, Mulhouse

Introduction : Le Pôle de Gériatrie de Mulhouse s'est engagé dans une démarche de promotion et de création d'un programme d'ETP dédié aux patients âgés diabétique de type 2, depuis 2015. Cette démarche s'inscrit dans un contexte régional et national où la prévalence du diabète ne cesse d'augmenter. Elle est également fondée sur une pratique éminemment sociale dans le sens où nous nous préoccupons des patients âgés de plus de 60 ans qui se trouvent dans une situation de fragilité. **Méthodes :** Tout patient, diabétique de type 2, admis au Pôle de Gériatrie de Mulhouse se voit poposer le programme d'ETP. Par définition, les patients admis au Pôle sont en situation de fragilité. Les patients peuvent souffrir de troubles neurocognitifs majeurs de stade léger, pour débiter le diagnostic, si celui-ci n'est pas encore posé, un bilan cognitif de débrouillage est réalisé avec le MMSE de Folstein. Pour créer notre programme, nous avons tenu compte des particularités éducatives de nos aînés, que sont les difficultés d'apprentissage, de mémorisation et de concentration. nous avons mis en place des supports pédagogiques

que nous avons mis en oeuvre dans des ateliers. Après un entretien diagnostique, réalisé par une infirmière, le patient est inclus dans le programme s'il y consent. Nous lui proposons l'acquisition de compétences, celles-ci sont travaillées en individuel ou en collectif dans les ateliers. Chaque séance est animée par plusieurs intervenants (médecin, cadre de santé, psychologue, professeur d'activités physique adaptée, aide-soignante, infirmière). Le patient choisi les thèmes qui l'intéressent. Le programme se termine par un atelier de photolangage, que nous nommons «atelier 8». Celui-ci permet au patient de s'exprimer sur les effets positifs et négatifs ressentis au cours du programme. Nous contactons tous les patients 6 mois après la fin du programme afin de leur proposer de nouveaux ateliers s'ils en ressentent le besoin. Résultats : A ce jour plus de 300 patients ont été inclus. La majorité a adhéré au programme et a suivi la totalité des séances préalablement choisies. Les effets sont positifs à court et moyen terme. Pour exemple, un patient, après l'atelier nutrition nous a dit «ce que j'ai appris m'a changé la vie!». **Conclusion :** Nous avons créé ce programme de toutes pièces et nous l'avons modifié et ajusté aux besoins des patients au fil de ces trois années. Des journées ETP sont planifiées hebdomadairement. 14 agents, de toutes catégories professionnelles, ont été formés contre 7 au départ. Une formation interne pour les infirmiers(ères) et aides-soignants(es) du Pôle a eu lieu, pour permettre de développer la culture ETP et que « de posture ETP » nous passions à « des attitudes ETP ». Sachant que les personnes âgées sont et seront de plus en plus nombreuses à vivre avec cette maladie chronique, c'est à nous de leur offrir l'opportunité de l'ETP sans nous poser la question de « l'utilité ». Nous avons à ouvrir la voie et permettre à tous de s'inscrire dans une démarche de co-responsabilité et de co-construction. Nous sommes en train d'écrire le prochain programme, nous souhaitons le développer davantage pour les aidants, beaucoup de demande nous sont formulées dans ce sens.

P2-15-08

Facteurs de risque de mortalité chez les sujets âgés, lors d'une épidémie de grippe saisonnière au C.H.U. de Nantes

G. Chapelet (1) ; AS. Boureau (2) ; G. Berrut (3) ; L. De Decker (3)
(1) *Médecine Aigüe Gériatrique, C.H.U de Nantes, Nantes*; (2) *Medecine Aigüe Gériatrique, Centre hospitalier universitaire de Nantes, Nantes*; (3) *Pole de gérontologie clinique, C.H.U de Nantes, Nantes*

Introduction : La grippe est une affection virale fréquente mais qui peut se compliquer, jusqu'au décès, dans certaines populations à risque dont font partie les personnes âgées. Cependant les variables liées à la mortalité à court terme chez les personnes âgées n'ont pas été spécifiquement étudiées. **Méthodes :** Étude analytique rétrospective, de tous les patients de plus de 75 ans du pôle de Gérontologie du CHU de Nantes atteints de la grippe, confirmée par RT-PCR, lors de l'épidémie de l'hiver 2015. **Résultats :** Entre Janvier et Mars 2015, 114 patients ont été inclus. Quatorze patients sont décédés dans les 30 jours suivant le diagnostic grippal. En analyse multivariée, ces patients avaient un âge plus élevé (OR : 1,37 IC95% [1,05;1,79], p = 0,021), un score ADL plus faible (OR: 0,36 IC95% [0,17;0,75], p = 0,006), et un score SOFA plus élevé (OR : 2,30 IC95% [1,07;4,94], p = 0,03). Par ailleurs, un traitement par oseltamivir initié dans les 48 heures après le diagnostic était indépendamment associé à la survie (OR : 0,04 IC95% [0,002;0,78], p = 0,034). **Conclusion :** Cette étude met en avant des facteurs associés à la mortalité à court terme, dans une population de patients âgés à haut risque de mortalité. L'identification de facteurs de

risque de mortalité permet d'envisager des mesures spécifiques de prévention secondaire, comme l'introduction rapide d'un traitement antiviral. Associées à une prévention primaire efficace reposant sur la vaccination, ces mesures pourraient permettre de limiter la mortalité liée à la grippe

P2-13-09

Difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients présentant des troubles cognitifs

C. Vanhaecke Collard (1) ; PP. Marcotte (1) ; E. Caniato (1) ; M. Bonnefoy (2)

(1) *Gériatrie, Centre Hospitalier Alpes Léman, Route de Findrol, Contamine-sur-Arve, France, Contamine-sur-Arve*; (2) *Gériatrie, CHU Lyon Sud, Lyon*

Introduction : La prévalence des troubles cognitifs augmente avec le vieillissement de la population et les médecins généralistes sont de plus en plus souvent confrontés à la prise en charge des pathologies neuro-cognitives. Nous nous sommes donc interrogés sur les difficultés ressenties par ces praticiens qui interviennent en première ligne et souvent de façon isolée à domicile afin de dégager des axes de travail pouvant améliorer la prise en charge de ces patients.

Méthodes : Nous avons mené une enquête prospective quantitative auprès des médecins généralistes de Haute Savoie par le biais d'un questionnaire envoyé par email. Ce questionnaire portait sur les caractéristiques socio-professionnelles des médecins, les difficultés ressenties sur le plan socio-juridique, thérapeutique, diagnostique et sur l'accès aux structures de soins et d'accueil. La dernière partie portait sur les axes d'amélioration possibles. **Résultats :** Au total 69 praticiens ont répondu à ce questionnaire. Une grande partie d'entre eux n'avait pas de formation gériatrique (84%) et était installée depuis moins de 5 ans (46,4%). Les principales difficultés concernent les mesures socio-juridiques : information sur la conduite automobile (61 %), démarches administratives en vue de l'institutionnalisation (67%) et mise en place d'aides à domicile (48%). D'importantes difficultés étaient ressenties pour l'obtention de place en hébergement temporaire urgent (78%), définitif (81%) ou en unités spécialisées pour les troubles psycho-comportementaux (71%). Les problématiques médicales apparaissent au second plan avec essentiellement des difficultés en lien avec la gestion des troubles psycho-comportementaux (71%) et le soutien psychologique de l'entourage (68%). Les médecins ressentent peu de difficultés sur le plan diagnostique et adresse facilement les patients en consultation mémoire (88%). Dans ces cas-là, ils attendent essentiellement un bilan pluri-disciplinaire (78%) et l'élimination d'un diagnostic différentiel (63%). La mise en place d'un traitement médicamenteux «anti-Alzheimer» apparaît secondaire (22%). Les principaux axes d'amélioration cités par les praticiens sont le raccourcissement des délais d'admission en établissement d'hébergement, la simplification des démarches administratives et la facilitation de la mise en place d'aides à domicile. **Conclusion :** Ce travail fait ressortir l'importance d'un diagnostic précoce afin d'anticiper au mieux les diverses difficultés. En dehors des problématiques psycho-comportementales, la prise en charge médicamenteuse et la prise en charge des pathologies intercurrentes ne posent pas de problème majeur. Par contre, une meilleure connaissance des réseaux de soins existants, souvent présents mais mal connus par les médecins généralistes, et une simplification des démarches pourraient les aider au quotidien. Des formations dans ce sens et une meilleure communication pourraient être proposées.

P2-19-10**Adapter le protocole EMDR aux personnes âgées avec troubles cognitifs**

AJ. Vaillant-Ciszewicz (1) ; A. Quaderi (2) ; P. Robert (3) ; O. Guérin (4)

(1) *Cobtek, Hôpital Cimiez, Nice*; (2) *Cobtek, Université Nice Sophia Antipolis: Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines, Nice*; (3) *Cmrr et cobtek lab université cote d'azur, CMRR et CoBTeK lab Université Cote d'Azur, Nice*; (4) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice*

Introduction : La thérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) Shapiro (1988) fait preuve de résultats cliniques probants dans le cadre du stress post-traumatique (TSPT) (OMS, 2013). A ce jour, plus de 24 études randomisées et contrôlées évaluent l'efficacité de la méthode avec des patients traumatisés. Toutefois, l'EMDR ne dispose pas encore de suffisamment de données expérimentales en ce qui concerne les pathologies neurocognitives. Une première étude réalisée par Amano et al. (2015) atteste d'effets thérapeutiques probants au sein de la population ciblée (troubles du comportement). Les auteurs observent une réduction des troubles psycho-comportementaux pour les trois sujets de l'étude avec la méthode EMDR SUR LE CHAMPS. L'adaptation du protocole EMDR est donc possible en gérontologie. Le présent travail de recherche de thèse en psychologie a pour objectif de tisser un lien entre la symptomatologie du traumatisme et la symptomatologie comportementale de la démence. Il s'agit de proposer une approche non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer à un stade évolué permettant de réduire les troubles du comportement de type « agitation verbale ». **Méthodes :** Adapter le protocole EMDR à la population âgée en EHPAD avec troubles cognitifs majeurs (CMAI, NPIES, PITTSBURG). Ligne de base avec inclusion des sujets avec MMSE < 10 et critères de troubles cognitifs majeurs (DSMV). Exclusion des sujets présentant un trouble psychiatrique avéré. Dans un premier temps nous évaluons les besoins primaires des résidents, ensuite, si ces derniers présentent toujours un tableau clinique d'agitation verbale ils seront inclus dans l'un des deux groupes après randomisation: a). stimulations bilatérales alternées (EMDR) b). Groupe contrôle (tenir la main). Nous utilisons des décibels-mètres afin de mesurer l'intensité, la fréquence et la durée des cris dans les deux groupes. Le nombre de sujets est équivalent à N=15. Nous utiliserons les comparaisons de moyennes afin d'analyser les résultats de cette étude pilote. **Résultats :** Les premiers cas cliniques attestent d'une réduction de l'agitation verbale pour le groupe stimulations bilatérales alternées (EMDR). Les effets semblent se produire à court terme et moyen terme lorsque tous les besoins primaires sont satisfaits. Nous pouvons également à la manière de Cohen-mansfield, souligner les corrélations entre besoins primaires et agitation verbale en EHPAD. D'autre part l'analyse d'un bref questionnaire soignants nous permettra de quantifier le niveau de stress des soignants en lien avec le trouble du comportement observé. **Conclusion :** En adéquation avec les recommandations de la HAS, les services de gérontologie doivent s'orienter vers des approches non médicamenteuses afin de réduire les troubles psycho-comportementaux chez la personne âgée.

P2-08-11**Evaluation de la fragilité chez les sujets âgés admis dans un service d'accueil des Urgences: à propos d'une étude prospective**

AA. Zulficar (1) ; M. Kerif (2) ; N. Kadri (1) ; J. Doucet(1)
(1) *Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen*; (2) *Urgences, C.H. de Troyes, Troyes*

Introduction : Le dépistage de la fragilité chez le sujet âgé est un enjeu majeur de santé publique. Nous avons voulu étudier la prévalence de la fragilité chez des sujets âgés de plus de 75 ans, par l'usage de la grille SEGA, dans un service d'accueil des Urgences d'un centre hospitalier général. L'objectif de notre étude est d'une part de préciser l'état de fragilité d'une population âgée de plus de 75 ans, venant dans un service des Urgences, et de l'autre part, de tester la concordance entre le ressenti de l'équipe infirmière IOA et du médecin senior/internes sur la situation fragile ou non du patient âgé venant aux Urgences et l'usage médical de la grille SEGA volet A. **Méthodes :** Etude prospective réalisée chez des sujets âgés de plus de 75 ans, venant aux Urgences de l'hôpital de Troyes, du 24 août 2017 au 30 août 2017 et bénéficiant du dépistage de la fragilité par l'usage de la grille SEGA volet A ; ceci corrélé avec l'avis subjectif de l'infirmière IOA et du médecin senior/internes. **Résultats :** 100 patients ont été inclus, avec un âge moyen de 84,34 ans (75-97), et une prédominance féminine (56 patients ; 56%), un score de CHARLSON moyen de 4,28 (0-11). Les patients venaient du domicile pour 77 sujets (77%), d'un foyer logement/EHPAD pour 23 sujets (23%). Les antécédents médicaux étaient dominés par les pathologies cardiovasculaires ; le motif d'admission des sujets âgés de la série était dominé par la chute pour 26 sujets (26%). Une hospitalisation a été décidée et réalisée pour 52 sujets âgés (52%). Le score de SEGA moyen est de 6,3 +/- 3,59. Le temps de réalisation de score de SEGA (volet A) est de l'ordre de 4min. Il y a un lien statistiquement fort entre le score de fragilité SEGA volet A et les aides à domicile (p=0,002), le lieu de vie (p=0,0009), l'hospitalisation (p=0,039), et avec le nombre de traitement (médicaments >5), (p=0,0002). Selon le ressenti subjectif de l'IOA, à leur admission aux Urgences, 61 sujets âgés étaient considérés comme fragiles (61%). Selon l'évaluation médicale de la fragilité par un médecin senior/internes, 70 sujets âgés étaient considérés comme fragiles (70%). Selon l'évaluation médicale de la fragilité selon la grille SEGA, version modifiée, volet A, 73 sujets âgés étaient considérés comme fragiles (73%). Le score de SEGA moyen est de 12,42 (2-24). Selon le Kappa de Cohen, la concordance est moyenne entre l'avis subjectif de l'IOA et la grille SEGA, alors qu'elle est bonne entre l'avis subjectif des médecins seniors/internes et la grille SEGA. **Conclusion :** Le score de SEGA semble un score adapté aux Urgences. Il permet une évaluation globale du patient et n'est pas chronophage. L'objectif de ce travail est de pouvoir dépister les sujets fragiles et solliciter l'équipe mobile de gériatrie afin de prévenir l'apparition voire l'aggravation d'éventuels syndromes gériatriques. Nous souhaitons proposer aux personnels médicaux et paramédicaux des urgences de réaliser le score SEGA pour toute personne de plus de 75 ans. La personne ressource qui réalisera ce score pourra être l'IOA.

P2-12-12**Evaluation de l'état nutritionnel des patients âgés atteints de cancer: une enquête transversale nationale (NutriAgeCancer)**

E. Paillaud (1) ; C. Martinez (2) ; AL. Couderc (3) ; R. Boulahssass (4) ; M. Gisselbrecht (5) ; E. Liuu (6) ; F. Pamoukdjian (7) ; L. De Decker (8) ; G. Orvoen (9) ; V. Fossey Diaz (10) ; T. Cudennec (11) ; A. Gilles (12) ; P. Caillet (13) ; D. Heitz (14) ; AL. Scain (15)

(1) médecine gériatrique, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris; (2) Santé Publique, Equipe CEPIA (Clinical Epidemiology and Ageing)-Hôpital Henri-Mondor, Créteil; (3) Service de gériatrie, Assistance Publique-hopitaux Marseille, Marseille; (4) Ucoq, Hopital de Cimiez, Nice; (5) Geriatrie, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris; (6) Service gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers; (7) Médecine gériatrique, Hôpital Avicenne, Bobigny; (8) Pole de gérontologie clinique, C.H.U de Nantes, Nantes; (9) Gériatrie, Hôpital Broca, Paris; (10) gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris; (11) Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt; (12) Service de gériatrie, Antoine Charial Hospital, Francheville; (13) Gériatrie médecine interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (14) Geriatrie, CHU de Strasbourg - Hôpital civil - Psychiatrie, Strasbourg; (15) Gériatrie, Hôpital Henri-Mondor (AP-HP), Créteil

Introduction : La perte de poids, un indicateur de l'état nutritionnel, est fréquente chez les patients âgés atteints de cancer et fortement associée à des événements péjoratifs. Notre objectif était d'évaluer la dénutrition et la perte de poids chez les patients âgés atteints de cancer et d'identifier les facteurs associés. **Méthodes :** Une enquête nationale transversale (44 centres d'expertise oncogériatrique, France) de patients atteints de cancer âgés de 70 ans ou plus a été menée du 1 novembre au 14 décembre 2017. Des données démographiques et cliniques ont été recueillies et une évaluation nutritionnelle a été réalisée par un gériatre. Le critère de jugement principal a été la perte de poids au cours des six derniers mois précédant le traitement anticancéreux. Les patients ont été ainsi classés en trois groupes selon le pourcentage de perte de poids (% PDP) : minime ($\leq 5\%$) ; modérée ($>5\%$ et $<10\%$) ; et sévère ($\geq 10\%$). La dénutrition est définie selon les critères de la Haute Autorité de Santé (HAS) avec le Mini Nutritional Assessment (MNA), l'indice de masse corporelle (IMC), la concentration d'albumine sérique et le % PDP. **Résultats :** 571 patients ont participé à l'enquête (âge médian: 83 ans [intervalle interquartile: 79-87], 50% des hommes, 43% avec des métastases). Les principales localisations étaient les cancers du sein (17%), colorectal (14%) et du tractus digestif haut/pancréas (10%). Au total, 124 patients (22%) avaient une PDP modéré (entre 2,5 et 11kg ; 5,2 en moyenne) et 146 (26%), avaient une PDP sévère (entre 5 et 35kg ; 12,1 en moyenne). En analyse univariée, les patients présentant une perte de poids modérée ou sévère avaient le plus souvent un score de comorbidités plus élevé (Index de Charlson ajusté ; $P = 0,018$), un cancer du tractus digestif haut/pancréas et du poumon ($P = 0,001$), des métastases ($P = 0,016$), un statut de performance altéré ($PS \geq 2$; $P < 0,0001$), des troubles dépressifs (jugement clinique et test du 'mini-Geriatric Depression Scale' ; $P = 0,005$), des troubles cognitifs (jugement clinique et test du 'Mini Mental State Examination' ; $P = 0,038$), de dépendance dans les activités de la vie quotidienne ($P < 0,0001$), une mobilité altérée (test 'Get up and Go' ; $P < 0,0001$) et sarcopénie (questionnaire SARC-F ; $P < 0,0001$), par rapport aux patients sans perte de poids ou avec une PDP minime. Selon les critères de la HAS, 64% (IC à 95% : 59,3-68,4) des patients étaient dénutris (valeurs moyennes pour IMC : 23,6kg/m² ; MNA : 18,6 ;

Albuminémie : 32,8g/L ; et PDP : 10,5%). Parmi les dénutris, 52,4% de patients (n=133) souffraient d'une dénutrition sévère (valeurs moyennes pour l'IMC : 23,2kg/m² ; le MNA : 17,4 ; l'albumine : 30,1g/L ; et PDP : 14,0%). Conclusion : La moitié de la population étudiée a perdu plus de 5% de son poids au cours des six derniers mois. Des facteurs oncologiques et gériatriques sont associés à une perte de poids modérée ou sévère.

P2-20-13**Evaluation du risque iatrogénique induit par les substitutions hospitalières chez le sujet âgé**

S. Herbaud (1) ; V. Chauvin (1) ; AL. Scain (1) ; N. Anfasi (1) ; M. Laurent (1) ; E. Paillaud (2)

(1) Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (2) médecine gériatrique, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris

Introduction : La prévalence et les complications de la iatrogénie chez la personne âgée en font un sujet d'une importance majeure. Plusieurs causes ont été étudiées et analysées. La question soulevée par cette étude est de savoir si les substitutions sur ordonnance de sorties, induites par l'adaptation à la pharmacopée hospitalière représentent un facteur de risque de iatrogénie chez le patient âgé. **Méthodes :** Une étude descriptive, observationnelle, rétrospective, monocentrique a été menée auprès des médecins traitants des patients hospitalisés dans le service de l'unité de Gériatrie aiguë de l'Hôpital Henri Mondor, répondant à ces critères de substitutions médicamenteuses, sur la période de Novembre 2013 à Avril 2014. **Résultats :** Sur 591 patients hospitalisés sur cette période, 106 ne présentaient pas de critères d'exclusion, pour un total de 138 traitements substitués. Les β -bloquants et les IPP représentent à eux seuls plus de 45% de ces substitutions. 6 mois après la sortie d'hospitalisation, 17 situations de mauvaise prise médicamenteuse ont été relevés et il a été retrouvé deux incidents iatrogéniques potentiellement imputables aux traitements substitués. **Conclusion :** Les substitutions sur les ordonnances de sortie, induites par l'adaptation à la pharmacopée hospitalière, sont un élément important à prendre en compte dans la lutte contre la iatrogénie chez la personne âgée. Outre une attention accrue lors de la rédaction de ces ordonnances, une communication optimale entre structure hospitalière et médecine de ville demeure un atout majeur dans la prévention de ce risque.

P2-06-14**Evolution de la capacité décisionnelle dans le vieillissement cognitif normal : revue de la littérature**

T. Tannou (1) ; S. Koeberle (2) ; R. Aubry (2)

(1) Gériatrie, CHRU de Besançon, Besançon; (2) Gériatrie, CHRU Besançon, Besançon

Introduction : Le vieillissement est associé à de nombreuses prises de décision, tant dans le domaine de la santé, que dans le domaine médico-social. Or, ces décisions relèvent explicitement du consentement libre et éclairé du patient. La complexité de la prise de décision implique de nombreuses fonctions et structures neurologiques, potentiellement altérées dans le vieillissement cognitif normal. **Méthodes :** L'objectif de notre étude est la réalisation d'une revue systématique de la littérature, selon la méthode PRISMA, portant sur les altérations de la décision dans le vieillissement cognitif normal. **Résultats :** L'étude a porté sur 41 articles, et a mis en évidence, d'une part une altération des

fonctions exécutives prédominant sur la vitesse de traitement et la mémoire de travail, et, d'autre part, dans les situations de décision sous ambiguïté (situations de décision sans pouvoir faire appel à l'expérience), une altération du fonctionnement du système ventro-médian associée à une altération des profils motivationnels. Ces éléments sont compensés par l'apprentissage. Néanmoins, cela pose la question de l'altération notamment en cas de prise de décision unique, cas le plus fréquent dans les champs de la décision médicale ou médico-sociale. **Conclusion :** L'analyse de l'évolution de la capacité décisionnelle dans le vieillissement cognitif, y compris en dehors des maladies neurodégénératives pose la question des modalités de délivrance de l'information médicale et/ou médico-sociale aux patients âgés. D'une façon plus générale, cela questionne sur l'existence d'une relativité de la capacité décisionnelle de la personne âgée, notamment lors de situation de prise de décisions telles que l'entrée en institution ou une décision médico-chirurgicale lourde.

P2-03-15

Promenades en side-car à l'hôpital Charles Foix avec des patients Alzheimer: un an après

L. Valembois (1) ; P. Pouts (1) ; P. Maynie (2) ; I. Viemont (1) ; E. Doizie (1) ; S. Pariel (1) ; J. Belmin (3)

(1) Département de gériatrie ambulatoire, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine; (2) Ulissea, Ulissea, Fort-de-France, Martinique; (3) Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine

Introduction : En 2016, un programme de promenades en side-car d'une durée de 10 à 15 minutes, destiné à 45 patients du service de Gériatrie Ambulatoire de l'hôpital Charles Foix, avec leurs aidants (agents, soignants ou famille) a été mis en place avec l'aide de l'association Ulissea. Ces patients présentaient une maladie neurocognitive type Alzheimer ; Il s'agissait de 84,4% de femmes avec une moyenne d'âge de 83 ans. Les effets multi-sensoriels du processus ont été recherchés, le spectre émotionnel des patients étant optimisé par la situation en side-car. Une évaluation à un an, a été recueillie. Une analyse comparative qualitative a été planifiée, pour mieux discerner les conditions de mémorisation auprès de ces personnes. **Méthodes :** Les visages des 45 patients suivis en hôpital de jour à J0, ayant accepté l'intervention et toujours présents à J15 et J 365 ont été filmés alors qu'ils visionnaient des vidéos de leur séance de promenade dans le side-car lors des deux séances de restitution, réalisées deux semaines (24 patients) puis un an après la séance (17 patients) en side-car. Nous avons mené une analyse qualitative liée au profil médical de chaque patient, et une analyse par un logiciel de reconnaissance faciale (FaceReader), selon un protocole précis, pour identifier les émotions induites pas la vision de la vidéo. Des patients contrôles ont été filmés (10) et le personnel a aussi participé avec 10 personnes filmées. **Résultats :** On a observé globalement une persistance de l'événement dans les mémoires, c'est ce que révèlent les évaluations à 12 mois, à partir de l'analyse individualisée des patients encore présents à distance de l'expérimentation, et dont le recueil était possible. **Conclusion :** La persistance de l'événement à un an, la mesure des émotions retrouvées et ses applications posent la question des moyens sensoriels liés à la plasticité cérébrale pour renforcer le dialogue et par conséquent accroître consolider ou diversifier la communication avec les patients présentant des troubles cognitifs.

P2-02-16

Facteurs associés à la peur de chuter dans une population ambulatoire de personnes âgées participant spontanément à des ateliers de travail de l'équilibre ou de la mémoire

A. Dureau (1) ; M. Sanchez (2) ; M. Lilamand (3) ; G. Groupe Ethique Géronod'if (4) ; M. Vigan (5) ; C. Laouenan (5) ; C. Mairesse (6) ; C. Flouquet (7) ; O. Hanon (8) ; A. Raynaud-Simon (1)
(1) Gériatrie aigue, Hôpital Bichat-Claude-Bernard, Paris; (2) Gériatrie, Hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP), Rue Henri Huchard, Paris, France, Paris; (3) Faculté paris vii, Hôpital Bichat (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), Paris; (4) Géronod'if, Géronod'if, Paris; (5) Département d'épidémiologie, biostatistique et recherche clinique, Hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP), Paris; (6) Prif, Prévention Retraite IDF, Gentilly; (7) Retraite et action sociale, CNAV, Paris-19E-Arrondissement; (8) Service du professeur hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca (AP-HP), Paris

Introduction : La peur de chuter est un facteur de risque de chute et de perte d'autonomie. Néanmoins, les déterminants de la peur de tomber demeurent largement méconnus. L'objectif principal de cette étude était d'explorer les facteurs associés à la peur de tomber, dans une population de sujets retraités autonomes, chuteurs et non-chuteurs. **Méthodes :** Etude observationnelle transversale, ancillaire de l'étude Equilibre en Mouvement, Mémoire et Activité Physique (EMMAP), incluant des sujets retraités, ambulatoires, participant spontanément à des ateliers de travail de l'équilibre ou de la mémoire proposés par le PRIF. Les paramètres recueillis comportent la survenue d'une chute dans l'année précédente et la peur de tomber (oui/non), les données nutritionnelles (IMC, perte de poids récente, consommation alimentaire), de fonction physique (get-up and go test, vitesse de marche, levers de chaise et SPPB) et le nombre de médicaments (nombres de molécules différentes prises par jour). Les paramètres associés à la peur de tomber ont été identifiés à l'aide de modèles statistiques univariés puis multivariés. Les analyses ont été conduites dans l'ensemble de la population puis spécifiquement chez les sujets n'ayant jamais chuté. **Résultats :** Sur 350 sujets inclus, 144 avaient peur de chuter (41,1%) ; parmi ceux-ci, 60 (43,8%) n'ont déclaré pas de chute antérieure. La régression logistique multivariée a montré une association indépendante entre la peur de chuter et le sexe féminin (OR = 3,33 ; IC = 1,67 - 10), l'existence d'une chute au cours de l'année écoulée (OR = 2,5 ; IC95% = 1,43 - 2,0), une élévation de l'Indice de Masse Corporelle (OR = 1,06 ; IC95% = 1,01 - 1,11) et l'augmentation du nombre de médicaments quotidiens (OR = 1,19 ; IC95% = 1,04 - 1,32). Chez les sujets non-chuteurs l'analyse a révélé une association indépendante uniquement entre augmentation du nombre de médicaments quotidiens et peur de chuter (OR = 1,25 ; IC95% = 1,05 - 1,43). **Conclusion :** Cette étude a montré, chez les non-chuteurs, une association entre la peur de chuter et l'augmentation du nombre de médicaments, tandis que les paramètres de fonction physique traditionnellement liés à la fragilité ou à la sarcopénie ne lui étaient pas associés. D'autres études sont nécessaires pour mieux explorer ce concept de peur de chuter chez les séniors.

P2-03-17**Agressivité envers les soignants en gériatrie : Le cas spécifique des unités gériatriques dites Alzheimer**

R. Razou (1) ; C. Marinho (1) ; V. D'ouince (1) ; O. Saint-Jean (1)
(1) *Gériatrie 2, Hôpital Corentin-Celton (AP-HP), Issy-les-Moulineaux*

Introduction : 40% des soignants travaillant auprès des personnes âgées auraient subi des comportements violents dans le cadre professionnel dans l'année qui précède. Les causes de ces comportements violents sont complexes et multifactorielles, mais les troubles cognitifs, et la perte d'autonomie qui en résulte, semblent toutefois fortement impliqués. **Méthodes :** Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique à l'hôpital Corentin Celton à Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine, France). Afin de comparer la fréquence et la typologie de l'agressivité envers les soignants en unité gériatrique classique (UGA, SSR, et USLD) et en unité protégée (UCC et UHR), nous avons repris et trié l'ensemble des déclarations « Osiris » effectuées entre janvier 2013 et décembre 2016 par les soignants des 2 services de gériatrie de l'hôpital, le logiciel Osiris étant un logiciel permettant, à l'échelle de l'APHP, la déclaration des événements indésirables associés aux soins. Nous avons également sollicité les soignants de l'unité cognitivo-comportementale afin de décrire et d'évaluer le retentissement de ces violences subies. **Résultats :** 110 déclarations Osiris d'agressivité envers les soignants ont été incluses dans notre travail, et 12 soignants de l'UCC ont répondu à nos questions. L'agressivité envers les soignants en gériatrie est à la fois plus fréquente (plus de 76% des déclarations Osiris étudiées pour 8% des lits d'hospitalisation) et plus grave (100% des événements étiquetés catastrophiques et 87% de ceux étiquetés de gravité majeure) dans les unités spécialisées dans la prise en charge des troubles du comportement de type UCC et UHR. Ces unités totalisent une proportion nettement supérieure d'agressions dépourvues de facteur déclenchant identifié (42% versus 12% dans les unités classiques). Les soins de la vie quotidienne (toilette, habillage, transferts, repas) apparaissent comme des moments particulièrement à risque pour les soignants. Les professionnels au contact direct des malades durant l'ensemble de leur temps de travail (infirmier(ères), aide-soignant(e)s, hôtelier(ère)s) sont particulièrement exposés à l'agressivité. Le retentissement de cette agressivité sur la vie personnelle des soignants est fréquent et problématique. **Conclusion :** La création des unités hospitalières gériatriques spécialisées dans les troubles du comportement permet un accueil optimisé des patients présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, avec des locaux adaptés et du personnel dédié et spécifique; mais elle pose également un problème éthique d'exposition des soignants qui y travaillent. Des études de qualité sur ce sujet sont aujourd'hui indispensables devant la souffrance indéniable des équipes s'occupant au quotidien des patients agressifs, que ce soit en institution ou en milieu hospitalier, pour pointer les besoins en termes de moyens, formation et soutien des équipes travaillant au quotidien dans ces unités spécialisées.

P2-01-18**Les pseudo-hyperkaliémies dans la thrombocytémie essentielle**

D. Vythilingum (1) ; M. Robin (1) ; A. Tiboul (1) ; M. Breton (1);
S. Balesdent (1) ; B. Denis (1) ; M. Gourdon (2) ; L. Lechowski (1)
; L. Teillet (1)

(1) *Médecine gériatrique - pr teillet, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris;* (2) *Médecine gériatrique - dr le quintrec, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris*

Introduction : Les pseudo-hyperkaliémies sont caractérisées par une élévation de la kaliémie en l'absence de véritable hyperkaliémie, et de signe ECG. Certaines pathologies hématologiques peuvent s'accompagner d'une élévation de la kaliémie, notamment des thrombocytoses et/ou leucocytoses au cours de syndromes myéloprolifératifs et de leucémies aiguës. **Méthodes :** Nous rapportons le cas de deux patientes de 88 ans et 94 ans, hospitalisées en gériatrie aiguë, respectivement pour une altération de l'état général et un AVC ischémique. Les antécédents de la première patiente comportaient une fibrillation auriculaire anticoagulée, une insuffisance respiratoire chronique sur cyphoscoliose et une dépression. La seconde patiente avait un antécédent d'AVC ischémique, une démence vasculaire et la notion d'une hyperkaliémie inexpliquée. Ces deux patientes avaient à plusieurs reprises une hyperkaliémie entre 5,5 et 6 mmol/L, sans signe ECG. Pour les 2 patientes, nous avons pu exclure une cause iatrogène, une rhabdomyolyse, un syndrome de lyse tumorale, une insuffisance rénale, une insuffisance surrénalienne, une acidose ainsi que des apports excessifs en potassium. L'hypothèse de pseudo-hyperkaliémie est alors évoquée car les deux patientes avaient une thrombocytose entre 700 G/L et 1000 G/L. Par ailleurs, l'étude des courbes de la kaliémie et de la thrombocytose durant l'hospitalisation montrait, chez les 2 patientes, une corrélation importante entre les 2 valeurs biologiques, confortant notre hypothèse de pseudo-hyperkaliémie liée à la thrombocytose. **Résultats :** Les pseudo-hyperkaliémies ont été décrites chez des patients souffrant de thrombocytoses ou d'hyperleucocytoses importantes. Ainsi, en cas de thrombocytose, la kaliémie mesurée augmente d'environ 0,15 mmol/L pour chaque élévation des plaquettes de 100 G/L. Pour confirmer une pseudo-hyperkaliémie, il existe deux techniques. Les prélèvements sanguins réalisés sur des tubes héparinés, comme ceux destinés à réaliser les numérations sanguines, n'ont pas à subir de centrifugation « traumatisante pour les plaquettes » et permettent de fournir une valeur de kaliémie plus conforme à la kaliémie in vivo. Une autre solution est un contrôle de la kaliémie sur prélèvement de sang artériel. Le raccourcissement du délai de transport jusqu'à l'automate ainsi que la technique de prélèvement artériel moins traumatique diminueraient le risque de lyse des plaquettes. In vivo, l'adhésion des plaquettes aux fibres sous-endothéliales des tissus lésés est le phénomène initial de l'hémostase. Puis l'activation des plaquettes aboutit à la libération des constituants plaquettaires. L'agrégation plaquettaire peut ensuite avoir lieu. Pendant le processus de coagulation in vitro, les plaquettes libèrent du potassium dans le sérum. Elles adhèrent très facilement à des corps étrangers mouillables, les anticoagulants comme l'héparine atténuant cette adhérence. Les plaquettes au contact du verre des tubes de prélèvement secs libèrent du potassium si le phénomène de coagulation se produit. **Conclusion :** Devant une kaliémie élevée sans explication simple, en l'absence d'anomalie ECG et en cas de thrombocytose ou forte hyperleucocytose, une pseudo-hyperkaliémie doit être systématiquement évoquée avant d'envisager notamment tout traitement hypokaliémiant. Il

conviendra alors de ne pas tenir compte d'une hyperkaliémie si le prélèvement a été réalisé sur tube sec. L'ionogramme sanguin doit être contrôlé sur tube hépariné s'il s'agit d'un prélèvement veineux ou bien sur un prélèvement artériel. Mots clés : hyperkaliémie, thrombocytémie essentielle, coagulation

SESSION 3

P3-11-01

Diminution du risque de réhospitalisation chez des sujets âgés avec carence martiale, hospitalisés en SSR gériatrique, ayant bénéficié d'une supplémentation en fer IV : étude cas-témoins

C. Legué (1) ; P. Levy (2) ; S. Meaume (1) ; M. Vaubourdolle (3); C. Forasassi (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Rothschild, Paris*; (2) *Unité de santé publique, Hôpital Tenon AP-HP, Paris*; (3) *Pôle biologie médicale et pathologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris*

Introduction : La carence martiale et la réhospitalisation sont fréquentes, délétères et associées à un mauvais pronostic chez les personnes âgées. L'objectif principal est de déterminer si la supplémentation par Fer IV chez les sujets âgés hospitalisés en SSR gériatrique avec une carence martiale, permet de diminuer le risque de réhospitalisation à 90 jours de la sortie. L'objectif secondaire est de déterminer si la carence martiale chez les sujets âgés hospitalisés en SSR gériatrique est un facteur prédictif de réhospitalisation à 90 jours de la sortie. **Méthodes :** Etude rétrospective Cas-Témoins. Trente patients réhospitalisés versus 30 non-réhospitalisés, carencés en fer, avec appariement individuel sur 9 facteurs (anémie, inflammation, dénutrition, polymédication, dépendance, troubles cognitifs, comorbidité, risque de réhospitalisation et de chute). Test Chi2 recherchant une différence significative du nombre de patients ayant reçu du Fer IV entre les 2 groupes. Trente-cinq patients réhospitalisés versus 35 non-réhospitalisés avec appariement individuel sur les 9 mêmes facteurs et en plus l'administration de Fer IV ou non. Test Chi2 recherchant une différence significative de la présence de carence martiale entre les 2 groupes. **Résultats :** La supplémentation de la carence martiale par Fer IV chez les sujets âgés hospitalisés en SSR gériatrique permet de diminuer de façon statistiquement significative le risque de réhospitalisation à 90 jours de la sortie d'hospitalisation ($p=0,0008$). La carence martiale n'est pas prédictive de réhospitalisation ($p=0,23$). **Conclusion :** Le diagnostic de la carence martiale chez des patients âgés hospitalisés, et sa supplémentation par du fer IV améliorent le pronostic. Il serait intéressant de développer, d'uniformiser et de systématiser cette prise en charge.

P3-08-02

Intervention de l'unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité de Bordeaux : description des patients évalués

MN. Videau (1) ; S. Mosnier-Thoumas (1) ; A. Vouvet (1) ; V. Retailleau (1) ; A. Sferi (1) ; O. Couillé (1) ; N. SALLES (2)

(1) *Unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité, CHU de Bordeaux, Bordeaux*; (2) *Pole gérontologie clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*

Introduction : L'unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité du CHU de Bordeaux a été créée dans l'expérimentation

Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie PAERPA pour développer un travail en pluridisciplinarité, faciliter le maintien au domicile et améliorer le parcours de soins des personnes âgées, éviter le passage aux urgences et améliorer la prise en charge médicamenteuse. Elle propose une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) au domicile de la personne âgée de 75 ans ou plus présentant des problèmes gériatriques (chutes, dénutrition, dépression, polymédication), des troubles cognitifs, des troubles du comportement et/ou des problèmes sociaux. Nous avons voulu décrire, après 2 ans d'activité, le profil des patients évalués à domicile. **Méthodes :** Les données concernant les patients (âge, sexe, médecin), mode de vie, autonomie, cognition, thymie, marche, nutrition, comorbidités, médicaments ont été recueillies à partir du compte-rendu de l'EGS. **Résultats :** En 2016 et 2017, 399 patients ont bénéficié d'une EGS : 293 femmes (73.4%), 106 hommes d'une moyenne d'âge de 85 ans. 89.2% avaient un médecin traitant déclaré auprès des organismes d'assurance maladie. Concernant leurs conditions de vie, 56.2% vivaient seuls au domicile, 64.3% avaient un passage IDE, 65.9% une auxiliaire de vie et 28.1% des séances de kinésithérapie. Concernant le statut fonctionnel, 41% avait un ADL à 6 et 48% un IADL à 0. Sur le plan cognitif, le MMSE, réalisé dans 88,2% des cas, était compris entre 20 et 30 pour 44.1% des patients, entre 10 et 19 pour 36.1% et entre 0 et 9 pour 8%. L'évaluation thymique par le GDS a été réalisée chez 33% des patients parmi lesquels 2/3 étaient à risque de dépression. Respectivement, le Timed Up and Go Test, le Walking when Talking Test, l'appui unipodal et la recherche d'une hypotension orthostatique (HTOS) ont été effectués chez 57,3 %, 82,2 %, 68,6 % et 60,5 % des patients détectant tous un risque élevé de chute. Le MNA test a été réalisé chez 352 patients dont 19 % étaient dénutris avec un score compris entre 0 et 16,5 et 49,8 % à risque de dénutrition avec un score entre 17 et 23,5. Nos patients étaient polypathologiques (avec en moyenne 5 comorbidités) et polymédiqués (en moyenne 5.8 médicaments [0 ; 19] par jour). **Conclusion :** Parmi nos patients, 10 % sont en rupture ou refus total de soins, repérées par les organismes sociaux et proposées à l'unité pour évaluation. Nous avons mis en évidence que 56,2 % des patients vivent seuls à domicile mais ce chiffre ne distingue pas les personnes isolées socialement de celles bénéficiant d'aides extérieures. Or, les aidants sont précieux dans le maintien à domicile car ils représentent le support affectif de la personne âgée et assurent régulièrement une présence et une surveillance. On note qu'une forte majorité des patients sont autonomes pour la plupart des activités courantes de la vie quotidienne (ADL ≥ 4 dans 67,6 %) mais sont totalement dépendants pour les activités plus complexes (IADL = 0 dans 48%). 20 % de nos patients sont considérés dépendants (ADL < 3). Chez ces patients, l'EGS, dont le but est de restaurer une autonomie, est demandée trop tardivement. Ces patients sont normalement hors critères d'inclusions dans le PAERPA. Néanmoins, l'EGS permet d'améliorer la qualité de vie, la prise en charge de la douleur, de l'environnement, etc. L'atteinte mnésique est concordante avec l'atteinte fonctionnelle. Un nombre important de diagnostics de démence est posé à l'issue de l'EGS, parfois même à un stade tardif devant un trouble du comportement. Les explications avancées sont le refus du patient, le manque de suivi médical, la méconnaissance de la maladie. Deux tiers des patients sont à risque de dépression quand le GDS est réalisé. Il est utile au repérage afin de discuter l'intervention du psychiatre de l'unité. Les patients évalués sont, pour une large majorité, à risque élevé de chute. La recherche d'une HTOS chez le sujet âgé doit faire partie intégrante de l'EGS car sa prévalence est forte après 65 ans. Elle est de 25 % dans notre étude et participe aux

facteurs de risque de chute. Sur le plan nutritionnel, le stade "en risque de dénutrition" concerne la moitié des patients. L'isolement social, la diminution des capacités physiques, les détériorations intellectuelles, la polymédication, la dépression sont des facteurs de risque de dénutrition. Enfin, l'un des objectifs annoncés de l'unité est de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse; la réévaluation de la pertinence des traitements est un point fondamental. Malgré une définition non consensuelle de la fragilité, l'analyse des caractéristiques des personnes âgées évaluées sur 2 ans montre qu'une grande proportion semble répondre au critère du PAERPA, à savoir être en risque de perte d'autonomie.

P3-03-03

Comparaison de la progression des compétences cliniques concernant la personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs majeurs des étudiants en médecine de DFGSM3 et DFASM1, grâce à un modèle d'enseignement par simulation

I. Hernandorena (1) ; A. Cohen (1) ; M. Beunardeau (2) ; M. Piccoli (3) ; JS. Vidal (3) ; J. Coulon (3) ; F. Bach (3) ; O. Hanon (1) ; AS. Rigaud (2) ; E. Duron (4)

(1) Service du professeur hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris; (2) Gériatrie, EA 4468 - Hôpital Broca - APHP, paris; (3) Gériatrie, Hôpital Broca, Paris; (4) Service du docteur karoubi, hôpitaux universitaires paris sud (aphp), Hôpital Paul-Brousse, Villejuif

Introduction : La formation précoce des étudiants en médecine aux particularités de l'examen clinique de personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs (TNC) majeurs apparaît primordiale. Une équipe interdisciplinaire du pôle gérontologique du Groupe Hospitalo-Universitaires Paris Centre (GHUPC) a élaboré une séance de formation en simulation de l'examen clinique de la personne âgée atteinte de TNC majeurs à destination des étudiants de DFGSM3. Nous avons démontré que cet enseignement était efficace. Nous avons voulu comparer cette efficacité en fonction du niveau d'avancement dans les études médicales. L'objectif de cette étude est de comparer le taux de progression des compétences cliniques concernant la personne âgée atteinte de TNC majeurs des étudiants en médecine, grâce à un modèle d'enseignement par simulation, des étudiants en DFGSM3 et DFASM1. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective, comparative et multicentrique. Nous avons proposé la séance de formation en simulation avec patient standardisé à des étudiants en DFASM1 de la faculté de médecine Paris Sud. La séance de formation permet d'évaluer l'évolution des compétences cliniques (« comportementales » et « recueil des informations » auprès d'une personne ressource) concernant le patient âgé atteint de TNC majeurs. Nous avons comparé les taux d'amélioration des étudiants en DFASM1 par rapport aux étudiants en DFGSM3 en utilisant le test non paramétrique de Kruskal. **Résultats :** Dix sept étudiants de DFASM1 ont bénéficié de l'enseignement par simulation. Les moyennes totales (DS) obtenues par les étudiants de DFASM1 avant et après notre intervention étaient respectivement de 9.69 (0.89)/22 et 16.6 (1.8)/22 ($p < 0.0001$) soit une progression de 7.36 (1.09) versus 10 (3.6)/22 et 16.2(3.5)/22 avec une progression de 5,99 points (3,54) pour les étudiants de DFGSM3. Les moyennes (DS) obtenues à l'évaluation du comportement étaient respectivement de 8.44 (1.42)/15 et de 12.4 (1.4)/15 ($p < .0001$) versus 7.7 (2.8)/15 et de 12.5 (2.5)/15 ($p < .0001$) pour les étudiants de DFGSM3. Les moyennes (DS) obtenues à l'évaluation du « recueil de l'information » étaient respectivement de 0.964 (1.263)/7 et 4.27 (0.97) /7 ($p < 0.001$) versus 2,41 (1.77)/7 et 3,84 (1.73)/7 (p

= 0.001) pour les étudiants de DFGSM3. La progression globale et en particulier au plan du recueil de l'information est plus importante chez les étudiants de DFASM1. La différence de progression n'est pas significative pour les moyennes de l'évaluation globale ($p=0.05$) et de savoir être ($p=0.95$). Cependant, la différence de progression quant à l'évaluation du « recueil des informations » est significative ($p=0.04$). **Conclusion :** Notre modèle d'enseignement permet une amélioration significative des résultats sur l'évaluation clinique globale et le comportement de l'apprenant en DFASM1. Il n'existe pas de différence significative de progression entre les étudiants en DFGSM3 et DFASM1 concernant l'évaluation globale et comportementale. En revanche, il existe une différence significative concernant l'évaluation du « recueil d'information ». En effet, les étudiants en DFASM1 achevaient un stage hospitalier en gériatrie et étaient donc plus aguerris sur les modalités de recueil des informations dans une population gériatrique. Cette formation est innovante, efficace pour les étudiants en DFGSM3 et DFASM1.

P3-08-04

Unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité de Bordeaux: enquête comparative de satisfaction entre médecins traitants demandeurs et non demandeurs de l'Évaluation Gériatrique Standardisée

MN. Videau (1) ; S. Mosnier-Thoumas (1) ; A. Vouvet (1) ; O. Couillé (1) ; V. Retailleau (1) ; A. Sferi (1) ; N. Salles (2)

(1) Unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité, CHU de Bordeaux, Bordeaux; (2) Pole gérontologue clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux

Introduction : Le projet national Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) est destiné aux sujets de 75 ans et plus, encore autonomes, mais dont l'état de santé est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical et/ou social. L'unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité fait partie des dispositifs testés sur la ville de Bordeaux. Elle réalise une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) de la personne âgée à son domicile afin d'identifier des problématiques et émet des propositions de prise en charge à destination de son médecin traitant. L'objectif de ce travail était de comparer la satisfaction des médecins traitants à l'origine de la demande d'EGS versus les non demandeurs, vis-à-vis des propositions émises par l'unité. **Méthodes :** Un auto-questionnaire a été envoyé aux médecins traitants des patients évalués sur l'année 2016 afin de recueillir leurs caractéristiques (âge, sexe, mode d'exercice) et leurs satisfactions vis-à-vis des propositions formulées par l'unité. Ces propositions ont été classées en 5 catégories : diagnostique, thérapeutique, aides humaines et matérielles, aides sociales et suivi médical. Pour l'étude comparative de satisfaction, les réponses ont été rassemblées en deux groupes "non satisfait" avec "peu satisfait" et "satisfait" avec "très satisfait". L'analyse de la satisfaction a été réalisée pour chaque thématique puis d'une façon générale en additionnant les réponses obtenues aux cinq thématiques. **Résultats :** En 2016, 185 patients ont eu une EGS. L'étude comparative a porté sur 103 médecins traitants différents. Ce chiffre s'explique par le fait que certains patients n'ont pas de médecin traitant ($n = 20$) alors que d'autres ont le même. Le nombre moyen de patients évalués par médecin traitant était de 1,6 [1 ; 6]. Dans 37,9 % des cas ($n = 39$), le médecin traitant était le demandeur de l'EGS et dans 62,1 % des cas ($n = 64$), il ne l'était pas. 64 médecins traitants sur 103 ont retourné le questionnaire, soit un taux de réponse de 62,1 %. Ce taux était de 66,6 % chez les médecins demandeurs de l'EGS (26 sur 39) et

de 59,4 % chez les non demandeurs (38 sur 64). Cette différence n'était pas statistiquement significative ($p = 0,46$). Au sein de notre échantillon de médecins répondants, 9,4 % avaient moins de 40 ans, 20,3 % avaient entre 40 et 49 ans, 39,1 % avaient entre 50 et 59 ans et 31,2 % avaient plus de 60 ans. Les deux groupes, médecins traitants demandeurs et non demandeurs de l'EGS, étaient comparables car les différences n'étaient pas significatives sur l'âge ($p = 0,28$), le sexe ($p = 0,70$) et le mode d'exercice ($p = 0,48$). Quelque soit la thématique, la différence de satisfaction n'a pas été statistiquement significative entre les 2 groupes (diagnostique $p = 0,84$; thérapeutique $p = 0,26$; aides humaines et matérielles $p = 0,37$; aides sociales $p = 0,94$; suivi médical $p = 0,67$). Dans 90,7 %, les médecins traitants ont été satisfaits ou très satisfaits mais la différence entre médecins demandeurs et non demandeurs n'a pas été statistiquement significative ($p = 0,06$). **Conclusion :** Le taux de réponses à notre questionnaire de 62,1 % était comparable statistiquement entre les deux groupes. Néanmoins, nous remarquons que la participation a été meilleure dans le groupe des médecins demandeurs de l'EGS (66,6 % versus 59,4 %). Cela témoigne d'un plus grand intérêt chez ces médecins pour l'unité d'évaluation gériatrique. L'analyse comparative des caractéristiques des deux groupes n'a pas montré de différence statistiquement significative. En revanche, nous notons que la part des médecins demandeurs de moins de 50 ans est plus importante que celle des médecins non demandeurs. Inversement, les médecins de 60 ans et plus sont moins demandeurs. Les explications avancées a cela sont : une implication plus forte des jeunes médecins dans les nouveaux dispositifs de santé destinés à faciliter leur pratique médicale quotidienne et un désir plus grand de travailler en collégialité. La différence de satisfaction n'était pas statistiquement significative entre les deux groupes. Le rôle joué par le médecin traitant dans la demande de l'EGS ne conditionne pas sa satisfaction. Ce résultat signifie que l'unité d'évaluation gériatrique doit continuer de répondre à toutes les demandes d'EGS, indépendamment du demandeur. L'ensemble des médecins traitants ont été satisfaits ou très satisfaits des propositions (87,0 % à 96,7 % en fonction des thèmes). L'unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité constitue une aide précieuse pour les médecins traitants dans la prise en charge des personnes fragiles. Dans l'enquête, 92,2 % des médecins se disaient prêts à refaire appel à l'unité. Ce dispositif a, de ce fait, été pérennisé et devrait s'étendre très prochainement sur les communes avoisinant Bordeaux.

P3-13-05

Transmission du traitement de sortie aux pharmaciens d'officine via la messagerie sécurisée: étude de faisabilité au sein d'un service de Médecine Aiguë Gériatrique où la conciliation médicamenteuse est implantée

C. Roland (1) ; M. Dambrine (2) ; JB. Beuscart (3) ; T. Patou (2) ; L. Averlant (4) ; A. Charpentier (5) ; B. Decaudin (2) ; F. Puisieux (3) ; P. Odou (2)

(1) Pôle pharmacie, C.H.U Toulouse - Site Purpan, Toulouse; (2) Service de pharmacie, C.H. Régional Universitaire de Lille (CHRU de Lille), Lille; (3) Gériatrie, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille; (4) Gériatrie, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille; (5) Pôle de gérontologie, C.H. Régional Universitaire de Lille, Lille

Introduction : La gestion du risque iatrogène lors des phases de transitions est un enjeu majeur de l'amélioration du parcours de soins chez les personnes âgées. Le pharmacien d'officine apparaît comme un acteur de soins évident et essentiel dans cette optique lors

du retour à domicile. Cependant, il n'est pas le destinataire habituel des comptes rendus d'hospitalisation (CRH), ce qui limite fortement sa capacité à détecter les problèmes et à intervenir ou alerter. Dans notre établissement, les CRH peuvent être automatiquement envoyés via messagerie sécurisée aux différents correspondants médicaux du patient lorsqu'ils sont archivés informatiquement. Dans le service de Médecine Aiguë Gériatrique (MAG), la conciliation médicamenteuse d'entrée permet d'obtenir le bilan médicamenteux optimisé (BMO) et le traitement de sortie est rédigé sous forme de conciliation médicamenteuse de sortie. Cette étude a pour objectif principal d'évaluer la faisabilité de l'envoi du CRH des patients retournant au domicile au pharmacien d'officine, via la messagerie sécurisée, le jour de la sortie, et d'en vérifier la cohérence et la validité des informations pharmaceutiques. **Méthodes :** Étude rétrospective portant sur tous les patients hospitalisés en MAG entre le 12/02/2018 et le 11/03/2018. Les patients retournant au domicile ou en EHPAD étaient inclus. Les données extraites comprenaient : sexe, âge, lieu de vie, lieu de sortie, délai d'archivage informatique du CRH (par rapport à la date de sortie), existence d'une messagerie sécurisée chez le pharmacien d'officine destinataire. De plus, le BMO, le traitement rédigé dans le CRH et celui de l'ordonnance de sortie ont été analysés par un pharmacien afin de déterminer le nombre et le type de divergences non intentionnelles (DNI) à la sortie du patient. **Résultats :** Au total sur les 83 patients hospitalisés sur la période, 58 patients ont été inclus, dont 37 (63,8%) retournant à domicile et 21 (36,2%) retournant en EHPAD. L'âge moyen était de 88 ans et 60,3% étaient des femmes. Tous les patients sortaient avec un CRH validé et signé, contenant le traitement de sortie. Cependant, seuls 16 (27,6%) des courriers avaient un archivage informatique le jour même, lié notamment au temps de secrétariat. Aucune des pharmacies d'officine des patients ne possédait de messagerie sécurisée. Sur les 58 patients inclus, 39 (67,2%) avaient une ordonnance de sortie en plus du CRH. L'analyse pharmaceutique identifiait 222 DNI entre BMO, CRH et ordonnance de sortie qui se répartissaient de la manière suivante : 1) 105 DNI entre BMO et CRH (soit 1,8 DNI/patient); 2) 42 DNI entre BMO et OS (soit 1,1 DNI/patient); 3) 75 DNI entre CRH et OS (soit 1,9 DNI/patient). Cependant, les DNI portaient le plus souvent sur des classes thérapeutiques dites de support : laxatifs (12,6%), vitamines (11,7%), inhibiteurs de la pompe à protons (11,3%), minéraux (8,6%), antalgiques (7,7%). **Conclusion :** La gestion du risque iatrogène lors de la sortie d'hospitalisation des personnes âgées nécessite une coordination étroite entre plusieurs corps de métier pour parvenir à transmettre une information fiable et valide (pharmacien – médecin) au temps adéquat (jour de la sortie; secrétaire) à la bonne personne et de manière sécurisée (pharmacie d'officine identifiée et équipée).

P3-20-06

Sous- prescription des biphosphonates chez les patients âgés avec ostéoporose fracturaire

J. Lascar (1) ; N. Liu (2) ; Y. De Rycke (3) ; R. Laurent (1) ; E. Pautas (1) ; A. Breining (1)

(1) Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine; (2) Gériatrie, CHU Mondor - Chenevier, Créteil; (3) Département d'épidémiologie et recherche clinique, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris

Introduction : L'ostéoporose, ostéopathie la plus fréquente, est une maladie diffuse du squelette caractérisée par une diminution de la masse et de la résistance osseuse. Elle est responsable

d'une augmentation du risque de fracture. La prise en charge médicamenteuse de l'ostéoporose reste imparfaite avec une sous-prescription médicamenteuse importante. La proportion de patients recevant un traitement anti ostéoporotique après une fracture ostéoporotique varie de moins de 15% à 45,5% des patients. L'objectif principal de cette étude est de déterminer le pourcentage de sous-prescription de biphosphonates chez les patients âgés avec ostéoporose fracturaire. Les objectifs secondaires sont d'étudier les caractéristiques des patients n'ayant pas de biphosphonates malgré l'existence d'une ostéoporose fracturaire ainsi que le pourcentage de sous-prescription de supplémentation vitamino-calcique chez les patients ostéoporotiques. **Méthodes :** Etude observationnelle prospective descriptive et analytique des ordonnances ambulatoires de patients âgés de 75 ans et plus, inclus à l'occasion d'une hospitalisation non programmée dans un service de court séjour gériatrique, sur une période de 17 mois (cohorte AGER du DHU FAST). Les données recueillies sont : âge, sexe, poids et Indice de Masse Corporelle, échelle d'autonomie, scores de fragilité et de comorbidités, antécédents, données biologiques, nombre total de médicaments et la prescription de biphosphonate, de calcium ou de vitamine D sur l'ordonnance habituelle de ville. Analyse descriptive des prescriptions de biphosphonates chez les patients avec ostéoporose fracturaire et des prescriptions calcium et vitamine D chez les patients ostéoporotiques. Analyse univariée puis multivariée des caractéristiques des patients associées à la présence de ces prescriptions. **Résultats :** Parmi les 209 patients avec ostéoporose fracturaire, 28 (13%) sont traités par biphosphonates. Les facteurs associés à cette prescription de biphosphonates sont le score de Charlson bas et les patients ayant un traitement par calcium et vitamine D déjà initié. Parmi les 271 patients ostéoporotiques, 96 (35%) sont traités par calcium ou vitamine D. Les facteurs associés à cette prescription de calcium ou de vitamine D sont le sexe masculin, le poids moyen, le nombre de traitements sur l'ordonnance et les patients ayant un traitement par biphosphonate déjà initié. **Conclusion :** Notre étude retrouve une faible prévalence de la prescription des biphosphonates et de la supplémentation vitamino-calcique dans l'ostéoporose et l'ostéoporose fracturaire, ce qui semble indiquer une sensibilisation insuffisantes des médecins, en particulier médecins traitants, aux recommandations actuelles. Les efforts de prescription sont à augmenter pour prévenir l'ostéoporose chez les sujets âgés, qui enjeu majeur de santé publique.

P3-23-07

Effets d'un traitement manipulatif ostéopathique sur le système somato-sensoriel de la personne âgée – étude pilote

A. Vicart (1) ; I. Santamaria (1) ; A. Wagner (1)

(1) Département recherche, Centre Européen d'Enseignement Supérieur de l'Ostéopathie, Saint-Denis

Introduction : L'altération du système somato-sensoriel de la personne âgée augmente le risque de chute, première cause d'altération fonctionnelle et cinquième de décès de cette population. Quelques études suggèrent des améliorations sensori-motrices grâce à la thérapie manuelle, mais peu d'études portent sur les sujets âgés. L'objectif de cette étude était donc d'évaluer les effets d'un traitement manipulatif ostéopathique sur le système somato-sensoriel de la personne âgée. **Méthodes :** Nous avons mis en place une étude pilote à la clinique « A Mains Nues » (Saint-Denis, France) entre septembre 2016 et février 2017. Les patients étaient inclus s'ils avaient au moins 65 ans, un score supérieur à 24 au MMSE et une altération du système somato-sensoriel (score au Cumulative

Somato-sensory Impairment Index (CSII) ≥ 1). Nous n'avons pas inclus les patients placés sous-tutelle et avons exclu ceux présentant une pathologie neurologique déficitaire irréversible. Les patients ont été répartis en deux groupes par randomisation, un groupe traitement ostéopathique et un groupe placebo recevant un « light touch ». Chaque séance se décomposait en 15mn d'anamnèse, 15mn d'examen clinique et 15mn de traitement semi-standardisé, seule la phase de traitement variant en fonction du groupe. Les praticiens ont été formés au protocole de traitement de l'étude. Les patients ont reçu deux séances de traitement espacées d'une semaine. Le critère de jugement principal choisi était le CSII, cluster de quatre tests du système somatosensoriel : la graphesthésie à la plante du pied, la baresthésie au monofilament, la pallesthésie au diapason 128Hz et la statesthésie avec le test de repositionnement articulaire de la cheville. Ce cluster présente une bonne reproductibilité inter-praticien et prédit une altération du contrôle postural dans les 3 ans ($p < 0,05$). Les données ont été recueillies à trois reprises (avant la première et avant la deuxième séance, puis à une semaine après la deuxième séance) par un évaluateur entraîné aux tests et aveugle à la répartition des groupes. L'analyse statistique portait sur l'évolution inter-groupe des scores (test de Mann-Whitney) et du nombre de sujets sains (test de Fischer). Ce protocole a été validé par un comité éthique en accord avec la déclaration d'Helsinki. **Résultats :** 21 patients (16 femmes et 5 hommes) ont été recrutés. La moyenne d'âge était de 72 ans (DS = 5,8). En dehors de l'âge (le groupe placebo était statistiquement plus âgé ($p = 0,02$)), le groupe traitement ($n = 12$) et le groupe placebo ($n = 9$) étaient statistiquement comparables au début de l'étude pour les scores des tests du CSII, excepté la statesthésie (meilleurs résultats dans le groupe traitement ($p = 0,003$)). Suite aux deux séances, on notait des améliorations dans les scores de chaque test pour les deux groupes, avec une différence statistiquement significative en faveur du groupe traitement pour la statesthésie ($p = 0,002$) et le score total du CSII ($p = 0,01$). Le groupe traitement présentait également une augmentation du nombre de sujets ne présentant pas d'altération en fin d'étude pour chacun des tests et pour le score global du CSII, mais sans différence significative. Ces effets à court terme sur le système somato-sensoriel pourraient être expliqués par des effets des manipulations comme la modulation des seuils d'excitabilité corticaux et médullaires pouvant notamment améliorer le contrôle moteur. Un effet d'apprentissage des tests pourrait également expliquer les améliorations dans les deux groupes. **Conclusion :** Cette étude pilote avance des éléments pouvant suggérer un effet bénéfique du traitement manipulatif ostéopathique sur le système somato-sensoriel, notamment si celui-ci fait intervenir une action motrice. Ces données sont à confirmer par des études à plus grande échelle.

P3-20-08

Charge anticholinergique et syndrome confusionnel en médecine aigüe gériatrique

S. Yammine (1) ; L. Norberciak (2) ; D. Céline (3) ; F. Puisieux (4) ; F. Visade (5)

(1) Ssr, GHICL, Lille Lomme; (2) Département de recherche médicale, Centre hospitalier de Saint Philibert, Lomme; (3) Court séjour gériatrique, GHICL, Lille Lomme; (4) Geriatrie, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille; (5) Gériatrie, Centre hospitalier de Saint Philibert, Lomme

Introduction : Les médicaments à effet anticholinergique sont bien connus des prescripteurs comme potentiellement inappropriés chez

la personne âgé poly pathologique, notamment lors d'un syndrome confusionnel. La charge anticholinergique (CA) des médicaments, quant à elle, ne semble pas l'être. L'objectif était de déterminer si la CA de l'ordonnance des patients âgés confus hospitalisés en médecine aiguë gériatrique (MAG) est prise en compte par le gériatre. **Méthodes** : étude rétrospective et monocentrique, menée en MAG. Inclusion des patients confus hospitalisés de janvier à décembre 2016. Le calcul de la CA était effectué à l'aide d'un score validé et réalisé à partir de deux échelles, l'Anticholinergic cognitive burden et l'Anticholinergic drug scale. **Résultats** : 263 patients présentaient un syndrome confusionnel sur la période d'étude, soit 29% des séjours. Un changement médicamenteux était effectué pour 82.5% des patients (n=217), lors du syndrome confusionnel. L'effet anticholinergique du médicament représentait la cause de l'arrêt dans uniquement 7.4% des cas (n=16). La médiane de la CA restait stable à 1 avant l'admission, au milieu du séjour et à la fin de l'hospitalisation. Le groupe de patients avec une CA élevée (≥ 3) à l'admission, gardait une charge significativement plus élevée en fin d'hospitalisation, que ceux avec une CA < 3 . **Conclusion** : A la différence des médicaments à effet anticholinergique reconnu, la CA reste stable et ne semble pas prise en compte lors du traitement des patients âgés hospitalisés et confus. Cependant, de par ses effets démontrés dans les syndromes confusionnels, la CA doit faire l'objet d'une attention particulière par les médecins.

P3-08-09

Fragilité et comorbidités chez les personnes âgées en médecine générale

M. Flouquet (1) ; M. Sanchez (2) ; M. Lilamand (3) ; A. Raynaud-Simon (4)

(1) médecin généraliste, Paris; (2) Gériatrie, Hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP), Rue Henri Huchard, Paris, France, Paris; (3) Gériatrie, Hôpital Bichat (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), Paris; (4) Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris

Introduction : Les médecins généralistes sont les premiers concernés par le repérage de la fragilité chez les personnes âgées vivant à domicile. La grille de repérage de la fragilité recommandée par l'HAS comporte 6 questions simples portant sur la perte de poids, l'asthénie, la sédentarité, la diminution de la vitesse de marche, l'isolement social et la plainte mnésique. Elle est complétée par une évaluation subjective du statut de fragilité. Le CIRS-G est une échelle de comorbidité validée en gériatrie. Le but de cette étude est d'évaluer si le score de comorbidité est plus élevé chez les individus identifiés comme fragiles dans une population de plus de 65 ans vue en consultation de médecine générale. **Méthodes** : La grille HAS et le score CIRS-G a été envoyée à un groupe de médecins généralistes et remplis pour chaque patient au cours d'une consultation au cabinet. Le statut fragile était considéré selon l'évaluation subjective du médecin généraliste indépendamment des critères identifiés aux 6 questions de dépistage. Le score global du CIRS-G était considéré pour évaluer le niveau de comorbidités. **Résultats** : Les données ont été établies pour 101 patients (âge médian 72 ans, 58,4% de femmes). Cinquante-neuf patients ont été identifiés comme fragiles. Le CIRS-G était significativement plus élevé chez les patients fragiles : 10 (6-13) vs 5 (3-7), médiane (IQ), $p < 0,0001$. Les critères les plus fréquemment identifiés chez les patients fragiles étaient la diminution de la vitesse de marche, l'asthénie, la sédentarité et l'isolement social. Le CIRS-G était significativement plus élevé chez les patients présentant une asthénie, une sédentarité et une

vitesse de marche diminuée. **Conclusion** : Il existe une corrélation entre le statut fragile identifié grâce à la grille HAS et le score de comorbidités CIRS-G. Cette association semble plus forte en présence d'une asthénie, d'une vitesse de marche diminuée ou d'une sédentarité. La plainte mnésique ou la perte de poids ont été peu identifiées et n'étaient pas associées au CIRS-G.

P3-09-10

Etude européenne CAREGIVERSPRO-MMD portant sur les nouvelles technologies dédiées au soutien des personnes ayant une maladie d'Alzheimer et apparentées et leurs aidants. Profil des aidants en France

H. Lingiah (1) ; L. Malherbe (1) ; T. Simon (2) ; M. Bérard (1) ; N. Kadri (1) ; A. Bounacer (3) ; I. Landrin (4)

(1) Pôle de gériatrie, CHU Rouen, Rouen; (2) Gériatrie, CHI Elbeuf-Louviers, Elbeuf; (3) Maison de la recherche clinique, CHU de Rouen, Rouen; (4) Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen - Hôpital St Julien, Rouen

Introduction : Le projet Européen CAREGIVERSPRO-MMD vise à développer une plateforme informatique destinée au soutien des personnes présentant des troubles neurocognitifs et à leurs aidants en leur fournissant des contenus éducatifs et informatifs adaptés à la maladie et au rôle d'aidant, des espaces de discussion, des jeux de stimulation cognitive, un fil d'actualité, un agenda et des informations locales (événements, structures sociales, lieux d'information et de soutien...). Pour évaluer l'efficacité de cette plateforme, nous avons recruté des dyades « aidant-aidé » parmi les personnes suivies en consultation mémoire. Nous vous présentons le profil des aidants ayant participé à cette étude. **Méthodes** : Le recrutement des dyades « aidant-aidés » a été lancé en décembre 2017. Tous les patients âgés de plus de 50 ans suivis en consultation mémoire ou en hôpital de Jour ont été screenés. Les critères d'inclusion étaient les suivants : MMS > 10 avec une CDR entre 0.5 et 2, un diagnostic posé de maladie d'Alzheimer ou apparentés, Les patients devaient avoir un aidant naturel majeur acceptant de participer et n'ayant pas de syndrome dépressif majeur (GDS 15 items < 11) ni de trouble cognitif. L'état de santé des 2 membres de la dyade devait être compatible avec l'utilisation de l'outil informatique et leur pronostic vital devait être supérieur à 18 mois. 48 dyades « aidants-aidés » ont réunis les critères d'inclusion et ont accepté d'utiliser un outil informatique sur tablette. Après randomisation, 25 dyades ont été incluses dans le groupe « tablette » et 23 dans le groupe contrôle. Une formation a été faite auprès de chaque dyade « aidant-aidé » pour les utilisateurs de la tablette. **Résultats** : Les aidants étaient des conjoints (n=22), des enfants (n=22), autres (nièce, beaux enfants, amie) (n=4). L'âge moyen des aidants était de 62,1 \pm 16,7 ans ; plus âgés dans le groupe « tablette » (64,1 \pm 19,2 vs 59,4 \pm 12,6 ans). Les aidants sont majoritairement des femmes (32 vs 16). Parmi les aidants, 13 ont une activité professionnelle, 29 sont retraités, 3 sont sans emploi, 3 sont en invalidité. A l'inclusion, 43 aidants n'ont pas de symptôme dépressif à la GDS, 5 ont des signes de dépression modérés. Le score moyen à l'échelle de ZARIT est de 24,9 \pm 14. Un fardeau est ressenti par 27 personnes (19 personnes ont un fardeau léger avec un score entre 21 et 40 ; 7 ont un fardeau modéré entre 41 et 60, 1 a un score > 60). Le score moyen d'anxiété (STAI) des aidants est de 35,6 \pm 9 en tant que trait de personnalité, alors que l'anxiété ressentie pendant les 2 dernières semaines est de 38 \pm 11,7. Les aidants ne se sentent pas délaissés mais le soutien est perçu comme faible (échelle MSPSS). **Conclusion** : Dans notre étude, le profil

de l'aidant est représenté par une majorité de femmes présentant des symptômes d'anxiété et d'épuisement avec une perception de soutien social faible malgré la charge ressentie. Cela renforce l'idée de l'importance d'une formation et d'un soutien des aidants dans la prise en charge de la maladie.

P3-11-11

Influence du taux de leptine et d'adiponectine sur l'évolution du déclin cognitif dans les démences

T. Gilbert (1) ; S. Roche (2) ; E. Blond (3) ; JY. Bar (1) ; J. Draï (3) ; C. Cuerq (3) ; M. Haution Bitker (4) ; R. Ecochard (2) ; M. Bonnefoy (5)

(1) *Court Séjour Gériatrique, Groupement Hospitalier Sud, Pierre-Bénite*; (2) *Service de biostatistique hospices civils de Lyon, C.H. Lyon Sud, Pierre-Bénite*; (3) *Service de biochimie, Groupement Hospitalier Sud, Pierre-Bénite*; (4) *Service universitaire de gériatrie, C.H. Lyon Sud, Pierre-Bénite*; (5) *Gériatrie, CHU Lyon Sud, Lyon*

Introduction : Plusieurs études suggèrent une possible influence des adipokines, qui sont des hormones régulatrices de l'appétit, sur le fonctionnement cérébral et le déclin cognitif. L'objectif de cette étude était d'évaluer la valeur prédictive de deux adipokines, la leptine et l'adiponectine sur le déclin cognitif de patients âgés avec plainte cognitive. **Méthodes :** Dans une cohorte monocentrique, 205 patients âgés de 65 ans et plus ont été recrutés à l'occasion d'une hospitalisation de jour pour bilan cognitif dans le cadre d'une plainte de mémoire. En plus du bilan habituellement réalisé dans le cadre de la pratique courante, des dosages biologiques du taux de leptine et d'adiponectine ont été recueillis à baseline. Des données démographiques ont également été recueillies, de même que l'indice de masse corporelle et la notion d'hypertension artérielle. L'évolution du déclin cognitif a été évaluée par le recueil des différents MMSE réalisés au cours du suivi des patients en soins courants. La durée médiane de suivi était de 14.5 mois. Les marqueurs prédictifs potentiels à T0 ont été étudiés en relation au diagnostic retenu en fin de suivi et du déclin cognitif au cours du temps. **Résultats :** Les taux de leptine élevés étaient significativement plus importants ($p=0.043$) et les taux d'adiponectine plus bas ($p=0.045$) chez les patients présentant un trouble neuro-cognitif (TNC) mineur par rapport à ceux présentant un TNC majeur (maladie d'Alzheimer ou démence vasculaire/mixte). Cependant, l'étude longitudinale de l'évolution des MMSE au cours du temps n'a pas permis d'établir une influence des biomarqueurs sur le déclin cognitif. **Conclusion :** Cette étude tendent à corroborer l'hypothèse d'une association entre leptine, adiponectine et TNC majeurs, mais ne permet pas de retrouver d'influence sur le déclin cognitif au cours du temps. D'autres études sur populations sélectionnées seraient nécessaires pour évaluer l'utilité potentielle de ces adiponectines comme biomarqueurs du déclin cognitif.

P3-16-12

CALcium Ionisé et troubles du Comportement en gériatrie : résultats de l'étude CALICO

J. Barré (1) ; G. Duval (1) ; H. Meytadier (1) ; A. Brangier (1) ; R. Simon (1) ; B. Gohier (2) ; C. Annweiler (1)

(1) *Gériatrie, C.H.U - CHU Angers, Angers*; (2) *Psychiatrie, C.H.U - CHU Angers, Angers*

Introduction : Un lien entre calcémie et troubles du comportement chez la personne âgée est possible mais pas systématiquement

retrouvé dans la littérature. Cette divergence pourrait être expliquée par le recours à la calcémie mesurée ou corrigée, plutôt qu'au calcium ionisé alors que ce dernier est plus reproductible et plus sensible. L'objectif de l'étude cas-témoin CALICO était de déterminer si les patients gériatriques présentant des troubles du comportement sévères présentaient une concentration sérique de calcium ionisé plus élevée que les patients gériatriques sans troubles du comportement. **Méthodes :** 29 patients consécutifs avec troubles du comportement sévères, et 58 témoins sans trouble du comportement appariés sur l'âge (± 3 ans) et le sexe ont été recrutés en gériatrie au CHU d'Angers. Les troubles du comportement sévères ont été définis soit par une agitation, agressivité, désinhibition, opposition ayant nécessité l'introduction d'une contention chimique, soit par un score à l'échelle de dysfonctionnement frontal (EDF) ≥ 3 (4). L'âge, le genre et la concentration de TSH ont été utilisés comme potentiels facteurs de confusion. **Résultats :** Les 29 cas ($86,4 \pm 5,8$ ans, 28% d'hommes) avaient une calcémie ionisée supérieure aux 58 témoins (respectivement $1,29 \pm 0,07$ mmol/L contre $1,25 \pm 0,07$ mmol/L, $p=0,047$) et plus souvent une hypercalcémie ionisée $> 1,30$ mmol/L (41% contre 16%, $p=0,012$), mais pas de différence de calcémie mesurée ($p=0,173$) ni de calcémie corrigée ($p=0,819$). La calcémie ionisée était associée à la sévérité du trouble du comportement (score EDF : $\beta=0,015$, $p=0,023$) après ajustement. Le seuil de calcémie ionisée correspondant à un score EDF ≥ 3 se situait à 1,27 mmol/L. **Conclusion :** Les patients gériatriques présentant des troubles du comportement sévères présentaient une calcémie ionisée plus élevée que les témoins sans troubles du comportement sévères. Ce résultat encourage à conduire des essais thérapeutiques testant l'efficacité d'interventions visant à réduire la calcémie ionisée pour prévenir les troubles cognitifs et comportementaux chez la personne âgée.

P3-09-13

Difficultés de recrutement de dyades « aidant-aidé » dans le protocole CAREGIVERSPRO-MMD portant sur les nouvelles technologies adaptées aux patients présentant des troubles neurocognitifs et à leurs aidants

L. Malherbe (1) ; H. Lingiah (1) ; T. Simon (2) ; M. Bérard (1) ; N. Kadri (1) ; A. Bounacer (3) ; I. Landrin (4)

(1) *Pôle de gériatrie, CHU Rouen, Rouen*; (2) *Gériatrie, CHI Elbeuf-Louviers, Elbeuf*; (3) *Maison de la recherche clinique, CHU de Rouen, Rouen*; (4) *Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen - Hôpital St Julien, Rouen*

Introduction : Le projet Européen CAREGIVERSPRO-MMD vise à développer une plateforme informatique destinée au soutien des personnes présentant des troubles neurocognitifs et à leurs aidants. Pour évaluer l'efficacité de cette plateforme, nous avons recruté des dyades « aidant-aidé » parmi les personnes suivies en consultation mémoire. Nous présentons les résultats du screening et discutons des difficultés rencontrées dans le domaine de la recherche avec cette population. **Méthodes :** L'étude Européenne CAREGIVERSPRO-MMD consiste à développer un outil informatique pour le soutien des personnes présentant des troubles neurocognitifs et leurs aidants en leur fournissant des contenus éducatifs et informatifs adaptés à la maladie et au rôle d'aidant, des espaces de discussion, des jeux de stimulation cognitive, un fil d'actualité, un agenda et des informations locales (événements, structures sociales, lieux d'information et de soutien...). Pour évaluer la plateforme, une étude recrutant des dyades « aidant-aidés » a été lancée en décembre 2017. Tous les patients âgés de plus de 50 ans suivis

en consultation mémoire ou en hôpital de Jour ont été screenés. Les critères d'inclusion étaient les suivants : MMS>10 avec une CDR entre 0.5 et 2, un diagnostic posé de maladie d'Alzheimer ou apparentés. Les patients devaient avoir un aidant naturel majeur acceptant de participer et n'ayant pas de syndrome dépressif sévère (GDS 15 items<11) ni de trouble cognitif. L'état de santé des 2 membres de la dyade devait être compatible avec l'utilisation de l'outil informatique et leur pronostic vital devait être supérieur à 18 mois. **Résultats :** La période d'inclusion a duré 4 mois. Nous avons screené 440 personnes dont l'âge moyen était de 81.42 ans+/-7.66 ans, 65,7+/-% étaient des femmes. 48 dyades « aidant-aidé » ont réuni les critères d'éligibilité et accepté de participer à l'étude. 392 personnes screenées n'ont pas participé à l'étude pour les raisons suivantes : 222 (50.5%) pour des critères d'éligibilité, 39 (8.8%) n'avaient pas d'aidant, 11 (2.5%) aidants n'avaient pas les critères d'inclusion, 1 patient est décédé avant l'inclusion mais surtout 119 (27.1%) ont refusé. Parmi les dyades ayant les critères pour participer à l'étude, 16% des moins de 80 ans ont accepté de participer à l'étude et seulement 8% des plus de 80ans. L'âge moyen des patients inclus était de 78,3+/- 6,8 ans alors que l'âge moyen des personnes ayant refusé était de 82,1 +/- 66,6 ans. **Conclusion :** Aux difficultés de recrutement habituellement rencontrées pour inclure des patients ayant des troubles cognitifs dans des protocoles de recherche, se sont ajoutés de multiples facteurs qui rendent compte du faible taux d'inclusion. Ainsi dans cette étude, l'utilisation d'un outil informatique, l'âge, la nécessité de participation des 2 membres de la dyade ont semblé jouer un rôle sur l'acceptation de participation à la recherche en plus des troubles cognitifs et des comorbidités de l'aidant et du patient.

P3-20-14

Intérêt du calcul d'un score d'observance thérapeutique comme critère de sélection des patients à concilier

L. Fellous (1) ; N. Clement-Rio (1) ; S. Lebon (1) ; S. Balesdent (2) ; F. Marteau (1) ; C. Tardy Ellul (2) ; M. Villart (1) ; L. LechowskiE(2) ; H. Michelon (1)

(1) Pharmacie, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris; (2) Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris

Introduction : La conciliation médicamenteuse (CM) est un processus indispensable dans la prévention de la iatrogénie médicamenteuse en particulier dans la population âgée, souvent polyopathologique et polymédicamentée. Malheureusement, la CM ne peut être réalisée en pratique courante pour tous les patients entrants et Il peut être nécessaire de « cibler » les patients pour lesquels une CM doit être réalisée. A ce jour, il n'existe pas de données montrant l'intérêt d'une CM pour un profil pathologique ou thérapeutique spécifique, ni d'outils pour « cibler » les patients prioritaires. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'intérêt et l'impact du calcul d'un score d'observance du traitement médicamenteux sur la CM d'entrée des patients hospitalisés dans une unité de gériatrie aigue. **Méthodes :** Depuis juillet 2017, des CM ont été réalisées par les externes en pharmacie dans une unité de gériatrie aigue (29 lits). Lors des entretiens pharmaceutiques, il a été proposé aux patients de répondre à un questionnaire pour calculer leur score d'observance médicamenteuse à l'aide du questionnaire d'« évaluation de l'observance » de l'assurance maladie (bonne observance : score = 6 ; mauvaise ou non observance : score<6). Nous avons rétrospectivement comparé chez l'ensemble des patients conciliés

en fonction de leur score d'observance les données suivantes : le nombre de lignes de médicaments du bilan médicamenteux optimisé (BMO) par patient, le nombre de Divergences Intentionnelles (DI) et non intentionnelles (DNI), le nombre de DNI par patient, le type de DNI détectées et le temps moyen pour réaliser une CM. Les analyses statistiques ont été réalisées en utilisant un test t pour les comparaisons de moyennes, avec un risque α de 5%. **Résultats :** Sur une période de 8 mois, le score d'observance médicamenteuse a pu être calculé chez 50/126 patients conciliés au total (Age moyen = 89.72 +/- 4.92). Les groupes « mauvaise observance » (MO) et « bonne observance » (BO) étaient respectivement constitués de 27 et 23 patients. Le BMO comportait en moyenne 8,0 lignes de médicaments pour le groupe MO et 7,5 lignes pour le groupe BO. Un nombre total de 174 Divergences ont été détectées dans le groupe MO (157 DI + 17 DNI) et 145 dans le groupe BO (130 DI + 15 DNI). Le nombre de DNI par patient ne présentait aucune différence significative entre les 2 groupes de patients avec respectivement pour le groupe MO et BO des moyennes de 0.63 et 0.65 DNI par patient ($p=0.95$). A noter que pour 18 patients (67%) du groupe MO et 16 patients (70%) du groupe BO, aucune DNI n'ont été détectées. Les types de DNI détectées sont principalement des omissions de traitement dans 71% des cas pour le groupe MO et 80% des cas pour le groupe BO. Le reste des DNI étant des erreurs de posologie. Le temps de conciliation s'est révélé significativement différent entre les deux groupes avec 91 minutes par CM pour le groupe MO contre 72.6 minutes pour le groupe BO ($p=0.015$). **Conclusion :** Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence lors de la CM d'entrée entre les patients considérés comme observants (score=6) et les patients peu ou non observants. Seul le temps dédié pour effectuer une CM s'est révélé inférieur pour les patients observants. A noter que ce score n'a pas pu être calculé pour 60% des patients conciliés en raison de troubles cognitifs rendant impossible l'entretien avec le patient. L'intérêt et l'impact du calcul du score d'observance sur la CM d'entrée des patients hospitalisés ne se sont pas révélés pertinents au vu des résultats observés dans cette étude.

P3-11-15

Hypoglycémies révélées par enregistrement de la glycémie en continu chez des patients diabétiques âgés. Une étude prospective observationnelle

F. Hennekinne (1) ; M. Marc (1) ; T. Constans (2) ; JN. Royal (3); B. Fougère (1)

(1) Médecine gériatrique, CHRU Hôpitaux de Tours, Hôpital Bretonneau, Tours; (2) Médecine interne gériatrique, CHU DE TOURS, Tours; (3) Médecine interne gériatrique, C.H. de Blois, Blois

Introduction : Les épisodes hypoglycémiques sont plus fréquents chez le sujet âgé diabétique et ont des conséquences multiples : chutes, fractures, crises convulsives, troubles neuro-cognitifs... Limiter ces épisodes est donc un enjeu important en gériatrie. L'objectif de notre étude est de détecter les épisodes d'hypoglycémies par enregistrement continu de la glycémie chez des patients âgés diabétiques de type 2, afin de déterminer s'il existe un lien entre le risque d'hypoglycémie et le taux d'HbA1C. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective observationnelle menée au CHRU de Tours pendant 19 mois consécutifs dans l'unité de gériatrie aiguë, qui a inclus 36 patients âgés de 75 ans ou plus, diabétiques de type 2 traités par agent hypoglycémiant. L'enregistrement continu de la glycémie a été utilisé pour détecter

les hypoglycémies, pendant au maximum 5 jours ; et des glycémies capillaires ont été réalisées 4 à 8 fois par jour. Les patients ayant présenté au moins un épisode d'hypoglycémie inférieure à 0,7 g/L sont comparés aux patients n'ayant pas présenté d'hypoglycémie.

Résultats : Au moins un épisode d'hypoglycémie a été détecté pour 17 patients sur 36 (47%). Sur ces 17 patients, 5 ont présenté un épisode d'hypoglycémie sévère inférieure à 0,4 g/L, et 14 patients un épisode d'hypoglycémie nocturne, le plus souvent entre 4 et 8h. Pour 12 de ces 17 patients, l'hypoglycémie n'avait pas été détectée par les glycémies capillaires. Ce groupe de 17 patients ne diffère pas des patients n'ayant pas présenté d'hypoglycémie concernant les traitements ou les caractéristiques démographiques. Le taux d'HbA1C n'était pas différent entre ces deux groupes (moyenne 7,5%, $p = 0,86$). **Conclusion :** La prévalence des hypoglycémies est sous-estimée chez les patients diabétiques de type 2 traités par agents hypoglycémisants. La mesure de la glycémie capillaire et le taux d'HbA1C peuvent ne pas détecter des épisodes d'hypoglycémies nocturnes et prolongés. Notre étude montre le bénéfice de l'enregistrement de la glycémie capillaire en continu chez les patients diabétiques âgés pour détecter les hypoglycémies passées inaperçues.

P3-20-16

Echelles d'évaluation de la charge anticholinergique chez le patient âgé : revue de la littérature

R. Haddad (1) ; C. Tomeo (2) ; J. Cohen Bittan (3) ; A. Gioanni (3) ; C. Villain (4) ; J. Boddaert (5) ; M. Verny (3)

(1) *Gériatrie, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris*; (2) *Unité péri opératoire gériatrique, Hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière-Charles Foix (APHP), DHU FAST, Paris*; (3) *gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (4) *gériatrie, Groupement Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière-Charles Foix, Paris* ; (5) *Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*

Introduction : De nombreux médicaments prescrits chez le sujet âgé ont une activité anticholinergique. Outre les effets secondaires gênant de ces molécules comme la sécheresse des muqueuses et de la peau, la constipation et les troubles de l'accommodation, d'autres sont potentiellement graves dans cette population, comme le syndrome confusionnel. Le risque d'effets secondaires peut être majoré lors du cumul de plusieurs molécules à activité anticholinergique, ce qui correspond à la charge anticholinergique (CAch). La CAch serait associée au risque de syndrome confusionnel, de chute et de déclin cognitif. L'évaluation de la CAch semble primordiale avant toute nouvelle prescription. L'objectif de cette revue de littérature est de faire la synthèse des échelles utilisées dans la mesure de la CAch et de déterminer, dans la population âgée, les associations entre événements cliniques et CAch. **Méthodes :** Une revue de la littérature a été conduite de novembre 2017 à mai 2018 sur les bases de données Medline, Cochrane et Embase afin d'identifier les différentes échelles d'évaluation de la CAch validées chez le patient âgé. Une lecture des titres et des résumés, d'articles de langue anglaise ou française, a été effectuée séparément par 2 auteurs pour sélectionner les études. Les études non randomisées et les études contrôlées randomisées évaluant l'association de la CAch à des événements cliniques ont été incluses, hormis les rapports de congrès et les études de cas. **Résultats :** Il existe 9 échelles validées (Anticholinergic Drug Scale, Anticholinergic Risk Scale, Anticholinergic Cognitive Burden Scale, Clinical Rated Anticholinergic Score, Anticholinergic Burden Classification,

Anticholinergic Loading Scale, Anticholinergic Activity Scale, Summated Anticholinergic Medications Scale, Drug Burden Index Anticholinergic Subscale) en population gériatrique permettant de déterminer la CAch, soit par des échelles pondérées, soit par des méthodes de calcul utilisant des doses quotidiennes normalisées. L'association entre CAch et événements cliniques varie selon l'échelle utilisée et selon les études. En effet, les potentiels anticholinergiques diffèrent selon les échelles, qui n'incluent pas toujours les mêmes molécules. Les chutes traumatiques et le risque d'hospitalisation sont quasiment toujours associés avec la CAch. La mortalité, le syndrome confusionnel, le déclin cognitif, le risque de pneumopathie, ne sont pas constamment associés à la CAch. **Conclusion :** Plusieurs échelles évaluent la CAch chez le sujet âgé, avec une association au risque de chute, de pneumopathie, et d'altération du statut cognitif entre autres. Cette évaluation semble nécessaire afin de limiter les risques liés aux prescriptions d'anticholinergiques. Le choix et l'utilisation de ces échelles reste difficile, en raison de leur disparité et de l'absence de niveau de risque associé à la valeur de la CAch.

P3-08-17

Etat des lieux des connaissances de la fragilité de la personne âgée et de son dépistage chez les médecins généralistes du 14ème arrondissement de Paris

O. Saltel Fulero (1) ; F. Bonte (2)

(1) *corent, Issy-les-Moulineaux*; (2) *Gériatrie, Fondation Hospitalière Sainte-Marie, Paris*

Introduction : Le vieillissement de la population entraîne une augmentation du nombre de personnes âgées à risque de dépendance. La fragilité prédit le risque de dépendance, de chute, d'hospitalisation, de décès. La Haute Autorité de Santé recommande son dépistage par les médecins généralistes. L'objectif de l'étude est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes du concept de fragilité et de son dépistage dans le 14ème arrondissement de Paris. **Méthodes :** L'ensemble des médecins généralistes du 14ème arrondissement de Paris répertoriés sur les Pages Jaunes ont été sollicités afin de rechercher leur consentement. Un questionnaire anonyme a été envoyé aux praticiens ayant fourni leur accord et aux médecins non joignables, portant sur leur activité, leur connaissance de la fragilité et de son dépistage. Les résultats ont été analysés globalement puis comparés en fonction de leur connaissance du concept. **Résultats :** Sur 96 médecins éligibles, 83 ont été sollicités par questionnaire et 29 ont répondu, soit un taux de réponse de 35%, 52% déclarant connaître le concept de fragilité et 24% la grille de dépistage. Les items les mieux connus sont les difficultés de déplacement, l'isolement social, les troubles mnésiques et l'amaigrissement. Dans le groupe sensibilisé au concept, 80% retrouvent au moins 4 items sur 6 de la grille contre 50% dans le groupe non sensibilisé ($p=0.13$). **Conclusion :** Le concept de fragilité et son dépistage restent mal connus des médecins généralistes du 14ème arrondissement de Paris. La connaissance du concept accroît la sensibilité du dépistage et donc son efficacité. Ces résultats confirment la nécessité du renforcement des politiques d'information.

P3-20-18**Colite microscopique sous lansoprazole chez la personne âgée**

L. Petiot (1) ; D. Crabot (1) ; E. Cotto (1) ; K. Maley (1)

(1) *Gériatrie aigüe, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris*

Introduction : Les IPP sont très présents sur les ordonnances des sujets âgés, prescrits préventivement, en association à d'autres traitements ou en prévention secondaire. Les effets secondaires des IPP sont sous-estimés. Le lansoprazole peut être responsable de colite microscopique (CM) qui se présente cliniquement comme une diarrhée chronique. La CM est confirmée histologiquement et permet le classement en ses deux sous types histologiques, la colite lymphocytaire (CL) et la colite collagène (CC). La prévalence de la CM est de 3/100000 en Europe. Nous rapportons 2 cas de CM imputés au Lansoprazole chez des patients âgés. **Méthodes:** Patient de 77 ans hospitalisé en octobre 2017 pour des diarrhées chroniques abondantes avec anorexie et amaigrissement de 20kg en 4 mois. La rectosigmoïdoscopie retrouve une muqueuse normale et les biopsies révèlent une colite microscopique de type collagène (CC). L'analyse médicamenteuse a retrouvé une prise chronique de lansoprazole qui a été interrompue avec introduction en parallèle de Budésonide (Entocort®) en raison de la gravité clinique. L'évolution a été rapidement favorable avec résolution des diarrhées. A 6 mois de la prise en charge, le patient n'a plus de diarrhée et a repris 9 kg, le budésonide a été interrompu à 5 mois. Patient de 84 ans hospitalisée en novembre 2017 pour des diarrhées importantes et un amaigrissement de 10 kg en 1 mois. La coloscopie retrouve une muqueuse normale et les biopsies systématiques retrouvent une colite microscopique lymphocytaire (CL). Proposition d'arrêt du lansoprazole et introduction de Budésonide. Amélioration de la symptomatologie rapide avec arrêt des diarrhées, et décroissance par la suite de la corticothérapie. A 2 mois, pas de récurrence des diarrhées et prise de 3 kg. **Résultats :** La CM se révèle volontiers par des diarrhées aiguës (40% des cas), non glairoanglantantes, non fébriles, parfois nocturnes (30% des cas), marquées par des impériosités (60% des cas), plus volontiers dans la population féminine et âgée. Le tableau initial peut orienter à tort vers d'autres diagnostics et entraîner un retard de prise en charge. L'évolution est souvent chronique (85% des cas) et responsable parfois d'une altération de l'état général (40% des cas). Dans l'enquête étiologique, il est nécessaire d'éliminer au préalable toutes les autres causes de diarrhées. Le diagnostic de certitude est réalisé sur l'analyse histologique des biopsies systématiques et étagées réalisées au cours d'une endoscopie digestive. L'aspect l'endoscopique retrouve une muqueuse habituellement normale et l'histologie révèle un infiltrat inflammatoire dans la lamina propria avec altération de l'épithélium de surface. Les CC correspondent à un épaississement de la bande de collagène sous-épithéliale de plus de 10 μ . On retrouve dans les CL un infiltrat lymphocytaire important. Le sous type histologique de CM ne conditionne pas la prise en charge thérapeutique. Le lansoprazole est à ce jour le seul IPP connu, pourvoyeur de colite microscopique. Il est important, devant toute diarrhée chronique, de réaliser une enquête exhaustive sur les prises médicamenteuses dans les 6 derniers mois, notamment du lansoprazole, y compris de façon intermittente. L'évolution est le plus souvent favorable à l'arrêt du médicament associé à un traitement symptomatique (loperamide ou cholestyramine). En cas d'échec ou lorsqu'il s'associe une altération de l'état général, il peut être proposé l'ajout de Budésonide avec une décroissance progressive, permettant habituellement la régression en quelques

semaines des symptômes à maintenir jusqu'à rémission durable. Il est nécessaire de mettre en place une surveillance en raison du risque de récurrence important notamment à la décroissance de la corticothérapie. En cas d'indication formelle à un traitement par anti acide gastrique, les anti H2 ne sont pas recommandés, la cimétidine et la ranitidine sont également pourvoyeur de CM. L'oméprazole n'est pas pourvoyeur de CM et peut être utilisé en alternative. **Conclusion :** Il faut évoquer une CM devant tout tableau de diarrhée chronique, chez le sujet âgé et lorsque le bilan de diarrhée chronique est négatif. Le lansoprazole est l'IPP connu pour être pourvoyeur de CM. Il est nécessaire de rechercher une prise de ce traitement, même intermittente, dans les 6 mois précédent. Il faut réaliser des endoscopies digestives avec biopsies systématiques pour confirmer le diagnostic. Le tableau clinique peut être sévère et nécessite l'arrêt définitif du lansoprazole, la mise en place d'un traitement symptomatique et nécessitent parfois un traitement associé.

SESSION 4**P4-20-01****Evaluation de l'impact des substitutions hospitalières sur les ordonnances de sortie des personnes âgées**

E. Lorisson (1) ; M. Lagalle (2) ; H. Essid (1)

(1) *Soins de Suite et de Réadaptation, Chic, Créteil;* (2) *Pharmacie, Chic, Créteil*

Introduction : La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées est un enjeu majeur de santé publique. Les hospitalisations sont l'occasion de modifications thérapeutiques dont certaines sont des substitutions motivées par l'adaptation au livret thérapeutique de l'établissement. Ces substitutions peuvent engendrer des erreurs de prescriptions de la part des médecins et des erreurs de double prise par les patients après leur sortie. Cette étude a pour objectif d'évaluer la part des substitutions parmi les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation et le temps nécessaire pour reprendre les traitements habituels du patient sur l'ordonnance de sortie. **Méthodes :** Une étude observationnelle prospective monocentrique a été réalisée durant 2 mois, de février à avril 2018, dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique de 30 lits. Une conciliation médicamenteuse était réalisée en début d'hospitalisation et l'ensemble des traitements était réévalué durant le séjour (overuse, misuse et underuse). Les traitements modifiés uniquement pour adaptation au livret thérapeutique étaient repris sur l'ordonnance de sortie. Les ordonnances de sortie étaient comparées aux ordonnances de ville habituelles des patients sortis pour leur domicile ou en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Le nombre de modifications (arrêts de traitement, introductions de traitement, modifications de posologie et substitutions) était comptabilisé. **Résultats :** Dans la période d'étude, 40 patients ont été inclus, avec une moyenne d'âge de 84,5 ans. Les ordonnances habituelles comprenaient une moyenne de 6,8 médicaments (de 0 à 13) et les ordonnances de sortie une moyenne de 7,5 (de 2 à 13). 238 modifications ont été réalisées, soit une moyenne de 6 par ordonnance, allant de 0 à 13 par patient. Parmi les 47 substitutions (20% des modifications), 10 (21%) concernaient un inhibiteur de la pompe à protons, 9 (19%) un antihypertenseur, 6 (13%) l'acide acétylsalicylique, 6 des collyres, 4 (9%) une statine, 3 (6%) une association calcium-vitamine D et 3 un inhibiteur de la recapture de la sérotonine. 6 (13%) concernaient

une adaptation aux posologies proposées par l'hôpital comme la prise de 3 comprimés de Levothyrox 25µg contre 1 de 75µg. La réalisation des ordonnances de sortie en gardant les substitutions prenait en moyenne 1 minute et 20 secondes (de 1 à 2 minutes), contre 6 minutes et 10 secondes (de 2 à 11 minutes) en reprenant les traitements avant substitution. **Conclusion :** Les hospitalisations sont l'occasion de nombreux changements thérapeutiques, dont les substitutions représentent une part importante. S'attacher à reprendre les traitements habituels du patient nécessite un temps supplémentaire mais qui, couplé à la conciliation médicamenteuse et à une éducation des malades, permettrait de réduire les risques iatrogènes.

P4-03-02

Vécu et attentes des aidants enfants de patients atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentée

C. Rosenzweig (1) ; H. Lahjibi-Paulet (2) ; S. Merbaki (3) ; E. Mercadier (1) ; M. Gisselbrecht (4) ; E. Paillaud (5)

(1) *Service de gériatrie, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris;* (2) *Geriatric, hegp, APHP, Paris;* (3) *Service de gériatrie, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris;* (4) *Geriatric, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris;* (5) *médecine gériatrique, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris*

Introduction : L'aide apportée par un enfant à son parent atteint de démence le confronte à de nombreuses difficultés et n'est pas sans conséquence sur sa santé. L'objectif était d'appréhender le vécu des aidants, le retentissement de l'aide sur leur santé et d'analyser leurs attentes afin proposer aux professionnels de mieux y répondre. **Méthodes :** Étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels jusqu'à consolidation des données. La population était un échantillon diversifié d'aidants enfants. Les entretiens ont été retranscrits en intégralité pour une analyse thématique en double codage. **Résultats :** Vingt-deux entretiens ont été menés. Le rôle d'aidant affecte toutes les dimensions de la vie de l'aidant enfant (familiale, sociale, professionnelle). Le retentissement sur le plan moral apparaît au premier plan. Les aidants sont demandeurs d'informations sur la maladie ainsi que sur les démarches à mettre en place au fur et à mesure de l'évolution de la démence pour permettre un maintien à domicile de leur parent le plus prolongé possible. Ils prônent la création d'un guichet unique pour centraliser l'information. Le médecin traitant, soutenu par une équipe pluri disciplinaire, a pour eux un rôle clé à jouer dans la prise en charge du couple aidé/aidant. Sa formation médicale est primordiale. **Conclusion :** Les aidants attendent une centralisation de l'information avec le soutien du médecin traitant ainsi qu'une meilleure coordination de tous les acteurs intervenant auprès de l'aidé.

P4-10-03

La polymédication pré-transplantation est associée à un sur-risque d'hospitalisations après transplantation rénale chez les patients âgés, indépendamment des comorbidités

E. Barange (1) ; F. Guerville (2) ; K. Moreau (3) ; L. Couzi (3) ; P. Merville (3)

(1) *Néphrologie, Hôpital Pellegrin Bordeaux, Bordeaux;* (2) *Médecine Gériatrique, Pôle de Gériatrie Clinique - CHU de Bordeaux, Bordeaux;* (3) *Transplantation rénale, Chu Pellegrin, Bordeaux*

Introduction : L'âge ne limite plus l'accès à la transplantation

rénale (TR) chez les patients insuffisants rénaux terminaux, mais l'âge avancé et la fragilité sont associés à plus de complications et d'hospitalisations post-transplantation. Les comorbidités, la polymédication et la sarcopénie peuvent contribuer à la fragilité. Notre objectif était d'identifier les facteurs associés à un nombre plus élevé de jours d'hospitalisations durant la première année post-transplantation. **Méthodes :** Nous avons inclus dans cette étude monocentrique rétrospective les patients de 70 ans et plus receveurs d'une TR entre 2009 et 2016. L'ensemble des complications était reflété par le nombre de jours d'hospitalisations dans la première année post-transplantation. Les comorbidités, la polymédication et la sarcopénie pré-transplantation, ainsi que les caractéristiques de la transplantation, ont été testés comme facteurs potentiellement associés aux complications post-transplantation. La masse musculaire était évaluée par la mesure de la surface des psoas sur la coupe L4 des scanners abdominaux. **Résultats :** Cent treize patients ont été inclus avec un âge médian de 74 ± 3 ans (70 à 85). Le nombre médian de jours d'hospitalisations durant la première année post transplantation était de 32 ± 25 jours (2 à 162). La polymédication >5 et 10 molécules était le seul facteur associé à un nombre de jours d'hospitalisations plus haut que la médiane (OR = 3.7, IC 95%=1.2-14.3 et 8.3, 95%IC 95% = 2.3-36.7, respectivement), résultat confirmé après ajustement sur l'âge et l'index de comorbidité de Charlson en analyse multivariée. Une faible masse musculaire n'était pas associée à un sur-risque d'hospitalisations. **Conclusion :** Chez les receveurs âgés, la polymédication pré-transplantation est associée à des complications et des hospitalisations post-transplantation plus fréquentes, indépendamment des comorbidités. Des interventions gériatriques pré-transplantation devraient être proposées pour diminuer la polymédication.

P4-21-04

L'impact de la thérapie assistée par le poney sur le comportement chez les personnes atteintes de démence vivant en EHPAD

B. Carillon (1) ; J. Belmin (2) ; B. Fulpin (3) ; A. Miliotis (4) ; A. Bernadac (4)

(1) *Master 2 expertise en gérontologie-Pôle soins, Université Paris 6 Pierre et Marie Curie-Résidences médicalisées ARPAVIE/KORIAN, Ivry-sur-Seine- Issy-les-moulineaux/Vaucresson;* (2) *Pôle gériatrique paris val-de-marne, Hôpital Charles-Foix (AP-HP)-Université Paris 6 Pierre et Marie Curie, Ivry-sur-Seine;* (3) *Pôle soins, Résidence médicalisée ARPAVIE Sainte Lucie, Issy-les-Moulineaux;* (4) *Pôle soins, Résidence médicalisée KORIAN Hauts de Jardy, Vaucresson*

Introduction : Expérimentée en psychomotricité au sein de deux EHPAD depuis six années, la thérapie assistée par le poney (TAP) montre des effets cliniques positifs sur les symptômes psychocomportementaux de la démence (SPCD). Cette forme de thérapie reste méconnue en gérontologie. La littérature scientifique ne contient aucune étude à ce sujet. L'étude expérimentale qui a été réalisée s'est basée sur la problématique suivante: quels sont les effets de la TAP sur l'apathie et l'anxiété chez les personnes atteintes de démence en institution ? La TAP favorise-t-elle une diminution de ces troubles à court terme? **Méthodes :** Il s'agit d'une étude d'intervention avec un plan expérimental d'étude de type cas-croisé pour un échantillon de 23 sujets sur une durée de deux mois. Un groupe d'intervention a fait l'objet de l'étude croisée et a été étudié durant une période avec TAP et une période sans TAP. Un groupe contrôle a aussi été étudié. L'échelle NPI-R a été utilisée pour évaluer le comportement de l'ensemble de l'échantillon à 3

étapes de l'étude avant et après intervention. L'échelle d'interaction ECPAI a été utilisée pour évaluer le niveau d'engagement du patient au contact de l'animal ou de l'animateur durant deux séances de TAP et durant un temps d'animation. **Résultats** : Dans l'étude croisée, le score ECPAI positif, reflétant l'engagement, est plus important dans l'interaction patient/poney que dans l'interaction patient/intervenant ($p < 0,01$). Le score ECPAI d'indifférence, reflétant le comportement apathique, est significativement plus faible durant l'interaction avec l'animal que dans l'interaction avec l'animateur ($p < 0,01$). L'engagement positif est plus important dans l'interaction avec le poney pour les patients suivis en thérapie que pour le groupe contrôle en situation d'interaction avec l'animateur ($p < 0,01$). Il n'y a pas de modification significative des scores des items Anxiété et Apathie de l'échelle NPI-R. **Conclusion** : La TAP participe à l'engagement positif du patient dans l'interaction avec l'animal. Ces premiers résultats encourageants rejoignent les conclusions des études menées sur la médiation animale et confirment les observations cliniques recueillies. La TAP pourrait agir en améliorant l'estime de soi et la valorisation de l'ensemble des capacités du patient. Dans cette optique, plusieurs axes de recherche seraient également intéressants à explorer : d'une part, étudier l'impact de la TAP sur d'autres SPCD, d'autre part, mesurer les effets de la TAP sur les capacités physiques du patient pour l'envisager comme une nouvelle alternative de soin innovante en rééducation.

P4-12-05

Caractéristiques, prise en charge et évolution des patients âgés porteurs d'une radionécrose : une étude de cohorte rétrospective

F. Rollot Trad (1) ; M. Nicodeme (2) ; M. Chéron (2) ; F. Canoui-Poitrine (3) ; I. Kriegel (4) ; F. Campana (5) ; I. Fromantin (2)

(1) *Oncogériatrie, département soins de support, Hôpital Institut Curie, Paris*; (2) *Unité recherche plaies et cicatrisation, Hôpital Institut Curie, Paris*; (3) *Santé publique, Hôpital Henri Mondor, Créteil*; (4) *Département anesthésie réanimation douleurs, Hôpital Institut Curie, Paris*; (5) *Département radiothérapie, Hôpital Institut Curie, Paris*

Introduction : Les effets tardifs de la radiothérapie, de type sclérose évoluant parfois jusqu'à la nécrose, sont assez peu connus et décrits. Leur impact est pourtant majeur sur le quotidien des patients âgés ayant eu une radiothérapie avant les années 90. Une prise en charge appropriée nécessite une mobilisation pluriprofessionnelle, impliquant soignants, gériatres, radiothérapeutes, et chirurgiens. L'obtention d'une cicatrisation n'est pas envisageable en raison de la fibrose des tissus. Les soins visent donc à éviter l'altération et les complications chez des patients devenus âgés et parfois fragiles.

Méthodes : Objectif : Décrire les facteurs oncologiques, gériatriques et relatifs aux plaies, ainsi que les complications des patients âgés porteurs de radionécrose. **Méthode** : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective de patients âgés atteints de cancer et pris en charge médicalement pour une radionécrose, plaie chronique non réséquable chirurgicalement, dans un centre anti-cancéreux entre 2012 et 2018. Les critères de jugement étaient la survenue du décès, d'une hospitalisation non prévue ou d'une infection pendant le suivi. Les caractéristiques oncologiques et relatives à la plaie étaient systématiquement recueillies ainsi que les caractéristiques gériatriques pour les patients ayant eu une évaluation gériatrique. Les facteurs associés étaient analysés par un modèle de régression logistique. **Résultats** : 41 patients ont été inclus, d'âge moyen 82 ans (écart-type = 7), dont 98% de femmes, dans 95% des cas pris en

charge pour un cancer du sein, et ayant eu une radiothérapie il y a 35 ans en moyenne ($SD=7$). Au total, 31 sujets ont eu une évaluation gériatrique (médiane ADL=5, Q1-Q3 : 5-6 ; médiane IADL=3 (1-4)). Huit patients (26%) avaient une mobilité réduite, et 10 (31%) une comorbidité cardiaque. Lors de leur prise en charge, 32 (78%) avaient une plaie ulcérée, 38% une lymphoedème ou une plexite radique et 10 (25%) présentaient des signes infectieux. Les pansements appliqués sur les lésions étaient des alginates ou des hydrofibres dans 51,2% des cas et/ou des hydrocellulaires (58,4%). Des antimicrobiens ont été appliqués ponctuellement chez 11,9% des patients. Une patiente a bénéficié de thérapie hyperbare. Ils ont été suivis en moyenne 18 mois (min=1 ; max=80). Pendant le suivi, 4 sont décédés (taux de mortalité = 20,7 ; Intervalle de Confiance à 95% (IC 95%) = 6,5-55) et 18 ont présenté des complications (infection ou hospitalisation non programmée : 47,4%, un épisode en médiane (min=1, max=3)). Les facteurs associés aux complications étaient : récurrence de cancer (Odds Ratio brut (ORb) = 7,2 ; IC 95% = 1,3-40,7 ; $p=0,03$), dépendance pour une activité instrumentale de la vie quotidienne (ORb pour perte 1 point IADL = 2,2 ; IC 95% = 0,99-5,1 ; $p=0,05$) et hypertension artérielle (ORb = 4,7 ; 95% CI = 0,97-23,8 ; $p=0,06$). **Conclusion** : L'évolution des techniques de radiothérapie laisse supposer une réduction nette des effets tardifs de la radiothérapie dans les prochaines décennies. En attendant, lorsque la chirurgie n'est pas envisageable, ces patients doivent être surveillés afin d'anticiper tant que possible des complications parfois graves, chez des personnes âgées voire très âgées. Ces plaies sont complexes du fait du contexte gériatrique mais aussi local, avec des remaniements tissulaires sous-jacents conséquents, pouvant atteindre les structures osseuses ou les axes vasculaires.

P4-03-06

Intérêt de la recherche d'une épilepsie dans le cadre des décompensations de maladies neurodégénératives

A. Sefssafi (1) ; L. Volpe-Gillot (2) ; I. Pissareva (3) ; T. Garcia (1) (1) *Neuropsychogériatrie aigue, Hôpital Léopold Bellan, Paris*; (2) *Service de neuro-psycho-gériatrie espace imagine, hôpital Leopold Bellan, Paris*; (3) *Unité cognitivo-comportementale, Hôpital Léopold Bellan, Paris*

Introduction : Les décompensations de maladies neurodégénératives sont un motif fréquent de consultation aux urgences et d'hospitalisation, de surcroît en gériatrie. Les motifs de décompensations sont somatiques dans la plupart des cas. Des travaux montrent que 20% des épilepsies nouvellement diagnostiquées après 65 ans sont d'origine neurodégénératives. En effet, l'épilepsie est une complication méconnue de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Pauci-symptomatique et non traitée, elle accélère le déclin cognitif et majore le risque d'hospitalisation. L'objectif de notre étude était de quantifier le nombre de découvertes d'épilepsies dans un service de neuropsychogériatrie aigue. **Méthodes** : Nous avons fait une analyse rétrospective reprenant tous les dossiers des patients hospitalisés dans l'unité de neuropsychogériatrie aigue de l'hôpital Leopold Bellan (Paris 14^{ème}) de janvier à avril 2018, et avons quantifié en pourcentage la proportion de patients chez qui une épilepsie était découverte en hospitalisation. **Résultats** : Un motif somatique de décompensation a été découvert chez 89% des patients hospitalisés. Une épilepsie a été découverte chez 28% des patients. Les patients ont été traités en première intention par LEVETIRACETAM 250 mg matin et soir, avec une très bonne tolérance dans 90% des cas. 10% ont nécessité une modification de traitement, avec introduction de

LAMOTRIGINE en deuxième intention. **Conclusion :** L'épilepsie est un motif fréquent de décompensation de troubles cognitifs et doit être recherchée facilement dans ce contexte car un traitement simple et dans l'ensemble bien toléré peut être instauré afin de ralentir le déclin cognitif de ces patients et diminuer la fréquence des hospitalisations.

P4-20-07

Analyse rétrospective des prescriptions inadaptées chez le sujet âgé à l'entrée d'un service de court séjour gériatrique

C. Philip (1) ; P. Mauran (2) ; A. Jalabert (2) ; A. Castet-Nicolas (2) ; C. Jeandel (3) ; H. Blain (3) ; D. Faure (4)

(1) *Court séjour gériatrique - pharmacie, Chu, Montpellier;* (2) *Pharmacie, CHU, Montpellier;* (3) *Gérontologie, C.H.U. de Montpellier, Montpellier;* (4) *SSR gériatrique - Pharmacie, Chu, Montpellier*

Introduction : Les personnes âgées représentent la population la plus exposée au risque iatrogène pour différentes raisons (modifications de la pharmacocinétique, polymédication...) (1 ; 2). Afin de réduire ce risque, divers outils ont été développés à l'échelle internationale (3), nationale (4) et locale (5) donnant des clés aux prescripteurs afin d'adapter la prescription aux patients âgés. Ces derniers préconisent notamment d'éviter la prescription de molécules favorisant la confusion, les hypotensions orthostatiques... Ces principes sont inconstamment appliqués à l'entrée des patients en court séjour gériatrique. L'objectif de ce travail est de dresser un état des lieux des prescriptions inadaptées chez la personne âgée, à l'entrée en court séjour gériatrique en comparant les ordonnances d'entrée et de sortie d'une cohorte de patients. **Méthodes :** Nous avons étudié les ordonnances d'entrée et de sortie de patients hospitalisés en court séjour gériatrique pendant 4 mois (mai-août 2017) à l'aide des lettres de sortie pharmaceutique (comparaison des traitements d'entrée aux traitements de sortie) rédigées par l'interne en pharmacie du service. Ces lettres de sortie pharmaceutique sont intégrées au compte rendu d'hospitalisation des patients. L'analyse des données a été faite à l'aide du tableur Excel®. **Résultats :** Parmi les 245 patients de l'étude, 107 ont vu leur ordonnance modifiée au cours du séjour, soit 44% des patients. 176 lignes de prescription ont été modifiées car inadaptées chez la personne âgée (en moyenne 1,6 lignes par ordonnance) : - Inhibiteurs de pompe à proton prescrits à tort au long cours ou à double-dose : 37 cas; - Anxiolytiques et hypnotiques : 37 cas (exemple : utilisation de benzodiazépines à demi-vie longue); - Antalgiques : 34 prescriptions inadaptées (utilisation d'antalgiques paliers 2 notamment à fortes doses); - Hypocholestérolémiants : 25 prescriptions de statines injustifiées (hypocholestérolémie, espérance de vie inférieure à 5 ans); - Antihypertenseurs : 11 lignes (bithérapie sans optimisation d'un traitement en monothérapie,...); - Anticoagulants : 8 cas de fibrillation auriculaire non anti-coagulée à tort; - Anticholinergiques dans l'incontinence urinaire : 7 cas; - Anti-angoreux : 6 prescriptions de donneurs de monoxyde d'azote au long cours; - Neuroleptiques : 5 cas (utilisés au long cours sans indication, ...); - Antidiabétiques : 4 prescriptions inadaptées (sulfamides hypoglycémifiants, ...); - Antigoutteux : 2 prescriptions d'association colchicine et dérivés d'opium chez des patients ayant des contre-indications. **Conclusion :** Des prescriptions inadaptées ont été retrouvées chez 44% des patients à leur entrée en court séjour gériatrique et ce malgré l'existence de nombreux outils d'aide à la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées. Ces prescriptions ont dans 24% des cas été

responsables ou coresponsables de l'hospitalisation des patients. Cette étude révèle la nécessité de sensibiliser les prescripteurs au bon usage du médicament chez les sujets âgés en s'appuyant sur les publications et guides nationaux (3 ; 4) ainsi que les outils développés au sein du centre hospitalier (5). 1/ K. Mangerel et al. Spécificités de la personne âgée et leurs conséquences sur la prise en charge médicamenteuse - *J Pharm Clin* 2011 ; 30(3) : 167-73; 2/ F. Péhourcq, M. Molimard. Pharmacocinétique chez le sujet âgé. *Revue des Maladies Respiratoires-Vol 21, N° 5-c3* - novembre 2004; 3/ P.O. Langet al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française - *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* (2015) 15, 323—336; 4/ O. Hanon, C. Jeandel. Guide de Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées; 5/ H. Blain, P. Rambourg. Guide de bon usage du médicament chez les sujets âgés – Version 2 – Juin 2016

P4-15-08

Evolution de la consommation en antibiotiques et des profils de résistance bactérienne en Unité de Soins Longue Durée pendant une période de 5 ans

E. Morello (1) ; A. Lafargue (2) ; R. Fossaert (3) ; J. Jenn (4) ; C. Roubaud Baudron (5)

(1) *Court Séjour Gériatrique, CHU Felix Guyon, Saint Denis;* (2) *Gériatrie, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux;* (3) *Gériatrie télé-médecine, CHU - Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux;* (4) *Pôle de gérontologie clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux;* (5) *Pôle de Gérontologie Clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*

Introduction : L'émergence de résistances bactériennes est un problème de santé publique mondial. Les recommandations des sociétés françaises proposent une analyse et une surveillance des consommations d'antibiotiques et des données d'écologie bactérienne. La gestion des infections et leur traitement chez le sujet âgé dépendant est complexe : la présentation clinique atypique est responsable d'une incertitude diagnostique, les colonisations sont fréquentes, la documentation est difficile et les choix thérapeutiques limités. Les hébergements pour personnes âgées dépendantes, notamment les Unités de Soins Longue Durée (USLD) sont des lieux de consommation importante en antibiotiques et des réservoirs de Bactéries Multi-Résistantes (BMR). Notre objectif était de documenter ces deux données (consommation d'antibiotiques, résistances bactériennes) dans notre USLD. **Méthodes :** Etude observationnelle descriptive rétrospective des patients hébergés en USLD au CHU de Bordeaux du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2016. Les caractéristiques- type âge, sexe, Groupe Iso-Resource (GIR), GIR Moyen Pondéré (GMP) Pathos Moyen Pondéré (PMP), démence, troubles du comportement- ont été relevées via les études transversales nationales. On observait : la consommation d'antibiotiques via l'application ConsoRes développée par le CCLIN (politique de santé dans le cadre d'ATB-RaiSin) et le profil de résistance des quatre bactéries les plus fréquentes : *E. coli*, *K. pneumoniae*, *S. aureus*, *P. aeruginosa* identifiées à partir de prélèvements bactériologiques réalisés en routine. Les données de résistance ont été comparées aux données du rapport de surveillance de la consommation d'antibiotiques mené par ATB-RaiSin en 2015, ainsi qu'au rapport européen HALT de 2016. **Résultats :** Pendant cette période de 5 ans, 349 patients (84 ans, 239(68.4%) femmes) ont été inclus, caractérisés par une dépendance sévère (87% des patients GIR 1 ou 2) et des troubles cognitifs fréquents (89% en moyenne) et une charge en soins importante (PMP entre 461 et 463

et GMP entre 867 et 900). La consommation globale d'antibiotiques s'étendait de 70 à 115 DDJ/1000 JH. Les pénicillines sont la classe d'antibiotiques la plus prescrite, notamment la ceftriaxone à raison de 13,9 DDJ/1000 JH, la pipéracilline/tazobactam et carbapénèmes respectivement à 5 et 6,4 DDJ/1000 JH dans notre établissement. La consommation en fluoroquinolones est particulièrement basse (5,6 DDJ/1000 JH). On note une augmentation de la consommation en Tazocilline tandis que celles d'Augmentin, Ceftriaxone et Imipénème diminuent. Sur la période d'inclusion, 361 souches d'E. coli, S. aureus, K. pneumoniae et P. aeruginosa ont été isolées. L'origine urinaire était la plus fréquente (280 (77%) échantillons). D'ailleurs E. coli était la bactérie majoritaire (216 (60%) échantillons). Le taux de résistance aux C3G était de 36% (n=77/216) et 24% (n=11/45) pour E. coli et K. pneumoniae, respectivement. Le taux de S. aureus résistant à la Méthicilline (SARM) était de 78% (36/46). P. aeruginosa était résistant à la ciprofloxacine dans 15% des cas (8/54). Ces chiffres étaient stables sur les 5 années. **Conclusion :** La population étudiée est parmi les plus âgées et sévèrement dépendantes des établissements d'hébergement médico-sociaux français. Ceci pourrait expliquer notre consommation globale en antibiotiques plus élevée que la médiane nationale des USLD (78 DDJ/1000 JH). La consommation en ceftriaxone est supérieure à la moyenne nationale (6,5 DDJ/1000 JH) du rapport ATB-RaiSin. Nous avons constaté une diminution de notre consommation en carbapénèmes et fluoroquinolones montrant indirectement l'efficacité de la politique nationale de préservation de ces catégories d'antibiotiques, contrebalancée par une plus forte consommation de Tazocilline. Nos prélèvements bactériologiques comprenaient les documentations d'infections avérées mais aussi de possibles colonisations, rendant la comparaison aux données nationales délicate. Notre importante proportion d'E. coli résistant aux C3G et de SARM par rapport aux données nationales impose une vigilance accrue sur les précautions d'hygiène et la consommation en antibiotiques. La faible proportion de résistance de P. aeruginosa aux fluoroquinolones est cohérente avec notre faible consommation de ces dernières. Cette étude est un état des lieux présentant des limites, notamment des effectifs de documentation bactérienne faibles. Néanmoins, elle pourrait être le point de départ d'un audit permettant d'améliorer les pratiques, dans un objectif de sauvegarde des antibiotiques à l'échelle locale et régionale.

P4-24-09

Association de la charge anticholinergique à la survenue d'une rétention urinaire en post opératoire d'une chirurgie fracture de l'extrémité supérieure du fémur

R. Haddad (1) ; C. Tomeo (1) ; J. Cohen Bittan (1) ; A. Gioanni (2) ; C. Villain (2) ; M. Verny (2) ; J. Boddaert (2)

(1) Unité péri opératoire gériatrique, Hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière-Charles Foix (APHP), DHU FAST, Paris; (2) Gériatrie aigüe, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris

Introduction : La rétention urinaire (RU) est fréquente en post-opératoire de fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) et affecte négativement la récupération fonctionnelle. Les facteurs pouvant expliquer cette prévalence sont la constipation, les difficultés de mobilisation et les médicaments introduits lors de l'anesthésie ou à visée antalgique. Les médicaments ont donc un impact sur la présence d'une RU, notamment via leur potentiel anticholinergique. La charge anticholinergique (CACh) est connue pour être associée au risque de chute, de confusion, de pneumopathie

mais seulement deux études aux résultats contradictoires évaluent l'association de la CACh à la RU chez les patients âgés en post opératoire d'une FESF. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'association de la CACh mesurée à l'aide de toutes les échelles d'évaluation de la CACh existantes à la RU dans cette population.

Méthodes : Tous les patients admis en post opératoire d'une FESF une unité péri-opératoire gériatrique (UPOG) ont été inclus. La RU a été définie comme l'échec à la reprise mictionnelle (absence de miction malgré un volume vésical ≥ 400 ml nécessitant un sondage urinaire) après ablation de la sonde urinaire ou la pose d'une sonde urinaire à demeure. La mesure de la CACh a été réalisée à partir des ordonnances informatisées des patients et prenaient en compte l'ensemble des traitements reçus au cours de l'hospitalisation. La CACh a été évaluée par un modèle linéaire additif quantifiant la charge cumulative des molécules anticholinergiques, le Drug Burden Index (DBI-Ach). Des échelles pondérées validées ont été utilisées : Anticholinergic Drug Scale (ADS), Anticholinergic Risk Scale (ARS), Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB), Chew's scale (Chew), Anticholinergic Activity Scale (AAS), Anticholinergic Load Scale (ALS), Clinician-Rated Anticholinergic Scale (CrAS), Duran's scale (Duran), Anticholinergic Burden Classification (ABC). **Résultats :** Les données de CACh sont disponibles pour 53 patients (âge moyen 86,9 \pm 5,4 ans ; 81,1% de femmes). Une RU a été diagnostiquée chez 18,9% des patients. La CACh moyenne sur le parcours évaluée par les différentes échelles était : 0,72 \pm 0,40 par le DBI-Ach, 1,39 \pm 0,95 par l'ACB, 0,28 \pm 1,26 par l'ARS, 0,55 \pm 0,89 par l'ADS, 0,73 \pm 1,30 par l'ABC, 0,79 \pm 1,12 par Chew, 1,39 \pm 0,74 par Duran, 0,38 \pm 0,86 par l'AAS, 0,72 \pm 0,95 par l'ALS et 1,45 \pm 1,08 par la CrAS. Il existait une association significative entre CACh et RU mesurée par l'ABC (p<0,05). Il existait une tendance à la significativité pour la CACh mesurée par l'ACB (p=0,13), l'ADS, Chew (p=0,08) et l'ALS (p=0,16). **Conclusion :** Chez les patients âgés en post opératoire d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur hospitalisés en UPOG, il existe une association entre RU et CACh mesurée uniquement par une des 10 échelles existantes. Ces résultats préliminaires seront vérifiés dans une cohorte de 764 patients. Les résultats sur la cohorte complète seront présentés et ajustés sur les facteurs de confusion potentiels.

P4-13-10

Analyse de 3 années de télémédecine dans les secteurs sanitaire et médico-social

M. Legros (1) ; M. Costes (1) ; D. Somme (2)

(1) Ssr, CHU de Rennes, Rennes; (2) Gériatrie, C.H.U de Rennes, Rennes

Introduction : Le CHU de Rennes a conventionné en 2014 avec 2 centres hospitaliers de proximité, CH de Janzé et CH de Montfort sur Meu, pour proposer des téléconsultations et téléexpertises en gériatrie pour les patients des secteurs sanitaires et pour les résidents d'EHPAD. Nous avons analysé 3 années de pratique de télémédecine en gériatrie ainsi que la consommation de soins au décours. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et quantitative. Tous les actes de télémédecine en gériatrie réalisés entre juin 2014 et juin 2017 ont été inclus. Le recueil des données a été fait à partir de la plateforme régionale de télémédecine Sterenn et des comptes rendus rédigés par le médecin gériatre. **Résultats :** Nous avons étudiés 147 actes de télémédecine ayant concernés 119 patients. On recense 43 % des demandes émanant du secteur médico-social, 35% du SSR et 22% du court séjour. Alors que 72 demandes

ont été faites la première année, la demande stagne autour de 38 les deux années suivantes. Les demandes sont des téléconsultations à 86%. Les 3/4 des motifs concernent les recours sur les maladies neuro-dégénératives et les troubles psycho-comportementaux. Dans la majorité des avis, des propositions thérapeutiques sont émises notamment en ce qui concerne les médicaments psychotropes mais aussi les anticoagulants et antiagrégants. On observe quelques difficultés en lien avec la technique mais aussi en lien avec des troubles sensoriels des patients. Un suivi est programmé pour moins d'un quart des patients soit en télémédecine soit en hôpital de jour. On recense 21 hospitalisations dans les 3 mois suivant la télémédecine, pour un autre motif que celui de la téléconsultation dans 90% des cas. **Conclusion :** En conclusion, la télémédecine paraît être un outil permettant d'apporter une expertise gériatrique au bénéfice du patient et en soutien aux médecins traitants et aux équipes soignantes.

P4-15-11

Facteurs associés à la prescription d'antibiotiques aux urgences chez les personnes âgées atteintes de grippe

M. Hablot (1) ; D. Viglino (2) ; S. Larrat (3) ; R. Collomb-Muret (2) ; N. Termoz-Masson (2) ; M. Maignan (2) ; G. Gavazzi (4)
(1) *C.H.U de Grenoble, La Tronche*; (2) *Département des urgences, CHU de Grenoble, La Tronche*; (3) *Biologie, C.H.U de Grenoble, La Tronche*; (4) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, C.H.U Grenoble-Alpes, Grenoble*

Introduction : La grippe est un motif de recours fréquent aux urgences en période épidémique notamment parmi la population âgée, à risque de complications. La surinfection bactérienne pulmonaire de grippe concernerait environ 2,5% des cas de grippe confirmés chez les patients à risque. Le diagnostic de cette complication est difficile. Or les enjeux sont pronostiques et thérapeutiques puisqu'on observe une augmentation de la mortalité et de la dépendance des sujets âgés atteints ainsi qu'une augmentation des résistances bactériennes liée à l'utilisation des antibiotiques. L'objectif de cette étude est d'analyser les facteurs associés à la prescription d'antibiotiques aux urgences chez la personne âgée grippée. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle prospective. Elle s'est déroulée aux urgences adultes du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes du 4 au 15 janvier 2018. Les patients inclus sont les personnes âgées de 75 ans et plus dont le diagnostic de grippe A ou B a été prouvé par test de diagnostic rapide (PCR) à l'accueil des urgences. Ce test était réalisé chez les patients présentant un syndrome grippal ou une hyperthermie ou décompensant une pathologie respiratoire chronique. La prescription d'antibiotiques ainsi que les facteurs qui y sont potentiellement associés ont été recueillis à partir des dossiers numériques des patients et de questionnaires papier complétés par les urgentistes lors de la prise en charge. Il a également été demandé aux médecins de déclarer quels éléments orientaient leur décision de traitement antibiotique. Les tests exacts de Fisher et U de Mann-Whitney ont été utilisés afin d'identifier les facteurs associés à la prescription d'antibiotiques. **Résultats :** Trente-deux patients ont été inclus. Parmi ceux-ci, seize (50%) ont reçu un antibiotique. La médiane d'âge de cet échantillon est de 85 ans. Les facteurs associés à la prescription d'antibiotiques sont le sexe féminin ($r = 0,037$), l'absence d'antécédents de tabagisme ($r = 0,024$), la saturation artérielle en oxygène basse (64 ; $r = 0,015$), une valeur de CRP élevée (46 ; $r = 0,003$), un taux de NT-pro-BNP augmenté (25 ; $r = 0,036$), un pH artériel haut (69 ; $r = 0,026$), la présence

d'un foyer radiologique ($r = 0,002$) et la gravité évaluée par le score CURB-65 (68 ; $r = 0,023$). Le critère le plus fréquemment déclaré par les urgentistes comme influençant leur prescription d'antibiotiques est la présence de signes radiologiques. **Conclusion :** La gravité du patient ainsi que certains examens complémentaires notamment la CRP et la présence d'un foyer radiologique induisent significativement la prescription d'antibiotiques aux urgences chez les personnes âgées atteintes d'une grippe confirmée. On pourra s'intéresser à la concordance entre gravité objective et gravité ressentie par les urgentistes, et s'interroger sur la place de la CRP et la pertinence des images radiologiques dans le diagnostic et le traitement de cette complication.

P4-26-12

Le dispositif d'hébergement temporaire dans le cadre de PAERPA

A. Pruvot (1)
(1) *ANAP, Paris*

Introduction : Le programme PAERPA s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus, autonomes, mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social. Il vise à améliorer et éviter les ruptures du parcours de santé, à adapter les pratiques professionnelles et renforcer la coordination entre les acteurs. Cela se traduit notamment par le dispositif d'hébergement temporaire destiné à des personnes autonomes, dont l'état de santé ne justifie pas une prolongation de l'hospitalisation mais ne pouvant pas rentrer à leur domicile dès leur sortie d'hospitalisation. Les objectifs sont: restaurer et préserver l'autonomie des gestes de la vie quotidienne, préparer le retour au domicile avec la famille, les proches et les services sociaux, et réaliser les adaptations nécessaires du logement pour un retour au domicile dans de bonnes conditions. **Méthodes :** L'ANAP a mené un travail de capitalisation et de retours d'expériences auprès des 9 territoires expérimentateurs ayant mis en place le dispositif d'HT. Ce travail a été réalisé grâce à une enquête adressée aux acteurs locaux, des entretiens auprès de 38 structures et plus de 70 acteurs participant aux dispositifs sur les 9 territoires (EHPAD, CTA, hôpitaux) et des échanges avec les chefs de projets en ARS chargés de la mise en œuvre de PAERPA. **Résultats :** La mise en place de ce dispositif a amené les acteurs à s'interroger sur plusieurs éléments: Le choix des EHPAD participants : dans la majorité des cas, les ARS ont sélectionné les EHPAD parmi les candidatures reçues en fonction de critères prédéfinis dans le cadre d'appels à projets. Le choix du modèle de mobilisation des places (places dédiées ou non à PAERPA) : ce choix est étroitement lié au modèle de financement choisi par les ARS et à la situation géographique de l'EHPAD (urbain/rural, proche domicile de l'usager). Certains territoires ont opté pour un modèle mixte en laissant le choix aux EHPAD. Les motifs d'entrée et durée de séjour en HT : La prise en charge en HT peut se faire en cas de sortie d'hospitalisation pour une durée maximale de 30 jours. Cependant, la majorité des territoires ont élargi à d'autres motifs : hospitalisation soudaine et/ou répit de l'aidant. L'inclusion dans le dispositif et les usagers concernés : les critères d'inclusion s'appuient sur une base commune définie au niveau national, complétée des critères propres à chaque territoire, en fonction des besoins identifiés et des capacités des EHPAD (critères de l'âge (être âgé de 75 ans et plus, lieu de résidence...) Le choix du financement pour les places PAERPA : le financement est forfaitaire ou en fonction de l'activité. L'HT PAERPA se caractérise par la diminution importante du reste à charge pour le résident. Le

rôle clef des coordinations territoriales d'appui: la CTA peut jouer 4 rôles : administratif, intermédiaire entre l'adresseur et l'EHPAD, préparation de la sortie et suivi post-hébergement temporaire PAERPA. L'issue de l'HT PAERPA en sortie d'hospitalisation : lorsque la possibilité d'un retour à domicile est prise en compte pour l'inclusion dans le dispositif, les taux de retour à domicile constatés sont élevés. Les enjeux de l'HT PAERPA pour les EHPAD : l'hébergement temporaire PAERPA bouleverse le fonctionnement de l'EHPAD (réactivité accrue, charge de travail supplémentaire). La participation des centres hospitaliers au dispositif : elle dépend de leurs besoins et de la façon dont le dispositif peut y répondre sur chaque territoire. La sensibilisation au dispositif : il s'agit d'un prérequis indispensable à la participation et à la mobilisation des adresseurs. La convention : l'équilibre est parfois difficile à trouver entre la nécessité de formaliser les outils et la rigidité du cadre que cela peut impliquer. **Conclusion :** Le dispositif permet une amélioration de l'offre de services pour les personnes âgées sur les territoires, contribue au rapprochement de la ville et de l'hôpital, s'inscrit dans une logique de pertinence médico-économique. L'HT a rencontré quelques obstacles à son déploiement mais certains territoires ont aujourd'hui des taux d'occupation et de retour à domicile importants, grâce à la construction de procédures et d'outils communs aux acteurs. Mais, la question de la viabilité du modèle de financement dans un contexte de pérennisation de l'HT reste ouverte.

P4-11-13

Les carences en vitamine C, une cause peu connue d'affections cutanées en institution gériatrique : à propos de 2 cas en USLD
C. Lagorsse (1) ; E. Oumedian (2) ; L. Bourguignon (3) ; B. De La Gastine (1)

(1) *Usld / ehpad, Hôpital Pierre Garraud - HCL, Lyon*; (2) *Service diététique, Hôpital Pierre Garraud - HCL, Lyon*; (3) *Pharmacie, Centre Hospitalier Pierre-Garraud, Lyon*

Introduction : La vitamine C a un rôle essentiel dans la lutte contre le stress oxydant. Elle est très fragile et les carences en apports alimentaires sont fréquentes, en particulier en population gériatrique de plus de 75 ans. **Méthodes :** Nous rapportons deux observations d'atteintes cutanées apparues en institution gériatrique chez des patients bénéficiant de repas en texture adaptée, associées à une carence en vitamine C. **Résultats :** La carence en vitamine C touche 5 à 10 % des adultes en occident et est sous-diagnostiquée. Sous sa forme sévère ou scorbutique, elle peut se manifester par des lésions cutanées. Les facteurs de risques de développer un scorbut sont représentés par les situations de précarité dont l'âge avancé. Il semblerait que les textures alimentaires nécessaires en cas d'édentation et/ou de troubles de déglutition puissent induire des carences en vitamine C en institution gériatrique. **Conclusion :** Certains signes cutanés doivent alerter et faire penser à une carence en vitamine C, même en institution gériatrique surtout lorsqu'ils sont associés à des adaptations de textures alimentaires.

P4-07-14

Enquête un jour donné sur le traitement par psychotropes des troubles psycho-comportementaux perturbateurs (TPP) chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

S. Haulon (1) ; Y. Wolmark (2) ; G. Orvoen (3) ; V. Haddad (4) ; P. Charru (5) ; O. Henry (6)

(1) *Gérontologie 4, Hôpital Emile-Roux (AP-HP), Limeil-Brévannes*; (2) *Gériatrie, EHPAD les Parentèles de la rue Blanche, Paris*; (3) *Gériatrie, Hôpital Broca, Paris*; (4) *Gériatrie, C.H. Les Murets, La Queue-en-Brie*; (5) *Gerontologie, Hôpital Louis-Mourier - APHP, Colombes*; (6) *Gérontologie 1, Hôpital Emile-Roux (AP-HP), Limeil-Brévannes*

Introduction : Les troubles psycho-comportementaux perturbateurs (TPP) sont fréquents chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentées, et constituent un fardeau pour les soignants dans la prise en charge de ces patients. **Méthodes :** La société de gériatrie et de gérontologie d'île de France a réalisé une enquête via ses adhérents sur la prise en charge de ces patients. Un questionnaire sur un fichier Excel a été envoyé à l'ensemble des membres. Ce questionnaire comprend deux parties : une partie sur la fréquence des troubles du comportement et l'utilisation des psychotropes dans les différentes structures, une partie déclarative sur les pratiques habituelles des praticiens. **Résultats :** Nous avons reçu 28 enquêtes 27 ont pu être exploitées pour la partie patients et 19 pour la partie pratiques des praticiens. Les principaux TPP qui justifient la prescription d'un traitement sont l'agitation, l'agressivité, les cris, les délires, les hallucinations et l'altération du rythme nyctéméral, et ce pour plus de 60% des prescripteurs. L'enquête a permis de recueillir les prescriptions pour 1041 patients. 54% présentent des TPP et parmi ceux-ci 83% ont un traitement médicamenteux. Les patients sont répartis en 31 unités, de type court séjour, SSR, UCC, SLD, EHPAD ou UHR. Il y a respectivement 88.5% et 90% de patients atteints de TPP en UCC et en UHR, 30% en court séjour, 20% en SSR et 74% en EHPAD. Parmi les 83% de patients traités 38,5% ont une monothérapie, 36% une bithérapie et 6,5% une trithérapie. Parmi les traitements prescrits 51% des patients ont des benzodiazépines, 48,5% ont des antidépresseurs et 30% des neuroleptiques. Ces différents traitements sont combinés dans plus de 60% des cas. Ces résultats recueillis sont corrélés aux pratiques des praticiens qui déclarent prescrire à plus de 90% des benzodiazépines en première intention et à 45% des antidépresseurs en première intention. En deuxième intention on retrouve d'abord les neuroleptiques puis les thymo-régulateurs et les antidépresseurs. **Conclusion :** Cette enquête est inédite pour la Société de Gériatrie et de Gérontologie d'Île de France, elle permet d'avoir une évaluation des prescriptions pour les TPP sur l'ensemble de la filière gériatrique et notamment dans des unités de court séjour. Elle concerne plus de 1000 patients, et on observe une cohérence entre les réponses sur les pratiques déclaratives et les résultats relevés dans les unités. On note que les TPP présents à 90% dans les unités dédiées UCC et UHR. 54% de l'ensemble des patients souffrent de TPP ce qui confirme bien le poids de ceux-ci dans l'ensemble de la filière.

P4-20-15**Evaluation d'un programme d'éducation thérapeutique de réduction progressive des benzodiazépines et molécules apparentées chez la personne âgée**

S. Aberkane (1) ; W. Jarzebowski (2) ; S. Pariel (3) ; S. Bernard-Charriere (3) ; R. Declais (3) ; J. Belmin (4) ; C. Oasi (2)

(1) *Gériatrie, C.H. Sud Francilien, Corbeil-Essonnes*; (2) *Gériatrie à orientation cardiovasculaire et neuropsychogériatrique, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (3) *Département de gériatrie ambulatoire, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine*; (4) *Gériatrie à orientation cardiovasculaire et neuropsychogériatrique, Hôpital Charles-Foix (AP-HP) et Université Pierre et Marie Curie, Ivry-sur-Seine*

Introduction : En France, plus de 30% des personnes de plus de 65 ans consomment de façon chronique des benzodiazépines ou des médicaments apparentés. Cette consommation expose les personnes âgées à des effets indésirables graves. La Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré en octobre 2007 des recommandations professionnelles de bonnes pratiques sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines et molécules apparentées (B&MA) chez le patient âgé. Leur application au sein d'un programme d'éducation thérapeutique de réduction progressive permettra de vérifier leur faisabilité, leur tolérance et l'absence d'induction de syndrome de sevrage. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective d'un programme d'éducation thérapeutique de réduction progressive des B&MA chez des sujets âgés, mené sur 6 ans et demi à l'hôpital Charles Foix à Ivry-sur-Seine. La faisabilité a été évaluée sur la proportion de patients ayant réussi à arrêter ou à diminuer les B&MA à la fin du programme d'éducation. La tolérance a été évaluée sur l'absence d'effet péjoratif sur le sommeil et l'anxiété à partir des items correspondants de l'échelle d'inventaire neuropsychiatrique NPI, et sur l'absence d'effet péjoratif sur le comportement à partir des items agitation/agressivité et comportements moteurs aberrants de l'échelle NPI. La proportion de patients présentant des symptômes de syndrome de sevrage a été évaluée. **Résultats :** Quatre-vingt-huit patients ont été inclus dans l'étude. Cinquante-quatre (61%) ont arrêté totalement ou partiellement leur traitement avec une faible probabilité d'effets péjoratifs sur le sommeil (test de Mc Nemar : $p = 0.27$), l'anxiété ($p = 1$) et le comportement (agitation/agressivité : $p = 0.13$; comportement moteur aberrant : $p = 1$). Seuls 3 patients (6%) ont présenté des symptômes de sevrage. **Conclusion :** Notre étude a montré l'impact positif que pouvait avoir un programme d'éducation thérapeutique sur la diminution voire l'arrêt définitif des BZD&MA chez la personne âgée, sans que celui-ci n'induisse d'effets péjoratifs ni de symptômes de sevrage.

P4-15-16**Déterminants de l'attitude vaccinale contre le zona des médecins généralistes chez les patients de plus de 65 ans en France**

J. Gautier (1) ; A. Bosseray (2) ; O. Epaulard (3) ; C. Landelle (4) ; G. Gavazzi (5)

(1) *Médecine aigue gériatrique, CHUGA, Grenoble*; (2) *Médecine interne, CHUGA, Grenoble*; (3) *Maladies infectieuses, CHUGA, Grenoble*; (4) *Hygiène hospitalière, CHUGA, Grenoble*; (5) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHUGA, Grenoble*

Introduction : Le zona est une pathologie fréquente chez la personne âgée, induisant des complications sévères. Sa prévention à l'aide d'un vaccin est recommandée pour les patients de 65 à 74

ans depuis 2016 ; cependant la couverture vaccinale en France reste très faible (<5%). La prévention relevant des praticiens de soins primaires, il paraît nécessaire d'analyser les raisons qui motivent et freinent la pratique de cette vaccination auprès de médecins généralistes. **Méthodes :** Un questionnaire sur les déterminants vaccinaux a été envoyé à 940 médecins généralistes français. Une analyse uni- puis multivariée comparant ces déterminants entre les médecins recommandant ou non la vaccination a été réalisée. **Résultats :** Les médecins recommandeurs du vaccin sont 24.8%. 50.9% ne connaissent pas bien les complications de la maladie (surtout le risque d'événement cardiovasculaire aigu après un zona), sans que cela soit un frein significatif à la vaccination. En analyse multivariée, le principal frein identifié est la perception de l'insuffisance d'efficacité du vaccin pour réduire l'incidence du zona ($p=0.028$). Le principal levier vaccinal est la perception que le zona diminue sévèrement la qualité de vie ($p=0.017$). **Conclusion :** La méconnaissance de la maladie dans notre étude n'apparaît pas être un frein à la vaccination. Par contre, la perception d'une inefficacité du vaccin en est un, alors que l'impact du zona sur la qualité de vie est un facteur promoteur de la vaccination. La démonstration des complications du zona mais aussi de l'efficacité vaccinale paraissent donc être des objectifs de formation principaux pour les médecins généralistes afin d'améliorer la couverture vaccinale.

P4-02-17**Postadychute-AG, étude des éléments posturographiques statiques et dynamiques prédictifs de la chute de la personne âgée institutionnalisée : protocole de l'essai clinique randomisé par grappes**

F. Quijoux (1) ; P. Zawieja (2) ; F. Bertin-Hugault (2) ; M. Lefèvre (2) ; PP. Vidal (3) ; D. Ricard (4)

(1) *Direction Médicale, ORPEA GROUP; COGNAC G - Paris Descartes - CNRS, SSA, Paris*; (2) *Direction médicale, ORPEA GROUP, Puteaux*; (3) *Cnrs, ssa, COGNAC G - Paris Descartes, Paris*; (4) *Cnrs, ssa, COGNAC G - Service de Neurologie de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Percy, Paris*

Introduction : La chute de la personne âgée est définie par l'OMS comme « un événement à l'issue duquel une personne [de plus de 65 ans] se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment » [OMS, 2012]. Mais derrière cette simple définition, les chutes des personnes fragiles rassemblent de nombreuses problématiques tant économiques que sociales. On estimait en 2004 que 450 000 accidents en France étaient liés à des chutes, ce qui en faisait l'accident le plus courant dans la vie quotidienne. La dépendance des personnes âgées liée au syndrome post-chute rend plus difficile le travail du personnel soignant à cause de la désadaptation psychomotrice du patient. L'analyse des facteurs de risques et l'évaluation de l'équilibre par des tests cliniques ne permettent pas d'identifier avec une sensibilité et une spécificité suffisantes les personnes à haut risque de chute en EHPAD [Oliver, 2004]. Pour contrer les limitations des évaluations cliniques, les paramètres stabilométriques peuvent être particulièrement utiles, notamment pour mieux comprendre les processus biomécanique qui sont mis en jeu pour maintenir l'équilibre [Nardone, 2010]. Les paramètres biomécaniques (vitesse de marche, nombre de pas pour le demitour, durée moyenne d'un pas, aire du statokinésigramme, etc.) permettent d'identifier avec une bonne prédiction les futurs chuteurs [Audiffren, 2016; Panzer, 2011]. Or, l'activité physique adaptée (APA) a montré son effet sur ces paramètres biomécaniques [Low,

2017] en plus de ses effets sur les tests cliniques fonctionnels [Giné-Garriga, 2014]. **Objectif** : Valider la pertinence des indicateurs et leur analyse qui sont obtenus à partir d'un statokinésigramme enregistré sur une plateforme de force et des données de centrales inertielles mesurant les mouvements des segments corporels, prédisant le risque de chute à 6 mois en comparant le risque de chute prédit au nombre de chutes effectivement enregistrées dans les 6 mois chez des sujets séniors institutionnalisés puis en suivant l'évolution de ces indicateurs dans des cohortes de sujets séniors institutionnalisés participant à des programmes d'APA. **Méthodes** : Il s'agit d'une étude prospective multicentrique à visée exploratoire, recherchant les meilleurs indicateurs du risque de chute dans l'évaluation statique et dynamique de l'équilibre à partir d'une première sélection au travers de d'une revue de la littérature. La durée d'inclusion des participants est de 6 mois avec 4 mois (32 séances) d'APA pour les cohortes en bénéficiant. 4 programmes d'exercices physiques ont été prévu pour personnaliser la prise en charge en fonction des capacités physiques, cardiovasculaires et cognitives. Les participants bénéficieront d'un bilan des principaux facteurs de risque au travers d'une fiche standardisée puis d'une évaluation de leur capacité d'équilibration via l'échelle d'équilibre de Berg. Mensuellement, leur équilibre statique et leur marche sont évalués sur une plateforme de force et avec des capteurs inertiels. Les chutes des participants sont tracées via une fiche de recueil des chutes pendant la durée de l'inclusion. La validation des modèles prédictifs de type scoring paramétrique, et/ou non-paramétrique multivariés, sensés prédire le risque de chute se fera sur la base de calculs de risques (courbes ROC) avec une partie des individus utilisés comme base de test du modèle. **Résultats** : Parmi les paramètres du statokinésigramme, l'aire de la figure décrite par le centre de pression est l'un des plus courants, notamment pour l'épreuve de Romberg. Basé sur un suivi de 16 établissements, pour une puissance de 80% et un seuil de significativité fixé à 5%, nous estimons que 382 participants dans l'ensemble de l'étude sont nécessaires pour observer une variation de l'aire du statokinésigramme après au moins 3 mois d'APA [Charan, 2013; Donner, 2000]. Ceci est calculé à partir des données de Ni et al. [Ni, 2014], pour un coefficient de corrélation intra-cluster de 0,02 [Spice, 2009] et un taux de perte de suivi prévu de 20%. Cette estimation est similaire à celle d'autres auteurs qui recherchaient une diminution du nombre de chute grâce à une intervention multimodale [Blank, 2011]. En se basant sur des données issues de la vitesse de marche [Magistro, 2013], 107 participants au total seraient nécessaires. Nous prévoyons donc une inclusion progressive de 460 participants par groupe de 10 personnes. **Conclusion** : L'évaluation suivant cette méthode de mesure pourra aider les professionnels de santé dans le diagnostic et la prise en charge précoce du trouble de l'équilibre.

P4-23-18

Repérage des déficiences Audition, Vision, Equilibre et Cognition (AVEC) en EHPAD

A. Bérard (1) ; S. Charney (2) ; S. Ladoux (3) ; B. Genet (4) ; T. Doré (5) ; P. Blanc (6)

(1) *Fondation Médéric Alzheimer, Paris*; (2) *Coordination des recherches, Fondation Médéric Alzheimer, Paris*; (3) *Direction de la communication, des relations institutionnelles et de l'innovation, Groupe Optic 2000, Clamart*; (4) *Politique des seniors, Groupe Optic 2000, Clamart*; (5) *Projets santé, Groupe Optic 2000, Clamart*; (6) *Mission santé, Groupe Optic 2000, Clamart*

Introduction : L'ANESM a émis en 2017 des recommandations sur le repérage des déficiences sensorielles en EHPA et EHPAD. Or seulement 33% des EHPAD réalisent de manière systématique un repérage des déficiences sensorielles et 6 % disposent d'un protocole. L'étude menée par la Fondation Médéric Alzheimer et Optic 2000, vise à tester en EHPAD une grille de repérage des déficiences de l'audition et de la vision, des troubles de l'équilibre et de la cognition, élaborée par la Société française de réflexion sensori-cognitive (Sofresc). L'objectif est de proposer aux EHPAD la version éprouvée de cette grille (libre de droit) pour le repérage. **Méthodes** : La grille de repérage AVEC (Audition, Vision, Equilibre et Cognition) élaborée par la Sofresc embarque quatre outils validés scientifiquement (Questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition, de la Fondation Surdité et Communication de l'Institut Raymond-Dewar ; FVSQ pour Fonctionnal Vision Screening Questionnaire (version française); Appui unipodal ; Codex). Cette grille s'appuie sur des scores (addition de points obtenus selon les réponses) et non sur des mesures (de la réfraction etc.). La grille a été passée en EHPAD par des professionnels (médecin coordonnateur, IDEC, psychologue...) auprès des résidents en capacité de comprendre les questions et de donner leur consentement (ou du tuteur). Une rencontre de présentation de l'étude a été réalisée dans chaque EHPAD avec la direction et l'équipe médicosociale. Etaient mis à leur disposition : le diaporama de présentation de l'étude (protocole visuel), 30 exemplaires (à renseigner) non identifiants de la grille AVEC, une grille d'interprétation des tests, une table de correspondance pour l'équipe de l'EHPAD (qui dispose des données nominatives) et une fiche récapitulative des réponses données aux alertes, à 4 mois après passation de la grille de repérage. **Résultats** : La grille AVEC a été passée auprès de 355 résidents dans 17 EHPAD dans 8 régions. La population de l'étude a en moyenne 85,8 ans ; un GIR moyen à 3 ; 2/3 sont des femmes. Parmi les résidents : 15 % ont une alerte Vision et seulement 85 % des résidents équipés ont des lunettes adaptées ; 50,4 % ont une alerte Audition et les 3/4 de ceux appareillés ont une alerte Audition. 3/4 de ceux ayant réalisé le test unipodal ont une alerte Equilibre. 61 % des résidents ont un score C ou D au Codex, soit une alerte Cognition. Le temps de passation de la grille est en moyenne de 19-20 minutes, et en 1 seule fois dans 90 % des cas. Les raisons d'une passation en plusieurs temps sont des appels extérieurs ou des priorités à régler par le professionnel faisant la passation. Deux reformulations de questions sur l'audition ont été proposées. Par exemple : tous les résidents ne disposant pas d'un téléphone, la question sur les difficultés à entendre une voix au bout du fil n'est pas toujours pertinente. **Conclusion** : La prise en compte des déficiences sensorielles, notamment de la vision et de l'audition, est importante en EHPAD même si la durée de vie est de 2,5 ans en moyenne. Comment apprécier des animations ou bénéficier d'interventions basées sur les sens (musique, chant, jardin,

aromathérapie...) lorsque le résident voit moins, entend moins, sent moins ? Outre l'augmentation du risque de survenue ou d'évolution de troubles cognitifs, s'ajoutent la désocialisation du résident, le repli sur soi, les signes de dépression etc. Les recommandations de l'HAS (ex ANESM) portent également sur des réponses à apporter en EHPAD mais tout ceci n'est possible que si l'équipe de direction comme médicosociale, de l'établissement est sensibilisée et outillée pour répondre à cet enjeu du sensoriel. La première étape après la sensibilisation (lutter contre les représentations sociales et fatalisme liés à l'âge) des professionnels, est le repérage systématique à l'entrée en établissement (s'il n'a pas été demandé avant l'entrée). Ce travail vise à proposer un outil de repérage de l'audition et de la vision, ayant une incidence sur deux troubles fréquents en EHPAD (l'équilibre et la cognition), qu'il mesure également.

SESSION 5

P5-20-01

Conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie en SSR gériatrique : une plus-value du pharmacien hospitalier

M. Wiart (1) ; B. Rousseau (2) ; M. Fortas (2) ; C. Devos (1) ; B. Charlet (2) ; N. Guenault (1)

(1) Pharmacie, C.H. d'Armentières, Armentières; (2) Unité de soins de suite et réadaptation, C.H. d'Armentières, Armentières

Introduction : La prévention de l'iatrogénie médicamenteuse fait partie des priorités du pôle de gériatrie du centre hospitalier d'Armentières (CHA). L'unité de soins de suite et réadaptation (SSR) étant excentrée géographiquement du site MCO, une organisation adéquate a été instaurée depuis 2015 afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des sujets âgés (PMSA) : mise en place d'une présence pharmaceutique avec réalisation de la conciliation médicamenteuse (CM) d'entrée et de sortie, en parallèle d'une analyse pharmaceutique des prescriptions informatisées. L'objectif de cette étude est de montrer la plus-value apportée par la présence pharmaceutique pour la réalisation des CM en SSR. **Méthodes :** Les données relatives aux interventions pharmaceutiques (IP) et aux CM ont été recueillies durant l'année 2017. L'unité de SSR regroupe 60 lits. Les CM d'entrée et de sortie, en plus de la validation pharmaceutique quotidienne des prescriptions. Les CM d'entrée, sans restriction d'âge, sont sélectionnées en fonction de leur provenance (risque plus élevé lors des transferts inter-établissements). Les CM de sortie ont été menées auprès des patients retournant au domicile, selon leur niveau cognitif. En effet, leurs traitements étaient ainsi que les modifications apportées durant l'hospitalisation leur étaient expliqués, à l'aide d'un plan de prise personnalisé « mon traitement ». Le tableau de CM de sortie était transmis au pharmacien d'officine ainsi qu'au médecin traitant, via la messagerie sécurisée Apicrypt® dès que ceux-ci en disposaient. **Résultats :** 105 CM d'entrée ont été réalisées en 2017 en SSR, chiffre stable par rapport à 2016 (n=110), dont 40% présentaient au moins une divergence non intentionnelle (DNI). Ces dernières étaient de gravité significative dans 26% des cas, chiffre à nuancer de par le sous-codage de ce paramètre (61% de DNI codées). 135 entretiens pharmaceutiques du patient ont été menés à l'entrée ou à la sortie de SSR. La détection de DNI et l'analyse des prescriptions amènent à des IP en majorité suivies par les gériatres, avec un taux de suivi total de 76%. 62 CM de sortie ont été réalisées, nombre annuel en augmentation franche de 281% par rapport à 2016 (n=22). Celles-ci intégraient un plan de prise personnalisé "mon traitement", remis et

expliqué au patient ou aux aidants en cas de troubles cognitifs. Dès que nécessaire, des fiches info patient (AVK, AOD, antibiotiques longue durée pour ostéite,...) étaient dispensées. **Conclusion :** La montée en charge de la conciliation médicamenteuse témoigne d'une amélioration continue de la PMSA, intégrant une nécessaire collaboration pluridisciplinaire entre pharmaciens et gériatres. Ces résultats démontrent la plus-value du pharmacien hospitalier dans ce domaine, ainsi que la forte implication des gériatres du pôle. Dans les perspectives 2018, le taux de suivi des IP pourra être amélioré par l'augmentation de la communication par passage dans le service, parfois moins évident en raison de la distance entre les sites, mais qui se ressent déjà sur le premier semestre. Des données supplémentaires sont recueillies pour la conciliation de sortie, qui nous permettront d'obtenir une analyse plus approfondie. Le codage de la gravité pourra être amélioré, de façon quantitative mais également qualitative avec l'utilisation de l'échelle CLEO, prenant en compte l'impact clinique, économique et organisationnel.

P5-09-02

Mon patient a chuté ? Ce que l'on sait et ce que l'on ne sait pas : Une récolte de données 3D au chevet du patient

J. Laurent-Michel (1)

(1) Polyclinique Scheutbos, Molenbeek-Saint-Jean, Belgique

Introduction : Les gérontechnologies ne peuvent remplacer les soignants. Elles peuvent par contre faciliter leur travail et améliorer leur connaissance du patient. Des systèmes de détection de chutes font leur apparition sur le marché. L'efficacité de ces systèmes est très sensible aux conditions extérieures, leur développement ne peut faire l'économie d'une large récolte de données en conditions réelles. Nous avons visualisé et annoté une partie d'une base de données afin de tester la robustesse d'un algorithme de détection de chute. Cette recherche a permis une analyse du point de vue du soignant. **Méthodes :** 18 capteurs « Time-of-flight » ISA ont collecté 60.000 heures de données dans 3 services de gériatrie répartis dans deux hôpitaux Bruxellois. Nous avons annoté 15% de cette base de données et classé les événements relatifs à l'activité et aux chutes du patient. Nous proposons une approche descriptive de la chute et de calculer la sensibilité / spécificité du système. **Résultats :** Les patients sont inactifs la plupart du temps (61% couchés et 15% assis), la base de données comporte 14 événements représentant des patients au sol, 9 correspondent à la définition d'une chute. Les deux tiers des chutes étaient inconnues du personnel soignant car les patients se relèvent seuls et n'avertissent pas le personnel. Cette première version d'algorithme offre une sensibilité de 72% et une spécificité de 97%. L'approche analytique choisie représente des avantages (portabilité de l'algorithme sur un matériel disponible) et des limitations (robustesse limitée aux changements de conditions d'utilisation), la création d'un algorithme utilisant l'entraînement de réseaux neuronaux est une piste à explorer. **Conclusion :** Alors que l'antécédent de chute dans les 6 mois représente un facteur validé de risque de chute, les deux tiers des chutes restent inconnues du personnel soignant. Cela représente une perte considérable d'informations cliniques pouvant orienter les équipes dans leur prise en charge, tant pour l'hospitalisation que pour le retour à domicile. Les systèmes automatiques de détection permettraient d'alimenter un registre de chute suivant le patient dans son parcours médical.

P5-20-03**Présence pharmaceutique : un atout dans un pôle de gériatrie**

M. Wiart (1) ; J. Vilnet (2) ; A. Delecour (2) ; B. Rousseau (3) ; J. Convain (2) ; A. Dablemont (2) ; C. Devos (1) ; M. Fortas (3) ; S. Rahmania (4) ; H. Tared (5) ; M. Boulanger-Bozidarevic (2) ; B. Charlet (2) ; N. Guenault (1)

(1) *Pharmacie, C.H. d'Armentières, Armentières*; (2) *Service de court séjour gériatrique, C.H. d'Armentières, Armentières*; (3) *Unité de soins de suite et réadaptation, C.H. d'Armentières, Armentières*; (4) *Unité de soins longue durée, C.H. d'Armentières, Armentières*; (5) *Ehpad française de luxembourg, C.H. d'Armentières, Armentières*

Introduction : L'optimisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé (PMSA) est un point essentiel dans le parcours de soins des patients, envers laquelle les gériatres sont particulièrement sensibilisés. La présence d'un pharmacien dans les services cliniques constitue une aide importante dans la PMSA et le dépistage du risque iatrogène. Certains services du pôle de gériatrie du CH d'Armentières (300 lits de soins de suite et réadaptation (SSR), soins longue durée (SLD), et EHPAD) sont situés à quelques km de l'hôpital, nécessitant une organisation pharmaceutique adaptée depuis 2013. Le court séjour gériatrique (CSG, 29 lits) est quant à lui situé sur le site principal. Les données de l'année 2017 ont été recueillies et analysées dans le but de valoriser l'activité du pharmacien. **Méthodes :** En 2017, le pharmacien référent du pôle de gériatrie se déplaçait en SSR, SLD et EHPAD, et encadrait un interne en pharmacie présent en CSG. Une analyse pharmaceutique des prescriptions informatisées avec émission d'interventions pharmaceutiques (IP) était réalisée de façon quotidienne en CSG et en SSR, et hebdomadaire dans un secteur d'EHPAD et USLD (30 lits). La conciliation médicamenteuse (CM) d'entrée de tout patient sans restriction d'âge, et la CM de sortie des patients avec retour à domicile étaient organisées de façon non exhaustive au CSG et au SSR. Les CM incluaient un entretien pharmaceutique selon le niveau cognitif du patient, avec évaluation de l'observance au domicile. Les IP et les documents de synthèse de CM et d'entretien étaient systématiquement intégrés au dossier patient informatisé (logiciel Crossway®). Des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) étaient organisées en EHPAD entre médecin, pharmacien et infirmiers (IDE), permettant une révision complète des traitements de chaque patient. Les erreurs médicamenteuses (EM), notamment de prescription détectées suite aux analyses pharmaceutiques et aux CM, étaient déclarées par les services concernés et la pharmacie. Des comités de retour d'expérience (CREX) étaient organisés entre pharmacien, interne, médecins et IDE. **Résultats :** En 2017, 10 534 prescriptions du pôle de 329 lits ont été analysées, amenant à l'émission de 619 IP, avec 82% des IP acceptées par les gériatres. 465 CM d'entrée ont été réalisées au CSG (71,6% des patients éligibles conciliés), et 105 au SSR. La proportion de patients conciliés avec au moins une divergence non intentionnelle (DNI) atteignait 40% (421 DNI). 32% des DNI ont été cotées de gravité significative et 68% mineure (seules 23% des DNI ont été cotées). L'ensemble des DNI détectées ont donné lieu à des IP. La CM de sortie, quant à elle, a été menée auprès de 183 patients du CSG et 62 patients de SSR. La totalité des tableaux de synthèse de CM ont été transmis au pharmacien d'officine et au médecin traitant. Un plan de prise personnalisé « mon traitement » était expliqué et remis aux patients conciliés. Les entretiens pharmaceutiques, réalisés à l'entrée ou à la sortie, s'élevèrent à 256 au CSG et 135 au SSR. 25 dossiers de patients d'EHPAD ont été vus en RCP, permettant entre autre

la déprescription de certaines classes thérapeutiques, notamment les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), les psychotropes et les statines. 84 EM ont été déclarées (50 EM de prescription, 12 EM de délivrance, 3 EM d'administration notamment), puis analysées lors de 4 CREX en CSG, et 4 CREX sur le pôle SSR/USLD/EHPAD. Des actions d'améliorations (sensibilisation du personnel, modification des pratiques) et des actions ponctuelles (Qualirisques AVK) ont été décidées à la suite des CREX. **Conclusion :** L'optimisation de la PMSA est menée efficacement via plusieurs axes de travail dans le pôle de gériatrie de l'établissement, comme en témoignent ces résultats. La fréquence des RCP en EHPAD a été limitée en 2017, de par le caractère chronophage de cette activité, mais tend à augmenter en 2018 et sera initiée en USLD. L'objectif est de maintenir la dynamique de toutes ces activités, avec en ligne de mire l'extension de l'analyse pharmaceutique à l'ensemble des services du pôle, et d'augmenter le nombre de patients éligibles conciliés en CSG et SSR. La collaboration pharmacien-médecin-IDE joue un rôle très important dans la PMSA, et ces résultats sont signes d'une forte implication pluridisciplinaire dans la prévention de l'iatrogénie.

P5-20-04**Etat des lieux et impact de la présence pharmaceutique dans un service de court séjour gériatrique**

C. Toullic (1) ; M. Wiart (1) ; A. Barbier (1) ; P. Carnaille (1) ; S. Goulois (1) ; B. Charlet (2) ; M. Boulanger-Bozidarevic (2) ; J. Convain (2) ; A. Delecour (2) ; J. Vilnet (2) ; N. Guenault (1)

(1) *Pharmacie, C.H. d'Armentières, Armentières*; (2) *Service de court séjour gériatrique, C.H. d'Armentières, Armentières*

Introduction : L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé et la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse constituent deux axes de travail prioritaires dans notre établissement de santé, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. Dans ce contexte, une collaboration étroite pharmacien-médecin est entretenue, notamment dans le service de court séjour gériatrique (CSG). L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact de la présence pharmaceutique dans le service de CSG par une analyse rétrospective des données de l'année 2017. **Méthodes :** Depuis septembre 2016, un interne en pharmacie se rend quotidiennement dans le service de CSG. Il y réalise les conciliations médicamenteuses d'entrée (CME) en binôme avec un externe en pharmacie présent à mi-temps, les conciliations médicamenteuses de sortie (CMS) en priorisant les retours à domicile, ainsi que la validation pharmaceutique des prescriptions avec émission d'interventions pharmaceutiques (IP) si besoin. Les CME étaient discutées et validées avec un médecin lors du passage dans le service. Les divergences étaient qualifiées d'intentionnelles (DI) s'il s'agissait d'une volonté médicale au vu de la pathologie du patient, ou de non intentionnelles (DNI) dans le cas contraire (oubli de prescription, modification de posologie...). En cas de DNI, la prescription était alors modifiée. Toutes les données de conciliations étaient consultables dans le dossier informatisé du patient, dans le logiciel Crossway®. L'AP était réalisée à l'aide du logiciel Pharma®, et les IP proposées se basaient sur la fiche d'intervention pharmaceutique proposée par la Société Française de Pharmacie Clinique. **Résultats :** En 2017, 465 CME ont été réalisées parmi lesquelles 189 retrouvaient au moins une DNI, soit 40% des conciliations. Au total 379 DNI étaient retrouvées. Au cours de l'analyse pharmaceutique (AP) effectuée dans le service de CSG, 378 IP ont été émises sur les

4419 ordonnances analysées, représentant 8,55% des ordonnances. Les principales erreurs relevées donnant lieu à des IP concernaient un surdosage ou une redondance de principe actif (31%), une indication non traitée (20%), ou encore une contre-indication ou une non-conformité aux référentiels (12%). Au regard de ces IP, des adaptations de posologie (27%), des arrêts (20%) ou ajouts (22%) de traitements ont été proposés. Le mode de transmission le plus fréquemment utilisé pour transmettre une IP reste l'informatique (58.7%) mais la fréquence de passage d'un pharmacien ou d'un interne dans le service était stable (30.4% en 2017 contre 32% en 2016). Le dernier moyen employé était téléphonique (10.9%). Au total, 87% des IP applicables étaient acceptées par le médecin (le taux d'acceptation des IP dans l'établissement était de 76%). Enfin, 183 patients ont pu bénéficier d'une CMS notamment grâce à la présence pharmaceutique dans le service. Les CMS, validées avec les gériatres, étaient ensuite transmises aux pharmacies d'officines et aux médecins traitants. **Conclusion :** La présence pharmaceutique dans le service permet une continuité des échanges pluridisciplinaires et facilite la transmission des interventions pharmaceutiques ainsi que l'activité de conciliation. La sollicitation régulière des pharmaciens par les médecins prouve l'impact positif de la démarche. Lors de l'analyse pharmaceutique, cela se traduit par des interventions pharmaceutiques plus pertinentes et donc un taux d'acceptation conséquent. L'objectif pour l'année 2018 est de maintenir cette dynamique tout en améliorant les pratiques. Une meilleure cotation de gravité des divergences non intentionnelles va être mise en place ainsi qu'une continuité des conciliations médicamenteuses de sortie afin de sécuriser le parcours du patient et de renforcer le lien ville-hôpital.

P5-20-05

Syndromes gériatriques: Association entre le seuil de médicaments et les classes thérapeutiques chez une population âgée lors d'une visite à l'urgence

L. Mallet (1) ; D. Nwilati (2) ; K. McEwen (3) ; C. Masse (4) ; LC. Bellerose Bélanger (5) ; M. Schnitzer (6) ; MA. Duceppe (5)

(1) *Université Montréal, Canada;* (2) *Pharmacie, Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Canada;* (3) *Pharmacie, Hôpital général du Lakeshore, Pointe-Claire, Canada;* (4) *Département de pharmacie, Hôpital du Haut-Richelieu, Saint-Jean-sur-Richelieu, Canada;* (5) *Département de pharmacie, Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Canada;* (6) *Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal, Canada*

Introduction : Compte tenu des nombreuses comorbidités et de la prise de plusieurs médicaments, les patients âgés sont à risque de développer des syndromes gériatriques. Plusieurs études ont mis en évidence l'association entre la présence d'effets indésirables et la prise de médicament en gériatrie. Cependant, peu d'études ont étudié le seuil de médicaments et les classes thérapeutiques à lesquels un syndrome gériatrique était présent. **Méthodes :** L'objectif de cette étude est d'identifier le seuil de médicaments et les classes thérapeutiques à lesquels les patients de plus de 65 ans ont présenté avec un syndrome gériatrique lors d'une visite à l'urgence. Il s'agit d'une étude rétrospective transversale effectuée au Centre universitaire de santé McGill. Les sujets âgés ayant reçu une consultation du service de pharmacie à l'urgence ont été inclus dans cette étude durant la période de mai 2015 à août 2017. Les patients étaient inclus s'ils présentaient un des syndromes gériatriques suivants: un delirium, une chute, la malnutrition ou une incontinence urinaire. Les autres syndromes gériatriques

étaient exclus. La collecte des données incluait : les données démographiques, les comorbidités, les médicaments prescrits, les produits naturels et les médicaments sans ordonnance, les médicaments inappropriés selon la liste de Beers, les cascades médicamenteuses, les médicaments non ajustés selon la fonction rénale, les duplications thérapeutiques et la durée de séjour. **Résultats :** Un nombre de 380 patients ont été inclus dans l'étude dont 262 patients (72.8%) avec un syndrome gériatrique. Les chutes représentaient le syndrome gériatrique le plus souvent rapporté soit chez 57,5% des patients suivi de l'incontinence urinaire (16.7%), le delirium (16.4%), et la malnutrition (9.7%). L'âge moyen était de 85 ans avec une majorité de femmes demeurant seules à domicile et présentant avec un lourd fardeau de comorbidités soit un score de comorbidité Charlson de 6.3 ± 1.8 . Les patients avec syndrome gériatrique consommaient $9,2 + 4,3$ médicaments comparativement aux patients à $7,9 + 4,2$ médicaments pour les patients sans syndrome gériatrique. L'index de Youden avec une aire sous la courbe de 0,6 a été maximisé pour tous les syndromes gériatriques combinés à un seuil de 10,5 médicaments et 9,5 classes de médicaments. Le risque de présenter à l'urgence avec un syndrome gériatrique augmentait d'un facteur de 1,061 par médicament (95% IC : 1,001-1,125) et de 1,071 par classe thérapeutique (95% IC : 1,007-1,139). Une association significative a été identifiée entre le nombre de médicaments prescrits et la présence de chutes (OR 1.067 par médicament; 95% CI, 1.012-1.126) ainsi que le nombre de classes thérapeutiques et la présence de chutes (OR 1.074 par classe; 95% CI, 1.015-1.136). La prise d'anticonvulsivants était cliniquement significative chez les patients ayant fait une chute ($p < 0.001$). **Conclusion :** Les médicaments sont associés à la présence de syndromes gériatriques, spécifiquement pour les chutes. Cette étude met toutefois en évidence la difficulté d'identifier un seuil spécifique de médicaments et de classes thérapeutiques et le risque d'apparition des syndromes gériatriques. Une des limites de cette étude est qu'il s'agit d'une étude rétrospective.

P5-20-06

Est-il utile, possible et efficace de sevrer les benzodiazépines pendant une hospitalisation en gériatrie ?

N. Berg (1) ; S. Lepage, (1) ; A. Grosjean (2) ; J. Petermans (3)

(1) *Gériatrie, CHR Liège, Liège, Belgique;* (2) *Pharmacie, CHR Liège, Liège, Belgique;* (3) *Gériatrie, CHU de Liège, Liège, Belgique*

Introduction : Les benzodiazépines sont des molécules fréquemment prescrites en Belgique, notamment chez la personne âgée. Ces molécules ont des indications strictes et ne sont pas dépourvues d'effets secondaires. L'hospitalisation dans un service de gériatrie est souvent l'occasion de débiter un sevrage en BZD (utilisation de l'Echelle STOPP – START). L'objectif de ce travail est de déterminer s'il existe des facteurs prédictifs de la réussite du sevrage, et si celui-ci est durable dans le temps. **Méthodes :** Etude rétrospective observationnelle portant sur les dossiers des patients : • âgés de 75 ans et plus, • ayant séjourné dans les quatre salles du service de gériatrie du CHR de la Citadelle de Liège, entre le 01/01/2016 et le 31/12/2016, • ayant consommé une benzodiazépine par voie orale en début de leur hospitalisation, • sortis non en stade terminal d'une affection. Différents paramètres pouvant potentiellement influencer la réussite au long cours du sevrage ont été recherchés : le sexe, l'âge, la provenance, la salle d'hospitalisation, la présence de contre-indication à la prise de BZD, l'indication de la prise de BZD, le BMI, le MMSE, le

type de benzodiazépines, avec le dosage, la fréquence de prise journalière et la durée de consommation (supérieure ou inférieure à 3 mois), l'association de benzodiazépines, le type de sevrage durant l'hospitalisation (par diminution de dose, ou par arrêt), l'explication du sevrage dans la lettre de sortie, et la destination de sortie. **Résultats** : 649 dossiers ont été retenus et analysés. Un sevrage partiel ou total a été initié chez 404 patients. Pour 293 patients sevrés, un suivi médical avec un traitement postérieur à leur hospitalisation en gériatrie était disponible dans le dossier du CHR Liège. 54,9% des patients (161 patients) ont repris leur posologie initiale de benzodiazépines après l'hospitalisation ou prennent un traitement psychotropes majoré. 19,5% des patients restent sevrés sur un suivi à plus d'un an. La salle d'hospitalisation (différence entre les quatre salles), ainsi que la durée de consommation de la benzodiazépines sont les facteurs ressortis comme statistiquement prédictifs de la réussite du sevrage. **Conclusion** : Un sevrage en cours d'une hospitalisation aiguë est une action compliquée. Après un an moins de 20 % pour lesquels un suivi était disponible restaient sevrés. Il est montré que la durée de consommation de benzodiazépines et l'initiateur de l'éventuel sevrage sont des facteurs déterminants. D'autres facteurs interviennent mais n'ont pas pu être statistiquement démontrés dans le cadre de cette étude rétrospective disposant d'un échantillonnage réduit. La différence entre les salles d'hospitalisation peut refléter la sensibilité du prescripteur face à la problématique des benzodiazépines en usage chronique, son optimisme face aux possibilités d'aboutir à un sevrage et/ou sa crainte vis-à-vis de l'usage d'autres molécules.

P5-20-07

Evolution des pratiques de conciliation médicamenteuse et description des patients bénéficiaires en Médecine Interne Gériatrique (CHU de Limoges)

E. Pouly (1) ; A. Clementz (2) ; J. Jost (1) ; N. Giroult (3) ; MA. Picat (4) ; V. Ratsimbazafy (2) ; A. Tchalla (5)

(1) Pharmacie, CHU de Limoges, Limoges; (2) Pharmacie, CHU de Limoges, Limoges; (3) Médecine gériatrique, CHU de Limoges, Limoges; (4) Médecine Gériatrique, CHU Limoges, Limoges; (5) Pôle de gérontologie, CHU de Limoges, Limoges

Introduction : La conciliation médicamenteuse, activité assurant la continuité du traitement dans les parcours de soins fragmentés (par dépistage des divergences), a été instaurée à l'entrée en Médecine Interne Gériatrique en 2014 grâce à des externes en pharmacie encadrés par un senior localisé à la PUI. Un poste d'interne en pharmacie a pu être ouvert au semestre 11/2017-04/2018. Objectif: décrire 1. l'évolution de cette activité depuis son initiation et 2. les caractéristiques des patients qui en ont bénéficié dans la dernière période. **Méthodes** : Etude observationnelle longitudinale descriptive. Conciliations selon la méthode HAS. Classification CIM10 des maladies et ATC des médicaments. Résultats : En 2014, 87 patients (sex ratio H/F = 0,47) d'âge moyen 86 ans inclus durant 6 mois. Nombre de divergences à l'admission : 493 dont 14 (2,8%) non intentionnelles (DNI), soit un ratio de 0,16 DNI/patient et 5,5 divergences intentionnelles (DI)/patient. La plupart étaient donc des DI, mais en majorité non documentées dans le dossier patient. Aucune conciliation de sortie à l'époque. Du 18/12/17-30/04/18, 126 patients (sex ratio H/F = 0,52) d'âge moyen 87,8 ans conciliés à l'entrée. Nombre de divergences : 914 parmi lesquelles 873 médicaments intentionnellement modifiés (84,5% du total) et 41 de DNI (4,5%), soit un ratio/patient de 0,3 DNI et 6,9 DI. Ces divergences étaient documentées. Nombre de conciliations

de sortie : 43. Motifs d'admission : 14 des 22 pathologies de la CIM10. Par ordre décroissant de celles > 4% : XVIII. symptômes, signes, résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoires non classés ailleurs (46,6%); IX. maladies de l'appareil circulatoire (17,1%); V. troubles mentaux et du comportement (10,4%); IV. maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (4,7%); VI. maladies du système nerveux (4,1%); X. maladies de l'appareil respiratoire (4,1%). Les motifs eux-mêmes : altération de l'état général (16,1%), chute (10,9%), décompensation cardiaque (10,4%), douleurs abdominales (4,7%), désorientation temporo-spatiale (4,1%), syndrome inflammatoire (4,1%). De 1 à 10 comorbidités/patient (moyenne à 4,2) et 8,2 médicaments/ordonnance en moyenne. Médicaments de 13 classes sur les 14 constituant l'ATC. Par ordre décroissant de celles > 4% : N. système nerveux (23,9%); C. système cardiovasculaire (13,8%); A. voie digestive et métabolisme (13%); B. sang et organes hématopoïétiques (10,9%). Classes pharmacologiques, thérapeutiques ou chimiques : antalgiques (11,8%); médicaments du métabolisme en général (11,8%), antidiabétiques en particulier (4,9%); antithrombotiques en général (9,8%), antiagrégants plaquettaires en particulier (4,2%); β -bloquants (5,5%); diurétiques (5,1%); anti-infectieux, inhibiteurs de la pompe à proton et laxatifs (4,8% chacun); benzodiazépines et dérivés (4,7%); médicaments du système rénine-angiotensine (4,2%); antidépresseurs (4,1%). **Conclusion** : L'implication d'un interne de Pharmacie en Médecine gériatrique permet, entre autres, d'optimiser l'activité de conciliation : à la fois quantitativement (+45%) et qualitativement (conciliation de sortie introduite sur la période, divergences désormais documentées). Les médicaments les plus prescrits correspondent aux pathologies les plus fréquentes, cohérentes avec le grand âge. Des indicateurs d'une prise en charge de qualité sont notés : benzodiazépines très majoritairement à courte demi-vie; pas d'AINS parmi le millier de médicaments prescrits; hydroxyzine, médicament potentiellement inapproprié, quasi inexistant; révision complète de chaque ordonnance à l'entrée et les DNI sont infimes. Les caractéristiques populationnelles ci-dessus aideront à progresser encore grâce aux pathologies et/ou médicaments sur lesquels concentrer les travaux à venir, dans une approche épidémiologique.

P5-02-08

Embolie pulmonaire de ciment, une complication pas si rare de la cimentoplastie vertébrale

N. Zerhouni (1) ; C. Lopez (2) ; N. Mitha (3) ; G. Gavazzi (4)

(1) Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, La Tronche; (2) Gériatrie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche; (3) Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble; (4) Clinique universitaire de médecine gériatrique, C.H.U Grenoble-Alpes, Grenoble

Introduction : La cimentoplastie vertébrale percutanée, procédure chirurgicale micro-invasive, radio-guidée, est devenue une pratique courante dans le traitement des fractures vertébrales, qu'elle soit d'origine ostéoporotique ou métastatique d'une tumeur maligne. Néanmoins, des complications per-procédure peuvent survenir, parmi les quelle, l'embolie de ciment. **Méthodes** : Nous rapportons un cas clinique d'embolie pulmonaire au décours d'une cimentoplastie vertébrale chez un patient porteur d'une adénocarcinome prostatique. **Résultats** : Mr P, 89 ans, est hospitalisé en SSR gériatrique en provenance du service d'oncologie médicale pour une rééducation à la marche et réautonomisation post-chute. Cette dernière ayabt été responsable d'une fracture tassement

vertébrale de L3 et L5 et d'un syndrome de désadaptation posturale. Ses principaux antécédents comprennent un adénocarcinome de la prostate GLEASON 9 (4+5) traité par Casodex et Decapeptyl puis Acétate d'Abiraterone puis Enzalutamide devant une poursuite évolutive locale, une néphrostomie après échec de pose d'une sonde JJ bilatérale sur blocage bilatéral urétéro-pyélo-caliciel responsable d'une insuffisance rénale aigue, une DMLA et une gastrite atrophique. Après une chute au domicile, le patient se plaignait de douleurs lombaires partiellement soulagées par les antalgiques morphiniques. Une fracture tassement du plateau supérieur du corps vertébral de L3, sans recul du mur postérieur a été retrouvée au scanner lombaire. L'IRM lombaire a confirmé la lésion en retrouvant une fracture de L3 d'allure récente avec une prise de contraste intense après injection de Gadolinium, ainsi que des lésions des plateaux vertébraux supérieurs de L5 et de T11. L'ensemble évoquant des localisations secondaires dans le contexte d'adénocarcinome prostatique mais la scintigraphie osseuse n'a pas visualisé de foyer d'hyperactivité ostéo-blastique suspect de localisation secondaire. La scintigraphie a constaté plusieurs foyers évocateurs de fissures post-traumatiques au niveau du plateau supérieur de L5 et L3. Une cimentoplastie vertébrale percutanée a été réalisée permettant une rapide amélioration clinique avec nette disparition de la douleur rachidienne permettant l'arrêt des antalgiques. 48 heures après cette procédure, le patient s'est plaint d'une oppression thoracique sans douleur ni signe de lutte, ainsi que d'une douleur lombaire à hauteur des vertèbres L3 et L4 sans irradiation radiculaire. L'examen clinique n'a pas retrouvé de signe de surcharge d'origine cardiaque ni foyer auscultatoire, il n'y avait aucun déficit neurologique moteur, l'ECG était sans particularité, la biologie ne retrouvait ni trouble métabolique ni syndrome inflammatoire, les gaz du sang artériels retrouvaient un effet shunt avec une normoxie et une hypocapnie sévère. L'angioscanner thoraco-abdominal a retrouvé une petite fuite de ciment dans une veine para-vertébrale en L3 et un embolie de ciment sous segmentaire dans le lobe pulmonaire moyen médial. Devant un risque hémorragique faible et un risque thrombotique élevé, et en concertation avec le médecin vasculaire, il a été décidé la mise en place d'une anticoagulation curative par HBPM. Nette amélioration clinique par la suite permettant un retour à domicile. **Conclusion** : Bien qu'elle soit rare et le plus souvent asymptomatique et d'évolution favorable avec ou sans traitement, l'embolie pulmonaire au ciment est une des complications de la cimentoplastie vertébrale. Ainsi, la survenue de signes respiratoires au décours de la procédure doit alerter le clinicien et l'inciter à chercher une embolie pulmonaire de ciment par une imagerie thoracique injectée. Après le diagnostic, le choix thérapeutique dépend de la symptomatologie et de la taille et siège de l'embolie. Il n'existe pas de consensus sur la prise en charge et certains auteurs recommandent une héparinothérapie curative afin d'éviter la formation de thrombus fibrino-cruorique sur le ciment. Dans les cas graves, le traitement est chirurgical par embolectomie.

P5-08-09

Intérêt du suivi des préconisations sur une période de 6 mois pour des sujets âgés ayant bénéficiés d'un dépistage de la fragilité

R. Jugand (1) ; C. Dupre (2) ; T. Célarier (3) ; E. Ojardias (4) ; L. Martinez (5)

(1) *Gérontologie Clinique, CHU – Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*; (2) *Cetaf, Cetaf, Saint-Étienne*; (3) *Gérontologie clinique, Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*; (4) *Gériatrie, CHU – Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*; (5) *L2 court séjour gériatrique, CHU – Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*

Introduction : La fragilité est un syndrome gériatrique en partie réversible. Sa prévention passe par un dépistage structuré, et, est un enjeu de santé publique. L'observance des préconisations faites après un dépistage des sujets âgés fragiles est mal connue. L'objectif de notre recherche a été de décrire les caractéristiques des patients évalués à l'hôpital de jour de fragilité et d'étudier l'observance des préconisations à 3 et 6 mois des patients ayant bénéficiés d'un dépistage. **Méthodes** : Nous avons inclus des sujets de 65 ans et plus ayant un score ADL d'au moins 5 sur 6 et bénéficiant d'une évaluation selon la grille de Fried permettant leur classement en pré-fragiles ou fragiles. En fonction de l'évaluation gériatrique standardisée, des préconisations ont été prescrites à chaque situation médico-sociale selon les recommandations de l'HAS. Un bilan du suivi des mesures proposées était réalisé par une visite à domicile au 3ème et 6ème mois. **Résultats** : 82 patients ont été inclus, avec une moyenne d'âge de 83.7 ± 5.7 ans et 99% d'entre eux étaient pré-fragiles ou fragiles et ont reçus en moyenne 3.7 ± 1.7 recommandations. A 3 mois il existe une corrélation inverse entre le nombre de recommandations et l'observance ($r = -0.340$, $p = 0.008$), ainsi qu'à 6 mois ($r = -0.352$, $p = 0.006$). Entre 3 et 6 mois il existe une augmentation significative du nombre de préconisation suivies ($r = 0.707$, $p = 0.000$). **Conclusion** : A 6 mois, près des 3/4 des préconisations ont été mises en œuvre, avec une progression significative entre le 3ème et le 6ème mois de l'observance. Ce résultat suggère l'intérêt d'organiser un accompagnement à domicile pour optimiser le suivi des préconisations.

P5-02-10

Diabète et chute chez le sujet âgé

R. Litke (1) ; F. Puisieux (2)

(1) *Gériatrie, CHU de Lille, Lille*; (2) *Gériatrie, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*

Introduction : La chute et le diabète constituent d'importants problèmes de santé publique qui concernent fortement les populations âgées. La chute comme le diabète sont associés à un risque de déclin fonctionnel, de perte de qualité de vie, de dépendance, d'institutionnalisation et de mortalité. Pour de multiples raisons, les diabétiques sont considérés comme ayant un risque augmenté de chuter. Notre étude avait pour but de déterminer la prévalence du diabète dans la population de patients âgés chuteurs rencontrés en consultation multidisciplinaire de la chute au centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille et d'étudier les caractéristiques des patients chuteurs diabétiques. **Méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique avec un recueil prospectif des données. Tous les patients de la consultation multidisciplinaire de la chute ayant consulté entre 1995 et 2011 ont été inclus. La consultation d'évaluation multidisciplinaire de la chute, créée en 1995 au CHRU de Lille, comprend une évaluation

initiale en consultation puis la programmation d'un hôpital de jour et enfin une consultation de suivi à 6 mois. Une synthèse est réalisée, les facteurs de risque de chute sont identifiés et des propositions d'actions pour diminuer le risque de chute sont faites. Concernant l'analyse des données pour les variables quantitatives, nous avons fait appel au test de student ou au test de corrélation de Pearson. Pour les variables qualitatives à l'analyse de la variance selon un test de Fischer. **Résultats** : 1179 patients ont bénéficié d'une consultation multidisciplinaire de la chute entre 1995 et 2011. Parmi les patients rencontrés, 205 patients (17%) étaient diabétiques de type 2. Il apparaît plusieurs différences significatives entre les groupes de diabétiques versus non diabétiques. Les consultants diabétiques étaient en moyenne plus jeunes, avaient un niveau d'étude moins élevé, un ADL plus bas, un indice de masse corporelle plus élevé. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le nombre de chutes. A l'interrogatoire, la peur de tomber était plus souvent exprimée par les diabétiques que les non diabétiques et s'accompagnait d'une restriction plus importante des sorties du domicile ainsi que des sorties à pieds. A l'examen physique, sur le plan neurologique, plus des trois quarts des patients diabétiques avaient des troubles neurologiques périphériques des membres inférieurs : 43% des diabétiques présentaient des troubles de la sensibilité superficielle des membres inférieurs et 78% des troubles de la sensibilité profonde. Une ataxie et une diminution ou une abolition des réflexes étaient aussi plus fréquemment observées chez les diabétiques. Les patients diabétiques consommaient significativement plus de médicaments que les non diabétiques et la grande polymédication était presque deux fois plus fréquente chez les diabétiques que chez les non diabétiques. **Conclusion** : Notre étude suggère que les diabétiques rencontrent plus tôt dans leur vie les problèmes d'équilibre et de marche, avec toutes leurs conséquences délétères. Il est important que les médecins généralistes et les diabétoques interrogent systématiquement leurs patients diabétiques sur leurs antécédents de chute. Une fois repéré le sujet à haut risque de chute, une prise en charge adaptée doit lui être proposée pour réduire le risque lié aux chutes. Pour cela, on peut, avec bénéfice, faire appel au gériatre, qui est souvent expert dans ce domaine.

P5-01-11

Étude de l'axe carboxyméthyllysine -RAGE dans le vieillissement chez *Caenorhabditis elegans*

R. Litke (1) ; E. Boulanger (2) ; C. Fradin (3)

(1) *Gériatrie, CHU de Lille, Lille*; (2) *Geriatric, C.H. Régional Universitaire de Lille, Lille*; (3) *Biologie du vieillissement, Université de Lille, Lille*

Introduction : Plusieurs études suggèrent un rôle de la carboxyméthyllysine (CML) alimentaire dans le vieillissement. La CML aurait un effet pro-vieillesse après activation d'un de ses récepteurs : RAGE (receptor of advanced glycation endproducts). Les voies de signalisation pro-vieillesse induites par l'interaction CML-RAGE ne sont pas connues. Nous avons choisi l'organisme modèle *Caenorhabditis elegans* pour identifier ces mécanismes. La 1ère partie de mon travail de thèse comprend les objectifs suivants : 1- analyser l'ingestion de la CML alimentaire, 2- induire l', l'expression hétérologue de RAGE humain par *C. elegans* et 3- analyser la longévité de la souche sauvage et des souches transfectées sous régime riche en CML. **Méthodes** : L'albumine sérique bovine (BSA) a été incubée avec de l'acide glyoxylique pour obtenir de la BSA glyquée (BSA-CML). La BSA non glyquée

(BSA-Ctrl) a été utilisée comme contrôle. L'ingestion de CML par *C. elegans* a été mesurée par Western Blot (anticorps anti-BSA et anti-CML) et LC-MS/MS. La souche sauvage de *C. elegans* a été transfectée avec des plasmides contenant les gènes codant pour le RAGE humain complet (FL) et dominant négatif (DN) couplés au gène de la GFP. L'analyse de la longévité des vers des différentes souches a été réalisée en présence de BSA-CML et BSA-Ctrl. **Résultats** : L'analyse en Western Blot montre que, comme la BSA-Ctrl, la BSA-CML est ingérée et digérée par *C. elegans*. La CML issue de la digestion de la BSA glyquée semble être absorbée puisqu'on mesure 38 fois plus de CML libre en LC-MS/MS chez les vers cultivés sur milieu BSA-CML comparé aux vers cultivés sur un milieu BSA-Ctrl. Les analyses de longévité montrent que la CML ingérée diminue significativement la longévité de *C. elegans*. Nous avons transfecté avec succès *C. elegans* qui exprime le RAGE humain FL ou DN au niveau des cellules intestinales du ver (visualisation en microscopie à fluorescence grâce à la GFP). Les analyses de longévité chez les souches transfectées ont mis en évidence une modulation de l'effet de la CML sur la longévité du ver par activation de RAGE. En effet, la longévité des souches exprimant le RAGE FL n'est pas affectée par la CML alors que la longévité des souches exprimant RAGE DN est réduite. Ces résultats suggèrent l'activation d'une voie de signalisation antagoniste pro-longévité par l'interaction CML-RAGE. **Conclusion** : Nos résultats montrent que la CML alimentaire réduit la longévité de *C. elegans* de manière RAGE indépendante bien que l'activation de ce récepteur semble avoir un rôle important dans la modulation de la longévité.

P5-01-12

Analyse de l'ingestion d'une protéine glyquée par *Caenorhabditis elegans* et étude de son impact sur le vieillissement de cet organisme

R. Litke (1) ; C. Paul-Constant (1) ; M. Duny (1) ; A. Guilbaud (1) ; M. Hirsam (1) ; F. Tessier (1) ; E. Boulanger (2) ; C. Fradin (1) (1) *L'irc-umr995, Université de Lille2 Faculté de Médecine Pole Recherche, Lille*; (2) *Centre prévention santé longévité, Institut Pasteur de Lille, Lille*

Introduction : Différentes études suggèrent que les AGE (Advanced Glycation End-products) endogènes et exogènes favoriseraient le vieillissement et les complications de certaines pathologies comme le diabète de type 2. La glycation ralentirait la cinétique de digestion des protéines, entraînant un taux d'absorption plus faible de leurs acides aminés. À cet égard, il peut être difficile d'évaluer le rôle des AGE exogènes dans les processus du vieillissement. L'objectif de notre étude était de comparer l'ingestion et la digestion in vivo d'une protéine, l'albumine sérique humaine (HSA), en fonction de son taux de glycation. *Caenorhabditis elegans* a été choisi comme modèle d'étude afin d'analyser l'effet de l'ingestion de la protéine glyquée sur le vieillissement de cet organisme. **Méthodes** : L'albumine a été incubée avec 60mM d'acide glyoxylique pour modifier certaines lysines en carboxyméthyllysine et obtenir de la protéine glyquée (CML-HSA). La protéine non modifiée (Ctrl-HSA) a été utilisée comme contrôle. La souche sauvage N2 de *C. elegans* a été utilisée tout au long de l'étude. Les vers N2 ont été cultivés à 20 ° C en milieu liquide contenant leur nourriture bactérienne (*Escherichia coli* souche OP50) et 3 à 50µM de CML-HSA ou de Ctrl-HSA. Après plusieurs lavages pour éliminer les composants du milieu de culture, les vers ont été homogénéisés. Les lysats de vers ont été analysés en western blot avec des anticorps anti-HSA

et anti-CML. La CML libre a été mesurée dans les extraits de vers par LC-MS / MS. De plus, la longévité de *C. elegans* a été mesurée en présence de CML-HSA et de Ctrl-HSA. **Résultats :** Les vers ont ingéré la CML-HSA et la Ctrl-HSA contenues dans les milieux de culture. Des fragments de digestion de HSA ont été détectés dans les extraits de vers incubés avec la CML-HSA ou la Ctrl-HSA. Nous avons confirmé que les fragments de digestion de CML-HSA contenaient de la CML. La CML libre a été principalement détectée chez des vers incubés avec la CML-HSA, suggérant l'absorption de cet acide aminé modifié. Les taux d'ingestion des deux protéines étaient plus élevés chez les vers adultes jeunes. Une très faible quantité de CML endogène a été détectée chez les vers âgés incubés avec la Ctrl-HSA, démontrant que la CML détectée chez les vers incubés avec la CML-HSA provenait principalement du régime alimentaire. Enfin, l'ingestion de CML alimentaire a significativement réduit la longévité de vie des vers. **Conclusion :** La CML protéique alimentaire est efficacement ingérée et digérée par *C. elegans*. La détection qualitative et quantitative de la CML chez les vers permet d'établir un lien direct entre l'ingestion de cet AGE et le vieillissement.

P5-13-13

Evaluation du Trial Risk Screening Tool (TRST) dans le dépistage des personnes âgées hospitalisées en médecine nécessitant une évaluation gériatrique

H. Bailly () ; B. Oquendo (1) ; S. Amiard (2) ; M. Piccoli (3) ; JP. Natali (3) ; LM. Harlé (4) ; B. Diebold (5) ; TA. Szwebel (6) ; AS. Rigaud (7) ; O. Hanon (8)

(1) *Triade, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine*; (2) *Autonomie paris saint-jacques, Maison des Aînés et des Aidants, Paris*; (3) *Gériatrie, Hôpital Broca, Paris*; (4) *Ea 4468, living lab lusage, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris-Cité, Paris*; (5) *Cardiologie, Hôpital Cochin, Paris*; (6) *Médecine interne, Hôpital Cochin, Paris*; (7) *Gériatrie, Hôpital Broca, université Paris Descartes, Paris*; (8) *Service du professeur hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris*

Introduction : La lutte contre la ré-hospitalisation des personnes âgées est un enjeu de santé publique dans lequel les Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG) ont montré l'efficacité de leur intervention. Le recours à une Evaluation Gériatrique est le plus souvent laissé à l'appréciation des médecins de spécialité prenant en charge les personnes âgées dans leur service. Le repérage des personnes âgées pouvant bénéficier de l'intervention de l'EMG est cependant insuffisant. Le Triage Risk Screening Tool (TRST) est un score développé pour le dépistage aux urgences des personnes âgées à risque de ré-hospitalisation. Il est également recommandé afin d'identifier le risque de ré-hospitalisation chez le sujet âgé. Ses performances diagnostiques pour des patients hospitalisés ont cependant peu été évaluées. L'objectif de notre étude, menée dans le cadre de l'expérimentation PAERPA Paris centre, était d'évaluer les performances diagnostiques du TRST pour le repérage des personnes âgées hospitalisées devant bénéficier d'une évaluation gériatrique par l'EMG. **Méthodes :** L'ensemble des patients > 75 ans hospitalisés via les urgences en médecine interne et en cardiologie ont bénéficié d'un TRST et d'une évaluation gériatrique par l'EMG. Le TRST est un test de dépistage rapide explorant 5 dimensions : l'existence de troubles neurocognitifs, de troubles de la marche ou chutes récentes, d'une polymédication (> 5 traitements en rapport avec deux pathologies chroniques), d'un antécédent d'hospitalisation via les urgences < 90 jours ou d'une consultation

aux urgences <30 jours, d'une perte d'autonomie récente ou d'un isolement social. Les performances diagnostiques du TRST ont été évaluées en mesurant la sensibilité (Se), la spécificité (Sp), la valeur prédictive positive (VPP) et la valeur prédictive négative (VPN). L'évaluation par l'EMG a été considérée comme étant le Gold Standard. A l'issue de l'évaluation, l'EMG évaluait son intervention comme pertinente ou non. **Résultats :** Une évaluation gériatrique a été effectuée auprès de 150 patients dont 112 patients en médecine interne et 38 patients en cardiologie. Cette évaluation était jugée pertinente pour 50 patients, dont 48 avec un TRST positif, soit une sensibilité de 92%. Le TRST était négatif pour 48 des patients pour lesquels une évaluation n'était pas pertinente, soit une spécificité à 50%. Dans notre population, la VPP était de 50% et la VPN 92%. Ces performances étaient comparables dans les 2 services étudiées. En comparaison, un avis gériatrique n'avait été sollicité que pour 28 des patients pour lesquels une évaluation gériatrique était pertinente, soit une sensibilité de 56%. **Conclusion :** Le TRST est un excellent test de dépistage des patients nécessitant une évaluation par une équipe mobile gériatrique avec une forte spécificité et une valeur prédictive négative. Sa réalisation systématique dans les services de spécialités médicales pourrait permettre une amélioration du dépistage des personnes âgées hospitalisées en médecine et nécessitant une évaluation gériatrique.

P5-13-14

Continuité médicamenteuse en soins de suite et réadaptation gériatrique : qu'en est-il ?

ML. Vignes (1) ; V. Ducasse (2) ; P. Cavagna (1) ; C. Brun (2) ; L. Nicolas (1) ; L. Hamitouche (2) ; A. Teixeira (2) ; H. Barreteau (1) ; V. Bloch (1) ; M. Veyrier (1)

(1) *Service de la pharmacie à usage intérieur, hôpital Fernand-Widal, APHP, Paris*; (2) *Service de soins de suite et réadaptation, hôpital Fernand-Widal, APHP, Paris*

Introduction : L'hospitalisation marque un réel hiatus dans la continuité médicamenteuse. Les points de transition qu'elle engendre, que ce soit l'entrée, le transfert et la sortie, sont des périodes à risque. L'objectif était de dresser un bilan de l'activité de conciliation médicamenteuse réalisée à l'entrée et à la sortie d'un service de soins de suite et réadaptation gériatrique (SSR) de 60 lits. **Méthodes :** L'activité de conciliation médicamenteuse était réalisée en 3 étapes : • Bilan médicamenteux (BM) : un bilan exhaustif des médicaments prescrits et/ou pris par le patient avant l'hospitalisation en SSR était réalisée. Pour élaborer ce BM pouvait être interrogé le: patient, pharmacien d'officine, médecin traitant, famille du patient, dossier pharmaceutique, maison de retraite et être obtenus des : ordonnances, compte rendu d'hospitalisation (CRH), courrier médicaux, boîtes de médicaments. L'objectif était de récolter et colliger au minimum trois sources. • Conciliation médicamenteuse d'entrée (CME) : Le BM était comparé à l'ordonnance hospitalière d'entrée par un pharmacien. Il constatait les potentielles divergences (arrêt, ajout de traitement, modification de posologie, de forme galénique, etc.) pour chaque ligne de médicament (LM). Lors d'une entrevue avec le gériatre, les divergences étaient évaluées puis différenciées en divergence intentionnelles (DI) ou en divergence non intentionnelle (DNI). Le Service Médical Rendu (SMR) de la HAS était relevé pour chaque médicament divergent. • Conciliation médicamenteuse de sortie (CMS) : Le mode opératoire était identique à celui de l'entrée. La comparaison du BM à l'ordonnance hospitalière et la réalisation de l'ordonnance de sortie (OS) étaient réalisées la veille de la sortie du patient. Les DI, DNI et SMR étaient

aussi relevés. **Résultats :** Entre le 27/11/16 et le 31/01/18, 302 patients d'une moyenne d'âge de 86,1 ans ont été inclus. 370 CME, puisque 59 patients ont bénéficié de plus d'une CME, et 204 CMS ont été réalisées. La durée moyenne de séjour était de 57 jours. En moyenne le nombre de lignes de traitement avant l'hospitalisation (TAH) était de 8 et 73,8% des patients avaient plus de 5 lignes. Cinq médicaments étaient en moyenne ajoutés à l'hospitalisation en aigu. Le BM était réalisé en moyenne en 3,3 jours après l'entrée du patient. Lors de la CME, les DI représentaient 49,4% des LM et 5,8% pour les DNI. 36,2% des patients avaient au moins une DNI à l'entrée. Les médicaments concernés par les DNI à l'entrée étaient à 74,9% de SMR 1. Toutes les CMS comportaient au moins une DI et les DI représentaient 82,2% des LM. Le taux de DNI à la sortie était de 2,6% et au moins une DNI était présente pour 24% des patients. Les médicaments concernés par les DNI à la sortie étaient à 84,3% de SMR 1. Les LM sur l'OS étaient en moyenne de 9,8. 73,5% des patients retournaient à domicile. **Conclusion :** Le risque de DNI existe, que ce soit à l'entrée et à la sortie, pour une part non-négligeable de patients et concerne majoritairement des médicaments SMR 1. Lors de la sortie, tous les patients bénéficiaient d'au moins une modification de leur TAH. Or, la durée d'hospitalisation est une période pendant laquelle le patient est déresponsabilisé de la gestion de son traitement. Les changements de traitements ne sont pas toujours communiqués et/ou compris par le patient ou l'aïdant. Cette perte d'information est un frein à la continuité médicamenteuse, voir à l'observance. Ainsi, notre démarche intègre la transmission des informations au pharmacien d'officine, au patient et au médecin traitant via le CRH. Des collaborations avec les partenaires de ville sont en cours afin d'adapter notre action au plus près des besoins .

P5-20-15

Optimiser la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée ? Vive la collaboration médico-pharmaceutique !

M. Orloff (1) ; K. Muller (2) ; C. Arlaud (3) ; M. Milano (4) ; JM. Turpin (3) ; S. Gonfrier (5) ; M. Zaafrane (6) ; F. Capriz (7) ; O. Guérin (8) ; R. Collomp (2)

(1) *Pharmacie, Hôpital Pasteur, Nice*; (2) *Pharmacie, CHU de Nice - Hôpital Pasteur, Nice*; (3) *Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice*; (4) *Pharmacie, Hopital de Tende, Tende*; (5) *Usld, Hopital de Cimiez, Nice*; (6) *Usld, Hôpital Cimiez, Nice*; (7) *Ssr c2, Hôpital Cimiez, Nice*; (8) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice*

Introduction : Le patient âgé (PA), de par les modifications physiologiques et la polyopathie, est un sujet à haut risque de survenue d'événements indésirables médicamenteux (EIM), risque majoré par les transitions intra ou inter établissement. Au sein de notre établissement, le déploiement d'activités de pharmacie clinique sur le pôle gériatrie œuvre dans cet objectif d'optimisation et de sécurisation, en privilégiant la collaboration médico-pharmaceutique. L'objectif est d'évaluer l'impact de cette collaboration sur la prise en charge médicamenteuse (PECM) au niveau des différentes étapes du parcours de soins du PA. **Méthodes :** Plusieurs activités de pharmacie clinique ont été déployées sur le pôle gériatrie, qui recense 13 unités et 324 lits. Afin de sécuriser la PECM au niveau d'un service « porte d'entrée » du pôle, la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) à l'entrée a été mise en place en novembre 2016 dans une unité de court séjour. Dans les unités de soins de longue durée (SLD) et EHPAD (201 lits), des revues de médication pluridisciplinaires sont réalisées mensuellement depuis février 2017 avec pour objectif

la réévaluation des traitements au regard des indications, de la fonction rénale et de référentiels (stopp and start, liste de Laroché, etc). Le pharmacien participe aux staffs médicaux hebdomadaires dans les 2 unités de court séjour du pôle et propose des interventions pharmaceutiques (IP) : afin de mesurer cette activité, un relevé exhaustif des IP a été réalisé sur une période de 4 mois. Des actions ciblées ont également été mises en place au travers d'audits : 1/ audit sur la prescription d'antibiotiques (ATB) mené par un duo pharmacien-infectio-gériatre visant à évaluer et améliorer le bon usage des ATB 2/audit sur la qualité de la prescription chez le PA.

Résultats : Au sein de l'unité de court séjour, 222 patients ont bénéficié d'une CTM à leur entrée depuis novembre 2016 : 407 divergences non intentionnelles (DNI) ont été identifiées soit en moyenne 2,3 DNI par patient concilié. On retrouve au moins 1 DNI chez 178 patients soit 80% des patients conciliés. Ces DNI ont été cotées selon leur degré de gravité : mineur (62%), significatif (32%), majeur (6%). Elles concernent essentiellement une omission de prescription (71%), un défaut de posologie (8%) ou encore une non-conformité de prescription (7%). 354 IP ont été recensées entre novembre 2017 et juin 2018, soit en moyenne 3,9 IP par patient concilié. 91 conciliations ont engendré au moins une IP, soit 88% de la totalité des conciliations réalisées sur cette période. Dans les unités de SLD et EHPAD, les prescriptions de 114 patients ont été réévaluées en revue de médication, sur la période de février 2017 à avril 2018. Au total, 146 IP ont été réalisées avec un taux d'acceptation à 95%. Elles concernaient 77% des patients (n=88). Sur une période de 4 mois, le pharmacien a participé à 16 staffs médicaux dans une unité de court séjour au cours desquels 117 IP ont été réalisées soit en moyenne 7,3 IP par staff. Ces IP concernaient majoritairement une proposition d'adaptation de molécule ou posologie au regard de la fonction rénale (32%), d'arrêt du traitement (23%), d'adaptation de modalités d'administration (14%) ou encore une notification d'omission de prescription (14%). D'autre part, un audit ciblé a été mené sur l'ensemble des unités du pôle gériatrie du 1er novembre au 31 décembre 2017 afin d'évaluer le bon usage des ATB ainsi que l'impact de la collaboration entre pharmacien et infectio-gériatre concernant la réévaluation à 72h. Sur 209 prescriptions ATB, 160 ont été réévaluées (77%). Parmi celles-ci, 88 étaient conformes aux bonnes pratiques HAS, soit 55%. L'infectio-gériatre et le pharmacien sont intervenus sur 79% des prescriptions (n=126), avec un taux d'acceptation par le prescripteur de 89%. Un audit sur la qualité de la prescription a été mené en 2017 selon des critères co-déterminés par un duo pharmacien-gériatre : 223 prescriptions de personnes âgées du pôle ont été évaluées et ont mis en évidence un taux important de non conformités concernant notamment les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) au sujet âgé (31% de prescriptions contenant au moins 1 MPI) et les anticoagulants oraux directs (20% de posologies non adaptées). **Conclusion :** La synergie d'action entre médecin et pharmacien permet de renforcer la qualité et la sécurité de la PECM à chaque étape du parcours de soin du PA. Ces différentes études mettent en exergue la nécessité d'amélioration des pratiques de prescriptions. Des actions collaboratives ont été engagées dans ce sens: formation ciblées des prescripteurs, rédaction de fiches réflexes et de protocoles spécifiques et retour d'audit en staff.

P5-08-16**La précarité sociale : un facteur de fragilité des personnes âgées?**

QD. Nghiem (1) ; W. Jarzebowski(2) ; J. Belmin(2)

(1) *Service de cardio- et neuro-gériatrie, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (2) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*

Introduction : Il existe de nombreuses études sur la fragilité en gériatrie, mais peu sur la précarité alors qu'il est raisonnable de s'interroger sur une dimension sociale de la fragilité. L'objectif est de décrire la précarité sociale des personnes âgées hospitalisées et les suivre l'année suivant leur hospitalisation, afin d'évaluer une éventuelle association entre précarité et fragilité. **Méthodes:** Etude de cohorte, basée sur un auto-questionnaire complété par 115 patients hospitalisés dans deux services de gériatrie de l'Hôpital Charles-Foix, entre mars 2016 et mai 2017, avec un suivi téléphonique l'année suivant. Ce recueil de données incluait le score de précarité EPICES, et les mesures de comorbidités et de fragilité physique par les scores Charlson et Rockwood. **Résultats:** Dans cette population issue d'un service de gériatrie aiguë, 115 patients ont été inclus. Ils étaient en majorité des femmes (n=75, 64%), de 84 ans en moyenne. Ces patients étaient fragiles avec un score de Rockwood médian de 5 et polyopathologiques avec un score de Charlson moyen de 3.2. Selon le score EPICES, 73.9% de notre population (n=85) était considéré comme précaire. Le score EPICES était associé significativement avec un passage aux urgences avant 6 mois (p=0.019), le nombre de réhospitalisations (p=0.019), et l'institutionnalisation à 1 an (p=0.035), et tendait à être associé à une survie moins longue (p=0.1). **Conclusion :** Il existe une relation significative entre précarité et mauvais pronostic chez les personnes âgées hospitalisées. Des études complémentaires sont nécessaires afin de confirmer ces résultats, et créer un score de dépistage de la précarité, spécifique à la population gériatrique.

P5-26-17**Mesure de l'efficacité d'un programme pédagogique innovant en gériatrie/gérontologie : Comparaison des résultats des apprenants entre un enseignement en ligne (e-learning tutoré) et un enseignement présentiel**

J. Giner-Perot(1) ; C. Quemon (2) ; C. Lafuente (3) ; C. Berbezier (2) ; S. Pariel (4) ; J. Belmin (5)

(1) *Hôpital Charles Foix, Université Paris 13, Bobigny*; (2) *Hôpital Charles Foix, Université Pierre et Marie Curie, Paris*; (3) *Cardio-gériatrie, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (4) *Département de Gériatrie Ambulatoire, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine*; (5) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*

Introduction : Le programme pédagogique Trans Innov Longévité est à l'initiative de la création d'enseignements innovants en gériatrie basés sur du e-learning tutoré. L'objectif de cette étude a pour but de mesurer l'efficacité pédagogique d'enseignements à distance comparativement à des enseignements similaires délivrés en présentiel. **Méthodes :** Trois enseignements de ce type, de Sorbonne Université, en e-learning-tutoré ont été comparés à des enseignements présentiels « traditionnels » portant sur les mêmes thématiques. Pour chaque enseignement, les apprenants ont passé le même examen écrit, qu'ils aient étudié en présentiel ou à distance. Les copies ont été corrigées de façon anonyme sans connaître la modalité d'étude de l'apprenant. L'étude a porté sur 6 promotions

consécutives du DU de Gérontologie (2011-2017), sur 6 promotions consécutives du DU de Gérontopsychiatrie (2011-2017) et sur 3 promotions consécutives du DIU Thérapeutiques et Médicaments (2014-2017). **Résultats :** Le nombre d'apprenants étaient de 378 pour les enseignements à distance et de 347 pour les enseignements présentiels. Le taux de réussite s'est avéré équivalent entre les deux modalités d'enseignement (76,2% et 73,8% respectivement, p = 0.45) indiquant une non-infériorité. Les notes moyennes obtenues aux enseignements à distance étaient de 12,9 +/- 1,9 et de 12,7 +/- 1,8 (p = 0.23). Le taux d'abandon s'est avéré plus élevé parmi les apprenants à distance (8,7% versus 3,7% p < 0.001), mais le pourcentage d'échec à l'examen s'est avéré inférieur (15,1% versus 22,5% p < 0.001). **Conclusion :** L'enseignement en e-learning tutoré a permis d'obtenir des résultats équivalents à ceux de l'enseignement présentiel "traditionnel" notamment en ce qui concerne le taux de réussite et les notes à l'examen. Ces résultats nous amènent à promouvoir et valoriser le e-learning pour former les personnes travaillant en gériatrie et gérontologie, cette modalité pédagogique présentant des avantages considérables en termes de souplesse d'apprentissage, d'organisation et de coût.

P5-20-18**Amélioration de la pertinence des prescriptions au sein d'un SSR gériatrique par la mise en œuvre d'une collaboration médico-pharmaceutique**

R. Leguillon (1) ; M. Dubois-Laurent (2) ; X. Oudinot (1) ; C. Chenailler (1) ; R. Varin (1)

(1) *Pharmacie, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen*; (2) *SSR Bois-Guillaume, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen*

Introduction : La population gériatrique étant celle la plus à risque de survenue d'erreurs médicamenteuses (EM), il nous semblait pertinent d'initier une activité de pharmacie clinique au sein d'un service accueillant des patients gériatriques. La Haute Autorité de Santé et la Société Française de Pharmacie Clinique a formalisé différents outils à disposition des praticiens. La conciliation médicamenteuse (CM) est un processus formalisé prenant en compte tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle a pour objectif de limiter les EM ainsi que de favoriser la transmission d'information entre professionnels de santé. La revue de prescription (RP) est un outil permettant l'amélioration de la pertinence des prescriptions médicamenteuses. **Méthodes :** Depuis décembre 2017 le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen développe au sein d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique une activité de pharmacie clinique. La durée moyenne de séjour dans ce type de service permet la réalisation de la CM d'entrée (CME), et de la RP. Conjointement à ces activités, l'analyse pharmaceutique (AP) des prescriptions, via la consultation des dossiers médicaux, est réalisée par l'interne en pharmacie. Elle reste une activité de fond et concerne tous les patients du service. Un travail préliminaire a été nécessaire pour valider la faisabilité de la réalisation de la CME. Il s'est déroulé sur le premier trimestre 2018. Par la suite, les patients inclus ont bénéficié d'une CME et d'une RP. Le recueil des données en prospectif, est réalisé par des externes en pharmacie. L'interne en pharmacie présente une demi-journée par semaine, permet la validation des CME, l'analyse des divergences intentionnelles (DVI) et non intentionnelles (DVNI) selon la classification REMED. La réalisation de l'analyse des divergences, de la RP ainsi que la cotation des impacts cliniques (IC) sont conjointement faites par l'interne en pharmacie et les médecins du service. A la sortie d'hospitalisation, une lettre d'information est

transmise au médecin traitant en même temps que le compte rendu d'hospitalisation. Le patient est informé oralement et un document lui est remis à sa sortie. La classification de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour la cotation des IC est utilisée pour évaluer la pertinence des prescriptions. La RP est réalisée en s'inspirant de la méthode DICTIAS-Check OBCv5. **Résultats** : 53 patients ont été admis au sein du SSR depuis l'inclusion. 50 (94%) prescriptions ont été analysées et ont engendré 21 interventions pharmaceutiques (IP) (0,42 IP / ordonnance). Parmi ces 53 patients, seulement 40 (75%) ont eu une CME du fait d'un temps pharmaceutique dédié restreint. L'âge moyen était de 85 ans [71 ans ; 97 ans]. Il y avait 14 hommes (35%) et 26 femmes (65%). Les comorbidités les plus souvent rencontrées étaient une hypertension artérielle pour 34 patients (85%), des chutes à répétition pour 30 patients (75%), une ostéoporose et/ou fracture pour 16 patients (40%). 378 divergences, dont 350 (93%) DVI et 28 (7%) DVNI ont été mises en évidence. Les EM retrouvées au sein de cette étude étaient au nombre de 28. Les EM les plus fréquentes étaient : erreurs par omission (10 ; 36%), erreur de médicaments (8 ; 29%) et erreur de dose (7 ; 25%). Leur impact clinique était réparti de la façon suivante : 10 (36%) impact

mineur, 10 (36%) impacts significatifs, 1 (4%) impact majeur et 7 (25%) impacts critiques. Concernant la RP, pour le moment 10 (25%) patients ont pu en bénéficier, ayant conduit à la réalisation de 29 propositions pharmaceutiques dont 22 (76%) ont été retenues par l'équipe médicale. Leurs impacts cliniques, ont été classés comme suit : 17 (77%) impacts significatifs, 3 (14%) impacts majeurs et 2 (9%) impacts critiques. **Conclusion** : La sécurisation des prescriptions intra-hospitalières a été renforcée par la réalisation de 21 IP. Le renforcement de la présence pharmaceutique a pu mettre en évidence 28 DVNI potentiellement responsables d'événements indésirables médicamenteux, dont 7 (25%) à impacts cliniques critiques. La RP a permis l'amélioration de la pertinence des prescriptions de sortie, via les propositions pharmaceutiques. Au vu de ces résultats, l'inclusion des patients se poursuivra jusqu'en septembre 2018. Pour compléter cette étude une enquête sera réalisée à 1 mois de la sortie du patient pour évaluer l'adhésion des prescripteurs libéraux aux éventuels changements thérapeutiques proposés.

Posters électroniques

A-15-01

Infection urinaire du sujet âgé : Etiologies et résistances aux antibiotiques

S. Benammar (1) ; F. Bouziane (1) ; M. Benmehidi (1)
(1) Microbiologie, CHU Batna, Batna, Algérie

Introduction : L'infection urinaire qui constitue la première infection bactérienne du sujet âgé, la première cause d'infection nosocomiale et le deuxième motif de consultation en ville est un véritable problème de santé publique, peu étudié. Les objectifs de notre travail étaient d'évaluer sa fréquence, de comparer l'infection urinaire communautaire (IUC) à celle associée aux soins (IUAS) sur le volet de la répartition et de la résistance bactérienne aux antibiotiques. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective descriptive, effectuée au service de Microbiologie, portant sur les d'urines du sujet âgé, consultant externe ou hospitalisé dans les services de notre structure (2012-2016). L'identification des germes a été réalisée par les techniques classiques et l'évaluation de leur sensibilité aux antibiotiques par la méthode de diffusion sur milieu gélosé selon les recommandations du CLSI. **Résultats :** Nous avons analysé 1223 urines dont 428 sont positives, soit une fréquence de l'IU de 35%. Ces prélèvements proviennent de consultants externes dans 304 cas. La différence de répartition des souches isolées dans l'IUC et l'IUAS est particulièrement observée pour les entérobactéries (70% Vs 50 %), E.coli (62 % Vs 25 %), cependant *Pseudomonas* spp et les cocci à Gram positif sont autant isolés en ville qu'à l'hôpital. Les résistances des entérobactéries sont significativement plus élevées dans les IUAS comparativement aux IUC, vis-à-vis de nombreux antibiotiques, exception faite de la fosfomycine, de l'amikacine et des carbapénèmes. Les micro-organismes incriminés dans l'IUC sont résistants notamment à l'amoxicilline-acide clavulanique, au cotrimoxazole et à la ciprofloxacine, avec production de BLSE dans 6% des cas. **Conclusion :** Ces résultats restent dans la norme africaine et celle de l'Europe du sud. La résistance des uropathogènes des IUAS aux antibiotiques est cependant trop élevée, comparativement aux données de la littérature. La connaissance de l'épidémiologie microbienne locale est importante pour le traitement de l'IU du sujet âgé. L'analyse de nos résultats montre quelques similitudes concernant la répartition microbienne, mais des différences dans la résistance des souches acquises en ville ou associées aux soins, rendant obligatoire l'étude séparée de ces deux entités.

A-26-02

Détresse respiratoire aiguë chez un patient atteint de Pyoderma Gangrenosum. Existe-t-il un lien de causalité ? A propos d'un cas

MF. Zola (1) ; A. Ledoyen-Jankowski (1) ; E. Chidlovskii (1) ; J. Sithisone (1) ; ML. Chardon-Tourne (1) ; V. Mercier Cubizolles (1) ; B. Rivière (1) ; P. Couturier (1)
(1) Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble-Alpes, Grenoble

Introduction : Le pyoderma gangrenosum est une dermatose neutrophilique inflammatoire stérile caractérisée par des ulcérations cutanées récurrentes avec un exsudat mucopurulent

ou hémorragique. Nous rapportons le cas d'un patient atteint de pyoderma gangrenosum et présentant une détresse respiratoire aiguë sur atteinte laryngée de cette pathologie. **Méthodes :** Un patient de 66 ans est hospitalisé en urgence pour une détresse respiratoire aiguë. Dans ses antécédents, on retient un pyoderma gangrenosum cortico-dépendant de localisations cutanée, digestive et pulmonaire ; une insuffisance surrénalienne chronique ; une cardiopathie ischémique ; une BPCO et un SAS. L'examen clinique retrouve une dyspnée inspiratoire aiguë rapidement progressive. La fibroscopie en urgence met en évidence des lésions ulcero- bourgeonnantes du repli ary-épiglottique et de l'épiglotte, nécessitant la mise en place d'une trachéotomie de sauvetage. L'examen anatomo-pathologique ne retrouve pas de signe de malignité et met en évidence une hyperplasie épithéliale avec remaniements inflammatoires subaigus et présence d'un fort taux de polynucléaires neutrophiles. Le diagnostic de localisations extra-cutanées de pyoderma gangrenosum est alors évoqué. **Résultats :** Le pyoderma gangrenosum est rattaché aux dermatoses neutrophiliques. Il s'agit d'une pathologie rare (incidence de 0,3 à 1/100000 personnes/année) qui touche principalement des femmes entre 25 et 55 ans. Il peut débuter par une simple pustule aseptique, aux bords bleutés ou violacés, entourée d'un érythème inflammatoire. Une progression rapide en ulcères douloureux, de tailles variables avec des signes systémiques tels un état fébrile, des malaises, des myalgies ou des arthralgies est parfois retrouvée. La croissance des lésions ulcéreuses est centrifuge. Les localisations préférentielles sont les membres inférieurs mais il peut également toucher d'autres localisations cutanées ainsi que les muqueuses. Dans de nombreux cas, le pyoderma gangrenosum est associé à une pathologie sous-jacente (maladie intestinale inflammatoire, rhumatismale, hématologique ou pathologie maligne). Son extension est rapide et son évolution chronique, la morbidité est très importante. Les manifestations extra-cutanées sont rares et touchent les poumons, le squelette, la cornée, le foie et la rate, le cœur, les muscles squelettiques et le système nerveux central. Le diagnostic est essentiellement clinique. Il est établi après un bilan angiologique et une biopsie (bien qu'elle puisse être à l'origine d'une exacerbation de la lésion) pour exclure d'autres affections. L'histologie n'est pas spécifique, elle révèle un infiltrat inflammatoire à prédominance de polymorphonucléaires, des thrombus localisés ainsi qu'une nécrose de l'épiderme. L'immunohistochimie peut retrouver des dépôts périvasculaires d'IgM et de C3. Les examens complémentaires comportent un bilan biologique standard, un bilan hépatique, une électrophorèse des protéines sériques et urinaires, une analyse urinaire, une radiologie pulmonaire et une exploration gastro-intestinale à la recherche d'une pathologie systémique sous-jacente. La classification du pyoderma gangrenosum se fait en 3 (classique, atypique et péri-stomal) ou 4 types (ulcéreux, pustuleux, bulleux et végétant). Le diagnostic différentiel des lésions cutanées ulcérées inclut les vascularites, l'insuffisance artérielle ou veineuse, les maladies infectieuses, les traumatismes tissulaires exogènes (morsures d'insectes) et les lésions néoplasiques. Il n'existe aucun traitement spécifique, raison pour laquelle différentes approches simultanées peuvent être instaurées: en cas de pathologie systémique sous-jacente, la prise en charge débutera

par le traitement de celle-ci; lorsque les lésions sont localisées et non agressives, le traitement topique peut suffire: celui des plaies, les corticoïdes locaux ou en injection intralésionnelle; lorsque le traitement local est insuffisant, une thérapie systémique par corticoïdes peut être instaurée; en l'absence de réponse, un traitement par agents immunosuppresseurs peut être entrepris ou, plus récemment, par agents immunomodulateurs. **Conclusion :** Le pyoderma gangrenosum est une entité mal connue. Il se développe spontanément dans la majorité des cas, mais est également retrouvé après des traumatismes mineurs ou des interventions chirurgicales. Le traitement doit être mis en place le plus tôt possible afin de limiter les séquelles fonctionnelles ou esthétiques.

A-01-03

Enterococcus faecium résistants aux glycopeptides

S. Benammar (1) ; A. Pantel (2) ; H. Marchandin (2)

(1) *Microbiologie, CHU Batna, Batna, Algérie;* (2) *Bactériologie, Université Montpellier, Montpellier*

Introduction : Les entérocoques considérés comme peu virulents, occupent désormais une place de choix dans les infections associées aux soins et leur multirésistance aux antibiotiques représente le principal problème en pratique clinique notamment depuis l'émergence des *Enterococcus* spp. résistants aux glycopeptides (ERG). Au laboratoire, il paraît très important de faire un diagnostic rapide, une étude épidémiologique et génotypique fine de cette Bactérie Hautement Résistante émergente (BHRE), afin d'en connaître le réservoir et de lutter contre sa diffusion. Nos objectifs étaient de caractériser les souches impliquées dans les 4 premiers cas d'infection à ERG au CHU Batna. **Méthodes :** 4 ERG ont été isolés de sujets hospitalisés et infectés entre novembre 2015 et avril 2016. L'antibiogramme a été réalisé par diffusion en milieu gélosé et les CMI de vancomycine et teicoplanine déterminées par E-test pour ces 4 *E. faecium* identifiés par galerie API, spectrométrie de masse et amplification du gène *ddl* (PCR). Le support génétique de la résistance aux glycopeptides a été recherché par amplification des gènes *van*. Le typage moléculaire a été conduit par rep-PCR (automatisé), électrophorèse en champ pulsé (ECP) et séquençage multilocus (MLST), dans des laboratoires étrangers. **Résultats :** Les *E. faecium* *vanA* (CMI de vancomycine : >256 mg/L, CMI de teicoplanine : 16 ou 24 mg/L) ont été isolés d'échantillons: pus péritonéal (2), ISO et hémoculture issus de 4 patients immunodéprimés, soumis à des traitements à très large spectre dont la vancomycine, hospitalisés dans différents services mais dont 3 étaient transférés dans une même structure chirurgicale. ECP et MLST ont identifié 3 souches clonales (ST80), la 4^{ème} bactérie isolée du patient n'ayant pas effectué de changement de service présentant un pulsotype distinct (ST 789). Les quatre souches sont inclus dans le complexe pandémique clonal 17 (CC17). **Conclusion :** Nos résultats sont en faveur de l'existence d'une source commune d'infection pour les 3 patients liés chez qui nous avons isolé les pulsotypes ST80. L'isolement d'*E. faecium* *vanA* est problématique pour notre institution, puisque ces épisodes ont malheureusement mis à nu les difficultés de gestion pratique des cas de BHRE, sur les plans : diagnostique, préventif et curatif. Enfin, signalons qu'il existe une seule description référencée d'*E. faecium* ST789 portant le gène *vanA*, ce type étant habituellement sensible aux glycopeptides.

A-22-04

Pseudo-livedo ou dermite des chaufferettes : un diagnostic à connaître en gériatrie

E. Chidlovskii (1) ; A. Ledoyen-Jankowski (1) ; T. Parent (1) ; D. Seynaeve (1) ; P. Couturier (1)

(1) *Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, CHU de Grenoble-Alpes, Grenoble*

Introduction : Le livedo est une érythrocyanose réticulée d'origine vasculaire. Il est témoin d'une stase sanguine au niveau des veinules dermiques. On définit un livedo réticulé (petites mailles fermées) ou ramifié (mailles larges incomplètes). Le livedo peut être physiologique ou pathologique (souvent symptôme clé du diagnostic d'une affection sous-jacente). Avoir une orientation diagnostique devant un livedo permet des investigations appropriées et une prise en charge adaptée. **Méthodes :** Un patient de 86 ans est hospitalisé pour chute à domicile avec station au sol prolongée. Il a comme ATCD une hypertension artérielle, un diabète de type 2, une cardiomyopathie ischémique et hypertensive, une arthrose lombaire responsable de douleurs chroniques. L'examen clinique à l'admission est rassurant. Il n'existe pas de fracture post-traumatique ni de complications paracliniques de la station au sol prolongée. L'examen cutané dorsal montre des lésions réticulées et ramifiées d'âge différent, érythémateuses et hyperpigmentées. Ces lésions sont indolores et ne disparaissent pas à la vitro-pressure. L'interrogatoire minutieux révèle l'application régulière, plusieurs fois par jour, d'une bouillotte chaude sur la région lombaire pour soulager les douleurs arthrosiques chroniques. **Résultats :** La dermite des chaufferettes (erythema ab igne) est un érythème « a calore ». Elle apparaît suite à l'exposition chronique à une source de rayonnement infrarouge. La température modérée n'entraîne pas de brûlures cutanées mais est responsable d'une vasodilatation et de lésions au niveau capillaire avec dépôt d'hémosidérine. C'est un érythème réticulé initialement transitoire, puis persistant avec des lésions érythémateuses évoluant vers des lésions pigmentées. La dermite des chaufferettes peut être associée à une atrophie cutanée ainsi qu'à des lésions plus profondes de type ulcérations. Le diagnostic est clinique et reste habituellement aisé après interrogatoire du patient. La biopsie des lésions montre des capillaires dilatés à paroi épaissie, une atrophie de l'épiderme, une dermatite d'interface avec nécrose kératinocytaire, un amincissement du derme avec fragmentation du collagène, dépôts d'hémosidérine et de mélanine. L'atténuation des lésions est lente en cas de disparition d'exposition à la chaleur. En cas de persistance de la source de chaleur, les données de la littérature évoque l'évolution vers des lésions carcinomateuses cutanées. Le diagnostic différentiel de cette dermatose est le livedo physiologique ou pathologique. On cherchera à l'examen clinique le siège des lésions (membres inférieurs seuls, tronc et abdomen), la déclivité des lésions, le caractère permanent ou non, des lésions en mailles fines ou larges, un livedo infiltré ou non et la présence de signes associés. Les perturbations vasomotrices sont à l'origine d'un livedo réticulé à mailles fermées. Les pathologies vasculaires obstructives se manifestent souvent par un livedo ramifié à mailles ouvertes (livedo racemosa). Le livedo physiologique est observé chez les sujets jeunes, aggravé par le froid. C'est un livedo réticulé, non infiltré, localisé aux membres, rarement généralisé et souvent associé à une acrocyanose. Le livedo pathologique peut être d'origine vasomotrice (bas débit circulatoire, maladies neurologiques) ou vasculaire (thromboses, embolies, vascularites). **Conclusion :** L'analyse sémiologique fine du livedo, associée à un interrogatoire et un examen clinique complet permet une attitude

diagnostique appropriée. Le diagnostic de dermite des chauffettertes est clinique, le traitement consiste en l'éviction de la source de chaleur.

A-25-05

Signe du « Mont Fuji » ou Pneumencéphalie compressive. A propos d'un cas

Auteurs : E. Chidlovskii (1) ; A. Ledoyen-Jankowski (1) ; T. Parent (1) ; D. Seynaeve (1) ; P. Couturier (1)

(1) Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble-Alpes, Grenoble

Introduction : La pneumencéphalie désigne la présence d'air intracrânien. Elle est le plus souvent asymptomatique et d'évolution favorable. Lorsque la pneumencéphalie est volumineuse, elle peut être responsable d'un effet de masse et, par conséquence, d'une hypertension intracrânienne d'origine gazeuse. Le signe du « Mont Fuji » est un signe scannographique de la pneumencéphalie compressive. Nous présentons le cas d'une patiente prise en charge pour drainage d'hématomes sous-duraux aigus bilatéraux.

Méthodes : Une patiente de 77 ans est adressée à l'hôpital pour confusion dans un contexte de multiples chutes avec traumatisme crânien, impossibilité de se relever seule et troubles de l'équilibre. Dans ses antécédents on retient une maladie d'Alzheimer au stade léger, une hypertension artérielle, un méningiome calcifié occipital gauche. A l'examen neurologique, le score de Glasgow est à 14 (Y4, V4, M6). On note un syndrome confusionnel, un ralentissement psychomoteur, un manque du mot. Il existe une plégie du membre supérieur gauche coté à 0/5 et une parésie du membre inférieur gauche coté à 1/5. Les reflex ostéo-tendineux sont vifs aux quatre membres, symétriques. On ne note pas de syndrome pyramidal ni d'anomalie des paires crâniennes. Le scanner cérébral retrouve des collections sous-durales bilatérales, avec hyperdensité spontanée déclive, faisant évoquer un saignement récent au sein d'hématomes sous-duraux chroniques avec un effet de masse sur le parenchyme. La patiente est prise en charge en urgence dans le service de neurochirurgie pour drainage des hématomes sous-duraux aigus bilatéraux avec ablation des drains à 48 heures. Dans les suites de l'intervention chirurgicale, un scanner cérébral de contrôle retrouve une résorption partielle des hématomes sous-duraux, une nette diminution de l'effet de masse sur les sillons corticaux et une pneumencéphalie majeure responsable d'un signe du « Mont Fuji » bilatéral pouvant faire craindre une pneumencéphalie compressive. L'avis neuro-chirurgical préconise une surveillance clinique et neurologique simple devant l'absence de signes cliniques. L'évolution clinique et radiologique est favorable sous traitement conservateur seul. **Résultats :** La pneumencéphalie désigne la présence d'air sous la voûte crânienne. La pénétration d'air à l'intérieur du crâne se fait par une brèche ostéoméningée (traumatisme crânien ou de la face, craniotomie, chirurgie endoscopique des sinus, complication d'un shunt ventriculo-péritonéal, lésion accidentelle de la dure-mère pendant une anesthésie péridurale ou une chirurgie lombaire, infection, invasion tumorale de la base du crâne ou des sinus, accident de plongée sous-marine). Deux hypothèses physiopathologiques ont été décrites: - « Mécanisme de la soupape » : la pénétration d'air à travers une fracture est possible quand la pression extracrânienne est supérieure à la pression intracrânienne. Cette hypothèse explique l'aggravation décrite d'une pneumencéphalie en cas de ventilation non-invasive. - « Mécanisme de la bouteille inversée » : une fuite de liquide céphalo-rachidien via une brèche méningée induirait une

pression négative dans l'espace sous-arachnoïdien. L'entrée d'air dans les espaces méningés permettrait d'équilibrer cette différence de pression. Le signe du « Mont Fuji » est un signe scannographique de la pneumencéphalie compressive. Il décrit la collection d'air sous-dural qui comprime et sépare les deux lobes frontaux. L'image ainsi créée rappelle la silhouette du Mont Fuji situé au Japon. Un autre signe scannographique faisant suspecter une pneumencéphalie compressive est le signe des « bulles d'air » où de multiples bulles d'air se retrouvent disséminées autour des citernes cérébrales. **Conclusion :** Les symptômes liés à la pneumencéphalie sont aspécifiques : céphalées avec nausées ou vomissements, vertiges, crises convulsives, troubles neurologiques. Le traitement de choix est un traitement conservateur. Il est recommandé un repos, une hyperhydratation et une oxygénothérapie. Les pneumencéphalies compressives sont des urgences neurochirurgicales.

A-25-06

Particularités gériatriques du purpura thrombotique thrombocytopénique acquis

R. Prével (1) ; C. Roubaud-Baudron (2) ; M. Jamme (3) ; K. Pérès (4) ; Y. Benhamou (5) ; L. Galicier (6) ; P. Poullin (7) ; M. Hamidou (8) ; S. Saheb (9) ; T. Kanouni (10) ; A. Charvet-Rumpler (11) ; C. Deligny (12) ; M. Hie (13) ; A. Veyradier (14) ; P. Coppo (15)

(1) Gériatrie, CHU - Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux; (2) Gériatologie clinique, Hôpital Xavier Arnoz - Groupe hospitalier sud - CHU de Bordeaux, Pessac; (3) Urgences néphrologiques et transplantation rénales, Hôpital Tenon AP-HP, Paris; (4) Inserm u1219, Université de Bordeaux, Bordeaux Cedex; (5) Médecine interne, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen; (6) Immunologie clinique, Hôpital Saint-Louis, Paris; (7) Hémaphérèse la timone, AP-HM, Marseille 05, Provence-Alpes-Côte d'Azur, France; (8) Médecine interne, CHU de Nantes Hôtel-Dieu, Nantes; (9) Hémaphérèse, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris; (10) Hématologie, CHU Saint-Eloi, Montpellier; (11) Hématologie, Centre hospitalier universitaire de Besançon, Besançon; (12) Médecine interne, CHU de Fort-de-France, Fort-de-France; (13) Médecine interne, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris; (14) Hématologie biologique, Hôpital Lariboisière AP-HP, Paris; (15) Hématologie clinique, Hôpital Saint-Antoine, Paris

Introduction : Le purpura thrombotique thrombocytopénique autoimmun (PTTi) est une microangiopathie thrombotique (MAT) associant une anémie hémolytique mécanique, une thrombopénie et des défaillances d'organes. La confirmation du diagnostic repose sur le dosage d'une activité ADAMTS13 effondrée et de la présence d'auto-anticorps anti-ADAMTS13. Le PTTi est fatal en l'absence d'un traitement associant échanges plasmatiques quotidiens, corticoïdes et rituximab. L'âge et le vieillissement cardio-vasculaire semblent avoir un impact pronostique défavorable mais les caractéristiques du PTTi chez le sujet âgé restent mal connues. **Méthodes :** Une étude rétrospective a comparé les cas de PTTi déclarés au Centre National de Référence MAT d'octobre 2000 à août 2017 en fonction de leur âge (\geq ou $<$ à 60 ans). Les données cliniques, biologiques et pronostiques ont été comparées en utilisant les tests de Mann Withney et du Chi 2 pour les variables quantitatives et catégorielles respectivement. Les facteurs associés à la survie de l'ensemble de la population ont été déterminés par analyse multivariée (régression logistique binaire avec sélection de variable de type « pas à pas descendant »). **Résultats :** L'étude a porté sur un total de 430 patients : 70 âgés de plus de 60 ans (âge

médian : 73 ans, extrêmes : 65-87, sex ratio H/F : 0,38) et 340 patients de moins de 60 ans (âge médian : 38 ans, extrêmes : 16-59, sex ratio H/F : 0,51). Les sujets âgés présentaient plus souvent une confusion (21 (30%) vs 61 (18%), $p : 0,034$), des troubles du comportement (17 (24%) vs 46 (14%), $p : 0,045$), une atteinte rénale (créatininémie : $124\mu\text{mol/L}$ [89 ;198] vs $89\mu\text{mol/L}$ [73 ;120], $p < 0,0001$) ou une élévation de la troponinémie ($0,85\text{ng/mL}$ [0,135 ;3,92] vs $0,26\text{ng/mL}$ [0,018 ;1,245], $p : 0,025$) mais moins souvent de cytopénies (hémoglobininémie 9g/dL vs 8g/dL [6,7 ;9,6], $p : 0,0007$ et plaquettes : $22\ 000/\text{mm}^3$ [9 000 ;57 000] vs $13\ 000/\text{mm}^3$ [9 000 ;21 000], $p : 0,002$) que les sujets jeunes. La survie des sujets âgés par rapport aux sujets jeunes était plus faible à J28 (45 (63%) vs 308 (91%), $p < 0,0001$) et à 1 an (35 (51%) vs 286 (90%), $p < 0,0001$). La survie à 1 an des patients de plus de 70 ans était également de 52% (26/50). L'âge de plus de 60 ans (OR : 0,03 ; IC95 [0,001-0,14]), l'atteinte cardiaque (OR : 0,17 ; IC95 [0,03-0,90]), l'augmentation de la créatininémie (par tranche de + $10\mu\text{mol/L}$: OR : 0,96 ; IC95 [0,91-0,99]) et le volume d'échange plasmatique (par tranche de + 100mL/kg : OR : 1,23 ; IC95 [1,02-1,66]) étaient des facteurs indépendamment associés à la survie à J28. **Conclusion** : Le PTTi a une présentation neurologique atypique chez le sujet âgé, marquée par une confusion et des troubles du comportement ; ces tableaux cliniques peu spécifiques et très fréquents en gériatrie retardent le diagnostic. Les atteintes cardiaques et rénales sont plus fréquentes et les facteurs de risque vasculaire plus marqués, alors que les cytopénies sont moins profondes. L'âge supérieur à 60 ans, la présence d'une atteinte cardiaque et l'augmentation de la créatininémie grèvent le pronostic. Les patients âgés « survivants » à J28 présentent une surmortalité à 1 an par rapport aux sujets jeunes ; particulièrement après 70 ans. Ce taux de mortalité à 1 an souligne l'attention à porter sur le suivi après le traitement de l'épisode aigu de PTTi. Afin de documenter cette surmortalité tardive observée (après J28) par rapport aux sujets jeunes, nous allons la comparer à celle d'une cohorte de sujets appariés à l'âge et aux comorbidités (analyse en cours en collaboration avec l'ISPED, Université de Bordeaux).

A-25-07

Médicaments inappropriés chez le sujet âgé : vers un changement de pratiques

H. Vacher (1) ; M. Jeanjean (2) ; I. Karoui (2) ; T. Brasseur (2)
Adresses : (1) Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens; (2) Gériatrie, CHU Amiens-Picardie, Amiens

Introduction : La population âgée est particulièrement concernée par la iatrogénie médicamenteuse. Certains médicaments ont été répertoriés dans une liste de médicaments inappropriés (MI) en raison de leur rapport bénéfice/risque défavorable. En 2005, un guide publié par la HAS et une publication de l'ANSM visent à diminuer le risque iatrogène¹. Lors de la visite de certification V2010 en novembre 2012, une réserve a été émise sur le critère « Prescription médicamenteuse chez la personne âgée ». Dans le cadre d'une réflexion institutionnelle, un groupe de travail gériatrique multidisciplinaire s'est constitué en 2015. Des documents destinés aux prescripteurs sur les MI ont été diffusés ; des formations ont été réalisées. Nous avons voulu évaluer les pratiques de prescription en prenant comme référentiel la liste Laroche² chez les patients de plus de 75 ans. **Méthodes** : La méthodologie adoptée était une analyse des ordonnances un jour donné des patients de 75 ans et plus, présents dans le logiciel de dossier patient informatisé. Tous les patients ayant l'âge requis ont été inclus qu'ils soient pris

en charge en USLD ou en EHPAD. Ont été relevés, le sexe des patients, l'âge, le nombre total de médicaments et la présence de MI. Trois évaluations ont été réalisées : la première le 8 février 2016, la deuxième le 8 août 2016 et la troisième le 6 octobre 2017. Entre chaque évaluation, les cas ont été discutés en réunion médecin/pharmacien. **Résultats** : Les résultats sont présentés dans le tableau suivant. On voit une nette diminution du nombre de patients ayant au moins 1 MI ; on passe de 33% à 16%.

	Février 2016	Août 2016	Octobre 2017
Nombre de patients > 75 ans	301	308	285
Nombre de patients ayant au moins 1 MI	100 (33,2%)	64 (20,7%)	46 (16,1%)
Age moyen	86,8	87,2	87,7
Sexe ratio F/H	76/24	47/17	29/17
Nombre moyen de médicaments par ordonnance	9,5	9,7	9,6
Nombre total de MI	116	71	51
Nombre d'ordonnances avec 1 MI	87	57	42
Nombre d'ordonnances avec 2 MI	10	7	3
Nombre d'ordonnances avec 3 MI	3	0	1

Concernant les modifications qualitatives, il s'agit essentiellement d'une diminution du critère 27 (benzodiazépine demi-vie courte supérieure à la moitié de la dose de l'adulte jeune). La mise à disposition de la spécialité de zopiclone 3,75mg cpr a grandement facilité le passage de 7,5mg/j à 3,75mg/j. Il y a aussi suppression du critère 7 (antihistaminique anticholinergique) avec disparition de la prescription d'hydroxyzine et d'alimémazine. De même, le critère 12 a été divisé par 3. Il s'agissait essentiellement de prescription de nifédipine à libération immédiate. **Conclusion** : La réunion médecin/pharmacien a un réel impact sur le changement de pratiques. Les résultats très positifs résultent du fruit d'une collaboration efficace. Il est nécessaire de poursuivre cette pratique. Les freins identifiés sont les prescriptions issues de médecins spécialistes non sensibilisés au risque médicamenteux. Enfin, le suivi des MI est un indicateur pertinent sur la qualité des traitements prescrits en gériatrie. Il est acté que cet indicateur sera réalisé annuellement dans ce secteur de gériatrie de 330 lits. 1. HAS 2005 Prescription chez la personne âgée lors d'une hospitalisation ANSM juillet 2005 Prévenir les effets indésirables des médicaments chez la personne âgée; 2. Laroche ML, et al. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. La revue de médecine interne 2009; 30:592-601

A-15-08

Enquête de bonnes pratiques sur la réalisation des hémocultures au sein du pôle de gériatrie d'un Centre Hospitalier Universitaire

Auteurs : C. Arlaud (1) ; C. Chaillet (2) ; C. Terese (1) ; T. Fosse (3); V. Mondain (4) ; O. Guérin (5)

(1) Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice; (2) Soins de suites et réadaptation, Hôpital Cimiez, Nice; (3) Service hygiène, Hôpital Cimiez, Nice; (4) Infectiologie, Hôpital l'Archet 2, Nice; (5) Ucoq, Hôpital de Cimiez, Nice

Introduction : Le vieillissement de la population induit un risque infectieux plus fréquent et plus sévère. Avec une symptomatologie frustrée et hétérogène, la documentation paraclinique est nécessaire. Reposant sur les hémocultures (HC), la prise en charge

diagnostique des bactériémies doit être précoce et codifiée pour favoriser l'adaptation thérapeutique antibiotique. Dépendant d'une prescription médicale (PM), les HC font partie des prélèvements les plus fréquents en milieu hospitalier. C'est un geste complexe et il demande une certaine technicité. Compte tenu du faible taux de positivité globale des HC au sein du pôle de gériatrie d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), l'objectif est d'évaluer les connaissances des infirmier(e)s (IDE) sur les bonnes pratiques de réalisation et prélèvement des HC. **Méthodes** : L'enquête est réalisée au cours du mois de janvier 2018 au sein du pôle de gériatrie du CHU comprenant 2 Unités de Court Séjour Gériatrique (USCG), 6 Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 2 Unités de Soins de Longue Durée (USLD). Des données sociodémographiques quantitatives ont été recueillies. Il s'agissait d'un questionnaire qualitatif anonyme, basé sur 5 questions ouvertes, ciblant les indications, la méthode d'asepsie, le nombre de flacons prélevés, l'ordre et la quantité de sang prélevée par flacon d'HC. **Résultats** : Le taux de participation est de 93% (65/70), dont une majorité de femmes 87%. Plus de 2/3 des IDE avaient une expérience inférieure à 10 ans, 7 étaient référentes en hygiène. Parmi les principaux résultats, les indications des HC sont respectées, sous couvert d'une prescription médicale (100%). Le protocole d'asepsie est hétérogène et pas suffisamment maîtrisé entre les services de CSG et SSR/USLD. Le volume de sang prélevé par flacon est insuffisant (Inf. 10 ml) pour 90% d'entre eux. Enfin, le nombre de paires d'HC reste variable de 2 à 3 paires d'HC par ponction pour plus de 2/3 des sondés. Les IDE des services de SSR sont demandeurs de formations plus régulières. **Conclusion** : Ces résultats semblent en faveur de la réalisation d'une formation continue des IDE sur les bonnes pratiques de réalisation des HC. Il semble nécessaire d'uniformiser les protocoles concernant le nombre d'HC réalisés. Des études complémentaires étudieront l'impact d'une formation sur l'amélioration des pratiques avec une formation adaptée aux besoins, par groupe de travail, sous forme de mise en scène. Une affiche reprenant les étapes de prélèvement sera mise à disposition dans chaque salle de soins. Chaque type de formation fera l'objet d'une réévaluation à distance des connaissances enseignées.

A-19-09

Acceptabilité des caméras auprès des résidents d'EHPADs et des professionnels paramédicaux : Cas du projet Falldiag en Nouvelle-Aquitaine

AR. Sawadogo (1) ; JF. Nys (2) ; C. Thébaud (3) ; J. Trimouillas (4) ; T. Dantoine (5) ; A. Tchalla (6)

(1) *Observatoire des Mutations Institutionnelles et Juridiques (OMIJ), Université de Limoges, Limoges Cedex 1*; (2) *Professeur des universités, Université De Limoges, Limoges*; (3) *Ea 3177 omij observatoire des mutations institutionnelles et juridiques, limoges, france., Université de Limoges, Limoges Cedex 1*; (4) *Unité de recherche clinique en gériatrie, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges*; (5) *Enseignant-chercheur, Université De Limoges, Limoges*; (6) *Université de limoges, ea 6310 havae handicap activité vieillissement autonomie environnement., C.H.U de Limoges, Médecine gériatrique., Limoges*

Introduction : Les stations prolongées au sol suites aux chutes augmentent la probabilité de décéder l'année suivante (50% pour un séjour au-delà d'une heure et 70% à court terme pour un séjour de plus de 72 heures). En EHPAD, où l'incidence des chutes est plus grande qu'à domicile (1,7 vs 0,69), les sonnettes servent de fils de communication entre les professionnels paramédicaux et les

résidents pour amoindrir leurs effets. Mais elles sont difficilement accessibles en cas de traumatismes. Ainsi les caméras EDAO sont venues en complément. La question de savoir comment ces caméras sont perçues par les résidents et les professionnels a donc retenue notre attention. **Méthodes** : L'acceptabilité des caméras auprès des résidents et des professionnels paramédicaux œuvrant la nuit s'est faite grâce à la théorie de la réalisation des attentes qui compare les attentes préalables et les réalisations concrètes après installation. **Résultats** : Auprès des résidents, la théorie est confirmée dans les deux EHPAD puisqu'à la question concernant « la réponse à leurs attentes », ils sont 60% à avoir donné des réponses positives contre 40% à signifier le contraire. Du point de vue des professionnels, les résultats étaient plutôt différents car la théorie a été confirmée à l'EHPAD Ernest Coutaud (établissement de petite taille comparativement à Chastaingt) et s'est infirmée à Chastaingt. **Conclusion** : Ainsi dans les établissements de grande taille, les fonctionnalités de la caméra EDAO sont parfois méconnues des nouveaux professionnels paramédicaux, d'où la nécessité d'actualiser à intervalle réduit les programmes de formation. **Bibliographie** : Patrice LAUREN ; Delphine MIDDERNACHT ; « Nuit, personnes âgées et technologies » ; *Gérontologie et société* 2006 / 1 (n°116) ; p. 85 – 94. Disponible en ligne : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-1-p-85.htm>; Thierry DANTOINE et al ; « Système de vidéo-vigilance LCS et maladie d'Alzheimer en unité de réadaptation cognitivo-comportementale » ; communication à la 36ème journée de la SFGG, Paris le 23 novembre 2016 ; 24 p. ASSISTANCE PUBLIQUE et al ; « Prévenir les chutes et leurs conséquences chez les personnes âgées », 1er site européen d'information et de conseil, conférence de presse du 12 Mars 2008, 21 p. Disponible en ligne : http://www.vigilio.fr/download-application-pdf-files/dossierspresse/FR/DR_www.protec_chute.com_2008.03.12.pdf

A-18-10

Effets d'un programme d'activités physiques adaptées sur la qualité de vie de résidents d'EHPAD

C. Leleu (1) ; F. Bloch (2)

(1) *EHPAD, C.H. d'Abbeville, Abbeville*; (2) *Gériatrie, CHU Amiens-Picardie, Amiens*

Introduction : L'activité physique permet un maintien en bonne santé, une inversion éventuelle de la fragilité et chez les personnes âgées dépendantes, elle participe au maintien des capacités restantes. **Méthodes** : Nous avons réalisé pendant 12 semaines une étude prospective, comparative, évaluant la qualité de vie de deux groupes de résidents selon qu'ils participaient ou non à un programme d'activités physiques adaptées (APA). La qualité de vie a été appréciée par l'échelle QUALIDEM, utilisable en institution, quelle que soit la sévérité des troubles cognitifs des résidents. Tout résident acceptant et/ou adhérant à ce programme et sans contre-indications médicales a été inclus, marcheur ou non marcheur et quels que soient ses troubles cognitifs et sa dépendance. Par ailleurs, nous avons mesuré le maintien de l'autonomie restante par l'échelle de Katz, les variations du Time up and Go, de la vitesse de marche sur 4 mètres, du MMS, de l'albuminémie, du hand grip et le nombre de chutes. Le programme d'activités physiques adaptées était réalisé par un professeur d'APA à raison de deux séances hebdomadaires de vingt à trente minutes. **Résultats** : Deux groupes ont été définis : le premier concerne 36 résidents qui ont bénéficié d'APA, le deuxième concerne 12 résidents qui n'ont pas eu d'APA. Il n'est pas noté de différence significative entre ces 2 groupes

en termes d'âge et de pourcentage hommes-femmes. De même, il n'y a pas de différence significative entre ces 2 groupes pour les mesures initiales du MMS, ADL, GDS, albuminémie, TUG, vitesse de marche, handgrip et QUALIDEM. Dans le groupe APA, on retrouve 23 femmes et 13 hommes, 7 GIR1, 20 GIR2, 3 GIR3, 6 GIR 4. Cinq résidents ont un MMS inférieur à 10, huit résidents un MMS entre 10 et 15, neuf résidents un MMS entre 15 et 20, six résidents un MMS entre 20 et 25, deux résidents un MMS entre 25 et 30 et pour six résidents le MMS n'a pu être réalisé. Dans le groupe sans APA, on retrouve 8 femmes et 4 hommes, 5 GIR1, 4 GIR2, 3 GIR 4. Un résident a un MMS inférieur à 10, trois résidents un MMS entre 10 et 15, deux résidents un MMS entre 15 et 20, deux résidents un MMS entre 20 et 25, et pour quatre résidents le MMS n'a pu être réalisé. On ne note pas de variation dans les 2 groupes au terme des 12 semaines du MMS moyen et de l'ADL moyen. Il existe une amélioration du TUG dans le groupe APA 3.6 ± 5.7 sec ($p=0.0057$). Il n'y a pas de changement dans les 2 groupes de la vitesse de marche et du hand grip. Le nombre de chuteurs est stable dans le groupe sans APA. En revanche le nombre de chuteurs est multiplié par 4 dans le groupe APA mais ce groupe est plus mobile que le groupe sans APA. On observe une tendance pour une légère amélioration du taux d'albumine dans le groupe APA ($+0.8 \pm 3$ vs -0.4 ± 3.1 , $p=0.2$) (Annexe 1,2,3). Concernant la qualité de vie, il existe une amélioration du score global $+2,7$ points dans le groupe APA vs $-0,5$ dans le groupe sans APA ($p=0.1$). Dans les sous catégories, 4 présentent des améliorations dans le groupe APA (Annexe 4,5,6):

- -A ffects positifs : $+0.2 \pm 1.5$ vs -0.8 ± 1.6 ($p < 0.05$);
- -comportements moteurs aberrants : $+0.4 \pm 1.4$ vs -0.1 ± 0.7 (tendance $p=0.3$);
- -relations sociales : -0.2 ± 1.6 vs -0.7 ± 1.5 (tendance $p=0.3$);
- -se sentir comme à la maison : $+0.6 \pm 1$ vs -0.1 ± 1.5 (tendance $p=0.09$).

Conclusion : En conclusion, l'activité physique adaptée participe à l'amélioration de la qualité de vie, au bien-être psychologique, physique et social, et au maintien des capacités restantes chez nos résidents d'EHPAD quels que soient leurs troubles cognitifs et leur dépendance.

A-12-11

Comparaison des échelles de dépistage de troubles thymiques en oncogériatrie

G. Boudin (1) ; H. Laviee (2) ; L. Ghewy (3) ; J.L. Machavoine (4) ; J. Denhaerynck (3) ; R. Morello (5) ; B. Beauplet (3)

(1) *Médecine gériatrique, C.H. Robert Bisson, Lisieux*; (2) *Oncogériatrie, Centre François Baclesse, Caen*; (3) *Médecine gériatrique, C.H.U de Caen, Caen*; (4) *Soins de support atoss, Centre François Baclesse, Caen*; (5) *Unité de biostatistique et recherche clinique, C.H.U de Caen, Caen*

Introduction : Un dépistage précoce et systématique de la dépression est recommandé chez le sujet âgé atteint de cancer. L'objectif de cette étude est d'évaluer la capacité de trois échelles de dépistage de troubles thymiques à détecter un épisode dépressif majeur (EDM) en oncogériatrie. **Méthodes :** Une étude prospective multicentrique a été menée chez des patients âgés de plus de 70 ans atteints de cancer comparant la Geriatric Depression Scale-15 items (GDS-15), l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) et le Distress Thermometer (DT). Une réévaluation de l'humeur a été réalisée à trois semaines par le médecin traitant avec la recherche de critères diagnostiques d'EDM selon le DSM-V et la passation d'un DT. Les degrés de concordance entre un dépistage de troubles thymiques anormal et un EDM confirmé ont été étudiés selon une analyse de variance. **Résultats :** 93 patients d'un âge moyen de 81

ans [70 - 95 ans] ont été inclus. 66 patients ont présenté au moins un score anormal à l'une des échelles. Un EDM a été confirmé chez 28% des patients réévalués. Un dépistage anormal par la GDS-15 ($p=0.021$), l'HADS-Depression (HADS-D) ($p=0.018$) et le DT ($p=0.045$) a été significativement associé au diagnostic d'EDM. **Conclusion :** Les trois auto-questionnaires ont permis de prédire de façon significative la présence d'un EDM dans une population oncogériatrique. Des trois échelles, l'HADS-D semblerait être la plus performante. Les résultats obtenus montrent que ces échelles pourraient être insuffisantes pour dépister de manière fiable un EDM. Des études complémentaires plus approfondies sont nécessaires pour confirmer les résultats retrouvés.

A-14-12

L'Évaluation gériatrique standardisée dans la prise en charge des patients de plus de 70 ans suspects d'hypertension pulmonaire. Analyse de notre pratique

C. Duvillard (1) ; E. Ojardias (2) ; É. De Magalhaes (1) ; S. Ballereau (3) ; C. Tulane (4) ; T. Célarier (2) ; L. Bertoletti (1)

(1) *Médecine Vasculaire et Thérapeutique, CHU Nord Saint-Etienne, Saint-Étienne*; (2) *Gérontologie clinique, Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*; (3) *Exploration fonctionnelle respiratoire, CHU Nord Saint-Etienne, Saint-Étienne*; (4) *Cardiologie, CHU Nord Saint-Etienne, Saint-Étienne*

Introduction : L'évaluation gériatrique (EGS) impacte la prise en charge des patients âgés atteints de cancer. Par analogie, l'hypertension pulmonaire (HTP) a un important retentissement fonctionnel et évolue de manière rapidement fatale. Des thérapeutiques innovantes sont disponibles, pour certaines invasives avec une morbi-mortalité importante. Nous avons voulu évaluer l'impact d'une EGS systématique chez les patients de plus de 70 ans adressés pour suspicion d'HTP. **Méthodes :** Une EGS a été réalisée pour chaque patient entre juillet 2014 et juin 2017 dans le centre de compétences d'hypertension pulmonaire du CHU de Saint Etienne avant d'envisager des examens invasifs en vue d'un diagnostic et d'un traitement. **Résultats :** Vingt-deux patients ont bénéficiés d'une EGS (âge moyen de 80.9 ans). Quinze ont eu une évaluation gériatrique favorable à la poursuite des investigations. Sept patients ont été récusés sur la base de l'évaluation gériatrique et 14 patients ont bénéficié d'examens complémentaires. Douze patients étaient porteurs d'une HTP, la moitié d'une HTP post embolique. Un traitement spécifique a pu être instauré pour 10 des 12 patients. Tous les patients porteurs d'une HTP post embolique étaient éligibles à un traitement spécifique. **Conclusion :** Ce travail montre que l'EGS est applicable aux patients suspects d'HTP. La poursuite de ce travail est souhaitable avec notamment une réévaluation des capacités fonctionnelles après l'instauration des thérapeutiques spécifiques.

A-13-13**Déterminants territoriaux de la fragilité gériatrique : l'exemple de l'archipel des Saintes (Guadeloupe)**

D. Mikolajczyk (1) ; C. Bellemare (1) ; AL. Jaud (1) ; C. Baudot (1) ; S. Riquet (1) ; N. Baillet (2) ; L. Rinaldo (3)

(1) *Equipe mobile de gériatrie, Centre Hospitalier de la Basse Terre, Basse Terre*; (2) *Médecine b, Centre Hospitalier de la Basse Terre, Basse-Terre, Guadeloupe*; (3) *Equipe mobile de gériatrie, CHU, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe*

Introduction : Le Centre Hospitalier de la Basse Terre a créé une équipe mobile de gériatrie (EMG) pour répondre aux besoins d'une population rapidement vieillissante dans un territoire insulaire et rural comprenant l'archipel des Saintes. (2 communes insulaires). L'EMG intervient dès l'entrée aux urgences pour dépister la fragilité, participer à la prise en charge et préparer la sortie. La spécificité géographique dans un territoire sujet aux aléas climatiques et présentant une démographie sociale et médicale complexe a généré cette réflexion sur l'impact de la double insularité sur la fragilité gériatrique. **Méthodes :** Nos objectifs ont été d'observer l'impact de la particularité territoriale Saintoise sur la prise en charge gériatrique, identifier les facteurs modifiables et les axes de prévention envisageables. Le travail se base sur des entretiens avec les patients et les familles rencontrés par l'EMG, et sur les données sociodémographiques publiques et concernant l'offre de soins. **Résultats :** Après étude de 15 dossiers sur la période 2016-2017, nous avons mis en évidence un faible taux de recours aux soins hospitaliers et gériatriques pour les patients en situation de double insularité. Par ailleurs des facteurs structurels, environnementaux, climatiques, démographiques et d'offre de soins fragilisent la population saintoise. Une organisation spécifique logistique et soignante ainsi qu'une durée de séjour hospitalier plus longue afin d'évaluer l'ensemble des facteurs de fragilité gériatrique s'avère nécessaire pour ces patients à haut risque. **Conclusion :** En conclusion, la problématique très spécifique de la double insularité nécessite une réponse sur mesure. Une attention particulière doit être portée aux patients gériatriques Saintois par les quel que soit le niveau de recours de soins. Les besoins doivent être anticipés, les réponses coordonnées et une vigilance particulière des autorités de tutelle s'impose. A la fragilité gériatrique s'ajoute une fragilité territoriale, imposant une réponse pluridisciplinaire, flexible et inclusive.

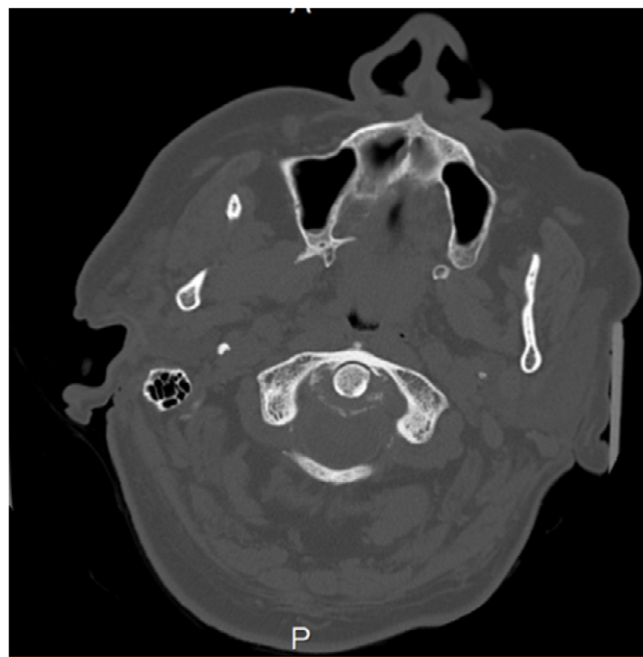
A-02-14**Syndrome de la dent couronnée en gériatrie**

T. Renoncourt (1) ; S. Hannat (2)

(1) *Gériatrie aigüe, CHU Amiens-Picardie (site nord), Amiens*; (2) *Médecine gériatrique, C.H.U d'Amiens, Amiens*

Introduction : Le syndrome de la dent couronnée est une pathologie peu connue mimant un tableau clinique de méningite. Nous rapportons ici le cas d'un patient de 90 ans consultant pour céphalées. **Méthodes :** Mr L. 90 ans a été adressé aux urgences pour céphalées et poussée hypertensive. A l'examen clinique, il n'a pas été mis en évidence de signes de focalisation neurologique, les céphalées étaient pulsatiles et occipitales. Le bilan biologique montrait une hyperleucocytose à 12 000/mm³ et une protéine C réactive (CRP) à 150mg/l. A l'entrée dans notre service, les céphalées ont laissées place à une raideur de nuque associée à de la fièvre. La ponction lombaire pour éliminer une méningite n'a pas été effectuée en l'absence d'autres signes évocateurs francs et de

la présence du traitement par FLUIDIONE non antagonisé. C'est la relecture des coupes cervicales hautes sur le scanner réalisé aux urgences qui a finalement permis de faire le diagnostic de syndrome de la dent couronnée avec la mise en évidence d'hyperdensités typiques autour de l'odontoïde. Un traitement par COLCHICINE un comprimé par jour pendant dix jours a été mis en place et a permis une régression totale des cervicalgies, du syndrome inflammatoire biologique et de la fièvre en 48-72 heures. **Résultats :** Le syndrome de la dent couronnée est une crise d'arthropathie microcristalline cervicale de la vertèbre C2, à type de dépôts de chondrocalcinose dans 80% des cas (1,2). Il a une prévalence estimée de 2% et est probablement sous diagnostiqué (3). Le pronostic est rapidement favorable. Il est présent à 61% après 75 ans, la femme est plus fréquemment touchée et les facteurs de risques (1). Le diagnostic est clinique et radiologique. Dans 70% des cas il y a la triade clinique complète associant fièvre, raideur de nuque et céphalées occipitales. Un fort syndrome inflammatoire est présent dans près de 50% des cas (1,3). Devant cette clinique, le diagnostic différentiel principale est la méningite infectieuse, mais la raideur est différenciée du signe de KERNIG car elle est dans le mouvement de rotation à 45° et non lors de la flexion cervicale ; puis viennent la spondylodiscite, la cervicarthrose, la pseudo polyarthrite rhizomélisque, la maladie de HORTON, et la polyarthrite rhumatoïde à début rhizomélisque. Le scanner cervicale sans injection avec des coupes coronales et axiales centrées sur C1-C2 permet le diagnostic dans 100% des cas (1,4). Le syndrome de la dent couronnée donne des images de calcifications pathognomonique autour du ligament cruciforme de l'odontoïde. Il n'y a pas d'intérêt à réaliser des radiographies du rachis cervicale ni d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Il est utile en cas de suspicion diagnostique de réaliser des radiographies des genoux, des poignets et des mains à la recherche d'arguments en faveur d'une chondrocalcinose. Les complications sont rares. La prise en charge de référence est la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou de COLCHICINE (3). Les symptômes cliniques et le syndrome inflammatoire biologique s'améliorent dès les premières 48h, associés à une résorption des calcifications en imagerie dans les 2 premières semaines (1,2). **Conclusion :** Le syndrome de la



Dépôts microcristallins autour de l'odontoïde

dent couronnée associée la présence d'une fièvre, d'une raideur de nuque en rotation de 45°, céphalées occipitales. Il est dû le plus souvent à une crise de chondrocalcinose articulaire. C'est le scanner cervicale centré sur C1-C2 qui affirme le diagnostic dans 100% des cas. L'évolution est rapidement favorable sous COLCHICINE seule.

A-26-15

Une cause aveuglante de bradycardie

L. Avot (1) ; F. Bachelet (1) ; C. Defouilloy (1) ; J. Moyet (1) ; I. Defouilloy (2) ; F. Bloch (3)

(1) *Gériatrie, CHU Amiens Picardie Site Sud, Salouël*; (2) *Gériatrie, CHU Amiens-Picardie Site Nord, Amiens*; (3) *Gériatrie, CHU Amiens-Picardie, Amiens*

Introduction : Les Béta Bloquants sont des médicaments bradycardisants indépendamment de leur voie d'administration.

Méthodes : Un patient de 93 ans a été admis dans notre service pour malaise avec bradycardie. Ses antécédents sont marqués par une ACFA, une Insuffisance rénale chronique (IRC) et un glaucome par fermeture de l'angle. Le traitement comporte Levothyrox®, Tamsulosine, Esidrex®, Paroxetine, Esomeprazole, Innohep® et Ganfort® collyre. L'examen cardiologique retrouve une hypotension orthostatique et la bradycardie (nadir 35bpm). L'ECG initial montre une fibrillation auriculaire à 41bpm avec un Bloc Auriculo Ventriculaire de type I. Le ionogramme sanguin est sans particularité en dehors d'une IRC (Clairance : 30 ml/min), un BNP à 155ng/L, une troponine négative et des CK à 24UI/L. **Résultats :** L'arrêt du collyre Beta bloquant et son remplacement par le Simbrinza® associé à de la Théophylline a permis une augmentation de la fréquence cardiaque. **Conclusion :** Les collyres bêtabloquants sont considérés comme ayant peu d'effets systémiques, cependant 80% du médicament passe dans la voie systémique et shunte le 1er passage hépatique. Des effets secondaires cardiovasculaires sont décrits avec ce type de collyres.

A-20-16

Anémie hémolytique à la L-Dopa

K. Kahina (1) ; MB. Christelle (2) ; B. Salle (3) ; O. Bahri (4)

(1) *Gériatrie, C.H. Intercommunal Eure-Seine, Évreux*; (2) *Pharmacienne, C.H. Intercommunal Eure-Seine, Évreux*; (3) *Gériatrie, CH Eure Seine, Évreux*; (4) *C.H. Intercommunal Eure-Seine, Évreux*

Introduction : L'anémie hémolytique regroupe plusieurs entités clinico-biologiques. Elle est liée à la destruction prématurée des globules rouges par une agression extérieure à ceux-ci. Dans les formes secondaires trois situations prédominent : origine infectieuse, toxique ou fragmentation des globules rouges. Nous rapportons l'observation d'une anémie hémolytique acquise à la L DOPA.

Méthodes : Il s'agit d'une femme de 84 ans ayant pour antécédents une maladie de parkinson (SINEMET® et TRIVASTAL®) et une fibrillation atriale (XARELTO® et CORDARONE®). **Résultats :** L'examen clinique retrouve une pâleur cutanéomuqueuse. Il n'a pas été mis en évidence de splénomégalie clinique ou radiologique. L'hémogramme retrouve une anémie normocytaire (8 g/dl) régénérative (réticulocytes à 155 G/l). L'haptoglobine (<0.01G/L) et les LDH (> 500 UI/L) orientent vers une origine hémolytique. Malgré l'ensemble des critères d'une anémie hémolytique le test de COOMBS direct est négatif. Les schizocytes sont rares. Le diagnostic d'anémie hémolytique est posé. L'imputabilité

du traitement par SINEMET® est forte (introduction trois mois auparavant et numération formule sanguine normale avant le traitement). Dans la littérature il est démontré que plus de 10 % des patients traités pendant plus de 3 mois par le méthyl-dopa développent une anémie hémolytique auto-immune. **Conclusion :** Il s'agit d'une observation d'anémie hémolytique secondaire aux dérivés de la L-Dopa. Le résumé des caractéristiques du SINEMET® mentionne des cas d'anémie hémolytique à fréquence indéterminée. La base nationale de pharmacovigilance recense 8 cas d'anémie hémolytique pour lesquels la Levodopa est la seule molécule suspecte (incluant les traitements par MODOPAR® et SINEMET®) avec un délai d'apparition de l'ordre de plusieurs semaines ou mois, qui peut survenir aussi bien en début qu'en cours de traitement.

A-14-17

La tolérance des Bêtabloquants et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion chez les insuffisants cardiaques âgés

LE. Vandycke (1) ; B. Fabrice (2)

(1) *Cabinet médical, Centre hospitalier public seine maritime, Grugny*; (2) *Cardiologie, CHU Rouen, Rouen*

Introduction : L'insuffisance cardiaque est un problème majeur de santé publique en raison de sa forte prévalence (10 à 20 %) des personnes de 80 ans et plus) qui augmente parallèlement au vieillissement de la population et de la survie prolongée des patients qui ont une cardiopathie ischémique et dont le taux d'hospitalisation augmente de manière exponentielle à cause des épisodes de décompensation cardiaque. Les recommandations européennes de Cardiologie de 2016 proposent l'utilisation des Bêtabloquants et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion dans l'insuffisance cardiaque avec dysfonction systolique du ventricule gauche. Seulement, peu d'études n'abordent l'insuffisance systolique à fraction d'éjection préservée et la tolérance des patients âgés face à cette thérapeutique.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle incluant 1506 patients admis en décompensation cardiaque en unité de cardiologie dans un centre hospitalier universitaire à Rouen sur l'année 2012-2013. Les données comprennent l'âge, le sexe et les antécédents familiaux. Nous avons introduit les facteurs de risque cardiovasculaires modifiables à savoir le tabagisme, la dyslipidémie, le diabète et le surpoids. Pour tester la tolérance, nous avons recueillis la pression artérielle, la fréquence cardiaque, la natrémie, la kaliémie, la créatinine, la fonction rénale de type MDRD, le taux de NT-pro BNP et la fraction d'éjection du ventricule gauche. **Résultats :** Au total, 250 patients ont été inclus dans cette étude à cause du critère d'âge supérieur à 80 ans. Nous avons appliqué la méthode statistique ANOVA pour comparer les moyennes des quatre groupes. Nous obtenons une relation significative avec $p < 0,001$ pour l'âge entre 80 et 90 ans ; un $p = 0,003$ pour la créatinine et la fonction rénale de type MDRD en faveur des IEC ; un $p = 0,047$ pour les patients en surpoids en faveur des bêtabloquants ; un $p = 0,002$ en faveur d'une hyperkaliémie pour la bithérapie et un $p = 0,002$ pour le taux de NT-pro BNP en faveur d'une stabilité des décompensations cardiaque si une monothérapie ou une bithérapie est appliquée. **Conclusion :** Dans cette population de patients très âgés hospitalisés en cardiologie, les Inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les bêtabloquants sont bien tolérés. Notre étude montre une stabilité de l'insuffisance cardiaque lors de la phase aigüe si la bithérapie a été instaurée avant.

A-04-18**Evaluation de la douleur chez les personnes âgées avec des troubles cognitifs**

N. Shpak-Deschamps (1) ; E. Musellec (2) ; I. Simonenko (3) ; JP. Berthet (4) ; N. Marie (5)

(1) *Gérontopôle, CH Guillaume Régnier, Rennes*; (2) *Gérontopôle, C.H. Guillaume Régnier, Rennes*; (3) *Faculté de pharmacie, Université de Rennes 1, Rennes*; (4) *Rennes, psychiatre libéral, Rennes*; (5) *Pharmacie, C.H. Guillaume Régnier, Rennes*

Introduction : La prévalence de la douleur chez les sujets âgés est importante et son évaluation n'est pas optimale notamment chez les personnes présentant des troubles cognitifs. L'objectif du travail est d'augmenter la sensibilité du dépistage de la douleur chez les sujets âgés déments communicants. **Méthodes :** Comparer deux méthodes d'évaluation de la douleur : unidimensionnel (EVA) et comportemental (Algo+) chez les patients âgés atteints de maladies d'Alzheimer ou apparentées et traités par au moins un antalgique de niveau 1 ou 2 et vivant en institution gériatrique. Analyser la prescription des antalgiques en fonction des méthodes d'évaluation. **Résultats :** 16 personnes incluses; Hommes : 11, Femmes : 6; Age 64 – 97 ans (moyenne 79.9 ans); Douleur d'origine de l'appareil locomoteur 100% dont 18.75% (3 patients) d'origine cancéreuse; Diagnostic : MA 62.5% (10 p.), Démence vasculaire 12.5% (2 p.), Korsakoff 25% (4 p.); MMS 10 -25/30 (moyenne 17/30); EVA<Algo+ 7 personnes 43.75%; EVA=Algo+ 6 personnes 37.5%; EVA<Algo+ 3 personnes 18.75%. Pas de corrélation ni avec le MMS, ni avec le type de démence. Le traitement antalgique a été majoré chez 62.5% en appliquant 2 échelles. **Conclusion :** La démence altère les capacités d'analyse et d'expression de la douleur. Chez les sujets déments communicants, il est nécessaire d'utiliser de façon concomitante les deux échelles d'évaluation : unidimensionnelle et comportementale afin de mieux diagnostiquer la douleur et de surveiller l'efficacité de sa prise en charge.

A-02-19**Facteurs déterminants la prescription de l'ostéodensitométrie en médecine générale: méthode qualitative**

S. Krypciak (1) ; S. Métais (1) ; L. Corsin (1) ; J. Massias (1) ; J. Vouriot (2) ; AL. Scain (1) ; E. Paillaud (3) ; JP. David (1)

(1) *Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri Mondor, Créteil*; (2) *Service de gériatrie, Centre hospitalier de Marne-la-Vallée, Jossigny*; (3) *Gériatrie, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris*

Introduction : Le dépistage de l'ostéoporose par l'ostéodensitométrie en médecine générale est faible au regard de l'accroissement du vieillissement de la population, du nombre épidémique des fractures ostéoporotiques et de leur répercussions en matière de morbi-mortalité et d'économie. Les avancées récentes dans le domaine de l'ostéoporose telles que le remboursement de l'ostéodensitométrie, l'actualisation 2012 des recommandations, l'arrivée du FRAX® et l'élargissement de la gamme thérapeutique ne réussissent pas à faire pencher la balance. **Méthodes :** Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès de 20 médecins généralistes exerçant en Ile-de-France. L'analyse thématique de ces entretiens a permis de faire émerger les pratiques vis-à-vis de la prise en charge de l'ostéoporose et de mettre en avant les freins à la prescription de l'ostéodensitométrie. **Résultats :** Les médecins avaient conscience de l'impact négatif des fractures ostéoporotiques et se montraient disposés à évaluer

la densitométrie minérale osseuse. La prescription systématique de vitamine D témoignait de leur volonté à prévenir les fractures ostéoporotiques. Les indications de l'ostéodensitométrie étaient connues, hormis le risque de chute, mais la mise en pratique était plus difficile. La principale difficulté était de penser au dépistage au quotidien. Il leur était plus évident de prescrire une ostéodensitométrie devant une fracture, véritable point d'appel, que devant les facteurs de risque d'ostéoporose. Les facteurs les plus cités représentaient les indications remboursables de l'examen telles que la corticothérapie, l'IMC bas, la ménopause précoce et les antécédents familiaux de fractures ostéoporotiques. Dans les milieux favorisés, l'examen avait tendance à être réalisé de manière systématique après la ménopause. La difficulté à penser à l'ostéoporose résidait dans la demande du patient, celui-ci venant pour des symptômes, et dans la polyvalence du médecin généraliste qui établit des priorités selon les pathologies, reléguant l'ostéoporose en position secondaire par rapport aux maladies cardiovasculaires et aux cancers. Les personnes âgées, du fait de leur état polypathologique limitant les investigations, étaient les plus oubliées alors qu'elles sont les plus à risque et qu'elles subissent les conséquences les plus graves après une fracture. Les traitements anti-ostéoporotiques étaient mal vus, notamment le risque de l'ostéonécrose de la mâchoire faisait peur, les bénéfices étaient considérés comme incertains et les modalités de prise comme contraignantes. **Conclusion :** La mise en évidence des facteurs réfrénant la prise en charge de l'ostéoporose a permis d'envisager des solutions pour y remédier. Notre regard sur la maladie doit changer par une meilleure formation faisant prendre conscience du défi de santé publique que représente l'ostéoporose. Il s'agirait de débanaliser ce phénomène chez la personne âgée et d'inverser la perception de la balance bénéfice-risque des traitements anti-ostéoporotiques. Le FRAX® gagnerait à être connu afin de démystifier le recours au traitement et pourrait être diffusé grâce aux comptes-rendus radiologiques. Les indications remboursées de l'ostéodensitométrie pourraient être élargies au risque de chute et à partir d'un âge seuil. La mise en place de consultations dédiées à la prévention pourrait être aussi envisagée, en réponse à la problématique du dépistage en général.

A-19-20**La Guadeloupe face au vieillissement de sa population : Contexte socioculturel et évolution historique**

C. Bellemare (1) ; C. Baudot (1) ; AL. Jaud (1) ; S. Riquet (1) ; L. Rinaldo (2) ; D. Mikolajczyk (3)

(1) *Equipe mobile de gériatrie, Centre Hospitalier de la Basse Terre, Basse Terre*; (2) *Equipe mobile de gériatrie, CHU, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe*; (3) *Equipe Mobile de Gériatrie, C.H. de la Basse-Terre, Basse-Terre*

Introduction : D'une structure familiale matriarcale et élargie où tous, des personnes âgées aux plus jeunes, se côtoyaient et prenaient soin les uns des autres, on assiste à une transition de la société guadeloupéenne vers un isolement familial des personnes âgées. En effet, on constate un éclatement de la cellule familiale. Avec l'arrivée de la mondialisation, de nombreux jeunes partent étudier en France hexagonale ou ailleurs et ne reviennent pas. Les autres, restés au pays découvrent un marché du travail fortement impacté par le chômage et finissent eux aussi par s'en aller. Dans le même temps, on assiste au retour de nombreux retraités qui, après avoir mené leur carrière professionnelle dans l'hexagone par le biais du BUMIDOM (Bureau pour les Migrations intéressant les Départements d'Outre – Mer) s'installent de nouveau en

Guadeloupe mais sans leur enfants nés "là-bas". Il en résulte une population vieillissante où dans les familles, sur une fratrie, un seul s'occupe de ses parents. **Méthodes** : Ce travail est le compte rendu d'observations et de retours d'entretiens familiaux menés en 2016 et 2017 par une nouvelle Equipe Mobile de Geriatrie dans un Centre Hospitalier isolé de Guadeloupe. Ceux-ci ont permis l'identification d'impacts majeurs et concrets sur la fragilité gériatrique et l'adaptation nécessaire des prises en charges médicales et sociales.

Résultats : 0; **Conclusion** : L'accueil des personnes âgées aux urgences s'appuie donc fortement sur l'existence des Equipes Mobiles de Gériatrie et de filières de soins gériatriques qui s'efforcent de répondre au défi de cette évolution pour élaborer des stratégies de prise en charge efficaces.

A-05-21

Impact de l'ouragan Maria sur l'activité d'une Equipe Mobile de Gériatrie en Sud Basse Terre (Guadeloupe)

AL. Jaud (1) ; C. Bellemare (1) ; C. Baudot (1) ; S. Riquet (1) ; L. Rinaldo (2) ; D. Mikolajczyk (1)

(1) *Equipe mobile de geriatric, Centre Hospitalier de la Basse Terre, Basse Terre*; (2) *Equipe mobile de geriatric, CHU, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe*

Introduction : La Guadeloupe a subi en septembre 2017 le passage de l'ouragan Maria, phénomène climatique exceptionnel ayant impacté particulièrement le Sud Basse Terre. L'Equipe Mobile de Gériatrie du Centre Hospitalier de la Basse Terre (CHBT) intervient aux urgences de l'établissement de manière systématique pour dépister les patients vulnérables. Nous avons souhaité identifier les facteurs liés au phénomène climatique ayant influencé l'admission aux urgences de patients âgés fragiles et conditionné leur prise en charge, observer les effets à distance du phénomène Maria sur la prise en charge des personnes âgées vulnérables. **Méthodes** : Entretiens menés par l'Equipe Mobile de Geriatrie au Centre Hospitalier de la Basse Terre à partir de septembre 2017, avec les patients, familles et soignants impactés par l'ouragan Maria. **Résultats** : Au-delà des conséquences immédiates de l'ouragan sur la désorganisation des soins au domicile pour les personnes âgées vulnérables, nous avons constaté des effets à distance qui influencent toujours la prise en charge hospitalière. Les conséquences immédiates dans les semaines post-Maria ont compris des impossibilités de retour à domicile, une inaccessibilité pour les professionnels du domicile, une précarité d'accès aux commodités de base (eau, électricité). A distance, nous avons vu émerger des situations sociales complexes et de vulnérabilité, jusqu'ici non identifiées par les acteurs de terrain. Nous identifions notamment une forte augmentation des besoins en protection juridique. **Conclusion** : Cette réflexion invite à un partage des informations et des retours d'expérience avec les autorités de tutelle. Une identification en amont des personnes âgées vulnérables dans des zones d'aléas climatiques et une communication efficace et ouverte pour ces personnes paraît indispensable. Des études supplémentaires seront nécessaires concernant la morbi-mortalité liée au phénomène Maria.

A-02-22

Prévalence et caractéristiques de la sarcopénie dans une population de sujets ambulatoires de 45 ans et plus

C. De Jaeger (1) ; E. Voronska (2) ; C. Lamberti (2) ; S. Kruiskamp (2) ; P. Cherin (3)

(1) *IPSL, PARIS*; (2) *Physiologie, IPSL, PARIS*; (3) *Médecine interne 2, CHU Pitie Salpêtrière, Paris*

Introduction : La sarcopénie est une pathologie liée au vieillissement qui se caractérise par une diminution progressive de la masse musculaire, de la force musculaire et de la performance. Elle s'observe fréquemment chez les sujets de plus de 70 ans. C'est un marqueur de mauvais pronostic et de fragilité. La sarcopénie a surtout été évaluée dans des populations âgées et institutionnalisées. Nous rapportons notre expérience dans une population de sujets de 45 ans et plus, ambulatoire et en bonne santé. **Méthodes** : L'étude a été réalisée chez 1508 sujets ambulatoires de 45 ans et plus, adressés à l'Institut Prévention, Santé et Longévité (Paris), pour bilan de santé général. Tous les sujets ont bénéficié d'un examen clinique complet, une évaluation de la masse musculaire par absorptiométrie biphotonique (DXA), mesure de la fonction et de la force musculaire (grip-test). La sarcopénie était définie selon les critères Européens (EWGSOP 2010). **Résultats** : Parmi les 1421 participants (553 hommes et 868 femmes) définitivement inclus dans l'étude, 221 sujets (135 femmes et 86 hommes), soit 15,5 % étaient sarcopéniques. Les caractéristiques de la population (alcool, tabac, maladies chroniques, antécédents de cancer, alimentation, activité physique . . .) ont été analysées. L'étude en régression logistique multivariée montre que la sarcopénie est inversement corrélée à l'index de masse corporelle (IMC) (OR 0.72; 95% CI 0.60-0.91) et surtout à l'activité physique hebdomadaire (supérieure ou égale à 3 heures) (OR 0.45; 95% CI 0.24-0.93). Chez les sujets obèses, la prévalence de la sarcopénie était de 5,6 % chez les femmes et de 5,3 % pour les hommes. En fonction de la stratification par tranche d'âge [45-54; 55-64; 65-74; 75-84 et 85 ans et plus], la prévalence de la sarcopénie chez les femmes passe de 9.1 % ; 12.7 % ; 14.5 % ; 19.4% ; à 33.3 % respectivement. Chez les hommes, la prévalence de la sarcopénie augmente également avec l'âge, passant de 8.6 % ; 15.6% ; 13.6 % ; 63.8 % à 45.5 % pour la tranche d'âge plus élevée. **Conclusion** : Notre étude met en évidence que la sarcopénie est relativement fréquente dans une population urbaine ambulatoire et débute plus précocement qu'attendue, puisqu'on l'observe chez 9 % de nos sujets à partir de 45 ans, pour atteindre 64,3 % des sujets de 85 ans et plus.

A-18-23

Efficacité de la kinésithérapie en SSR gériatrique sur la reprise d'autonomie post-chute de la personne âgée – Etude pilote

A. Bosetti (1) ; A. Massoulard-Gainant (2) ; E. Saule (2) ; A. Tchalla (3)

(1) *Médecine gériatrique, Chu, Limoges*; (2) *Ssr gériatrique, Chu, Limoges*; (3) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges, Limoges*

Introduction : L'autonomie décroît avec l'avancée en âge, par une altération progressive des capacités physiques et intellectuelles. L'accumulation de comorbidités majeure ce processus et contribue à la survenue d'évènements intercurrents tels que les chutes qui entretiennent voire aggravent cette perte d'autonomie. L'hospitalisation d'une personne âgée après une chute est fréquente et le retour à domicile souvent compromis par l'absence de récupération de l'autonomie antérieure. Une rééducation intensive

en Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique (SSRG), basée sur le travail de l'équilibre et de la force musculaire est alors nécessaire. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'efficacité de la kinésithérapie précoce sur la reprise d'autonomie chez une personne âgée hospitalisée suite à une chute. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude de cohorte longitudinale type avant/après intervention, prospective, incluant des patients chuteurs de 75 ans et plus admis en SSRG. Un bilan diagnostique initial et une évaluation de l'autonomie sont réalisés par l'équipe médicale, paramédicale et de rééducation. L'autonomie est le critère de jugement principal, définie par le score de l'index de Barthel à l'entrée et à la sortie de l'hospitalisation, analysée par un test de student avec un risque α fixé à 5%. **Résultats :** 25 patients chuteurs ont été inclus dans l'étude du 6 février 2017 au 21 avril 2017 dans un secteur de 34 lits du service de SSRG du CHU de Limoges. Il s'agissait majoritairement de femmes (72%) ; la moyenne d'âge était de $87 \pm 5,2$ ans ; 100% d'entre eux vivaient à domicile ou en foyer logement. La durée moyenne de séjour était de 31 jours. Le score moyen obtenu à l'index de Barthel était de $40/100 \pm 25$ à l'entrée en SSRG et $55/100 \pm 26$ à la sortie, $p < 0,001$. 48% d'entre eux sont rentrés à leur domicile. **Conclusion :** L'autonomie des patients âgés chuteurs admis en SSR gériatrique a été significativement améliorée par la prise en charge multidisciplinaire dont ils ont bénéficié. Il s'agit d'une étude préliminaire à un essai clinique dont le but serait d'évaluer l'efficacité d'un programme de kinésithérapie spécifique chez les patients âgés chuteurs en perte d'autonomie

A-20-24

Suivi de l'activité de conciliation médicamenteuse dans un service de court séjour gériatrique

J. Courrege (1) ; G. Desplan (2) ; C. JEANDEL (2) ; H. Blain (2) ; P. Mauran (1) ; D. Faure (1)

(1) Pharmacie, C.H.U. de Montpellier, Montpellier; (2) Gérontologie, C.H.U. de Montpellier, Montpellier

Introduction : Un interne en pharmacie est présent dans l'unité de 44 lits de court séjour gériatrique du CHU. Les activités principales de l'interne est la réalisation de bilan médicamenteux d'entrée, la validation pharmaceutique de niveau 3 selon la Société Française de Pharmacie Clinique, la révision médicamenteuse (en coordination avec les gériatres) et la réalisation d'un tableau de conciliation médicamenteuse de sortie intégré dans le courrier d'hospitalisation des patients. **Méthodes :** Du 1er novembre 2017 au 30 avril 2018, l'activité de conciliation médicamenteuse de sortie (CMS) a été suivie. Ce suivi a quantifié le nombre de patients sortis, la réalisation ou non d'une CMS, le lieu de sortie du patient et la raison de l'absence de CMS. **Résultats :** Durant la période analysée, 540 patients sont sortis de l'unité. 38 % d'entre eux ont bénéficié d'une conciliation médicamenteuse intégrée dans le courrier d'hospitalisation envoyé au médecin traitant. Soixante-deux pour cents des patients sortis du service n'ont pas bénéficié de CMS. Parmi cette population, 54 % n'ont pas bénéficié de CMS intégré dans le courrier car ils étaient transférés dans un autre service du CHU, ou pour une prise en charge palliative ; 31 % car l'interne en pharmacie était absent ; 11 % à cause de problème d'intégration du tableau de conciliation dans le courrier d'hospitalisation. Seuls 2% des patients n'ont pas eu de modification de traitement et 2% des patients ne prenaient pas de traitement. **Conclusion :** La grande majorité des patients hospitalisés ont vu des modifications de leur traitement habituel. La présence d'un interne en pharmacie en unité de court séjour gériatrique est justifiée au vu des changements de traitement. La

transmission d'informations synthétisées dans le tableau semble importante pour prévenir le risque d'iatrogénie médicamenteuse lors du retour à domicile. Le développement d'outil spécifique, à l'aide du logiciel informatique permettrait d'insérer ce document de conciliation directement dans le dossier médical du patient, ainsi que dans le courrier envoyé au médecin traitant. Ce même courrier pourrait être envoyé à la pharmacie d'officine de chaque patient, ainsi qu'à l'équipe soignante afin de pérenniser la prise en charge des patients lors de leur retour à domicile.

A-20-25

Mise en place d'une conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie d'un service de psychiatrie du sujet âgé - Retour d'expérience à 6 mois

C. Eudo (1) ; S. Texier (1) ; G. Menard (2)

(1) Unité de psychiatrie de la personne âgée, C.H. de Quimperlé, Quimperlé; (2) Pharmacie, C.H. de Quimperlé, Quimperlé

Introduction : Selon la Haute Autorité de Santé, la conciliation médicamenteuse est "une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins". Réalisée par une équipe pluri professionnelle (médecin, pharmacien, infirmier, préparateur en pharmacie), elle se déroule en 3 étapes : recueil des informations (auprès du patient, de son médecin traitant, de son pharmacien, de son dossier médical...), synthèse des informations et relevé des Divergences Intentionnelles (DI) et Non Intentionnelles (DNI) puis échanges avec le prescripteur afin de corriger les DNI, qui peuvent être source d'évènements indésirables médicamenteux. La population hospitalisée dans un service de psychiatrie du sujet âgé est particulièrement à risque d'évènements indésirables médicamenteux du fait de la polymédication, des hospitalisations répétées, de l'usage de psychotropes, des troubles cognitifs, etc... Le Groupement Hospitalier de Bretagne Sud (GHBS) a donc fait de choix de mettre en place une conciliation médicamenteuse au sein de son service de psychiatrie du sujet âgé de Quimperlé. **Méthodes :** A l'admission du patient dans l'unité, le pharmacien recueille son traitement habituel en croisant au moins 3 sources (ordonnance du médecin traitant, contact avec le patient et/ou son entourage, contact avec les infirmières libérales, contact avec le pharmacien d'officine). Il rédige ensuite un tableau dans lequel il compare ce recueil au traitement prescrit par le médecin de l'unité. Il fait ensuite part au médecin des discordances entre les deux traitements afin de séparer les DI des DNI. Lors de la sortie du service, le même travail est réalisé en comparant le traitement à l'admission, le traitement pendant l'hospitalisation et l'ordonnance de sortie. Le tableau récapitulatif est joint au compte rendu d'hospitalisation adressé au médecin traitant et également adressé au pharmacien d'officine. **Résultats :** Depuis la mise en place de l'activité de pharmacie clinique en Mars 2018, 21 conciliations d'admission ont réalisées (14 femmes et 7 hommes, âge moyen de 81 ans) et 11 conciliations de sortie (chiffres à actualiser en Octobre 2018). Elles ont permis la mise en évidence de 18 divergences, réduisant ainsi le risque iatrogène dans l'unité. **Conclusion :** La mise en place d'une conciliation pharmaceutique dans une unité de psychiatrie du sujet âgé est une action forte de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, dans une population à très haut risque. Elle nécessite cependant des moyens humains importants et donc un coût. Des études d'impact seraient intéressantes afin d'évaluer les économies réalisées par l'éviction d'évènements iatrogènes.

A-07-26**Evaluation de la pertinence du passage aux urgences des résidents d'EHPAD**

P. Bogenmann (1) ; A. Gloaguen (1) ; C. Bonvalot (2) ; B. Mangola (1) ; P. Jouanny (3)

(1) *Cruu, CHU, Dijon*; (2) *Direction, EHPAD La Saône, Saint-Jean-de-Losne*; (3) *Médecine Gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon*

Introduction : la pertinence du passage en structure d'urgence (SU) des résidents d'EHPAD est souvent mise en doute. le but de ce travail est d'évaluer de la pertinence du premier passage en SU du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dijon pour les résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). **Méthodes :** Etude prospective, épidémiologique, descriptive, réalisée du 5.12.2016 au 27.05.2017. Les critères d'inclusion correspondent aux résidents, de plus de 65 ans, de l'EHPAD « La Saône », ayant fait un premier passage non programmé, en SU du CHU de Dijon, après un appel à la régulation du SAMU suivi ou non d'une hospitalisation jusqu'à l'obtention d'un effectif de trente transferts. Réalisation d'un entretien semi directif de l'appelant après transfert. Un questionnaire a permis de collecter les informations. Une analyse descriptive puis la recherche de marqueurs de la pertinence du recours ont été réalisées. **Résultats:** Quarante-huit appels ont été effectués, aboutissant à 31 premiers passages dans la SU dont 19 hospitalisations, chez 15 hommes et 16 femmes, âgés de $85,7 \pm 7,2$ ans. L'appelant est une infirmière (55 %), une aide-soignante (29 %) ou un médecin (13 %). Les motifs concernent principalement des causes traumatiques et cardio-respiratoires. Si initialement 22/31 (70.9 %) des passages sont jugés pertinents par l'urgentiste, après analyse complémentaire (gériatrie - médecine d'urgence), 20/31 (64.5 %) des passages sont jugés pertinents. La pertinence est plus fréquente le jour (85 %). Ces patients sont significativement pris plus rapidement en charge, bénéficient de plus d'examen paracliniques, d'avis spécialisés et restent plus longtemps dans la SU. Les marqueurs de pertinence comprennent une fréquence cardiaque élevée ($p=0,0315$), l'absence de traumatisme ($p=0,0039$), un délai inférieur à 6 heures depuis l'apparition des symptômes ($p=0,0252$), la présence d'une infection ($p=0,0120$) ou d'une défaillance respiratoire ou hémodynamique ($p=0,044$). **Conclusion :** Si la majorité des passages en SU des résidents de l'EHPAD sont pertinents, un nombre modéré mais significatif semblent non justifié. Différentes pistes d'amélioration sont nécessaires pour prévenir et éviter au maximum le recours indu à la SU : prévention, formation accrue du personnel en EHPAD, amélioration du lien ville/hôpital et adaptation de l'offre hospitalière gériatrique.

A-20-27**Optimisation de la prise en charge médicamenteuse au sein d'un hôpital de jour gériatrique : évaluation de la faisabilité d'un processus global pluridisciplinaire ville-hôpital**

PF. Leclercq (1) ; A. Lefebvre (1) ; F. Visade (2) ; C. Delecluse (2); E. Floret (1)

(1) *Pharmacie, Hôpital Saint-Philibert, Lomme Cedex*; (2) *Hôpital de jour gériatrique, Hôpital Saint-Philibert, Lomme Cedex*

Introduction : Depuis plusieurs années, la conciliation médicamenteuse s'est développée afin de minimiser les risques d'événements indésirables graves médicamenteux aux points de transition ville-hôpital. Cependant, le médecin généraliste

et le pharmacien officinal sont peu intégrés dans cette démarche hospitalière. Une approche innovante pluridisciplinaire ville-hôpital a été mise en place au sein de l'hôpital de jour gériatrique de l'établissement afin d'optimiser la prise en charge médicamenteuse du patient âgé. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la faisabilité de ce processus. Les objectifs secondaires devaient permettre d'estimer ses chances de pérennisation. **Méthodes:** Le processus évalué comportait, au sein de l'hôpital de jour gériatrique, des étapes de conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie, entre lesquelles s'intercalait une réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse (RCPM) téléphonique ville-hôpital dont le quorum était composé du gériatre, du pharmacien hospitalier, du médecin généraliste et du pharmacien officinal. Afin d'évaluer la faisabilité de cette démarche, le critère d'évaluation principal de cette étude, menée sur 6 mois, était le taux de processus menés à terme. Les critères secondaires portaient sur le temps de prise en charge des patients par praticien, le niveau de satisfaction des différents intervenants et des patients, ainsi que l'impact de l'intégration des professionnels de ville sur la pérennisation des modifications thérapeutiques actées au sein de l'hôpital de jour. Pour cela, un état des thérapeutiques médicamenteuses du patient était recueilli auprès du pharmacien officinal 15 jours après l'admission du patient en hôpital de jour gériatrique. **Résultats :** Sept patients parmi les treize inclus au cours de la période d'étude ont pu bénéficier du processus complet (53,8%). Le temps moyen consacré par professionnel de santé impliqué était de 21 minutes pour le médecin généraliste, de 36 minutes pour le gériatre, de 34 minutes pour le pharmacien officinal et de 154 minutes pour le pharmacien hospitalier. Au total, six patients, six professionnels de santé hospitaliers et 26 professionnels libéraux ont été interrogés, et tous ont exprimé leur satisfaction vis-à-vis de cette démarche, notamment par l'introduction d'un réel dialogue ville-hôpital et pour son apport dans la prévention du risque iatrogène. Vingt-deux modifications thérapeutiques sur les 26 actées lors de la RCPM ont été poursuivies sans modification à J15 (84,6%), une a été modifiée (3,9%) et trois non poursuivies (11,5%). **Conclusion :** Cette démarche propose une révision thérapeutique pluridisciplinaire ville-hôpital et renforce les échanges entre les acteurs hospitaliers et libéraux prenant en charge le patient âgé. Son originalité se base sur la participation active des professionnels libéraux à la prise de décisions lors de la réévaluation du traitement médicamenteux en hôpital de jour. Une optimisation du processus s'avère toutefois nécessaire afin de pouvoir l'intégrer pleinement dans la pratique quotidienne des professionnels de santé. Un projet de recherche multicentrique a été élaboré afin d'estimer la reproductibilité de ce processus au sein d'hôpitaux de jour d'autres centres hospitaliers. Ce projet soumis à l'appel d'offres inter-régional 2018 permettrait s'il est accepté d'évaluer significativement la pérennisation des modifications thérapeutiques actées et l'impact clinique de cette démarche sur la prévention de la iatrogénie chez le sujet âgé.

A-02-28**Evaluation des pratiques professionnelles concernant la prise en charge du sujet âgé chuteur aux urgences du CHRU de Lille**

S. Castier (1) ; N. Smaiti (2) ; F. Puisieux (3)
(1) *Court Séjour Gériatrique, Hôpital Saint-Philibert, Lomme Cedex*; (2) *Urgences, CHU de Lille (C.H.U), Lille*; (3) *Gériatrie, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*

Introduction : La chute de la personne âgée constitue un enjeu majeur de santé publique. Afin de limiter les récurrences de chute et

leurs conséquences, le repérage des facteurs de risque de chute et de gravité en cas de chute, et la correction des facteurs de risque modifiables sont recommandés. L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'impact d'une formation des internes, sur le bilan de chute réalisé dans le service des urgences du CHRU de Lille. L'objectif secondaire est d'étudier le devenir des patients 4 mois après leur sortie du service des urgences. **Méthodes :** Evaluation des pratiques professionnelles réalisée aux urgences du CHRU de Lille avec analyse rétrospective des dossiers sur 2 périodes distinctes (avril-mai et novembre-décembre 2016). Le critère d'évaluation est le nombre de paramètres renseignés concernant la chute sur une liste préétablie de 29 paramètres jugés utiles. Formation de l'ensemble des internes sur le bilan de chute à réaliser début novembre 2016. Inclusion des patients âgés de 75 ans et plus victimes d'une chute et admis aux urgences pour une durée maximale de 24 heures. Contact téléphonique de l'ensemble des patients 4 mois après la sortie de l'hôpital. **Résultats :** 277 patients ont été inclus : 122 sur la 1ère période et 155 sur la 2ème période. Après formation, les facteurs de risque de chute recherchés par l'interrogatoire et l'examen clinique étaient significativement mieux renseignés dans le dossier des urgences ($p < 0,0001$). En moyenne, 3.53 paramètres supplémentaires étaient retranscrits dans les dossiers après la formation. Le médecin gériatre présent aux urgences (antenne gériatrique) a été plus souvent sollicité dans la 2ème période ($p=0.0006$), et son intervention a permis d'améliorer le recueil des données concernant la chute (19.8 paramètres recueillis vs 12.9 par l'urgentiste seul). Il n'y avait pas de différence significative du nombre de rechutes à 4 mois entre les deux groupes. **Conclusion :** La sensibilisation des internes des urgences à la problématique du patient âgé chuteur a permis une amélioration significative des pratiques. La présence de l'antenne gériatrique représente un soutien de premier ordre pour le service des urgences et permet d'améliorer la prise en charge du patient. Il faut poursuivre les formations médicales et orienter les patients vers les filières de soins adaptées.

A-16-29

Evaluation de la prise en charge de la dépression en gériatrie

S. Asgassou (1) ; I. Martin (1) ; J. Gauthier (2) ; S. Da Silva (1) ; M. Dipanda (1) ; P. Manckoundia (1) ; P. Jouanny (1)
(1) Médecine gériatrique, CHU Dijon - Champmaillot, Dijon; (2) Médecine gériatrique, CH, Mâcon

Introduction : La dépression est fréquente chez le sujet âgé. Elle est souvent banalisée malgré des conséquences importantes en terme de qualité de vie, mortalité et morbidité. **Méthodes :** Une enquête quantitative descriptive a été menée auprès des patients du SSRG et des résidents d'EHPAD du CHU de Dijon. Tous les patients avec un MMS > 15 et acceptant de participer à l'étude ont bénéficiés d'une évaluation de la prévalence des symptômes dépressifs par la grille GDS-15 items (geriatric depression scale) par un investigateur à l'insu de l'équipe médicale. L'existence d'une prise en charge adaptée a été analysée en parallèle et rétrospectivement. Puis une étude qualitative a été réalisée auprès des 7 médecins gériatres les prenant en charge, dans le but de mettre en avant les difficultés dans le dépistage de la dépression. **Résultats :** 111 résidents en EHPAD sur 234 (34 hommes pour 77 femmes ; âge moyen 85.0 ± 7.6 ans ; 54 % de non inclusions) et 112 patients consécutifs de SSRG (39 hommes pour 73 femmes ; âge moyen 85.7 ± 6.8 ans ; 28 (20 %) de non inclusions) ont bénéficiés de la GDS. La GDS moyenne est de 8.2 ± 3.7 en SSRG et de 7.8 ± 3.9 en EHPAD. 66,7% des résidents

et 69,6% des patients sont dépressifs (GDS entre 6 et 15). En EHPAD, 45,2% des résidents ayant un GDS entre 6 et 10 et 31,3% des résidents ayant un GDS entre 11 et 15 n'ont eu aucune prise en charge. En SSRG, ces chiffres sont respectivement de 52,5% et 44,7%. 52 résidents sont traités, d'autant plus que la GDS est élevée ($27.0/52.4/59.4$ % selon GDS $\leq 6/6$ à $10/11$ à 15 ; $p=0.015$), comme pour les 44 patients de SSRG ($11.8/47.5/55.3$ % ; $p=0.0003$). Pour les médecins interrogés, les difficultés de diagnostic étaient dues à la présentation atypique de la dépression, au patient surtout en présence de troubles neurocognitifs, à la formation des soignants, et à une pénurie de recours aux spécialistes (psychologue, psychiatre). Les échelles de dépistage étaient peu utilisées. **Conclusion :** Plus de la moitié des patients inclus présentent une symptomatologie dépressive d'après la GDS, mais beaucoup n'ont eu aucune prise en charge médicamenteuse liée à un sous-diagnostic. Un nombre élevé de sujets n'a pas pu être évalué, car le GDS n'est pas valide chez les sujets ayant des troubles cognitifs sévères. Les médecins affirment que l'utilisation des échelles, le développement de la formation et une collaboration avec le secteur gérontopsychiatrique permettraient un meilleur dépistage. Il faudrait sensibiliser les médecins dans le cadre d'une APP (amélioration des pratiques professionnelles). Une piste d'action pourrait être de les inciter à utiliser la GDS chez les patients/ résidents ayant des fonctions cognitives relativement préservées.

A-03-30

Etude de l'impact du statut cognitif pré opératoire sur le pronostic de patients âgés hospitalisés en orthogériatrie après une fracture de l'extrémité supérieure du fémur

S. Massart (1) ; F. Durig, (1) ; M. Honoré (1) ; P. Lefebvre (1) ; J. Tristram (1) ; F. Tavernier (1) ; F. Puisieux (2)
(1) Gériatrie, C.H. de Douai, Douai; (2) Gériatrie, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille

Introduction : La survenue d'une FESF est lourde de conséquences en termes de morbidité et mortalité pour les patients âgés souffrant de démence, particulièrement fragiles. Une prise en charge dédiée en service d'orthogériatrie est-elle bénéfique en termes de pronostic (mortalité et reprise de la marche) pour ces patients ? Le critère de jugement principal était la mortalité à 6 mois selon le statut cognitif avant chirurgie. Les critères secondaires étudiés étaient la reprise de la marche à 6 mois et l'institutionnalisation. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous les patients âgés de 75 ans ou plus, hospitalisés dans le service de chirurgie osseuse, au sein de l'unité d'ortho gériatrie du Centre Hospitalier de Douai, pour une FESF. Trois groupes étaient établis selon leur statut cognitif : Déments (D), Non Déments (ND) ou Statut Cognitif Non Déterminé (SCND). Une analyse multivariée a permis d'obtenir des Odds Ratio. **Résultats :** Dans cette étude qui concernait 131 patients (dont 52 ND, 48 D et 31 SCND), la mortalité à 6 mois n'était pas statistiquement différente entre les 3 groupes déterminés selon leur statut cognitif. L'analyse multivariée retrouvait comme facteur indépendant et significatif de mortalité à 6 mois l'anémie post-opératoire ; pour la reprise de la marche, le statut cognitif et pour l'entrée en institution, la présence de comorbidités. **Conclusion :** Dans notre unité d'orthogériatrie, les patients déments opérés d'une FESF ont le même pronostic de mortalité à 6 mois post-opératoires que les patients non déments. Il n'existe pas de différence significative entre les groupes concernant le risque d'institutionnalisation à 6 mois. La reprise de la marche était conditionnée de manière significative par le statut cognitif.

A-07-31**Étude qualitative sur la pratique des médecins généralistes intervenant en EHPAD en Indre-et-Loire**

M. Leclerc (1)

(1) Domicile, Orléans

Introduction : L'augmentation du nombre de personnes âgées (PA) et la diminution de la démographie médicale nécessite une optimisation de l'organisation des soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) où le médecin généraliste occupe une place importante. L'objectif de l'étude était de recueillir l'avis de médecins généralistes (MG) d'Indre-et-Loire exerçant en EHPAD afin de proposer des axes d'amélioration. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude qualitative par focus groups. Quatorze MG ont participé à l'étude en répondant à cinq questions lors de discussions interactives, retranscrites puis analysées. **Résultats :** L'âge moyen des MG était de 46 ans. Dix MG exerçaient en zone urbaine. Ils intervenaient dans 3,5 EHPAD et y suivaient 11,2 patients environ. La principale motivation des MG à intervenir en EHPAD était la continuité des soins. Ils mettaient en avant plusieurs contraintes : la distance entre le cabinet et l'EHPAD, le manque de disponibilité du personnel, l'absence d'infirmière la nuit et les dossiers médicaux multiples. Les missions du médecin coordonnateur sont méconnues. La télémédecine ne semble pas répondre à leurs attentes contrairement aux logiciels de prescription spécifiques à la PA. **Conclusion :** Une salle de consultation, une uniformisation des logiciels, des applications et protocoles d'aide à la prise en charge de la PA, une infirmière destinée à l'accueil des médecins et présente la nuit, une revalorisation de la rémunération des visites, et une ligne téléphonique directe avec un gériatre sont des pistes proposées par les MG interrogés. Cette thèse offre de nouvelles perspectives de travail et sera diffusée au sein des EHPAD du département.

A-02-32**Gossypiboma (textilome) ou « l'oubli d'une compresse peropératoire ». A propos d'un cas**

E. Chidlovskii (1) ; A. Ledoyen-Jankowski (1) ; V. Garnier (1) ; P. Couturier (1)

(1) Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble-Alpes, Grenoble

Introduction : Le textilome est un corps étranger textile oublié lors d'une intervention chirurgicale. Le terme de « gossypiboma », apparu pour la première fois en 1978, désigne la réaction inflammatoire induite par le textile laissé au contact des tissus. Il vient du mot latin « gossypium », signifiant le coton, et du mot swahili « boma », signifiant le lieu de dissimulation. Nous rapportons le cas d'un patient, dont la radiographie de contrôle post-opératoire a relevé la présence d'un corps étranger à type de compresse radio-opaque. **Méthodes :** Un patient polyopathologique de 86 ans est hospitalisé dans le service de médecine aiguë gériatrique pour troubles du comportement dans le cadre de troubles cognitifs non bilantés avec opposition aux soins rendant le maintien à domicile impossible. Son hospitalisation se complique d'une chute ayant pour conséquence une fracture de l'extrémité supérieure du fémur droit. Le patient est pris en charge au bloc opératoire pour pose d'une prothèse totale de hanche. Les suites chirurgicales sont simples mais la radiographie de contrôle met en évidence un marqueur radio-opaque au niveau du site opératoire, à type de lignes radio-opaques incurvées. Le patient est repris au bloc pour ablation du corps

étranger qui s'avère être une compresse radio-opaque. La période post ré-intervention chirurgicale est marquée par une défaillance multi-viscérale conduisant au décès du patient. **Résultats :** Les termes de gossypiboma ou de textilome sont utilisés pour désigner le textile chirurgical oublié à l'intérieur du corps humain lors d'une intervention. L'incidence des gossypibomas est plus importante pour les chirurgies intra-abdominales et le risque est multiplié par 9 en cas d'intervention chirurgicale urgente. Les signes cliniques sont aspécifiques (nausées, vomissements, fièvre, anorexie, perte de poids, masse palpable, saignement rectal) et peuvent se manifester plusieurs dizaines d'années après la chirurgie. Le diagnostic de gossypiboma est simple, grâce à la radiographie ou le scanner, si le textile chirurgical contient un marqueur radio-opaque. Cependant, la détection du matériel chirurgical oublié sans marquage s'avère être un défi pour l'imagerie. La tomodensitométrie est l'examen de choix pour identifier les gossypibomas et leurs complications lorsqu'ils sont présents. Les recommandations actuelles de prévention des gossypibomas sont : un environnement chirurgical optimal pour une concentration maximale ; deux comptages des compresses à vive voix, un au début et le second avant la fermeture de la plaie par au moins deux infirmières. Certaines institutions proposent un troisième comptage provisoire pendant la chirurgie. En cas de divergence, une radiographie peropératoire de l'ensemble du champ opératoire doit être réalisée avant la fermeture de la plaie. Les progrès récents permettent d'éviter les gossypibomas grâce à l'utilisation d'un système de surveillance électronique (micropuce) ou par des compresses chirurgicales à radiofréquences pouvant être identifiées électroniquement ou le comptage des compresses à l'aide de codes-barres. **Conclusion :** Les gossypibomas doivent être évoqués comme diagnostic différentiel chez les patients présentant une masse abdominale et ayant des ATCD de chirurgie abdominale. Le sexe féminin, l'IMC élevé et la chirurgie gynécologique sont des facteurs de risque du textilome. L'anamnèse détaillée du patient et l'aspect caractéristique de l'imagerie sont essentiels pour affirmer le diagnostic. La prévention du gossypiboma permet d'éviter les complications d'une ré-intervention chirurgicale et la surmortalité chez la population gériatrique à risque.

A-04-33**Etat des lieux des connaissances des équipes d'un service de gériatrie sur la limitation et arrêt de(s) thérapeutique(s) active(s) (LATA) : résultats d'une enquête transversale dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles**

I. Karoui (1) ; C. Defouilloy (1) ; S. Hannat (1) ; B. Corsyn (1) ; C. Pauchet (2) ; S. Mekchoudi (2) ; M. Clavière (1) ; F. Bloch (1) (1) Gériatrie, CHU Amiens-Picardie, Amiens; (2) Gériatrie, C.H.U d'Amiens, Amiens

Introduction : Des lois encadrent aujourd'hui les Limitations et Arrêts des Thérapeutiques Actives (LATA) pour guider la décision médicale chez les personnes en fin de vie « hors d'état de s'exprimer » ou « en refus de traitement ». La structuration est moins nette en ce qui concerne les patients âgés avec des troubles cognitifs ou du comportement. Il n'y a pas de procédure collégiale institutionnelle au CHU Amiens-Picardie ni de protocoles de soins d'accompagnement standardisés des LATA dans le service de Gériatrie. **Méthodes :** Un groupe multi-professionnel de médecins et de cadres de santé du service de Gériatrie s'est constitué afin d'élaborer une procédure de LATA dans le service de Gériatrie avec des protocoles anticipés dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP). La première étape a consisté en un audit auprès des

soignants sur l'état des lieux de leurs connaissances et pratiques sur la LATA par un auto-questionnaire. Celui-ci comprenait des questions fermées à choix multiples testant les connaissances sur les différents dispositifs de la loi et spécifiquement les LATA, sur les pratiques dans le service et les besoins en procédure de soins anticipés en cas de LATA. S'y trouvaient également 3 questions ouvertes sur les pratiques de prises en charge de la douleur, l'alimentation et l'hydratation ainsi que le soutien psychologique en cas de LATA. Le questionnaire a été proposé aux médecins et soignants durant les semaines du 9 au 19 avril 2018. **Résultats :** A l'issue de la période d'étude, 114 questionnaires ont été complétés. L'échantillon représentait à peu près 1/3 des médecins et des soignants du service. Les taux de bonnes réponses étaient supérieurs à 70% concernant les connaissances de la personne de confiance, les directives anticipées et ce qu'était une LATA. Les questions ouvertes ont permis de montrer qu'une part de l'équipe concevait les modalités de mise en œuvre de la décision de LATA comme une prise en charge palliative terminale et non comme une solution pour décider de la gradation dans l'instauration et l'optimisation des thérapeutiques actives curatives. Peu de soignants évoquent l'existence de documents dédiés pour faciliter les transmissions. En revanche les commentaires libres font apparaître une demande d'amélioration de la communication et des transmissions autour des LATA. Enfin, une large majorité d'entre eux est demandeuse de procédures de soins anticipés, écrites, concernant la gestion de la douleur, de l'encombrement, de l'anxiété, de la sédation profonde et des soins de nursing. **Conclusion :** Les résultats de cet audit permettront au groupe d'expert de proposer des recommandations collégiales adaptées et les protocoles de soins anticipés demandés par les équipes afin de constituer une procédure de LATA spécifique du sujet âgé. Un plan de formation aux bonnes pratiques destiné à l'ensemble des équipes soignantes en Gériatrie sera proposé et une nouvelle auto-évaluation se déroulera à l'issue des formations. En conclusion, l'objectif sera que les LATA en Gériatrie ne soient pas juste une décision de ne pas réanimer mais un projet de soins d'accompagnement personnalisé.

A-14-34

Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible, un diagnostic peu connu : à propos d'un cas

F. Raimbault (1) ; C. Loiseau Breton (1) ; C. Golstein (1) ; N. Té (1) ; V. Fossey Diaz (1)

(1) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris*

Introduction : Le syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible (SVCR) est un diagnostic rare mais probablement sous-estimé. Son âge de survenue moyen est de 42 ans avec une prédominance féminine, mais il est décrit à tout âge. L'incidence exacte est inconnue. Il n'a fait l'objet que de très petites études. Il est attribué à une anomalie transitoire et réversible du tonus artériel cérébral, à l'origine d'une vasoconstriction et vasodilatation multifocale et diffuse. Dans plus de la moitié des cas, le SVCR est secondaire à la prise de substances vaso-actives (ISRS, décongestionnants nasaux, cannabis). Il évolue en une seule phase, généralement résolutive au bout d'un mois. Le début est brutal, typiquement avec des céphalées en coup de tonnerre récurrentes. Les crises comitales et les déficits focaux sont moins fréquents et débutent généralement après les céphalées. Le diagnostic est posé par l'angiographie (ARM, angio-TDM ou conventionnelle) qui met en évidence les anomalies artérielles typiques. Une angiographie de contrôle à 12 semaines montre une disparition ou une amélioration

notable des anomalies artérielles. Un traitement par nimodipine peut être proposé mais il semble peu efficace dans les formes sévères. Les récurrences sont rares mais l'usage de substances vaso-actives doit être déconseillé. **Méthodes :** Nous rapportons un syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible chez une patiente de 84 ans. **Résultats :** Mme DM est hospitalisée en SSR gériatrique dans les suites d'une fracture bimalléolaire. Elle a comme principaux antécédents une épilepsie ancienne traitée par Carbamazépine, un méningiome, une HTA bien équilibrée sous tri-thérapie (ARA2, Béta-bloquants et thiazidique) ainsi qu'un asthme sous Symbicort®. Elle est également sous Agyrax® au long cours pour une raison inconnue. Il s'agit d'un traitement par Méclozine, dérivé de la pipérazine, qui est un anti-histaminique avec une activité centrale anticholinergique et une action dépressive sur le système nerveux central. Quelques jours après son admission, la patiente décrit des céphalées intenses bilatérales et diffuses, survenant préférentiellement la nuit. Les tensions artérielles sont correctes. Il n'y a pas d'autres signes neurologiques focaux. Une angio-IRM cérébrale retrouve des sténoses courtes à l'emporte-pièce de A1 de l'ACA gauche et de M1 droit ainsi que 2 sténoses courtes de P2 gauche dont l'aspect n'évoque pas une origine athéromateuse. Le méningiome est stable. Il n'y a pas de signe d'ischémie ni de saignement. Le radiologue évoque un SVCR. La clinique est également en faveur avec une disparition spontanée des céphalées en une dizaine de jours. Le traitement par Agyrax® a pu favoriser la survenue du SVCR et a été arrêté. La patiente n'a pas souhaité réaliser d'imagerie de contrôle à 12 semaines. **Conclusion :** Le SVCR est un diagnostic peu connu qui doit être évoqué devant des céphalées intenses et brutales, éventuellement associées à des signes neurologiques focaux, et ce d'autant qu'il existe une prise de substances vaso-actives telles que les ISRS fréquemment prescrits chez nos patients âgés. Le diagnostic sera fait par l'angiographie qui, devant de tels symptômes, devra être couplée à l'IRM ou la TDM cérébrale.

A-20-35

Hémophilie Acquisée dans la population âgée: une revue systématique des cas clinique et des séries de cas

L. Godaert (1) ; S. Bartholet (2) ; L. Kanagaratnam (3) ; JL. Fanon (1) ; M. Dramé (4)

(1) *Pôle de Gériatrie et Gérontologie, CHU Martinique, Le Lamentin*; (2) *Pôle de gériatrie et gérontologie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique*; (3) *Unité de soutien méthodologique, CHU de Reims, Hôpital Robert-Debré, Reims*; (4) *Unité de soutien méthodologique à la recherche, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique*

Introduction : L'hémophilie Acquisée A (HAA) est une maladie auto-immune rare se présentant sous la forme d'hémorragies soudaines chez des personnes sans antécédents personnels ou familiaux de trouble de la coagulation. Elle requiert une intervention rapide et adaptée. Actuellement, il n'y a pas de consensus concernant les traitements adaptés pour la population âgée qui est pourtant parmi les plus fréquemment affectées par l'HAA. Cette revue systématique de cas clinique et de série a pour objectif de décrire la présentation clinique, les éléments diagnostiques, la prise en charge et le devenir des personnes âgées de 65 ans ou plus avec une HAA. **Méthodes :** Une revue de la littérature a été effectuée jusqu'au 31 mai 2017 inclus dans Medline, Embase, et Scopus. Les termes employés pour effectuer la recherche étaient : "acquired" AND ("hemophilia A" OR "haemophilia A"). Des filtres ont été utilisés

pour l'âge (65 ans ou plus), le type de publication (cas clinique et série de cas), et les études concernant uniquement les êtres humains. La recherche initiale ne comprenait aucune restriction concernant la langue. Secondairement, les articles ne comprenant pas d'informations à propos des thérapies immunosuppressives utilisées et ceux rédigés dans une autre langue que le français ou l'anglais ont été exclus. Les informations concernant les caractéristiques des patients ainsi que les traitements utilisés (traitement hémostatique et immunosuppresseurs) et l'évolution clinique (fréquence des rémissions complètes et/ou partielles) et biologique ont été extraits des différents articles et comparés. **Résultats :** Au total, 270 articles ont été identifiés initialement. Après exclusion des études en doublon et application des critères d'exclusion, 80 articles ont été inclus pour un total de 159 cas. L'âge moyen était de 76.1±7.2 ans et 17% des patients étaient âgés de 85 ans ou plus. La majorité des patients était des hommes (64%). Près de la moitié ont bénéficié d'un traitement hémostatique et plus de 90% d'un traitement immunosuppresseur. Le taux de décès était de 27.7%. **Conclusion :** Les traitements utilisés pour éradiquer l'anticorps anti-FVIII sont nombreux et hétérogènes. Leur performance restent difficiles à estimer. La majorité des patients avec une HAA bénéficient de la mise en place d'un traitement immunosuppresseur. Le taux de mortalité est élevé et sans doute dépendant de la rapidité du diagnostic et de la mise en place d'une prise en charge et d'une surveillance à moyen terme adéquate.

A-20-36

Parcours du patient âgé dénutri : prévention, dépistage et prise en charge d'une situation à risque de dénutrition en équipe ville-hôpital : les benzodiazépines et molécules apparentées

E. Brocquet (1) ; C. Dupont (2) ; C. Delecluse (3) ; V. Petit (4) ; F. Puisieux (5)

(1) *Geriatric, Hôpital Saint-Philibert, Lomme Cedex*; (2) *Ars Hauts-de-France, ARS, Lille*; (3) *Gériatrie, Hôpital Saint-Philibert, Lomme Cedex*; (4) *Gériatrie, C.H. d'Arras, Arras*; (5) *Gériatrie, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*

Introduction : Le projet développé initialement par le Centre Hospitalier d'Arras est l'accompagnement personnalisé de la personne âgée fragile en équipe pluridisciplinaire en collaboration avec les différents acteurs intra et extrahospitaliers. Un travail est mené autour du parcours du patient âgé dénutri "prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition et des autres facteurs de risque en équipe pluridisciplinaire ville-hôpital". Les Réseaux de Santé Gériatriques Ternois-Arrageois puis Lille Agglo ainsi que le GHICL ont rejoint cette démarche. **Méthodes :** Le travail se poursuit autour du repérage et de la prise en charge d'une situation à risque de dénutrition « traitements médicamenteux au long cours » décrite par la Haute Autorité de Santé en 2007. Une réflexion est engagée par les deux Réseaux de Santé Gériatriques Lille Agglo et Ternois Arrageois sur le repérage de ce risque iatrogénique à domicile et la mise en place d'une "conciliation médicamenteuse" au domicile en collaboration médecin traitant – gériatre – pharmacien d'officine. Avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France, il a été décidé de repérer et d'agir sur un des traitements à risque élevé d'accident iatrogénique : les psychotropes, avec comme première cible d'intervention les benzodiazépines. **Résultats :** Tout d'abord, les difficultés rencontrées sur le terrain par les Réseaux de Santé Gériatriques concernant l'iatrogénie ont été identifiées. Puis, il a été créé un algorithme décisionnel de réduction du mésusage des benzodiazépines et molécules apparentées. Ce dispositif se

compose d'une revue de l'ordonnance ; d'une recherche des facteurs de risque de mésusage par l'infirmière coordinatrice avec mise en situation ; enfin une analyse par le gériatre de l'ordonnance comportant le repérage du mésusage des benzodiazépines et molécules apparentées. A l'issue de ce repérage, une proposition de stratégie de sevrage en benzodiazépines ou molécules apparentées (mesures pharmacologiques et non pharmacologiques) est faite dans le plan personnalisé de santé du patient. **Conclusion :** L'objectif de notre démarche est tout d'abord, de sécuriser l'organisation de la prise en charge médicamenteuse et d'agir sur le mésusage des benzodiazépines et molécules apparentées de nos patients âgés fragiles dénutris ou à risque dans leur parcours de santé. C'est aussi une démarche complémentaire à domicile du "bilan partagé de médication" paru en mars 2018 puisqu'elle cible un public de patients âgés fragiles ne pouvant se déplacer dans les pharmacies d'officine.

A-03-37

La neurosyphilis contre-attaque !

N. Té (1) ; C. Loiseau Breton (1) ; C. Golstein (1) ; F. Raimbault (1) ; V. Fossey Diaz (2)

(1) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris*; (2) *gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris*

Introduction : Ces dix dernières années ont été marquées par une augmentation significative des infections sexuellement transmissibles (IST) et notamment de la syphilis. La neurosyphilis atteint 5 à 10 % des sujets non traités, 1 à 30 ans après l'infection. Elle est souvent asymptomatique, retrouvée seulement par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Elle peut également se manifester par un tableau de méningite, une atteinte des paires crâniennes, une méningo-encéphalite (symptomatologie neuropsychiatrique), une méningo-vascularite (souvent AVC carotidien associé à une méningite lymphocytaire) ou encore une myélite (notamment le tabès). Le diagnostic de neurosyphilis repose sur les sérologies TPHA-VDRL et l'analyse du LCR (TPHA positif et pléiocytose ou VDRL positif ou index TPHA de Vienne sérologique > 70). Le traitement est la pénicilline G en injection IV à 20 MU/jour pendant 14 jours. En cas d'allergie, doxycycline 100 mg x2 /j pendant 28 jours. Une diminution de quatre titres des taux sériques du VDRL est attendue dans les 6 à 12 mois. **Méthodes :** Nous décrivons le cas d'un patient âgé, étiqueté dément vasculaire, pour lequel est finalement posé le diagnostic de neurosyphilis. M. PG, 83 ans, est hospitalisé en SSR gériatrique pour maintien à domicile difficile dans un contexte de démence vasculaire avec perte d'autonomie. Il est d'origine espagnole, en France depuis 1962. Il est célibataire, sans enfant, et vit avec un ami. C'est un ancien cuisinier. Il a comme antécédents une HTA, un diabète de type 2, une hépatite C non traitée, une hépatite B guérie, une hémorragie cérébrale post-traumatique, un AVC ischémique temporal gauche associé à des lacunes ischémiques du carrefour pariéto-occipital droit découverts fortuitement à la TDM, et enfin une démence étiquetée vasculaire stade sévère. Ce patient est hospitalisé dans les suites d'un malaise avec chute et traumatisme crânien. L'examen neurologique est sans particularité en dehors des troubles cognitifs. L'examen cutané retrouve une lésion ulcérée de la base du gland motivant la réalisation d'une sérologie syphilitique qui revient positive (TPHA+ titre à 21, VDRL+ titre à 2). La sérologie VIH est négative. La biopsie cutanée révèle finalement un lichen plan. Devant ce tableau de démence, réalisation d'une ponction lombaire : protéinorachie 0.54 g/l, 0 élément, TPHA+, VDRL+, PCR syphilis LCR+. **Résultats**

: Le diagnostic de neurosyphilis est ainsi confirmé. Le patient est traité par 14 jours de Pénicilline G, sans réelle amélioration de l'état cognitif au décours. Il n'a pas pu être identifié d'éventuels partenaires à dépister. Un contrôle du taux sérique du VDRL sera réalisé à 6 mois afin de s'assurer de l'efficacité du traitement.

Conclusion : Les cas de neurosyphilis sont probablement sous-diagnostiqués chez nos patients âgés déments, qui présentent souvent des lésions vasculaires associées orientant le diagnostic vers une origine vasculaire. Les sérologies syphilitiques ne sont plus réalisées de manière systématique dans le cadre du bilan de démence. Mais compte-tenu de la résurgence de cette pathologie, ce diagnostic ne doit pas être oublié. Il devra être évoqué et recherché devant des antécédents d'IST, de comportements sexuels à risque ou encore des antécédents dermatologiques non étiquetés.

A-18-38

Fracture du rachis révélant une spondylarthrite ankylosante chez un patient de 88 ans

M. Tardivel (1) ; A. Ginet (2) ; J.L. Le Quintrec (3)

(1) *Médecine gériatrique - Dr J-L. Le Quintrec, Hôpital Sainte-Périne - HUPIFO - APHP, Paris;* (2) *Médecine gériatrique, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris;* (3) *Service de Médecine Gériatrique 3, AP-HP, Hôpital Sainte Périne, Paris*

Introduction : La spondylarthrite ankylosante (SPA) occupe par sa fréquence le deuxième rang des rhumatismes inflammatoires chroniques après la polyarthrite rhumatoïde. La SPA touche 9 hommes pour 1 femme et l'âge de début de la maladie se situe plus de 1 fois sur 2 dans la troisième décennie. L'atteinte pelvi-rachidienne inaugure le plus souvent les symptômes cliniques. La situation clinique que nous présentons a conduit au diagnostic d'une spondylarthrite ankylosante chez un patient âgé de 88 ans devant des douleurs dorsales persistantes et intenses dans les suites d'une chute. **Méthodes :** Ce patient avait pour principaux antécédents une maladie d'Alzheimer, un AVC ischémique en 2003, un diabète de type 2, des chutes répétées responsables de fractures des deux cols fémoraux ostéo-synthésés et en 2013 d'une fracture C1-C2 également traitée par ostéosynthèse. En juin 2017 dans les suites d'une chute le patient a présenté des douleurs dorsales entraînant une impossibilité à marcher et l'ayant conduit à consulter aux urgences puis à être hospitalisé en médecine. Les radiographies du rachis dorso-lombaire ne retrouvaient pas d'argument pour une fracture récente du rachis. Le patient a donc été adressé en SSR pour rééducation à la marche. Dans le service, devant des douleurs dorsales persistantes compromettant une reprise de la marche nous avons fait relire par un rhumatologue et un radiologue les radiographies du rachis dorso-lombaire du patient : découverte d'une colonne bambou caractéristique d'une SPA évoluée. La recherche de l'antigène HLA B27 était positive. La reprise de l'interrogatoire du patient ainsi que de son épouse n'a retrouvé dans les antécédents aucun épisode douloureux ni aucune limitation des activités. Le TDM du rachis ayant retrouvé un aspect d'ankylose vertébrale avec fracture transversale corporéale de T6 s'étendant probablement au disque T6-T7, un avis orthopédique spécialisé a été demandé : fracture instable avec risque neurologique. Le patient a donc bénéficié d'une prise en charge chirurgicale (réduction et ostéosynthèse T4-T10 par 2 tiges cintrées) le 24.06.2017. En post-opératoire l'évolution a été favorable avec disparition des dorsalgies et reprise de la marche de façon autonome avec un déambulateur. **Résultats :** Le risque fracturaire chez des patients présentant une spondylarthrite ankylosante évoluée est 4 fois plus important que

dans la population générale. Les fractures sont dans plus de 80% des cas situées sur le rachis cervical bas. Elles peuvent survenir pour des traumatismes à très faible cinétique comme une simple chute, ce qui rend le diagnostic difficile et engendre très souvent des retards au diagnostic. Des troubles neurologiques apparaissent dans 29 à 67% des cas. La chirurgie par ostéosynthèse doit être proposée dans les fractures instables et/ou s'il existe d'emblée un déficit neurologique. L'ostéosynthèse doit toujours être étendue pour stabiliser les très grands bras de levier que constituent les fragments rachidiens enraidis. La récupération fonctionnelle chez ces patients est d'environ 30%. Le traitement orthopédique par immobilisation est moins efficace en termes de récupération fonctionnelle avec de nombreux échecs et un risque important (72%) de pseudarthrose. Tout l'enjeu est d'en faire le diagnostic avant l'apparition des signes neurologiques, il est donc recommandé de réaliser au moindre doute un TDM avec reconstructions sagittales ou une IRM. **Conclusion:** Les fractures instables du rachis chez des patients présentant une SPA sont des complications rares mais dont le pronostic fonctionnel est catastrophique. Il ne faut donc pas hésiter à pratiquer une imagerie du rachis chez ces patients en cas de rachialgies spontanées, ou après un traumatisme minime.

A-13-39

2019 verra l'arrivée du "Nouveau PATHOS" au sein des EHPAD

S. Meyer (1) ; O. Reynaud-Levy (2) ; G. Durel (3)

(1) *Geriatric, MCOOR, Limoges;* (2) *Médecine interne gériatrie thérapeutique, Hôpitaux Sud I AP-HM, Marseille;* (3) *Soins, EHPAD, Saint-Domineuc*

Introduction : Cette refonte apportera de réelles améliorations mais pose toujours la question du décalage entre les évaluations réalisées au sein de nos structures et les soins qui seraient requis pour apporter à chaque résident le niveau de soins optimal en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques en EHPAD. Les médecins traitants qui sont consultés pour valider les profils retenus ont parfois du mal à trouver du sens à l'utilisation de cet outil déconnecté souvent de la réalité de leur pratique. Toutefois il reste et restera incontournable notamment dans le calcul de la dotation. **Méthodes :** La question se pose donc de valoriser le travail effectué par les équipes soignantes sous la responsabilité du médecin coordonnateur au moment de la réalisation de la coupe afin d'utiliser les ressources obtenues pour discuter avec le médecin traitant du résident des objectifs de soins à valider pathologie par pathologie. Ainsi pour chaque pathologie du résident, un objectif thérapeutique concerté pourrait être élaboré. Cet objectif tiendrait compte : • des ressources de l'établissement et des ressources externes potentiellement mobilisables (HAD, EMSP, ressources des réseaux ..), • de l'expertise gériatrique du médecin coordonnateur, • du respect des règles de prescription, • des protocoles existants à adapter pour chaque résident, • de la gestion des risques iatrogéniques, • des éventuelles directives anticipées. **Résultats :** Notre travail présente: • la mise en place d'une fiche de concertation thérapeutique au sein de plusieurs EHPAD, • la réalisation de la discussion entre les médecins traitants et le médecin coordonnateur pour l'élaboration d'un objectif de soins, pathologie par pathologie, tenant compte de la qualité de vie de chaque résident, • l'élaboration d'un volet de synthèse médical annexé au dossier de liaison d'urgence. **Conclusion :** A un moment où le profil des résidents des EHPAD est en train d'évoluer, où la surcharge de travail des médecins généralistes est probante et où

la treizième mission du médecin coordonnateur est rediscutée au plus haut niveau de l'état, cette expérience pratique pourrait être un bon moyen de concrétiser efficacement une prise en charge thérapeutique adaptée.

A-10-40

Insuffisance rénale aiguë communautaire du sujet âgé

AC. Rouveure (1)

(1) *gériatrie, Clinique Mutualiste Eugène André, Lyon*

Introduction : L'insuffisance rénale aiguë (IRA) se définit par une baisse rapide de la fonction rénale caractérisée par des perturbations métaboliques qui peuvent rapidement avoir des conséquences létales. Le patient âgé est plus à risque de développer une IRA lors d'épisodes d'hypovolémie, de perturbations hémodynamiques, ou encore dans un contexte d'iatrogénie. Ainsi l'IRA du patient âgé est un réel problème de santé publique vu l'accroissement constant de la population des plus de 75 ans, d'autant plus que la durée de séjour est plus longue que pour les sujets jeunes, avec une mortalité plus élevée. Il paraît ainsi important de prévenir et traiter rapidement les situations à risques d'IRA chez les sujets âgés. Cependant, les données de la littérature sur les causes d'IRA du sujet âgé sont peu nombreuses, surtout vis-à-vis des causes communautaires (non acquises en hospitalisation). **Méthodes :** Dans cette étude, nous avons inclus tous les patients de plus de 75 ans hospitalisés en service de gériatrie présentant une insuffisance rénale aiguë à leur entrée entre le 01.03.2017 et le 30.06.2017. Nous avons étudié les différentes causes d'IRA et les avons comparées en fonction de certains facteurs épidémiologiques. **Résultats :** Nous avons ainsi inclus 23 patients de plus de 75 ans, la moyenne d'âge est de 86 +/- 5 ans. Le DFGe antérieur à l'épisode d'IRA est en moyenne de 49 +/- 19 ml/min/1.73m². L'IRA fonctionnelle concernait 18 patients (78%) : 5 avaient un état septique, 3 une décompensation cardiaque, 10 une déshydratation, 4 une iatrogénie des IEC ou ARA2. 3 patients cumulaient plusieurs causes d'IRA fonctionnelle. La cause obstructive concernait 8 patients (35%). 4 patients cumulaient et une cause obstructive et une cause fonctionnelle. 1 seul patient présentait une cause organique. 14 patients (61%) ont retrouvé leur fonction rénale de base à la sortie d'hospitalisation. Ni l'âge ni le statut IRC avant l'épisode d'IRA ne semblent influencer l'évolution de l'IRA. En revanche, les patients déjà IRC présentaient moins d'IRA fonctionnelle par déshydratation que les non IRC (30% vs 78% p=0.05). **Conclusion :** Ainsi l'IRA du sujet âgé est le plus souvent multifactorielle. La cause fonctionnelle par déshydratation est la plus fréquente. La cause obstructive est elle aussi très souvent rencontrée. Pour augmenter la pertinence de ces résultats, il serait intéressant de mener une étude prospective avec recueil d'autres comorbidités, avec un échantillon de patient plus important.

A-08-41

Prédire la fragilité et les interventions gériatriques chez les patients âgés atteints de cancer: performance de deux outils de dépistage pour six définitions de la fragilité dans la cohorte prospective ELCAPA

C. Martinez-Tapia (1) ; M. Laurent (2) ; E. PAILLAUD (3) ; P. Caillet (4) ; E. Ferrat (5) ; JL. Lagrange (6) ; M. Allain (7) ; A. Chah Wakilian (8) ; P. Boudou-Rouquette (9) ; S. Bastuji-Garin (10) ; E. Audureau (11) ; ELCAPA : Elderly Cancer Patients

(1) *Equipe CEpiA (Clinical Epidemiology And Ageing Unit) - EA 7376 UPEC, Créteil;* (2) *Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri Mondor, Créteil;* (3) *médecine gériatrique, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris;* (4) *Gériatrie médecine interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil;* (5) *Santé publique, Equipe CEpiA (Clinical Epidemiology And Ageing Unit) - EA 7376 UPEC, Créteil;* (6) *Département d'oncologie médicale, Hôpital Henri-Mondor (AP-HP), Créteil;* (7) *Unité de recherche clinique, Hôpital Henri-Mondor (AP-HP), Créteil;* (8) *Gériatrie, Hôpital Broca, Paris;* (9) *Oncologie, Cochin, Paris;* (10) *Cepia, Hôpital Henri Mondor, Créteil;* (11) *Santé publique, Hôpital Henri Mondor, Créteil*

Introduction : Une évaluation gériatrique multidimensionnelle (EG) est recommandée chez les patients âgés atteints de cancer pour identifier d'éventuels problèmes de santé et ainsi optimiser la stratégie thérapeutique, mais nécessite du temps et un haut degré d'expertise. L'outil de dépistage G8-modifié a été développé pour le repérage des patients présentant au moins une anomalie à l'EG. Néanmoins, cette définition pragmatique souvent utilisée dans la littérature ne correspond qu'imparfaitement à la réalité de la pratique clinique du gériatre et de l'oncologue. Notre objectif était de mesurer et comparer l'effet de l'utilisation de différentes situations évocatrices d'un état de fragilité (gold standard) sur la performance diagnostique de deux outils de dépistage spécifiquement développés pour les patients âgés atteints de cancer, le G8 et le G8-modifié. **Méthodes :** Les données étaient issues d'une large cohorte prospective de patients atteints de cancer âgés de ≥ 70 ans adressés aux gériatres pour une EG (cohorte ELCAPA ; période d'inclusion : Janvier 2007 – Juin 2015 ; n=1136 avec données disponibles pour les différents gold standards et les deux outils évalués). Six définitions cliniquement pertinentes ont été testées : 1) ≥ 1 et ≥ 2 anomalies à l'EG, 2) la prescription d'au moins une intervention par le gériatre, 3) l'existence d'un profil de fragilité tel que défini par une typologie en classes latentes (TCL) et deux autres classifications basées sur l'avis d'experts et utilisés en oncologie gériatrique (Balducci et groupe de travail de la Société Internationale en Onco-Gériatrie -SIOG). Les aires sous la courbe ROC (AUC) et les sensibilités/spécificités aux seuils optimaux ont été calculées et comparées entre les deux outils vis-à-vis des 6 définitions de référence testées. **Résultats :** Le pourcentage de patients classés comme fragiles selon les différentes définitions de la fragilité étaient les suivantes : 91,9% (GA: ≥ 1 anomalie) ; 76,9% (GA: ≥ 2 anomalies) ; 79,5% (TCL) ; 86,5% (classification de Balducci) ; 83,2% (classification de la SIOG) et 90,9% (≥ 1 intervention gériatrique). Une médiane de 3 interventions par patient (IQR 2-5) ont été proposées par le gériatre. La plus fréquente concernait la prise en charge nutritionnelle (74,5%), suivi par la kinésithérapie (63,8%) et la prise en charge sociale (63,5%). L'AUC était égale ou supérieure à 0,80 pour les deux outils quelle que soit la définition testée. En comparant les deux instruments, les AUC étaient significativement plus élevées en faveur du G8-modifié pour la prédiction de 5 des 6 définitions

testées: EG ≥ 1 anomalie, (G8-modifié: 0,93 [IC 95% 0,91 à 0,95] vs. G8 d'origine: 0,90 [0,87 à 0,92] ; p = 0,003), EG ≥ 2 anomalies (0,90 [0,88 à 0,92] vs. 0,87 [0,88 à 0,92] ; p = 0,0006), ≥ 1 intervention gériatrique prescrite (0,85 [0,81 à ,89] vs. 0,81 [0,77 à 0,86] ; p = 0,006) et des patients fragiles selon la classification de Balducci (0,86 [0,83–0,89] vs. 0,80 [0,76–0,83] ; p<0,0001) et de la SIOG (0,88 [0,86 à ,91] vs. 0,83 [0,81 à 0,86] ; p <0,0001). **Conclusion :** Aucune étude antérieure n'a examiné la variabilité de la performance diagnostique des outils de dépistage dans le cadre de multiples définitions de référence cliniquement pertinentes concernant la fragilité de patients âgés atteints de cancer. Nos résultats démontrent la robustesse des deux instruments vis-à-vis du changement du Gold Standard, avec une meilleure performance diagnostique pour le G8-modifié pour détecter une variété de profils de santé évocateurs d'une fragilité.

A-15-42

Une nouvelle organisation innovante de prévention et de gestion du risque infectieux en EHPAD

R. Amarsy (1) ; D. Gueret (2)

(1) *Hygiène hospitalière, Hôpital Lariboisière, Paris*; (2) *SSR gériatrique site Equemauville, CH Cote fleurie, Honfleur cedex*

Introduction : Les établissements médico-sociaux où résident en collectivité des personnes dépendantes et fragiles sont particulièrement confrontés au risque infectieux. Le caractère collectif de la vie en EHPAD augmente le risque de transmission chez des patients vulnérables nécessitant une attention particulière. Chaque EHPAD n'ayant pas la possibilité d'avoir une équipe d'hygiène interne, nous proposons un suivi par télé-médecine personnalisé. **Méthodes :** Il s'agit d'une agence de télé-médecine concernant l'hygiène proposant une aide technique avec mise à disposition d'une ligne téléphonique et mail afin de répondre aux questions des professionnels de santé en EHPAD. Cette offre est complétée par des modules de formation réguliers et un suivi des actions mises en œuvre. **Résultats :** Accompagnement et suivi en ce qui concerne: *les précautions à observer en matière d'hygiène lors des soins, en particulier lors d'un portage de bactéries multi-résistantes (BMR) ou hautement résistantes (BHR); *les situations d'épidémies (gastroentérites, infections respiratoires...) au sein de l'établissement; *la gestion du risque environnemental (légionelle...); *l'interprétation des résultats microbiologiques (antibiogramme...); *la juste prescription des antibiotiques. Permettant une maîtrise des épidémies, une réponse adaptée aux normes d'hygiène en vigueur, une réponse aux exigences de certification. La hotline permet de diminuer l'isolement fréquent des équipes en EHPAD. **Conclusion :** La prévention du risque infectieux en EHPAD est particulièrement difficile du fait que les résidents présentent des facteurs de vulnérabilité vis-à-vis de ce risque et que le caractère collectif de la vie en EHPAD augmente le risque de transmission. Le ratio de personnels au lit des résidents y est plus faible que dans les établissements de santé, et la formation en hygiène n'est pas toujours accessible. Une assistance téléphonique lors d'évènements particuliers et un suivi au long cours optimise la gestion du risque infectieux.

A-14-43

Hypotension orthostatique et troubles neurocognitifs chez les femmes âgées : résultats de l'étude de cohorte EPIDOS

G. Duval (1) ; AM. Schott (2) ; Y. Rolland (3) ; H. Blain (4) ; G. Duque (5) ; C. Annweiler (1)

(1) *Gérontologie clinique, C.H.U - CHU Angers, Angers*; (2) *Gériatrie, Hospices Civils de Lyon, Lyon*; (3) *Gériatrie, Hôpital Garonne, Toulouse*; (4) *Gérontologie, C.H.U. de Montpellier, Montpellier*; (5) *Department of medicine, Melbourne medical school - western precinct, Australian Institute for Musculoskeletal Science, Melbourne, Australie*

Introduction : Bien qu'il soit admis que la santé cardiovasculaire affecte la cognition, la relation entre l'hypotension orthostatique (HO) et la cognition reste floue. Les objectifs de la présente étude étaient i) de déterminer au sein de la cohorte française EPIDOS si l'HO était transversalement associé aux troubles cognitifs à l'inclusion, et ii) si l'HO initiale pouvait prédire l'apparition d'un déclin cognitif après 7 ans de suivi. **Méthodes :** Les variations de pression artérielle systolique et diastolique en position debout (Δ PAS et Δ PAD, en%) ont été mesurées à l'inclusion chez 2 715 femmes âgées de 75 ans et plus, de la cohorte française EPIDOS n'utilisant aucun médicament antihypertenseur. L'HO a été définie comme une diminution de la PAS ≥ 20 mmHg et/ou une diminution de la PAS ≥ 10 mmHg à 3 min d'orthostatisme après une phase de repos en décubitus. Les troubles cognitifs ont été définis par un score au questionnaire SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire) < 8 (/10). Un diagnostic cognitif a été établi après 7ans de suivi parmi 257 participants sans trouble cognitif à l'inclusion de la cohorte EPIDOS de Toulouse. **Résultats :** La Δ PAS à l'inclusion a été associée à une plus grande prévalence des troubles cognitifs à l'inclusion (OR ajusté = 1,01, p = 0,047), mais pas au déclin cognitif après sept ans de suivi (OR ajusté = 0,98, p = 0,371). Ni l'HO initiale ni la Δ PAD initiale n'étaient associées aux troubles cognitifs à l'inclusion (p=0,426 et p=0,325 respectivement) ni après 7ans (p=0,180 et p=0,345 respectivement). **Conclusion :** La baisse de PAS à l'orthostatisme, mais ni l'HO en soi ni la baisse de PAD à l'orthostatisme, était associée aux troubles cognitifs à l'inclusion chez les femmes âgées. La relation entre l'HO et troubles cognitifs semble cliniquement pertinente mais plus complexe que prévu.

A-07-44

Suivi des recommandations d'une équipe mobile de psychogériatrie en EHPAD dans le Douais

F. Tavernier (1) ; S. Massart (1) ; P. Lefebvre (1) ; J. Tristram (1) ; M. Honoré (1) ; A. Berteloot (2) ; MM. Defebvre (3) ; F. Puisieux (4)

(1) *Pôle de gériatrie, C.H. De Douai, Douai*; (2) *Chef du pôle gériatrie, C.H. de Douai, Douai*; (3) *Offre de soins, Agence Régionale de Santé Nord - Pas-de-Calais, Euralille*; (4) *Geriatric, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*

Introduction : Depuis 2016, au Centre Hospitalier de Douai, une équipe mobile de gériatrie extrahospitalière (EMGEH) évalue et propose des recommandations pour les résidents des 23 EHPAD. Cette équipe est composée de 0.8 équivalent temps plein (ETP) infirmier, 0.2 ETP gériatre et un temps de secrétariat. L'objectif de notre étude est d'évaluer le suivi des recommandations dans les 2 mois suivant son intervention. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective observationnelle multicentrique non randomisée menée

du 1er août 2016 au 1er mai 2017. Tous les résidents de plus de 75 ans évalués et ayant bénéficié de recommandations par l'EMGEH sont inclus. Le suivi des recommandations est étudié à partir des informations des EHPAD (via les médecins coordonnateurs et infirmières coordonnatrices). **Résultats :** 69 patients (75.4 % de femmes), d'âge moyen 87.5+/-2.6 ans et provenant de 16 EHPAD différents ont été inclus. Leur traitement comporte 7,5 +/- 1,4 médicaments et 50.7% d'entre eux reçoivent au moins 2 psychotropes/jour. L'EMGEH est principalement sollicitée par le personnel d'EHPAD (88.4% des cas) pour des troubles du comportement (71% des cas) et intervient dans les 9.7+/-5 jours. Elle préconise en moyenne 2.8+/-0.6 recommandations par patient (principalement des mesures environnementales, consultations médicales, paramédicales, ajout et/ou modification de dose d'un traitement). Le taux de suivi global des recommandations à 2 mois est de 71.7 %. Par patient, la totalité des recommandations a été suivie dans 52.2 % des cas, (IC 95% = [39.8 ; 64.4]). Dans 75% des cas de suivi partiel, le pourcentage de suivi des recommandations a tout de même été supérieur à 60%. De manière statistiquement significative plus le nombre de recommandations était faible (≤ 2.4) et au mieux elles étaient suivies. **Conclusion :** Le taux de suivi global des recommandations élevé (71.7 %) révèle l'adhésion aux propositions de l'EMGEH et incite à poursuivre son activité.

A-02-45

Des chutes révélatrices d'une sclérose combinée de la moelle secondaire à une carence en vitamine B12

V. Nonnonhou (1) ; S. Laurent-Badr (1) ; Y. Jaïdi (1) ; LA. Bertholon (2) ; JL. Novella (1) ; R. Mahmoudi (1)

(1) Médecine interne et gériatrie, CHU de Reims - Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex; (2) Médecine interne et gériatrie, CHU, Reims

Introduction : La carence en vitamine B12 est fréquente chez le sujet âgé. Sa prévalence varie entre 12 et 40 % selon les cohortes. Les manifestations cliniques en particulier neurologiques pouvant impacter significativement l'autonomie des personnes âgées sont frustrantes rendant le plus souvent le diagnostic difficile et tardif. Nous rapportons une observation clinique illustrant ce propos. **Méthodes :** Une patiente âgée de 84 ans, était hospitalisée en Gériatrie pour des troubles de la marche responsables de chutes à répétition, dont le début remonte à 4 mois. Ses antécédents comprenaient une hypothyroïdie et un ulcère de jambe. Son traitement comportait L-Thyroxine 50 µg par jour. L'examen neurologique associait un syndrome cordonal postérieur (ataxie proprioceptive des 4 membres et paresthésies prédominant aux mains) et un syndrome cérébelleux cinétique. Il existait également une perte d'autonomie (ADL à 3/6 et IADL à 2/8). Le bilan cognitif retrouvait un score MMSE à 18/30 et le test des 5 mots de Dubois était coté à 8/10. Le bilan biologique initial retrouvait une macrocytose (VGM à 112 fl) sans anémie (Hémoglobine à 120g/L), une carence sévère en Vitamine B12 (< 50 pg/mL ; N:191-771 pg/mL), en Vitamine B6 (1,3 µg/L ; N:5-30 µg/L) et en Vitamine D (23 ng/L ; n>30ng/L). L'albuminémie était normale (39 g/L). Il existait un syndrome inflammatoire biologique secondaire à une infection urinaire basse (CRP : 17,1 mg/L). La recherche des anticorps anti-facteurs intrinsèque était négative. Les IRMs pan-médullaire et cérébrale révélaient un hypersignal T2 et STIR localisé aux cordons postérieurs et étendu sur la quasi-totalité de la moelle épinière. Au regard des différents arguments cliniques, biologiques et d'imagerie, le diagnostic de sclérose combinée de la moelle (SCM) et de probables troubles neurocognitifs

majeurs secondaires à la carence en Vitamine B12 était retenu. Une supplémentation en vitamine B12 par voie intra-musculaire a été débutée, avant le transfert de la patiente en convalescence. **Résultats :** La SCM est une des complications neurologiques possibles potentiellement graves de la carence en B12. Sa prévalence est estimée entre 12 et 40 %. La physiopathologie n'est pas élucidée. Ses manifestations cliniques comportent le plus fréquemment des paresthésies, une atteinte de la pallesthésie et des troubles de l'équilibre. Les étiologies de carences en B12 les plus fréquentes chez la personne âgée sont la carence d'apport en B12, la non-dissociation de la transcobalamine et la maladie de Biermer. Le diagnostic de la SCM repose sur l'IRM médullaire (hypersignal T2 des cordons postérieurs d'extension cervico-thoraco-lombaire). Elle est rarement associée à l'anémie mégalo-blastique. La supplémentation par B12, par voie parentérale ou orale associe un traitement d'attaque variable (1 mg/j sur 10 jours ou 1 mg/3j pendant 15 jours) et un traitement d'entretien hebdomadaire puis mensuel. La récupération clinique, inconstante, semble dépendre du délai entre la survenue des premiers symptômes et le début de supplémentation. **Conclusion :** Cette observation clinique montre l'importance du repérage des carences vitaminiques notamment en vitamine B12, qui peut entraîner un déclin fonctionnel potentiellement réversible chez la personne âgée.

A-20-46

Etat des lieux de la prescription des antiagrégants plaquettaires en médecine générale et ses particularités chez le sujet âgé

E. Schmitt (1) ; F. Baltz (1) ; T. Vogel (1) ; G. KaltenbachA(1)

(1) Médecine interne gériatrique, CHU, Strasbourg

Introduction : Les traitements antiagrégants plaquettaires (AAP) font partie des traitements les plus prescrits dans le monde. Leur indication dans la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires est bien établie, mais leur prescription en prévention primaire reste discutée, notamment du fait de la majoration du risque hémorragique dont ils sont responsables. Les spécificités du sujet âgé, par l'augmentation du risque thrombotique et du risque hémorragique, ont conduit à la remise en question de leur prescription au sein de cette population. L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux de la prescription des AAP, concernant leurs indications. L'objectif secondaire était de distinguer les déterminants de cette prescription dans la prévention primaire et secondaire, et chez le sujet âgé. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude monocentrique descriptive sur une population de patients ayant consulté auprès de 4 médecins généralistes exerçant dans une maison de santé. Le recueil a été effectué durant 1 mois. Les patients inclus dans l'étude étaient des patients ayant consulté au cours de la période d'inclusion et dont l'historique récent des prescriptions (jusqu'à 6 mois précédents la période d'inclusion) contenait un AAP. Les données recueillies comportaient les caractéristiques du patient, les antécédents cardiovasculaires et hémorragiques, les facteurs de risque cardio-vasculaire, les caractéristiques du traitement AAP et le nombre de traitements associés. Les patients ont été comparés selon leur âge avec comme valeur seuil 75 ans, et selon le type de prévention, primaire ou secondaire. **Résultats :** Au total, 154 patients ont été inclus. Une large proportion des AAP était prescrite en prévention primaire, 42% chez les moins de 75 ans et 48% chez les plus de 75 ans. En prévention secondaire, quel que soit l'âge, les principales indications retrouvées étaient l'existence d'une maladie cérébrovasculaire (37.6%) ou d'une coronaropathie (29,4%). La plupart des patients présentait entre 1 et 3 facteurs

de risque modifiables. On note une forte prévalence d'athérome carotidien asymptomatique en prévention primaire (96.7%).
Conclusion : Les spécificités de la population âgée vis-à-vis de la prescription des AAP sont encore mal étudiées du fait de sa sous-représentation au sein des études et de l'absence d'étude spécifique. L'indication des AAP chez la personne âgée doit donc être posée de façon individualisée.

A-12-47

Comparaison du MMSE et de la MoCA dans l'évaluation cognitive en oncogériatrie

A. Rambeau (1) ; B. Beauplet (2) ; H. Laviec (3) ; I. Licaj (4) ; A. Leconte (4) ; N. Frenkiel (5) ; M. Lange (4) ; F. Joly (1) ; UCOGIR Normandie

(1) *Service d'oncologie, Centre Régional de Lutte Contre le Cancer François Baclesse, Caen*; (2) *Service de médecine gériatrique, C.H.U de Caen Normandie, Caen*; (3) *Oncogériatrie, Centre Régional de Lutte contre le Cancer François Baclesse, Caen*; (4) *Service de recherche clinique, Centre Régional de Lutte Contre le Cancer François Baclesse, Caen*; (5) *Institut d'hématologie de basse normandie, C.H.U de Caen Normandie, Caen*

Introduction : Les patients de 70 ans et plus peuvent bénéficier d'une consultation d'oncogériatrie afin d'évaluer leur fragilité, dans l'objectif d'adapter leur prise en charge oncologique. Les troubles cognitifs sont susceptibles d'interférer avec la prise en charge et d'influencer le pronostic vital. Certains traitements, telle que la chimiothérapie, peuvent majorer les troubles cognitifs préexistants aux traitements du cancer. Actuellement, en consultation d'oncogériatrie, le Mini Mental State Examination (MMSE) est souvent utilisé, il s'agit de l'outil de dépistage conseillé par la SIOG (International Society of Geriatric Oncology). Néanmoins de nombreuses études dans diverses pathologies montrent que ce test est moins sensible que la Montreal Cognitive Assessment (MoCA). L'objectif de cette étude était de comparer les scores du MMS et de la MoCA obtenus par des patients âgés lors du bilan d'oncogériatrie. Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective bicentrique. Les patients devaient être âgés de plus de 70 ans, atteints de cancer (tumeur solide ou hémopathie) pour lequel un traitement de 1 ligne était envisagé et candidats à une évaluation oncogériatrique. Lors de l'évaluation oncogériatrique, l'ordre de passation du MMS et de la MoCA était randomisé. L'autonomie, la thymie, les comorbidités, les co-médications et un bilan biologique standard étaient également recueillis dans le cadre de cette évaluation. Le test du Chi2 et le test exact de Fisher ont été utilisés. **Résultats :** Soixante-six patients ont été inclus dont 41 (62,1 %) femmes. L'âge médian était de 78,5 ans (70-93 ans). Il s'agissait pour 23 cas (34,8 %) d'une hémopathie maligne (lymphomes, leucémies) et pour 43 (65,2 %) de cancer solide (principalement sein et côlon). La pathologie était à un stade palliatif pour un tiers des patients. 77 % n'avaient pas de dépendance pour les activités de la vie quotidienne. Seulement un patient était institutionnalisé. 5 patients (7,6 %) présentaient une comorbidité sévère et 2 patients un score GDS anormal. 34 patients (51,5 %) recevaient un traitement psychotrope. Les scores médians étaient de 26 pour le MMS (11-30) et 24 pour la MoCA (8-30). 44 (66,7 %) patients avaient un score pathologique à au moins un de ces tests. Parmi ces patients, 31 (70,5 %) avaient un score au MMSE normal et un score à la MoCA pathologique contre 1 (2,3 %) avec un score MoCA normal et un MMS pathologique ($p < 0,0001$). Une consommation de psychotropes est significativement associée à un score cognitif pathologique ($p = 0,043$). **Conclusion :** En situation

d'évaluation oncogériatrique, le test MoCA semble discriminant pour détecter les troubles cognitifs que le MMSE. Une seconde étude prospective est en cours pour déterminer la sensibilité et spécificité de ces tests.

A-13-48

Amélioration de la prise en charge médicamenteuse dans les EHPAD franciliens - déploiement d'un plan d'actions sur le territoire

M. Beck (1) ; JP. Flouzat (2) ; V. Godinot (3) ; A. De Saunière (1) (1) *Cellule Politique Régionale du Médicament et des Produits de Santé, Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France, Paris*; (2) *Direction de l'autonomie, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Paris*; (3) *Direction de la qualité et de la sécurité et de la protection des populations, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Paris*

Introduction : La région Île-de-France compte 697 Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), permettant d'accueillir 62 000 résidents. Compte tenu de leur polymédication et de leur âge avancé, ces derniers sont quotidiennement confrontés au risque d'iatrogénie médicamenteuse. Afin de limiter ce risque, l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France déploie un plan d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse (PECM) en EHPAD. **Méthodes :** Après avoir réalisé un état des lieux des pratiques et des organisations de la PECM dans les EHPAD en 2014, puis expérimenté la mise en place d'actions avec 15 EHPAD volontaires au cours d'une phase pilote, d'avril 2016 à janvier 2017, l'ARS Île-de-France a élaboré, avec des professionnels des EHPAD, un plan d'actions d'amélioration actuellement déployé à l'échelle de la région. Celui-ci est généralisable aux EHPAD quel que soit leur statut (public, privé lucratif ou associatif) et quelle que soit leur capacité d'accueil. Il comprend 13 actions simples et pragmatiques, répondant à 6 priorités : mettre en place une gouvernance en matière de PECM ; auto-évaluer le processus de la PECM ; mettre en place une culture de gestion des risques médicamenteux ; améliorer la pertinence des prescriptions ; sécuriser l'administration ; impliquer le résident et ses aidants. Les EHPAD franciliens volontaires bénéficient d'un accompagnement dans la mise en oeuvre du plan d'actions par l'ARS et l'OMEDIT Ile-de-France, disponibles à tout moment par mail et par téléphone, et comprenant le remplissage d'un tableau de suivi du plan d'actions à intervalles réguliers ainsi qu'un entretien téléphonique à deux mois. **Résultats :** À ce jour, 114 EHPAD sont engagés dans la mise en place de leur plan d'actions en fonction de leur niveau de départ, de l'organisation existante et de la disponibilité des acteurs. Ils ont participé à l'une des 8 réunions départementales organisées par l'ARS entre novembre 2017 et janvier 2018. Les outils opérationnels élaborés dans le cadre du plan d'actions leur ont été présentés : schéma « escargot » repositionnant le rôle de l'ensemble des acteurs impliqués à chaque étape de la PECM des résidents, charte de non punition... Des outils sélectionnés par les professionnels des EHPAD, à l'image d'une vidéo sur les erreurs médicamenteuses conçue par l'OMEDIT Normandie ou de l'outil d'autodiagnostic InterDiag Médicaments en EHPAD proposé par l'Agence nationale d'appui à la performance, ont également fait l'objet d'une démonstration interactive. La liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD proposée par l'OMEDIT Normandie a été distribuée à chacun des 300 participants aux réunions. Cette liste inclut de nombreuses informations utiles : modalités de préparation et d'administration des médicaments

(ouverture des gélules, écrasement des comprimés, administration possible avec un yaourt, une compote...) et adaptation à la fonction rénale des résidents. En quelques mois, nombreux sont les EHPAD à avoir constitué un comité PECM et identifié leurs axes d'amélioration : déclaration et analyse des événements indésirables, troubles de la déglutition, notamment. Par ailleurs, les retours des EHPAD ont permis d'élaborer une foire aux questions, laquelle viendra enrichir les outils déjà en ligne sur le site internet de l'ARS. **Conclusion :** Les EHPAD engagés dans le dispositif seront invités à partager leur expérience et à poursuivre leur mise en place progressive d'actions, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et la sécurité de la PECM des résidents. Ce programme d'accompagnement sera déployé sur le temps du Projet Régional de Santé 2 (2018-2022), sur tout le territoire, dans un souci d'équité en santé et de partage du progrès.

A-14-49

La recherche de l'hypotension orthostatique chez les personnes âgées: se lever d'une chaise ou d'un lit n'est pas la même chose

C. Donadio (1) ; W. Jarzowski (2) ; L. Sawadogo (1) ; L. Alonge (1) ; E. Magny (3) ; F. Maronnat (2) ; C. Lafuente-Lafuente (4) ; J. Belmin(2)

(1) LA TRIADE, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine; (2) Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine; (3) La Triade, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Paris; (4) Gériatrie, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine

Introduction : Le test de l'hypotension orthostatique est largement recommandé chez les sujets âgés fragiles, mais les recommandations diffèrent sensiblement quant à savoir quel est le meilleur test pour diagnostiquer l'hypotension orthostatique. Nous nous sommes efforcés d'étudier la valeur du test orthostatique assis-debout pour le diagnostic de l'hypotension orthostatique, comparé au test couché - debout comme test de référence. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale réalisée chez des patients admis dans un service hospitalier gériatrique français. La pression artérielle et la fréquence cardiaque ont été mesurées lors d'un test orthostatique en position couchée sur le dos – debout (test de référence) et d'un test assis-debout effectué à distance d'une heure à l'aide d'un moniteur de pression artérielle automatisé. **Résultats :** 197 patients âgés de $83,5 \pm 6,3$ ans ont été inclus. Ils comprenaient 69 hommes (35%) et 128 femmes (65%). L'hypotension orthostatique selon le diagnostic de référence a été trouvé chez 71 patients (37%) et était significativement associé avec le sexe masculin, des antécédents de chutes, un plus grand score de comorbidité de Charlson et avec une tension artérielle systolique et diastolique plus élevée en position allongé. En utilisant uniquement des tests assis-debout, 44 patients (23%) répondaient aux critères d'hypotension orthostatique, et 57 patients (29%) auraient été mal diagnostiqués pour l'hypotension orthostatique. La concordance entre les tests en position debout et en position assise pour le diagnostic de l'hypotension orthostatique était faible ($\kappa = 0,361$). **Conclusion :** Chez les personnes âgées, l'hypotension orthostatique devrait être diagnostiqué par un test classique en position couchée sur le dos, étant donné que les tests assis-debout mènent à un mauvais diagnostic de cette maladie.

A-01-50

Association entre hypervitaminose B12 sérique et mortalité à 60 jours dans une cohorte de sujets âgés ayant été hospitalisés en gériatrie

C. Souques (1) ; R. Artico (2) ; M. Mary (1) ; B. Faiz (3) ; J. Houdre (1) ; M. Neiss (2) ; M. Bouteille (2) ; N. Brunetti (2) ; P. Pham (4) ; C. Trivalle (2) ; E. Karoubi (2) ; E. Duron (5)

(1) Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse, Villejuif; (2) Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP), Villejuif; (3) Unité de Gériatrie Aigue, Hôpital Paul-Brousse, Villejuif; (4) Biochimie, Hôpital Paul-Brousse, Villejuif; (5) Service du professeur Hanon et Rigaud, APHP, université Paris Descartes, Hôpital Broca, Paris

Introduction : Les carences en vitamine B12, fréquentes en gériatrie, engendrent des problèmes somatiques. Ainsi, le dosage en vitamine B12 est systématique à l'admission des patients en gériatrie. Ces dosages retrouvent une augmentation de la vitamine B12 dans 12 à 25 % des cas. La littérature rapporte qu'un taux de vitamine B12 augmentée est corrélé avec un taux de décès plus important par rapport à un taux de vitamine B12 normal ou bas. Très peu d'études ont été conduites chez le sujet âgé et la relation entre concentration sérique élevée et mortalité à 60 jours (intra-hospitalière ou non) chez le sujet âgé ayant été hospitalisé n'est pas connue. L'objectif de cette étude est de déterminer s'il existe une relation entre concentration sérique élevée de vitamine B12 et mortalité à 60 jours chez des sujets ayant bénéficié d'une hospitalisation en gériatrie. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétro-prospective, monocentrique menée sur 21 mois. Les critères d'inclusion sont : patients de plus de 75 ans, hospitalisés en gériatrie aiguë ou SSR à l'hôpital Paul Brousse entre le 01/01/2015 et le 30/09/2016 et ayant bénéficié d'un dosage de vitamine B12. Les patients ont été classés en 2 groupes : le groupe A correspond aux patients présentant une vitamine B12 élevée et le groupe B à ceux présentant une vitamine B12 normale ou basse. Les patients ont ensuite été classés en sous-groupe en fonction du sexe. Critère d'évaluation principal : Comparaison du taux de mortalité dans les 60 jours après l'admission entre les deux groupes. Critères d'évaluation secondaires : comparaison du nombre de cancer, du nombre d'hépatopathie, de l'albuminémie, de l'hémoglobémie et de la clairance de la créatinine (Cockcroft) entre les groupes. Les données ont ensuite été analysées en sous-groupe (hommes / femmes). Les comparaisons des caractéristiques entre les deux groupes ont été faites par des Chi 2 de Pearson pour les variables catégorielles, des tests de t Student pour les variables continues. Le logiciel utilisé est Statistica ($p < 0,05$ considéré comme significatif). **Résultats :** Mille quatre cent quarante-six patients patients étaient éligibles dont 147 (10,2 %) avec une vitamine B12 augmentée. Ces 147 patients ont constitué le groupe A et le groupe B a été constitué de 296 témoins appariés sur l'âge et le sexe. Le taux moyen de vitamine B12 dans la population étudiée était de 726 ng/l ($\pm 542,1$). Des différences significatives en terme de mortalité ($p < 0,001$), de cancer ($p < 0,001$), d'hépatopathie ($p < 0,001$), d'hémoglobémie ($p < 0,001$) et d'albuminémie ($p < 0,001$) étaient retrouvées entre les groupe A et B. Aucune différence significative concernant la clairance de la créatinine n'a été mise en évidence ($p = 0,25$). Les études en sous-groupe retrouvent les mêmes résultats hormis pour les hépatopathies chez les hommes où il n'y avait pas de différence significative ($p = 0,05$). Le risque relatif des décès selon le taux de vitamine B12 est respectivement de 2,95 [1,78-4,90] pour les femmes et de 2,04 [1,14-3,66] pour les hommes. Les patients décédés ($n=81$) avaient un taux de vitamine B12 moyen à

1 047,2 ng/l (+/- 637,6 ng/l) alors que les patients en vie à 60 jours de leur admission (n=362) un taux moyen de vitamine B12 à 654,2 ng/l (+/- 491,3) ($p < 0,0001$). **Conclusion :** Les résultats mettent en évidence une relation entre hypervitaminose B12 sérique et la mortalité à 60 jours chez les personnes de plus de 75 ans ayant été hospitalisées en gériatrie. Cette étude présente plusieurs limites : étude rétrospective, monocentrique. Toutes les données n'ont pu être analysées en raison du trop grand nombre de patients avec vitamine B12 normale ou basse mais un appariement 1/2 a été fait sur l'âge et le sexe. Cependant, cette étude a été faite dans un large échantillon de personnes âgées, est originale de par l'observation des décès à court terme dans cette population et les résultats sont en concordance avec les quelques données de la littérature. Une différence de force d'association entre hommes et femmes a été observée et mérite d'être confirmée.

A-02-51

Un pannus cervical non rhumatoïde chez une patiente de 88 ans
M. Breton (1) ; D. Vythilingum (2) ; S. Balesdent (3) ; A. Chevallier (4) ; LLQ. J (5) ; L. Lechowski () ; L. Teillet (6)

(1) *Gériatrie, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris*; (2) *Médecine gériatrique - pr teillet, HUPIFO, Paris*; (3) *Service de gériatrie, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris*; (4) *Imagerie médicale, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris*; (5) *Médecine gériatrique, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris*; (6) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

Introduction : La chondrocalcinose articulaire (CCA) est définie par la présence de dépôts de cristaux de pyrophosphate de calcium (CPP) dans les fibrocartilages et cartilages articulaires. Relativement fréquente, surtout à partir de l'âge de cinquante ans, la CCA est le plus souvent idiopathique chez les sujets âgés. La survenue de CCA au niveau de la charnière cranio-cervicale semble très rare avec seulement une cinquantaine de cas rapportés jusqu'à ce jour. **Méthodes :** Nous rapportons le cas d'une patiente de 88 ans hospitalisée pour chute à répétition avec traumatisme crânien. Un scanner cérébral sans injection retrouvait un aspect de rétrécissement canalaire au niveau de la vertèbre C2. **Résultats :** La patiente avait pour antécédents une HTA et fibrillation auriculaire, un syndrome dépressif et une démence mixte avec délire de persécution, une tuberculose dans l'enfance, des chutes à répétitions compliquée d'une fracture du bassin. Son traitement comportait : Irbésartan, Paroxétine. Cliniquement, la patiente n'avait pas de paresthésie, de déficit sensitivo-moteur des membres supérieurs, d'amyotrophie, de syndrome pyramidal, de troubles vésico sphinctériens (absence de signes de compression médullaire), ni de cervicalgies. Une IRM cervicale a permis de mettre en évidence un processus tissulaire au niveau du ligament transverse de l'articulation C1-C2 en hyposignal T1 et T2 avec une érosion de l'odontoïde, sans luxation atloïdo-axoïdienne. Ce processus provoquait un important rétrécissement du canal rachidien avec compression bulbo-médullaire et un hypersignal. Une uncodiscarthrose étagée (C4-C5 ; C5-C6 ; C7-D1) avec rétrécissement canalaire dégénératif sans signe de myélopathie cervicoarthrosique était également mise en évidence. En outre, l'IRM cérébrale ne retrouvait pas de processus évolutif intracrânien. Sur le plan biologique, on retrouvait : CRP <1 mg/L ; facteurs rhumatoïdes faiblement positifs (20 UI/mL) ; Ac anti CCP négatif (<3 U/mL) ; Calcémie corrigée normale. La radiographie des mains ne montrait pas de signes de polyarthrite rhumatoïde mais des images typiques de CCA. Le diagnostic retenu a été celui de pannus

en regard du ligament transverse responsable d'une sténose avec compression de la jonction bulbo-médullaire, sans argument pour une polyarthrite rhumatoïde. Il n'y avait aucune traduction clinique. **Conclusion :** Il s'agissait d'une très probable CCA asymptomatique de la charnière cervico-occipitale, sans confirmation histologique en l'absence de chirurgie réalisée chez une patiente de 88 ans. La CCA peut concerner le ligament transverse C1-C2 ou d'autres tissus proches du canal médullaire et être à l'origine d'une compression médullaire. Elle peut également progressivement aboutir à une destruction vertébrale, à un spondylolisthésis ou encore à une érosion odontoïdienne.

A-18-52

Statut nutritionnel : impact sur la récupération après un AVC
E. Michel (1) ; N. Champigny (2) ; C. Arlaud (1) ; D. Li Vigni (3) ; O. Guérin (4) ; G. Sacco (5)

(1) *Court séjour gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice*; (2) *Court séjour gériatrique, C.H. d'Antibes Juan-les-Pins, Antibes*; (3) *Court séjour gériatrique, C.H.U de Nice, Nice*; (4) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice*; (5) *Ssr-post avc mossasud, Hopital de Cimiez, Nice*

Introduction : Contexte : l'AVC est la première cause de handicap, la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité(1) en France. Son incidence augmente avec l'âge. Les troubles de la déglutition secondaire à l'AVC peuvent entraîner rapidement une dénutrition. Les conséquences de la dénutrition chez la personne âgée sont bien connues(2) (infection, perte d'autonomie, etc.). **Objectifs :** Identifier les facteurs influençant la récupération fonctionnelle (selon l'index de Barthel) après un AVC chez les personnes âgées hospitalisées en soins de suites et réadaptation post AVC. **Méthodes :** Etude de cohorte rétrospective descriptive observationnelle monocentrique menée au sein du service de SSR post AVC du CHU Nice du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2017. Durant cette période 399 patients ont été hospitalisés dans cette unité. Nous avons exclu 111 patients (hospitalisation pour autre motif ou plusieurs séjours concernant le même AVC). Nous avons recueillis les données sur 288 patients et les avons classés en deux groupes selon leur récupération fonctionnelle (progression versus stagnation et régression) durant l'hospitalisation. Au total, les données de 145 patients ont été analysées (exclusion des patients présentant des données manquantes sur l'index de Barthel et le statut nutritionnel ne répondant pas aux recommandations HAS 2007). La récupération fonctionnelle a été définie en utilisant le delta de l'index de Barthel (Barthel de sortie – Barthel d'entrée). Les données quantitatives ont été comparées à l'aide du test t de Student et les données qualitatives ont été comparées à l'aide de test de Chi2. **Résultats :** Le groupe ayant montré une évolution de l'index de Barthel représentait 70% des patients contre 30% des patients qui ont stagné ou régressé. Dans cette étude il y avait 51% de femme. 81% des AVC étaient de type ischémique. 51% des patients sont passés à l'UNV dès les premières heures de leur AVC, avec 8% de thrombolyse et 3% de thrombectomie. Concernant le statut nutritionnel, 79% des patients étaient dénutri à l'entrée dans le service (46% dénutrition modérée, 33% dénutrition sévère). A la sortie, 81% étaient dénutris (61% dénutrition modérée, 20% dénutrition sévère). Ainsi, 80% des patients ont présentés une progression ou stagnation de leur statut nutritionnel et 20% ont aggravé leur statut. L'âge moyen des patients était de 81,1 ± 6,6 ans. Sur les 145 patients analysés, 102 ont progressés selon l'index de Barthel, 43 sont restés stable ou ont régressés. L'index de Barthel d'entrée moyen était de 39 ± 31. L'index de Barthel de sortie moyen était de 59 ± 30. Le

délai moyen entre l'AVC est l'entrée dans le service de rééducation était de $16,5 \pm 17$ jours. Dans cette étude, l'âge, le type d'AVC et les comorbidités des patients n'avaient pas d'influence sur la récupération fonctionnelle. Les patients dont le statut fonctionnel a progressé étaient ceux qui avaient le mieux évolués sur le plan nutritionnel ($p=0,014$). De plus, il existait une tendance concernant l'évolution de l'albumine. **Conclusion** : Cette étude a montré que le statut nutritionnel a un impact sur la récupération après un AVC. La dénutrition est un facteur de mauvaise récupération. On peut émettre l'hypothèse qu'il faille être proactif sur le plan nutritionnel dès les premiers jours du post AVC afin de limiter la dégradation du statut nutritionnel et son impact sur la récupération fonctionnelle. (1) Haute Autorité de Santé - Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). 2009, (2) Haute Autorité de Santé - Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. 2007

A-03-53

Hyperostose Frontale Interne, Explications de troubles neuro-cognitifs compliqués de troubles comportementaux

H. Catimel (1) ; G. Gracieux (1) ; M. Camu (2) ; M. Jager (1)
(1) *Court séjour gériatrique, CH Melun, Melun*; (2) *Neurologie, CH Melun, Melun*

Introduction : Lors de maladie démentielle, il n'est pas toujours évident de mettre en avant une étiologie. L'examen clinique, les tests neuro-cognitifs, l'évolution de la maladie et les imageries cérébrales peuvent nous aider. **Méthodes** : Nous reportons le cas de Mme C, 92 ans vit au domicile où elle est autonome pour les gestes de la vie quotidienne mais non instrumentaux. Parmi ses antécédents, nous notons des troubles dysexécutifs connus depuis 1 an ainsi qu'une hypertension artérielle. Hospitalisée pour un malaise, elle présente des mouvements anormaux des quatre membres atypiques. Ils sont irréguliers, brutaux, choréiques et résolutifs spontanément. Il n'y a pas de dysgraphie, pas de syndrome extra-pyramidal. Il existe des hallucinations visuelles. **Résultats** : Au vu de ces différentes informations, nous avons éliminé les hypothèses diagnostiques les plus probables (une origine métabolique, un accident cérébral ischémique, une crise d'épilepsie) grâce aux examens para-cliniques. La biologie sanguine était sans particularité, l'électro-encéphalogramme montrait un rythme de fond de veille calme, l'imagerie par résonance magnétique ne notait pas d'accident vasculaire cérébrale. Le bilan neuro-psychologique mettait en évidence des troubles cognitifs avec au premier plan un syndrome dysexécutif massif associé à un trouble attentionnel et des troubles des fonctions instrumentales. A l'imagerie cérébrale, une hyperostose frontale interne a été constaté, nous faisant conclure à une hyperostose frontale interne compliquée d'une décompensation psychogène. Le réarrangement neurogène lié à l'atrophie du cortex frontal suite à l'hyperostose frontale interne explique les troubles dysexécutifs. L'ensemble du réarrangement et des troubles dysexécutifs peut entraîner une conversion psychiatrique. Les hallucinations visuelles peuvent provenir de l'atteinte frontale. L'absence de ressources psychologiques et cognitives lié à cette atteinte frontale empêche notre patiente d'avoir un comportement adapté. **Conclusion** : Souvent de découverte fortuite, cette hyperostose frontale appelée Syndrome de Morgani-Stewart-Morel peut expliquer des troubles neuro-cognitifs, un syndrome frontal, des crises d'épilepsie ou des manifestations psychiatriques. Le diagnostic repose sur l'imagerie cérébrale. Ce syndrome est lié

à une altération du rapport androgène-oestrogène. Les hormones sexuelles comme la stimulation oestrogénique pourraient jouer un jeu dans l'ostéogénèse de l'os frontal. Il est également décrit que certaines endocrinopathies ainsi que des altérations métaboliques comme l'acromégalie associée à l'hyperprolactinémie, le diabète ou l'hyper sécrétion de Leptin peuvent participer à son origine.

A-14-54

Les variations de pression artérielle à l'orthostatisme : prévalence et association avec les syndromes gériatriques

M. Bordage (1) ; A. Michel (1) ; F. Roca (2)
(1) *Médecine interne gériatrique, C.H.U de Rouen, Rouen*; (2) *Service de médecine interne gériatrique, Chu De Rouen, Rouen*

Introduction : Les variations de pression artérielle à l'orthostatisme sont fréquentes chez le sujet âgé. La prévalence et la morbi-mortalité de l'hypotension orthostatique (hypoTO) sont connues, alors que celles de l'hypertension orthostatique (HTO) sont moins étudiées. Les conséquences gériatriques de ces variations de pression à l'orthostatisme sont également peu étudiées. L'objectif de notre étude était d'évaluer la prévalence de l'hypoTO et de l'HTO, ainsi que leurs associations avec les syndromes gériatriques. **Méthodes** : Les patients inclus ont bénéficié d'une évaluation gériatrique au sein de l'hôpital de jour de gériatrie du CHU de Rouen. L'HTO était définie par une augmentation de pression artérielle systolique (PAS) d'au moins 20mmHg après 1 et/ou 3 minutes en position debout par rapport à la position allongée, et l'hypoTO par une baisse d'au moins 20mmHg de PAS et/ou 10mmHg de pression artérielle diastolique après 1 et/ou 3 minutes en position debout. **Résultats** : Sur les 296 patients inclus, 61 patients présentaient une HTO (20,6 %) et 62 une hypoTO (20,9 %). L'HTO était associée à un score de MMSE sévère (OR = 2,14 [1,05 – 4,37] ; $p<0,05$). L'hypoTO était associée à un score au rappel immédiat plus faible ($p=0,01$), aux chutes (OR = 1,55 [1,02 – 2,36] ; $p<0,05$), à la faiblesse musculaire (OR = 2,26 [1,17 – 4,35] ; $p<0,05$) et à la dépression (OR = 1,77 [1,15 – 2,72] ; $p<0,05$). Aucune différence n'était retrouvée concernant la dépendance, l'existence ou le type de troubles neurocognitifs majeurs. **Conclusion** : Notre travail confirme que l'hypoTO et l'HTO sont fréquentes chez les sujets âgés et sont associées à des syndromes gériatriques spécifiques. D'autres études sont nécessaires pour évaluer l'impact des variations de pression artérielle à l'orthostatisme sur l'évolution des syndromes gériatriques.

A-13-55

Guide du "bien pratiquer" en Ehpad

E. Sury (1) ; Commission Personnes Agées URPS ML N-A
(1) *URPS ML Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux*

Introduction : Ce guide a été élaboré par l'URPS ML N-A, avec la FFAMCO. **Méthodes** : Un questionnaire a été adressé aux directeurs d'ehpad et aux médecins coordonnateurs. **Résultats** : Principes de coordination pour l'efficacité des soins en Ehpad: Afin d'assurer le meilleur soin aux patients, pour être la plus efficace possible, l'intervention des médecins libéraux doit être facilitée et coordonnée. L'intervention des libéraux au sein des Ehpad est essentielle pour garantir aux personnes âgées le libre-choix de leur médecin traitant (MT) et continuer d'assurer des soins dans une confiance déjà établie. De par la connaissance de longue date de leurs patients et de leur environnement, les MT représentent un maillon essentiel dans le suivi. L'entrée en Ehpad n'est pas toujours

conditionnée à l'état de santé mais également à la défaillance de l'environnement social du patient. Les MT, habitués à suivre des cas complexes à domicile apprécient, en Ehpad, l'aide apportée par la « forte » présence d'une équipe soignante pluridisciplinaire. C'est pour toutes ces raisons qu'il a paru indispensable à la Commission "Personnes âgées" de l'URPS ML-NA de proposer un guide de bonnes pratiques destinées à améliorer la communication et la coordination entre les différents professionnels autour du patient. Les principes qui suivent ont pour but d'optimiser l'intervention des MT en partenariat avec les équipes de soins des établissements, chacun gardant ses prérogatives. I. L'amélioration de la communication et de la coordination entre médecins traitants, médecins coordonnateurs et équipes soignantes: Les MT et l'équipe soignante devraient pouvoir convenir d'échanges réguliers sur l'état de santé de leurs patients. Les commissions de coordination gériatriques (l'arrêté du 5/09/2011) offrent un temps d'échange entre équipes soignantes et intervenants extérieurs. Elles sont peu fréquentées par les MT. Pour améliorer cela il suffirait de proposer plusieurs dates, de consulter en amont le maximum de MT intervenant dans l'Ehpad. Pour optimiser cette coordination au-delà des temps de rencontres, l'utilisation facile et facilitée du logiciel de soins de l'établissement permet l'accès aux informations suivantes : transmissions de l'équipe soignante, observation du MT, consignes, ordonnances... Ce logiciel serait, idéalement, interfacé avec le logiciel métier du MT afin de faciliter la transmission mutuelle de données et en particulier des prescriptions. Un nombre suffisant de postes informatiques doit être mis à disposition au sein des Ehpad afin que plusieurs professionnels de santé puissent utiliser le logiciel de façon simultanée. Les MT devraient pouvoir trouver une personne ressource à l'utilisation de ces logiciels. Il est également nécessaire de permettre aux MT de pouvoir choisir leurs propres codes d'accès. De même, ces logiciels devraient être prévus pour que les MT puissent intervenir à distance via leur ordinateur du cabinet ou un smartphone. II. L'optimisation du temps que le médecin traitant passe avec son patient : Il relève du personnel de l'Ehpad de faire de son mieux pour que le patient soit disponible lors du passage du MT et de s'assurer que le patient très dépendant soit en chambre à ce moment là afin de faciliter l'examen. Pour cela, il est indispensable que le MT ait prévu en amont du créneau horaire de son passage. La présence d'une infirmière ou d'une aide-soignante lors de l'examen est souhaitable afin de faciliter la consultation du patient. L'ensemble des documents relatifs au patient (dossier, carte vitale...) doivent être accessibles et à disposition du médecin traitant. III. Fonctionnement de l'Ehpad et intervention des médecins libéraux : L'accès de l'Ehpad doit être facilité pour le MT. En effet, on lui demande de se rappeler pour chaque établissement des codes d'ouverture du portail, des unités fermées, des salles de soins, des étages, de la pharmacie, du logiciel et tout cela après avoir trouvé une place de parking... Sauf urgence, les passages des MT doivent être adaptés aux horaires des pensionnaires. Ils doivent donc éviter les repas, de même que les horaires trop matinaux ou trop tardifs afin de pouvoir mieux communiquer avec l'équipe soignante. Pour prévenir les accidents iatrogéniques, les MT devraient tenir compte des bonnes pratiques et des protocoles de soins de l'établissement et suivre le livret thérapeutique. Pour une meilleure organisation il est souhaitable de privilégier les prescriptions anticipées et ordonnances renouvelables. L'avis du MT peut être utile pour construire le projet de vie du patient. Tout médecin libéral qui accepte d'être le MT d'un patient en EHPAD s'engage à être disponible. **Conclusion :** Il traduit la volonté de poursuivre la participation et la coopération des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en

EHPAD.

A-13-56

L'unité de Gériatrie Aiguë Post - Unité Soins Intensifs Neuro-Vasculaire (GAP-USINV) dans le parcours de soins de l'AVC du sujet âgé à la phase aiguë: projet médical partagé entre l'USINV du CHSF et l'HPGM

O. Lainé (1) ; F. Dinh (2) ; K. Chikhchateau (3) ; D. Smadja (4); L. Luquel (5)

(1) *Gériatrie aigue post- usinv, Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias, Ballainvilliers;* (2) *Gériatrie aigue post- usinv, Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias, Ballainvilliers;* (3) *Nerologie, C.H. Sud Francilien, Corbeil-Essonnes;* (4) *Neurologie, C.H. Sud Francilien, Corbeil-Essonnes;* (5) *Gériatrie, Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias, Ballainvilliers*

Introduction : Dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées, l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France encourage le développement de parcours de soins spécifiques de la personne âgée en soutenant l'organisation d'une filière neuro-vasculaire individualisée pour faciliter l'admission des patients âgés victimes d'un AVC en UNV, en particulier dans son secteur USINV. A cette fin, une collaboration entre neurologues et gériatres est fondamentale pour répondre au plan d'actions « Accidents vasculaires 2010-2014 » visant une réduction de la mortalité et de la morbidité. La prise en charge de l'AVC à la phase aiguë en UNV a une efficacité démontrée quel que soit l'âge du patient ; la part des 85 ans et plus victimes d'AVC est actuellement de 25%. Pour répondre à cet enjeu de santé publique, les équipes de l'HPGM et de l'USINV du CHSF ont souhaité développer un partenariat innovant. La structure nouvelle créée à l'HPGM, intitulée Gériatrie Aiguë Post- USINV (GAP-USINV) d'une capacité de 10 lits, prend sa place en aval de l'USINV du CHSF. L'originalité du dispositif proposé tient en la présence d'une compétence neurologique au sein de la GAP-USINV; ce qui permet une continuité optimale du suivi neurologique après le transfert précoce (J3-4) du patient du CHSF à l'HPGM. La prise en charge en GAP-USINV consiste en une double expertise médicale : gériatrique et neurologique associée à des paramédicaux formés à l'AVC et à une rééducation systématique dès l'admission. La sortie des patients du GAP-USINV est assurée par des SSR neurologiques ou gériatriques du territoire et anticipée par des demandes d'admission Via Trajectoire SSR initialisées dès l'admission en USINV. **Méthodes:** Analyse rétrospective des dossiers des patients adressés en GAP-USINV, deux mois après l'ouverture de cette unité. **Résultats :** Depuis l'ouverture en mars 2018, 39 patients ont été adressés à l'unité dont 79% par USINV-CHSF. L'âge moyen est de 85,7 ans avec 72% de femmes. Les motifs principaux d'hospitalisation sont l'AVC ischémique aigu à 82% et l'AVC hémorragique (hématome) à 13%. 53% patients admis pour AVC ischémique, ont bénéficié d'un geste de revascularisation. : thrombolyse à 44% (dont 14% de télé-thrombolyse), 3% la thrombectomie et 6% de thrombolyse plus thrombectomie. Le lieu de résidence des patients est principalement l'Essonne (60%) et la Seine-et-Marne (26%). 54% ont été muté en SSR gériatrique aval GAP-USINV après la sortie de GAP-USINV et un tiers (27%) est retourné directement à son domicile. A l'issue du séjour en SSR gériatrique aval GAP-USINV: 57% rentrés au domicile privé (36%) ou EHPAD (21%). 21% ont été transférés en SSR neurologique. La DMS en GAP-USINV est de 8,6 jours. **Conclusion :** Cette nouvelle filière, avec l'individualisation d'une GAP-USINV à l'HPGM en aval de l'USINV du CHSF,

répond aux enjeux suivants: • Adapter l'offre de soins à la prise en charge spécifique des patients âgés ayant présenté un AVC; • Augmenter le recours à la thrombolyse et à la thrombectomie chez les octogénaires et plus victimes d'AVC; • Améliorer et fluidifier, au sein de la filière AVC du sud-francilien, les liens fonctionnels entre urgences, USINV et UGA/SSR gériatrique; • Démontrer que l'AVC chez le sujet âgé n'est pas synonyme de « bloqueur de lit », de soins palliatifs ou d'institutionnalisation; • Proposer une rééducation active pour le patient âgé dès que celle-ci est source possible d'un bénéfice.

A-04-57

Fin de vie à domicile en France : analyse multifactorielle des difficultés de mise en place rencontrées, en contradiction avec une demande croissante des patients

J. Chopart (1) ; C. Sitbon (1) ; V. Fossey Diaz (2)

(1) *Soins palliatifs, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris*; (2) *gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris*

Introduction : Contexte: Avec l'augmentation des pathologies chroniques et des prises en charge palliatives, de plus en plus de patients émettent le souhait de rester à domicile. D'après les recommandations de juin 2016 de la Haute Autorité de Santé (HAS) portant sur l'amélioration de la sortie de l'hôpital des patients adultes relevant de soins palliatifs, 80% des patients souhaitaient finir leur vie chez eux. En 2010, seuls 27% sont décédés à domicile en France. Bien souvent, même les malades soignés chez eux finissent par être (ré)-hospitalisés, par manque d'anticipation ou de disponibilité des équipes, la nuit, le week-end et durant les périodes de congés notamment. **Objectifs:** Mettre en évidence les différents facteurs (matériels, financiers, humains, autres...) qui représentent un frein à une fin de vie à domicile souhaitée par le patient. **Méthodes :** Etude observationnelle descriptive, prospective, menée sur une période de 4 mois dans une USP parisienne disposant de 20 lits d'hospitalisation. Comparaison entre le nombre de patients ayant exprimé le souhait de mourir à domicile - souhait verbalisé au cours de l'hospitalisation en USP ou via la rédaction de directives anticipées - et le nombre de ces patients ayant effectivement pu accéder à ce souhait. Analyse systématique des facteurs (matériels, financiers, humains, autres...) ayant favorisé ou empêché une fin de vie à domicile, le cas échéant. **Résultats :** N/A - Etude en cours. **Discussion:** Il existe de nombreux freins à la mise en place d'une fin de vie à domicile pour des patients en situation palliative : isolement socio-familial du patient, manque de moyens humains, professionnels et financiers, anxiété de la part de l'aidant principal et/ou des proches, aggravation brutale de l'état clinique... **Conclusion:** Il existe actuellement en France une discordance entre le souhait des patients en fin de vie désirant rester à domicile, les recommandations professionnelles et la réalité de terrain.

A-15-58

Association entre psychotropes et colonisation urinaire à entérobactéries productrices de BLSE chez les personnes âgées

R. Bachtarzi (1) ; AS. Boureau (2) ; E. Batard (3) ; E. Mo tassiér (3) ; P. Bémer (4) ; C. Bourrigault (4) ; G. Berrut (5) ; L. De Decker (5) ; G. Chapelet (6)

(1) *MPG Sud, Hôpital Bellier - CHU de Nantes, Nantes*; (2) *Medecine Aiguë Gériatrique, Centre hospitalier universitaire de Nantes, Nantes*; (3) *Service des urgences, C.H.U de Nantes, Nantes*; (4) *Service de bactériologie, C.H.U de Nantes, Nantes*; (5) *Pole de gérontologie clinique, C.H.U de Nantes, Nantes*; (6) *Médecine Aiguë Gériatrique, C.H.U de Nantes, Nantes*

Introduction : L'augmentation des infections causées par entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre élargi (BLSE) est devenu un problème majeur de santé publique à travers le monde. Des études récentes ont démontré que les psychotropes, dont les prescriptions ont augmenté chez les personnes âgées, avaient non seulement une activité bactéricide intrinsèque, mais entraînaient aussi une altération du microbiote intestinal, et pourraient ainsi participer à la dissémination des résistances bactériennes. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'association entre la prescription de psychotropes et la colonisation urinaire à entérobactéries productrices de BLSE. **Méthodes :** Nous avons mené une étude cas-témoin 1:4, rétrospective, au CHU de Nantes, de mars à novembre 2014, pour identifier les facteurs de risque de colonisation urinaire par entérobactéries productrices de BLSE, par des méthodes de régression logistique. **Résultats :** Quatre-vingt quinze patients ont été inclus, dont 19 dans le groupe BLSE et 76 dans le groupe non-BLSE, appariés sur l'âge et le sexe. Trente-sept patients (38,9%) étaient traités par des psychotropes, dont 10 patients (52,6%) dans le groupe BLSE et 27 (35,5%) dans le groupe non-BLSE. La moyenne (SD) d'âge était de 71,2 (23,1) ans, 17 patients (17,9%) résidaient en EHPAD et 28 patients (29,5%) souffraient de troubles cognitifs. Les patients du groupe BLSE étaient plus souvent traités par psychotropes, mais cette association n'était pas significative (52.6 vs. 35.5%, p = 0.176). En analyse multivariée, les 2 facteurs suivants étaient associés à une colonisation urinaire par entérobactérie productrice de BLSE: antibiothérapie récente dans les 6 derniers mois (OR = 7.12; p = 0.035) et antécédent de colonisation à entérobactérie productrice de BLSE (OR = 4.87; p = 0.037). **Conclusion :** Nous n'avons pas retrouvé d'association statistiquement significative entre la prescription de psychotropes et le risque de colonisation urinaire à BLSE. Nos résultats confirment que l'exposition à une antibiothérapie récente et une colonisation antérieure à entérobactérie productrice de BLSE sont toujours des facteurs de risque importants de colonisation urinaire à entérobactérie productrice de BLSE chez les personnes âgées. Des études sont nécessaires pour explorer cette relation intrigante entre psychotropes et colonisation urinaire à entérobactéries productrices de BLSE.

A-06-59

L'éthique, une solution à la violence faite au résident par les proches

S. Meyer (1) ; G. Durel (2)

(1) *Geriatric, MCOOR, Limoges*; (2) *Soins, EHPAD, Saint-Domineuc*

Introduction : Les fiches d'évènement indésirables recensées dans les EHPAD mettent en lumière parfois des actions «

maltraitantes » de la part des proches ou des familles vis-à-vis des personnes dépendantes. Il est vrai que pour certains parent, l'entrée en institution est vécue comme un échec de la promesse faite aux aînés de « les garder jusqu'au bout à la maison ». Cette mise en échec peut induire des comportements déviant vis à vis des équipes ou vis-à-vis de la personne âgée elle-même. Pour ce qui est des équipes, les formations régulières dispensées par le médecin coordonnateur doivent permettre de garder une attitude professionnelles vis-à-vis de ces agressions. Pour ce qui est des résidents, les équipes doivent adopter une attitude éthique afin de répondre de la façon la plus appropriées pour le résident d'abord et pour la famille également. Il est cependant des cas extrêmes où le recours au comité d'éthique d'établissement s'avère indispensable pour trouver une solution adaptée et bienveillante. **Méthodes :** Le recensement sur plus de 100 fiches d'évènements indésirables a relevé les situations suivantes qui nécessitaient cette démarche : 1. Les attitudes dangereuses pour la santé. L'exemple le plus commun et l'apport d'aliments inadaptés au résident présentant des risques importants de fausse route. 2. Les maltraitances financières où certains proches de passage ne manquent pas d'utiliser la faiblesse du résident pour obtenir des subsides indus; 3. Des contraintes sexuelles qui s'exercent le plus souvent de la part du conjoint chez une résidente démente dont l'acceptabilité de la pratique exigée ne peut être vécue autrement que comme une agression. **Résultats :** Le comité d'éthique d'établissement sous la responsabilité du directeur de l'établissement. Il regroupe le médecin coordonnateur, le psychologue, l'IDEC, le référent qualité et tout personnel ayant fait la demande de participation régulière à cette instance. Chaque cas est traité en équipe et la solution retenue est suivie par le référent qualité et évaluée sur le court terme et le moyen terme. **Conclusion :** Cette méthode pluridisciplinaire a permis d'aplanir la majorité des crises et permis une démarche bienveillante de tout le personnel soignant. Parfois l'aide du représentant du C.V.S. a été requise pour permettre une meilleure écoute et adhésion du proche à la démarche proposée.

A-07-60

Analyse à l'aide du FORTA des prescriptions médicamenteuses au sein d'un établissement pour personne âgée dépendante

L. Marti (1) ; P.Y. Paré (2) ; Z. Chiche (3)

(1) *ehpad, hopital yves le foll, Saint-Brieuc*; (2) *Medecine polyvalente, C.H. Bretagne Atlantique, Vannes*; (3) *Medecine gériatrique, hopital yves le foll, Saint-Brieuc*

Introduction : La population âgée de plus de 75 ans, souvent polypathologique et polymédiquée, est fortement à risque de iatrogénie. Un nouvel outil d'aide à la prescription, le FORTA (Fit for The Aged), classe par pathologie et en 4 catégories [A (indispensable), B (médicament ayant prouvé son efficacité mais avec une limite), C (médicament douteux), D (à éviter)] les médicaments les plus utilisés en gériatrie. L'objectif de notre étude est d'analyser, à l'aide du FORTA, la pertinence des prescriptions médicamenteuses dans un Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD) et d'évaluer cet outil dans ce type de structure. **Méthodes :** Nous avons analysé de façon rétrospective les ordonnances de 100 patients tirés au hasard au sein d'un EHPAD médicalisé, en notant pour 17 pathologies la présence ou l'absence des médicaments indispensables (A) et contre-indiqués (D). **Résultats :** Il existe une bonne connaissance par les médecins

de l'EHPAD des molécules contre-indiquées (D) qui sont très peu prescrites dans les différentes pathologies étudiées en dehors du zopiclone (23 patients sur 36) pour les troubles du sommeil chez les patients déments. La prescription des médicaments indispensables (A) est insuffisante dans les maladies cardiovasculaires et dans l'ostéoporose. Aucun patient sur 12 n'a la totalité des traitements recommandés dans les suites d'un syndrome coronarien aigu et seulement 2 patients sur 12 ont les 2 molécules classés (A) pour le traitement de l'insuffisance cardiaque. Cela s'explique par un faible recours aux cardiologues. L'ostéoporose est sous diagnostiquée (23 patients) et insuffisamment traitée : seulement 10 ont une prescription de vitamine D et 2 un biphosphonate. Le FORTA s'est révélé être d'utilisation simple et rapide notamment par sa présentation visuelle en tableau. Cet outil est également pertinent car il pondère, pour certains médicaments, les recommandations de prescriptions (A, B, C, D) en fonction des comorbidités ou de l'âge du patient. **Conclusion :** Le FORTA permet d'améliorer les prescriptions médicamenteuses (en diminuant les médicaments inappropriés et augmentant les molécules indispensables) lors de l'admission d'un patient en EHPAD, lors de l'introduction d'un nouveau traitement ou lors de la réévaluation systématique des ordonnances. La diffusion de cet outil dans les EHPAD et aux médecins libéraux soignants des personnes âgées au domicile peut aider à diminuer la iatrogénie.

A-26-61

Diagnostic d'un CREST syndrome à 85 ans

C. Vaquier Reberac (1) ; A. Canon (1) ; D. Casciari (1) ; L. Aubert (2) ; L. Teillet (1)

(1) *UGA, Hôpital Ambroise-Paré (AP-HP), Boulogne-Billancourt*; (2) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*

Introduction : Le CREST syndrome est une sclérose systémique cutanée limitée, diagnostiquée essentiellement chez la femme, dont les premiers signes débutent généralement entre 40 et 50 ans. La prévalence est rare et est d'environ 1/12 500 adultes. Sa physiopathologie est complexe, mais il existe une activation des cellules endothéliales et une réponse immunitaire à l'origine d'une hyperactivité des fibroblastes qui produisent en quantité excessive du collagène et les autres éléments de la matrice extra cellulaire (élastine, fibronectine...). **Méthodes :** Mme C., âgée de 85 ans, est initialement adressée dans notre service pour un bilan d'anémie microcytaire arénergétique. Elle vit seule à son domicile et conserve une bonne autonomie fonctionnelle malgré de nombreuses douleurs dans le cadre de sa spondylarthrite ankylosante HLA B27 négative (mais IRM compatible). On note également un ulcère gastro intestinal secondaire à la prise d'AINS, un reflux gastro oesophagien, et une gastrite lymphocytaire *Helicobacter pylori* négatif. Enfin, elle a une fibrillation auriculaire non anticoagulée, une ostéoporose, une primo infection tuberculeuse en 1950, et un mal de Pott diagnostiqué sur une discite, qui a posteriori était le premier symptôme de sa SPA, pour lequel elle a bénéficié d'une greffe osseuse de L2 à S1. L'examen clinique retient rapidement notre attention, en raison d'un érythème péri orbitaire extensif depuis plusieurs années, des télangiectasies des membres et du tronc, un syndrome de Raynaud, des arthralgies diffuses sans arthrite. Elle se plaint également d'un syndrome sec oculaire et buccal. D'un point de vue neurologique, nous constatons un syndrome cérébelleux et un syndrome pyramidal. **Résultats :** L'histologie cutanée retrouve des télangiectasies du derme papillaire. Le syndrome sec oculaire est confirmé par le test de Schirmer. Nous n'avons pas retenu

d'indication à réaliser une biopsie des glandes salivaires. La biologie ne retrouve que des FAN positifs et des ANCA atypiques. Le scanner thoracique, ne retrouve pas de fibrose pulmonaire. De plus, elle n'a pas d'hypertension artérielle pulmonaire à l'échographie trans-thoracique. Face à l'association du syndrome de Raynaud, des téléangiectasies, les minimes sclérodactylies, et la présence de FAN, le diagnostic de CREST syndrome est posé. Conclusion : Nous n'avons pas débuté de thérapeutique particulière, car la patiente n'a pas de fibrose pulmonaire. Elle bénéficie déjà d'un traitement par Isoptine pour son syndrome de Raynaud.

A-04-62

Mise en place d'une procédure informatique de limitation et arrêt des thérapeutiques actives intra-hospitalière

N. Thellier (1) ; H. Duga (1) ; A. Grimbert (2) ; R. Chiquet (3) ; T. Vanderlinden (4) ; C. Charani (5) ; E. Bartaire (6) ; V. Colas (7) ; P. Robinet (8)

(1) Urgences, Hôpital St Vincent De Paul, Lille; (2) Geriatrie, Hôpital St Vincent De Paul, Lille; (3) Soins palliatifs, Hôpital St Vincent De Paul, Lille; (4) Réanimation, Hôpital Saint-Philibert, Lomme Cedex; (5) Hospitalisation à domicile, Hôpital Saint-Philibert, Lomme Cedex; (6) OrL, Hôpital St Vincent De Paul, Lille; (7) Anesthésie, Hôpital Saint-Philibert, Lomme Cedex; (8) Court Séjour Gériatrique, Hôpital Saint-Philibert, Lomme Cedex

Introduction : La décision de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives pour un patient est soumise aux critères légaux définis par la loi Léonetti du 22 avril 2005 et repris par la loi Leonetti-Clayes du 2 février 2016. L'ensemble des éléments constituant cette loi (collégialité, prise en considération des directives anticipées/ personne de confiance, information) ne semble pas être suffisamment connu de la population générale mais aussi de la communauté médicale. Il semblait nécessaire au sein de notre groupement hospitalier de proposer un outil d'aide à la mise en place d'une telle procédure, destiné aux praticiens et adapté au format informatique utilisé dans les services. **Méthodes :** Un premier groupe de travail composé d'urgentistes et de gériatres définissait une première version d'un outil d'aide à la mise en place de limitations et arrêts des thérapeutiques actives. Un deuxième groupe pluri-disciplinaire (soins palliatifs, gériatrie, anesthésie, urgences, réanimation, éthicien, juriste) révisait le document afin de l'adapter au mieux aux pratiques et au logiciel informatique de la structure. **Résultats :** La version finale du document a été présentée et validée en Comité Médical d'Etablissement, amenant la mise en place d'un outil informatique d'aide à la mise en place de limitation et arrêt des thérapeutiques actives destiné aux médecins, intégré au dossier patient informatisé. **Conclusion :** Cet outil réalisé par des médecins de spécialités diverses, un éthicien et un juriste a pu être intégré au logiciel informatique de la structure afin d'aider les médecins dans la prise de décision de limitation et arrêt des thérapeutiques actives.

A-02-63

Une hémorragie pas seulement post traumatique

L. Sharifian (1) ; K. Amari (2) ; A. Buu Sao (2) ; S. Tine (3) ; F. Pamoukdjian (4) ; G. Sebbane (4)

(1) Gériatrie, aphp, Bobigny; (2) Gériatrie, Hôpital Avicenne (AP-HP), Bobigny; (3) Gériatrie, Hôpital Avicenne (AP-HP), Rue de Stalingrad, Bobigny, France, Bobigny; (4) Médecine gériatrique, Hôpital Avicenne, Bobigny

Introduction : L'hémophilie A acquise (HAA) est une maladie auto-immune secondaire à des auto-anticorps dirigés contre le facteur VIII de la coagulation [1]; [2]; [3]; [4]; [5]. Son incidence augmente avec l'âge, l'âge moyen de survenue est de 60 à 67 ans. L'incidence annuelle chez l'enfant est extrêmement faible (0,045 par million) [7]. Chez l'adulte il existe deux pics de fréquence : un chez la femme jeune où l'hémophilie acquise survient dans le post-partum et l'autre chez le sujet après 60 ans, aussi bien chez l'homme que chez la femme. Contrairement à l'hémophilie héréditaire qui ne touche que le garçon et s'exprime souvent dès la petite enfance, l'hémophilie acquise survient le plus souvent chez le sujet âgé et touche autant les femmes que les hommes. La mortalité est d'environ 10 % dans la période du post-partum [6] ; [8] alors qu'elle est décrite entre 15 et 20 % chez les sujets plus âgés. La mortalité hémorragique représente 3 % dans le registre EACH2 et de 3,3 % dans l'étude française SACHA, avec une mortalité totale est de plus de 30 % notamment du fait du terrain ou des complications infectieuses [9] ; [10]. **Méthodes :** Nous rapportons un cas d'haemophilie acquise chez un sujet âgé en péri opératoire dont le diagnostic a été fait tardivement. La patiente âgée de 85 ans est conduite aux urgences pour syndrome confusionnel survenue le lendemain d'une chute. Elle a des antécédents de troubles cognitifs MMSE 18/30 en 2016, HTA, Troubles de la marche évoluant depuis quelques mois, Cancer du sein droit traité, Syndrome anxio-dépressif. Aux urgences, elle arrive avec un tableau d'état de choc hémorragique et des hématomes multiples (cuisse gauche et de l'avant bras droit). La biologie révèle une insuffisance rénale à 198 μ M de créatinine, K+ 4.6mM, une anémie à 6g/dL, Plaquettes 182G/L, PNN 20G/L, TP 82%, TCA 2.34; fibrinogène 2.9g/L. Le scanner cérébro thoraco abdomino pelvien montre des hématomes multiples. Elle sera aussitôt traitée par expansion volémique et transfusion de 4 CGR, 2 CPA, 4 PFC puis transférée en réanimation. Dans le service de réanimation, le choc hémorragique est attribué à l'hématome de cuisse gauche (saignement actif d'une artère fémorale superficielle) et à un hématome de l'avant bras droit avec saignement actif artériel. Son état hémodynamique sera stabilisé, transfusée de 7 CGR, 4 PFC, 2 CPA. Administration d'un gramme d'EXACYL. Administration de gluconate de calcium. Il a été conclu à une coagulopathie de consommation. Devant le saignement actif d'une artère fémorale superficielle, une artério-embolisation a été effectuée. La patiente est opérée 3 jours après son arrivée pour sa fracture pertrochantérienne droite déplacée par ostéosynthèse par clou gamma. A J1 post opératoire, survient une déglobulisation massive avec nécessité de transfusion de 4 CG. On observe un allongement du TCA, une extension et l'apparition de plusieurs hématomes aux deux cuisses, des fesses et des deux jambes et en région lombaire. Le scanner injecté confirme l'évolution et met en évidence l'apparition de plusieurs hématomes avec saignements actifs visibles dès le temps artériel et se majorant au temps portal. Le bilan d'hémostase met en évidence un allongement du TCA avec un TP normal. Une hémophilie acquise est alors suspectée. En attendant les résultats du bilan biologique confirmant le diagnostic

la patiente est aussitôt transférée dans le service de médecine interne pour débiter le traitement rapidement sans attendre les résultats. En médecine interne, un traitement du syndrome hémorragique a associé des corticoïdes du RITUXIMAB et un support transfusionnel comportant du NOVOSEVEN 4000 UI/3h qui fut inefficace, puis du FEIBA 8000 UI * 3/ j. Le bilan étiologique est resté négatif. La patiente est transférée dans le service de SSR au bout de 45 jours où elle décède. **Résultats :** Si des rémissions spontanées sont possibles le plus souvent, l'évolution sans traitement est émaillée de manifestations hémorragiques successives plus ou moins sévères dont certaines peuvent induire des séquelles ou conduire au décès. Cependant la mortalité hémorragique est aujourd'hui faible (moins de 5%) du fait de la meilleure connaissance de la maladie, de traitements anti-hémorragiques efficaces et des traitements immuno-suppresseurs. **Conclusion :** L'hémophilie acquise est rare mais le risque hémorragique élevé met en jeu le pronostic vital. Elle est à bien connaître afin d'éviter le retard au diagnostic et à la prise en charge, en particulier chez le sujet âgé en péri-opératoire. Une étiologie pouvant se manifester ultérieurement, une surveillance prolongée est recommandée.

A-02-64

Hospitalisation dans l'année: Marqueur de complications post opératoire de fracture de l'extrémité supérieure du fémur

L. Sharifian (1) ; S. Tine (2) ; K. Amari (3) ; F. Pamoukdjian (4) ; G. Sebbane (4)

(1) *Gériatrie, aph, Bobigny*; (2) *Gériatrie, Hôpital Avicenne (AP-HP), Rue de Stalingrad, Bobigny, France, Bobigny*; (3) *Gériatrie, Hôpital Avicenne (AP-HP), Bobigny*; (4) *Médecine gériatrique, Hôpital Avicenne, Bobigny*

Introduction : Les complications post-opératoires de fracture de l'extrémité supérieur du fémur sont plus fréquentes avec l'avancée en âge, et représentent un risque indéniable en termes de pronostic fonctionnel, voire vital. Plusieurs études ont tenté d'apprécier les facteurs susceptibles d'identifier les patients âgés à risque de complications post opératoires [1 ;2 ;3 ;4 ;5 ;6] : Une force de contraction isométrique faible (11) les troubles de la marche, la dépendance dans les activités de la vie quotidienne, la dénutrition (poids faible) (12, 13), les co-morbidités (7, 8, 9) dont les troubles cognitifs (14) et l'institutionnalisation (7, 9, 10, 14) sont des prédicteurs de mauvaise récupération fonctionnelle, à la marche en particulier, et de décès après FH (12, 13), notamment afin d'aider à la prise de décision en pré-opératoire. **Méthodes :** Etude prospective sur l'année 2017 avec inclusion de tous les patients âgés de plus de 75 ans et hospitalisés en service d'orthopédie (Hôpital Avicenne, Seine Saint Denis). L'âge, la notion d'hospitalisation dans l'année, et la survenue de complications post-opératoires ont été relevées. **Résultats :** 165 patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de 85.3 ans. 70 patients (42%) avaient déjà été hospitalisés dans l'année qui précède. 43 patients (26%) avaient présentés des complications post-opératoires. Le taux de complication était plus important ($p = 0.009$) dans le groupe de patients déjà hospitalisés dans l'année (0.37) que pour le reste des patients (0.18). **Conclusion :** L'hospitalisation dans l'année qui précède la fracture de l'extrémité supérieur du col du fémur semble liée à une survenue plus fréquente de complications en post opératoire chez la personne âgée. Ce facteur devrait être recherché en pré opératoire afin de cibler les patients à risque.

A-06-65

La vulnérabilité au coeur de la relation soignant-soigné

C. Baisset (1) ; S. Moulias (2) ; I. Zundel (3) ; T. Dona (1)

(1) *Service de médecine/ssr/lisp/evc, Centre Hospitalier de Fumel, Fumel*; (2) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (3) *Ssr/med/lisp sp/evc, C.H., Fumel*

Introduction : La personne âgée vulnérable peut être envisagée comme patient exposé à la souffrance au travers de la maladie et du soin. La maladie expose à des douleurs du corps qui se transforment en souffrance envahissant l'existence, réception d'information pas toujours comprises, intrusions des examens, expositions à des décisions à prendre, à l'injonction d'être « autonome » et « éclairé » là où le sens s'obscurcit et où les priorités basculent. Etre exposé à la maladie, à l'altération physique, à la douleur au bouleversement psychique, à l'intrusion du soin signent la condition du malade c'est-à-dire un patient exposé aux agissants que sont les soignants. Les soignants, en retour sont exposés à la souffrance de l'autre, à l'altération dans un lien double, ce que Paul RICOEUR nomme « phénoménologie du soi affecté par l'autre que soi ». La vulnérabilité de l'Autre n'est pas donc unilatérale, elle affecte tour à tour le patient et le soignant. Le propre de la vulnérabilité du soignant est donc d'être exposé à la souffrance. Son action et décision au titre de ses compétences (savoir faire) est empreinte « inconsciemment » de la relation qui le lie au patient. Ainsi exposé à l'altération de l'autre (blessures, déformations, odeurs, douleurs...), à la mort de l'autre (parfois non attendue), exposé au refus d'un soin à venir (incompréhension, impuissance), voir même à l'échec de la relation (patient qui ne souhaite pas que tel soignant s'occupe de lui) le soignant révèle alors en retour sa vulnérabilité. **Méthodes :** Dans les 32 lits qu'abrite l'unité sanitaire de l'hôpital se côtoient des vulnérabilités disparates, des moins fragiles (Médecine et SSR) au plus menacées (5 LISP et 8 lits EPR) associant des soins dits curatifs à des soins continus et d'accompagnement. 30 professionnels de santé (12 IDE et 18 AS) du service ont répondu à une enquête de 10 items menée dans le cadre du mémoire requis par l'enseignement du D.U. « problèmes éthiques liés à la prise en charge du sujet âgé », dont 3 questions portent sur la vulnérabilité. Q1: Pourriez-vous définir ce qu'est pour vous une personne âgée vulnérable? Q2: La vulnérabilité de la personne âgée à laquelle vous êtes confrontée dans votre travail quotidien vous impacte-t-elle? Si oui, comment? Q3: Quelles émotions la rencontre avec ces personnes vulnérables provoque chez vous? Les verbatims ont été analysés et présentés sous forme de cartes heuristiques ou représentations graphiques. **Résultats :** Les verbatim de l'équipe paramédicale cumulent au plan syntaxique beaucoup de négation (ne pas, ne plus) et de noms communs qualifiant la privation : pertes, déficiences, incapacités... Pourtant l'arborescence de la carte mentale montre une vision complète « de ce qu'est » et non « n'est plus ou n'est pas » la personne âgée vulnérable. Les soignants s'accordent à dire que cette rencontre avec la personne vulnérable a un impact fort sur leur travail quotidien. La mesure de cet impact est scorée à 100% chez les IDE versus 73% chez les AS. Les soignants qui ont répondu par la négative sur cette question affichent des mécanismes de défenses de type distanciation pour expliquer leurs réponses. L'analyse des manifestations de cet impact s'organise autour de 5 axes majeurs portant sur les volets émotionnel, Ethique, Physique, Psychologique et sur le Travail. Le volet éthique revêt un intérêt majeur puisqu'il pose un questionnement de la part de l'équipe paramédicale, répondant ainsi au principe de bienfaisance, tant sur la réflexion portant sur leur travail, la réalisation du soin, et

les droits sous-jacents aux personnes soignées. Concernant les émotions, un élan émotionnel que je qualifierais de naturel et bienveillant, une compréhension intuitive d'autrui sous le signe de l'empathie, de protection naturelle vis-à-vis du plus vulnérable et d'un mouvement réflexif sur soi (contre transfert positif) s'exerce. Cependant les émotions de chacun face à cette rencontre s'expriment singulièrement et majoritairement de manière négative. 64% de soignants déclarent ressentir de la tristesse, de la peine, de la colère, de l'anxiété, voir même des pleurs. **Conclusion :** Si la vulnérabilité du soignant est souvent subjectivée, elle est largement explicitée dans notre analyse. Si son expression première prend la forme d'un élan bienveillant que nous qualifierons de sollicitude, l'expression émotionnelle secondaire témoigne de sentiments négatifs chez plus d'un soignant sur deux. L'injonction de SOCRATE inscrite sur le fronton du temple de Delphes « Connais-toi, toi-même » résume la nécessité pour chaque soignant de s'arrêter et de s'interroger au fur et à mesure de son expérience professionnelle.

A-04-66

La coopération inter-établissement via la télémédecine en soins palliatifs : un outil du « prendre soin » au bénéfice des équipes pluridisciplinaires?

C. Baisset (1) ; A. Bernard (2)

(1) Service de médecine/ssr/lisp/evc, Centre Hospitalier de Fumel, Fumel; (2) Emsp, Pôle de Santé du Villeneuvois, Villeneuve-sur-Lot

Introduction : La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « Patient, Santé, Territoire » ainsi que le décret du 19 octobre 2010 donnent une définition précise de la Télémédecine et fixe son cadre réglementaire. La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. La désertification médicale des zones rurales accentue le malaise des équipes soignantes confrontées à la prise en soin des personnes en fin de vie. L'EHPAD du Centre Hospitalier de Fumel et le Centre Hospitalier de Villeneuve sur Lot, liés au travers du « Pacte Santé Territoire » promulgué par l'ARS Aquitaine, optimisent leurs compétences, au travers de l'usage de la télémédecine, dans le but d'apporter soutien et expertise auprès des équipes pluridisciplinaires amenées à prendre soin des personnes jusqu'au bout de la vie. **Méthodes :** Le retour d'expérience commun relatif à cet usage nous incite à développer un cadre éthique d'intervention auprès des bénéficiaires : résidents, familles, soignants. Notre volonté demeure d'aller au-devant de la personne soignée et de vivre des échanges altruistes qui fondent notre pratique de soins. De cet ancrage émerge un socle commun de connaissances partagées du résident et se noue une relation de confiance nécessaire à la poursuite de réflexions collégiales élaborées indirectement via la télémédecine. Nous illustrerons nos propos au travers de deux histoires de vie ayant récemment mobilisé nos deux équipes. La première situation pointe la difficulté des soignants de l'EHPAD à accompagner un homme âgé de 92 ans atteint d'un adénocarcinome colique en phase palliative auquel s'associe une artériopathie oblitérante des membres inférieurs récusée au plan chirurgical. La persistance de douleurs réfractaires, d'odeurs nauséabondes de putréfaction, notamment lors de la réfection des pansements longs et complexes sur ses jambes, induisaient une souffrance des soignants mis à mal dans leur compétence professionnelle. La deuxième situation confronte l'équipe de l'EHPAD à une demande d'euthanasie et d'arrêt des soins curatifs chez un résident âgé de 93 ans vivant avec son épouse en chambre double depuis 9 ans. Madame est elle-même atteinte d'une maladie d'Alzheimer évoluée. Monsieur V. est

polypathologique et présente des déficiences sensorielles (surdité et cécité complète) ainsi qu'une amputation traumatique ancienne au niveau du genou droit suite à un accident d'avion. Il exprime avec cohérence et lucidité son sentiment d'inutilité et d'indignité « je ne suis plus un homme mais un objet ». **Résultats :** Ces deux situations illustrent le questionnement des équipes paramédicales ayant le plus souvent attrait à la valeur du soin et à la dignité humaine. Souvent prises en tenaille entre devoir de compétence et vulnérabilités partagées, les situations de fin de vie enferment les équipes dans des peurs lorsque qu'il n'existe pas de collégialité et pas d'espace pour en débattre. La rencontre des équipes (EHPAD-EMSP) permet d'apporter un ajustement des moyens thérapeutiques et une réflexion éthique relative aux actes de soins. L'appui direct permet d'aboutir à une délibération avec le patient, les équipes et la famille, sur le poids des actions à mettre en place dans le but d'apporter confort et sécurité à la personne soignée. L'appui indirect via la télémédecine rend possible l'actualisation de la prise en soin à tout moment pour le patient, et soutient les équipes de soins dans la dynamique d'accompagnement. De cette possibilité d'échange, naît une décision d'humanité qui se féconde par la parole, au travers d'un acte décisionnel visant à soutenir le désir du résident dans son choix de vie. **Conclusion :** Par essence, l'expression d'un choix fonde l'autonomie du résident, que vise à favoriser l'accompagnement en soin palliatif. Il importe de préserver la liberté d'une demande qui relève essentiellement du sens et de la qualité de la relation tissée entre le résident et les équipes. L'usage de la télémédecine vient ainsi étayer la réflexion éthique des équipes soignantes, dans des déserts médicaux où tensions économiques et santé publique viennent meurtrir un corps soignant en constant délitement

A-02-67

La chute au quotidien

I. Carrière (1) ; Groupe prévention des chutes

(1) Soins de longue durée, Hôpital Maurice André Saint-Galmier, Saint-Galmier

Introduction : Le CH Maurice ANDRE est un établissement d'hébergement permanent de 256 lits (50 lits sanitaires en USLD - 206 places en EHPAD dont 24 places en UVP dénommée les moulins). Le GMP est à 840 et le PMP à 200 en EHPAD et à 360 en USLD. Le nombre médian annuel de déclaration de chute depuis 2009 reste stable autour de 860. Un groupe de travail pluridisciplinaire (médecins PH, ergothérapeute, psychomotricienne, psychologue, kinésithérapeute, IDE, ASG et AS, cadres de santé) a élaboré pour la première fois en 2016 une procédure qualité pour une prise en charge a priori du risque de chute validée depuis avril 2017 en parallèle avec la gestion des contentions physiques. **Méthodes :** C'est l'analyse statistique des déclarations de chute (lieu, circonstances, chaussage, contention physique, obstacle, bousculade) qui produit des indicateurs de résultats comparatifs d'une année à l'autre et entre les services. L'UVP est choisie par le groupe prévention des chutes pour expérimenter la mise en place d'ateliers thérapeutiques avec la psychomotricienne et la psychologue sur le modèle du PASA avec l'aide de 2 ASG. L'ergothérapeute est intervenue pour réfléchir à l'aménagement des mobiliers dans le lieu de vie et dans les chambres. Cette unité de vie avait en effet une incidence de chute par lit supérieure à celle des autres unités (patients avec une autonomie à la marche et atteints de maladies neurodégénératives avec troubles du comportement souvent de type déambulation excessive). L'objectif était de démontrer une diminution de l'incidence des chutes en UVP après intervention du groupe.

Résultats : En 2017 ce sont 881 chutes qui sont répertoriées versus 1006 en 2016. L'incidence par lit en EHPAD est de 3.4 en 2017 versus 4 en 2016 (en UVP 4.6 versus 7.4 en 2016). Le taux de chute grave reste stable à 1.6% en EHPAD (2.6% en USLD). Il y a eu 15 chutes avec fracture dont 12 fractures de l'ESF. **Conclusion :** La chute est une réalité quotidienne dans l'établissement. Les équipes les déclarent bien et prennent correctement en charge leurs conséquences. La chute grave avec 10% de décès imputable en 2017 (7% en 2016) justifie une meilleure réflexion sur leur prévention. La démarche initiée a permis de mettre en place des thérapeutiques non médicamenteuses de type PASA dans un premier temps en UVP et d'inscrire dans le CPOM l'intervention d'un professeur en activité physique adaptée. Il reste à développer cette alternative non médicamenteuse dans tous les services. C'est l'accompagnement personnalisé des résidents évalués les plus à risque de chute qu'il faudra organiser en évitant la contention chimique et physique dans les 5 années à venir.

A-04-68

Parler l'accompagnement en famille: la Médiation familiale au cœur des soins palliatifs

I. Zundel (1) ; C. Baisset (2) ; T. Dona (2)

(1) *Ssr/med/lisp spl/evc, C.H., Fumel*; (2) *Service de médecine/ssr/lisp/evc, Centre Hospitalier de Fumel, Fumel*

Introduction : La médiation Familiale est à l'interface de différents champs professionnels : psychologique, sociologique, philosophique, ethnologique. Cette approche propose un regard croisé nouveau dans l'exercice hospitalier. Par essence, les Lits identifiés en Soins Palliatifs (LISP) accueillent des personnes vulnérables, au pronostic vital engagé. Au sein des familles, la maladie grave du proche est un bouleversement. Elle soulève la question de la solidarité familiale tant humaine que financière. Le déclin progressif du parent, ou d'un proche met en évidence le décalage entre les besoins, les capacités et les limites respectives de chacun. **Méthodes :** Le cadre, le processus et les outils de la médiation familiale sont une aide à la gestion des conflits familiaux (MARC : Mode Alternatif de Résolution de Conflit) dans les situations complexes de fin de vie, pour répondre à la difficulté que rencontre les familles incapables de s'entendre sur le projet d'accompagnement de leur proche. **Résultats :** L'annonce du changement est un facteur de crainte, d'inconnu, potentiellement déclencheur de conflits pour soi-même et/ou son entourage. Le passage de la phase curative à la phase palliative de la personne malade peut générer des difficultés relationnelles familiales intra et intergénérationnelles voir même des conflits mettant un terme à toute communication profitable. La perplexité de ces conflits potentialise les souffrances existentielles de la personne malade. **Conclusion :** L'articulation avec les autres professionnels du soin renforce l'approche globale de la personne en fin de vie. Les propositions de médiations familiales développées au sein des LISP ont vu se dénouer des situations complexes, apporter de la sérénité à la personne malade, inscrite dans une temporalité comptée.

A-20-130

Effets d'un programme de réentraînement par intervalle avec périodes de récupération sur les paramètres d'endurance et cardio-respiratoires maximaux chez des seniors

E. Schmitt (1) ; W. Bouaziz (1) ; PO. Lang (2) ; G. Kaltenbach (1) ; B. Geny (3) ; T. Vogel (1)

(1) *Médecine interne gériatrique, CHU, Strasbourg*; (2) *geriatrie, CHUV, Lausanne, Suisse*; (3) *Service d'explorations fonctionnelles, CHU, Strasbourg*

Introduction : L'activité physique a montré de nombreux bénéfices chez l'adulte en général et le senior en particulier, notamment pour le maintien de l'autonomie et la qualité de vie. Les entraînements par intervalle, ou fractionnés, améliorent les paramètres d'endurance et cardiorespiratoires maximaux. Toutefois, ils semblent moins bien adaptés chez le sujet âgé du fait d'un épuisement précoce et de douleurs musculaires engendrant bien souvent une interruption du réentraînement. Cette étude a pour objectif d'évaluer les bénéfices d'un entraînement par intervalle sur ergocycle, et comprenant des périodes de récupération, sur les paramètres cardio-respiratoires maximaux et d'endurance, ainsi que de mesurer l'assiduité des participants au programme de réentraînement. **Méthodes :** Des seniors sédentaires et âgés de plus de 70 ans ont été inclus et randomisés en deux groupes : un groupe suivant le Programme d'Entraînement Personnalisé sur Ergocycle avec Récupération intermittente (PEP'C-R) et un groupe contrôle poursuivant leurs activités physiques habituelles. Le PEP'C-R consistait en 19 séances de 36 min (3 minutes d'échauffement, 6 séquences de 5 minutes, avec 4 minutes au premier seuil ventilatoire (SV1) et une minute à 40% de SV1 (période de récupération), à un rythme de 2 séances par semaine, pendant 9.5 semaines. Tous les participants ont bénéficié, avant le début de l'entraînement, d'un test de marche sur 6 minutes, ainsi que d'une épreuve cardiorespiratoire maximale permettant de mesurer le SV1, la Puissance Maximale Tolérée (PMT), la consommation maximale en oxygène (VO2max) et la fréquence cardiaque maximale. Les mêmes examens ont été réalisés à la fin du réentraînement pour le groupe PEP'C-R et à la fin de la période d'activités habituelles pour le groupe contrôle. Les résultats ont été analysés par une approche bayésienne. **Résultats :** Soixante seniors ont été inclus, 30 dans chaque groupe. Le taux d'adhésion au programme d'entraînement était de 94.7%, sans aucun événement indésirable significatif au cours de la prise en charge. En comparaison au groupe contrôle, les 9.5 semaines d'entraînement ont permis d'améliorer les paramètres cardio-respiratoires maximaux des seniors de manière significative avec pour la VO2max : +14.1 vs. -2.7%, pour la PMT : +19.2 vs. -2.3% et pour la fréquence cardiaque maximale : +1.6 vs. -1.7%. Concernant les paramètres d'endurance, le PEP'C-R permet d'augmenter le SV1 de 17.3% vs. -4.6% pour le groupe contrôle. Concernant le test de marche sur 6 minutes, la distance de marche était significativement rallongée de 11.6% vs. -3.1%. **Conclusion :** Le Programme d'Entraînement Personnalisé sur Ergocycle avec Récupération intermittente est faisable en toute sécurité pour les seniors et permet une amélioration significative à la fois des paramètres d'endurance et maximaux.

A-20-70**RIVAROXABAN en pratique clinique gériatrique : caractéristiques de patients anticoagulés pour Fibrillation Atriale Non Valvulaire en vie réelle et évaluation des doses inappropriées. L'expérience d'un centre**

F. Tall (1) ; E. Pautas (2)

(1) Gériatrie, Hôpital Rothschild, Service du Dr Grancher, Paris; (2) Gériatrie Aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine

Introduction : Les anticoagulants oraux directs (AOD) et particulièrement le rivaroxaban sont indiqués en première intention dans le traitement de la fibrillation atriale non valvulaire (FANV). L'étude pivot ROCKET incluait 18 % de patients de plus de 80 ans alors que près de 70 % des patients avec FANV ont plus de 75 ans. Notre objectif est de rapporter l'expérience d'un centre dans l'utilisation du rivaroxaban en pratique clinique gériatrique, à travers le profil des patients traités et les modalités de prescription à la lumière de l'étude pivot. **Méthodes :** De janvier 2017 à avril 2018, 53 patients, d'âge médian 85 ans, avec FANV anticoagulés par rivaroxaban ont été inclus dans notre travail. Les données démographiques, biologiques, thérapeutiques avec posologies et co-prescriptions, les comorbidités étaient recueillies rétrospectivement à partir des dossiers patients informatisés. Elles étaient ensuite comparées au profil des patients de ROCKET en utilisant des tests de Wilcoxon et de Chi2. Enfin, nous avons utilisé des tests de comparaison de Mann Whitney et de Fisher pour évaluer les facteurs pouvant être associés à des prescriptions inappropriées.

Résultats : Les patients âgés traités par rivaroxaban étaient à moindre risque embolique comparés aux patients de ROCKET (CHADS2 moyen 2.72 +/- 1.18 vs 3.5 +/- 0.9 ; $p < 0.0001$), ils avaient moins d'antécédents d'accident vasculaire cérébral (18.9 vs 54.9%, $p < 0.0001$), d'insuffisance cardiaque (37.7 vs 62.6%, $p = 0.0003$) et de diabète (22.6% vs 40%, $p = 0.013$) mais avaient plus d'antécédents de cardiopathie ischémique (30.2 vs 16.6%, $p = 0.014$), et avaient une clairance de créatinine médiane selon Cockcroft plus basse (48 vs 67 mL/min, $p < 0.0001$). Quatorze des patients (26.4 %), recevaient des doses non conformes aux recommandations ; pour 9 d'entre eux, la dose était trop faible par rapport à celle recommandée et nous n'avons retrouvé aucun facteur prédictif de sous-dosage (sous réserve du faible nombre de patients). **Conclusion :** En cas de FANV chez les patients âgés, les prescriptions inappropriées de rivaroxaban en terme de doses non conformes aux recommandations sont trop fréquentes, intéressant un quart des patients. Le rivaroxaban, comme les autres AOD, nécessite d'être prescrit selon les recommandations si on veut retrouver chez nos patients âgés les résultats d'efficacité et de tolérance notés dans l'étude princeps et les cohortes de « vraie vie ».

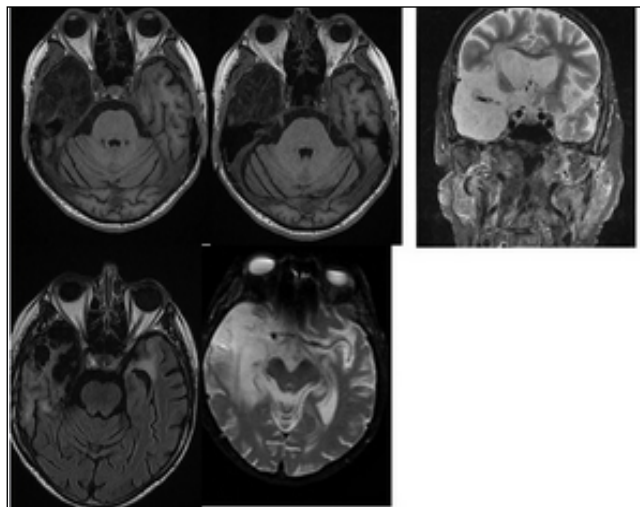
A-15-71**Séquelles de méningo-encéphalite herpétique**

C. Vaquier Reberac (1) ; T. Cudennec (2) ; L. Aubert (2) ; L. Teillet

*(1) UGA, Hôpital Ambroise-Paré (AP-HP), Boulogne-Billancourt;**(2) Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*

Introduction : La méningo-encéphalite herpétique est une polio-encéphalite aiguë nécrosante et hémorragique affectant de manière bilatérale et asymétrique les lobes temporaux et parfois l'insula et les régions frontales. C'est une maladie grave dont la mortalité est importante : 15% de décès à 6 mois et 80 % de décès en l'absence de traitement approprié. Cependant son incidence est rare : 1/100

000 à 1/500 000 par an chez l'adulte. L'âge moyen de survenue est 40 ans. L'HSV le plus fréquemment retrouvé chez l'adulte est l'HSV 1. **Méthodes :** Mme E., 80 ans, relate qu'il y a quelques mois elle a été hospitalisée en réanimation pour une encéphalopathie herpétique associée à un coma. Elle consulte un gériatre car depuis, elle se plaint de difficultés de mémorisation des faits récents et de troubles thymiques. Afin d'explorer ses troubles, la patiente bénéficie d'un hôpital de jour. Le bilan neuro psychologique réalisé à cette occasion montre un profil cognitif marqué par un déficit des attitudes exécutives et attentionnelles. Au niveau mnésique, on constate un affaiblissement des capacités de stockage ainsi qu'une certaine lenteur à l'apprentissage. Les résultats sont compatibles avec une probable atteinte cortico sous corticale. L'IRM réalisée, montre une atrophie temporale antérieure droite séquellaire, atrophie hippocampique gauche Scheltens 3 et une leucopathie vasculaire Fazekas 3. **Conclusion :** Compte tenu de la chronologie des troubles mnésiques il est probable qu'ils soient en rapport avec sa méningo-encéphalite herpétique. La patiente réalisera à nouveau un bilan neuro psychologique un an plus tard afin de s'assurer de la stabilité des troubles.

**A-12-72****Etude TELOG : Suivi Téléphonique OncoGériatrique dans la prise en charge des patients âgés traités pour cancer ou hémopathie maligne**

P. Le Bon (1) ; H. Laviee (1) ; I. Devouze (2) ; N. Despres (3) ;

JM. Grellard (4) ; I. Licaj (4) ; B. Beauplet (5) ; ucogir normandie

*(1) Oncogériatrie, Centre Régional de Lutte contre le Cancer**François Baclesse, Caen; (2) Service de médecine gériatrique,**C.H., Dieppe; (3) Service de médecine polyvalente, C.H. de Bayeux,**Bayeux; (4) Service de recherche clinique, Centre Régional de Lutte**Contre le Cancer François Baclesse, Caen; (5) Service de médecine**gériatrique, C.H.U de Caen Normandie, Caen*

Introduction : Lors des consultations oncogériatriques pré-thérapeutiques, un suivi spécifique des patients identifiés fragiles paraît nécessaire en cours de traitement oncologique. Il n'existe aucune recommandation pour ce suivi de ces patients. L'Etude TELOG évalue un questionnaire téléphonique de suivi des personnes âgées traitées pour cancer réalisé 3 mois après l'évaluation initiale, par un IDE coordinateur en oncogériatrie. Il permet d'évaluer l'altération éventuelle de fragilités gériatriques après initiation du

traitement. L'objectif principal est la validation d'un questionnaire téléphonique, en termes de faisabilité et concordance de données recueillies, par rapport à une consultation médicale oncogériatrique de suivi réalisée dans les 3 jours suivant, réalisée en aveugle de l'appel téléphonique. **Méthodes :** Cette étude interventionnelle, prospective, interrégionale multicentrique, a été financée par l'UCOGIR Normandie. Les inclusions se sont déroulées du 24/02/2015 au 16/02/2018. Les patients éligibles étaient âgés de 70 ans et plus, adressés en consultation oncogériatrique, présentant un cancer ou une hémopathie maligne, devant bénéficier d'un traitement oncologique dans l'un des centres investigateurs. N'ont pas été inclus les patients ayant une espérance de vie estimée < 3 mois, ne pouvant communiquer par téléphone, remplir le consentement écrit, PS 4, MMSE initial < 18/30 ne permettant pas une autoévaluation de la douleur notamment. La faisabilité est évaluée sur les items répondus par téléphone pour au moins 80 % des patients et, pour la concordance des réponses à ces items, si le coefficient Kappa de Cohen vaut au moins 0,7, entre le recueil téléphonique et à la consultation. En critères secondaires sont évalués la durée, le nombre d'appels nécessaires pour joindre le patient, ainsi que l'influence de l'âge, du sexe, du niveau socioculturel, du niveau de fragilité SIOG et la présence d'un aidant éventuel sur la faisabilité du questionnaire. L'étude a obtenu les autorisations réglementaires (CPP et ANSM de novembre 2014), et est enregistrée sous le n° IDR B 2014-AO-1526-41. **Résultats :** 131 patients ont été inclus avec un âge moyen de 83 ans [71-93]. Les questionnaires téléphoniques ont été réalisés pour 79,4% des patients (n= 104) avec une durée moyenne de 14 min par appel. L'aidant principal n'était pas présent pour la grande majorité lors de l'entretien. 27 patients sont sortis d'étude : 12 injoignables, 5 décédés, 10 pour retrait consentement. Les analyses statistiques sont en cours et les données complètes seront présentées au congrès. **Conclusion :** Les entretiens téléphoniques seraient a priori bien accueillis et appréciés par les patients. Les patients sortis d'étude sont souvent ceux qui ne souhaitaient justement pas revenir pour la consultation de suivi (nécessaire pour l'étude au recueil de concordance). L'étude PREPARE en cours évalue le bénéfice d'un suivi en gestion de cas avec une partie gérée par téléphone. La pertinence et fiabilité des données recueillies par téléphone peut être conditionnée par le statut social, cognitif, thymique, sensoriel des patients. Il est important de définir le profil de patients âgés traités pour cancer aptes à bénéficier d'un suivi téléphonique. Si un questionnaire de suivi IDE téléphonique s'avère faisable et concordant, cela permettrait de faciliter le suivi gériatrique, et peut être éviter des déplacements en consultation.

A-20-73

Cas d'une intoxication à la colchicine chez un sujet âgé

D. Li Vigni (1) ; M. Sanchez (1) ; C. Arlaud (1) ; E. Michel (1) ; F. Leborgne (2) ; N. Champigny (3) ; F. Capriz (4) ; C. Rambaud-Collet (5) ; O. Guérin (3)

(1) *Court séjour gériatrique, C.H.U de Nice, Nice*; (2) *EMG, Hôpital de Cimiez, Nice*; (3) *Ucog, C.H.U de Nice, Nice*; (4) *Ssr c2, Hôpital Cimiez, Nice*; (5) *SSR C3, Hôpital de Cimiez, Nice*

Introduction : La colchicine est le traitement de première intention en France d'un accès aigu goutteux ou autres arthropathies microcristallines. Les intoxications à la colchicine représentent 0.31% des intoxications médicamenteuses, probablement sous-estimées [1]. **Méthodes :** Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 87 ans, autonome au domicile (ADL 5.5/6) aux antécédents

d'HTA, goutte, BPCO, insuffisance rénale chronique (IRC) stade 3A, hémorragie digestive et athérome carotidien. Son traitement habituel comprend : clopidogrel, furoremide, perindopril, diltiazem, omeprazole, fluticasone/salmeterol, salbutamol. Il présente une crise de goutte le 05/12/2017 traitée par Colchimax® (colchicine, tiémonium, opium) selon le schéma : 3mg à J0, 2mg à J1 et 1mg en entretien. Dès J1, il présente des douleurs abdominales, vomissements et asthénie. A J2, après une prise totale de 5mg de colchicine, il consulte aux urgences où le bilan biologique met en évidence une insuffisance rénale aiguë avec créatinine à 357µmol/l, CRP à 45.2mg/l, hyperleucocytose à 14.4G/l, cytolysse à 4N et cholestase anictérique. Un scanner abdominopelvien est réalisé et n'objective pas d'obstacle sur les voies urinaires ni d'anomalies hépatique ou vésiculaire. Il est hospitalisé en court séjour gériatrique où la prise en charge initiale consiste en une réhydratation IV et arrêt de la colchicine permettant une régression des troubles digestifs rapidement et l'évolution est la suivante : J3 : dosage de la colchicine à 5.6µg/l (0.3-2.4) (résultats obtenus a posteriori); J4 : méléna régressif après traitement IV par IPP; J6 : tricytopénie (Hb à 10.6g/dl ; plq à 77G/l et leucocyte à 1.8G/l); J7 : neutropénie fébrile (fièvre à 38.5° et leucocytes à 0.9G/l) sans point d'appel clinique traité par antibiothérapie large spectre après prélèvements microbiologiques; J8 : retour à la fonction rénale de base; J9 : normalisation des leucocytes et J14 : normalisation des plaquettes, l'anémie persiste. Cependant, l'état général du patient se dégrade et présente une grippe A, malgré la vaccination antigrippale effectuée, compliquée d'une pneumopathie à *Pseudomonas aeruginosa* et d'une colite à *Clostridium difficile* d'évolution défavorable et conduisant à son décès le 03/01/2018. **Résultats :** Une imputabilité vraisemblable a été retenue pour la colchicine devant la sémiologie et la chronologie compatibles avec la bibliographie ; notre cas a fait l'objet d'une déclaration à la pharmacovigilance. En effet, la posologie initiale était trop élevée en raison de l'âge, l'IRC et du risque d'interaction avec le diltiazem. Les troubles digestifs (diarrhées absentes du fait de la prise d'une association avec opiacés) ont contribué à la détérioration de l'insuffisance rénale. L'hyperleucocytose suivie d'une tricytopénie ont été également décrit dans la littérature. A noter que certains cas rapportent aussi une baisse des facteurs de la coagulation, non dosés chez notre patient, ayant pu entraîner l'hémorragie digestive haute. La colchicine est un substrat de la P-glycoprotéine et est métabolisé par le cytochrome P450 3A4. Leur inhibition est donc à risque de complication, c'est le cas dans l'association avec les macrolides, ciclosporine, statines, diltiazem et verapamil. Les recommandations européennes préconisent comme traitement d'attaque : 1mg suivi de 0.5mg 1h plus tard [2]. De façon générale, il serait raisonnable de diminuer la posologie chez le sujet âgé en abandonnant le traitement d'attaque et réaliser un entretien seul à 0.5mg 2 fois par jour pendant la durée de la crise [3]. La prednisolone à 30-35mg par jour pendant 5 jours serait une alternative efficace en cas de contre-indications (IRC sévère et insuffisance hépatique) ou de risque d'interaction [4]. **Conclusion :** En raison du risque de toxicité multiviscérale, le traitement de l'accès goutteux par colchicine chez le sujet âgé nécessite un ajustement de la posologie, une évaluation préalable de la fonction rénale et des interactions.

A-15-74**Septico-pyohémie à *Streptococcus canis***

C. Boufflet (1) ; L. Peek (1) ; Y. Benhammact (1)

(1) *Gériatrie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*

Introduction : Les infections sévères à *Streptococcus canis* sont particulièrement rares chez l'homme, puisqu'une étude rétrospective de 2005 ne retrouve que 5 cas de bactériémies. Ce germe, appartenant au groupe Lancefield G, est un streptocoque Beta hémolytique habituellement impliqué dans les infections animales. Nous rapportons ici le cas d'une septico-pyohémie à *Streptococcus canis* chez l'homme, avec localisations secondaires. **Méthodes :** Un homme de 82 ans est adressé aux urgences pour altération de l'état général, douleurs diffuses et fièvre. Le bilan initial retrouve une douleur au coude gauche sans signes inflammatoires locaux, une désaturation en air ambiant avec crépitations en base droite, un mal perforant plantaire gauche, un syndrome inflammatoire biologique avec 7300 leucocytes, CRP à 260mg/l. La radiographie thoracique retrouve des opacités bilatérales plus marquées en base droite, la radiographie du coude gauche une arthrose. Les hémocultures identifient un *Streptococcus canis*. **Résultats :** Rapidement au cours de l'évolution apparaissent un syndrome méningé, un aspect inflammatoire du coude droit, puis du coude gauche et du genou droit avec épanchement articulaire associé. Une antibiothérapie par amoxicilline est introduite. La ponction lombaire retrouve une cellularité élevée avec culture bactérienne négative. L'IRM cérébrale met en évidence plusieurs accidents vasculaires cérébraux ischémiques. La ponction articulaire du coude droit isole un *Streptococcus canis*. Les autres ponctions articulaires (coude gauche, genou droit) retrouvent une arthrite aiguë exsudative à pyrophosphates de calcium. L'échographie cardiaque trans-oesophagienne exclut la présence de végétations valvulaires. Le diagnostic retenu est une septico-pyohémie à *Streptococcus canis* avec localisation secondaire au niveau du coude droit, probablement méningite décapitée et embolies septiques cérébelleux et sylvien superficiel droit. L'évolution est favorable sous amoxicilline à 12g/j. **Conclusion :** Seulement deux infections humaines avec bactériémie à *Streptococcus canis* compliquées par des localisations secondaires ont été rapportées dans la littérature jusqu'à aujourd'hui. Les autres localisations notées jusqu'alors étaient méningée et abdominale. La majorité des autres cas d'isolement de *Streptococcus canis* étaient des colonisations ou infections localisées de tissus mous. Cette bactérie est vraisemblablement pathogène pour l'humain et son incidence probablement sous estimée. Cette pathogénicité doit faire éviter ou minimaliser le contact avec les animaux chez les patients atteints d'un mal perforant plantaire ou d'un ulcère.

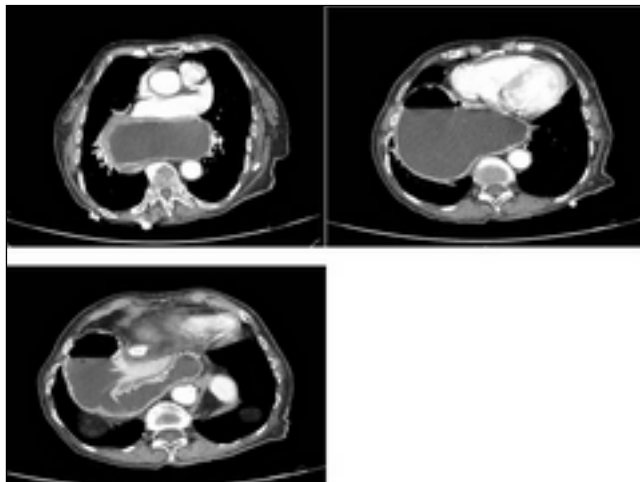
A-11-75**Un estomac dans les poumons**

C. Vaquier Reberac (1) ; L. Aubert (2) ; L. Teillet

(1) *UGA, Hôpital Ambroise-Paré (AP-HP), Boulogne-Billancourt;*(2) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*

Introduction : La hernie hiatale est une pathologie très fréquente, elle touche 20 à 60 % de la population. Il existe deux mécanismes physiopathologiques : par glissement du cardia dans le thorax et par roulement (l'estomac glisse le long de l'œsophage de manière partielle ou totale au-dessus du diaphragme). La principale complication est le reflux gastro oesophagien. Cependant, dans de rares situations, un étranglement herniaire peut se produire aggravant le pronostic. **Méthodes :** Mme De L., âgée de 88 ans, autonome pour

les actes de la vie quotidienne, ayant pour antécédents un myélome IgA Lambda en rémission complète, de multiples carcinomes basocellulaires, une hernie hiatale connue, ainsi qu'une HTA et un syndrome dépressif, consulte une première fois aux urgences, pour des vomissements et une dysphagie d'évolution récente. L'examen clinique étant très rassurant, la patiente rentre à son domicile avec un traitement symptomatique. Cependant quelques jours plus tard, elle se présente aux urgences pour des vomissements fécaloïdes, et une douleur épigastrique. Devant ce tableau digestif, elle bénéficie d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien à la recherche d'un syndrome occlusif qui retrouve une absence d'occlusion du grêle ou du colon, mais une volumineuse hernie hiatale par glissement avec un corps gastrique intra-thoracique latéralisé à droite présentant une stase liquidienne avec niveau liquide. Il n'y a pas d'argument pour un volvulus gastrique intrathoracique. Devant la symptomatologie bruyante dont souffre la patiente, nous contactons les chirurgiens digestifs, qui décident d'une intervention chirurgicale rapide par laparotomie compte tenu du risque d'étranglement herniaire qui est important. **Conclusion :** L'évolution est favorable au décours de la chirurgie, elle a bénéficié d'une alimentation parentérale, le temps qu'une alimentation orale soit possible. Une semaine après la chirurgie, la patiente se réalimente de manière progressive et avec succès sans trouble digestif.

**A-15-76****Septicémie à *Ignatzschineria larvae* à point de départ cutané chez un patient de 76 ans avec ulcère artériel malléolaire colonisé par des larves de mouches**

N. Aubertin (1) ; PE. Gavand (2) ; AS. Korganow (2) ; T. Vogel (1) ; C. Jehl (1)

(1) *Pôle de gériatrie, CHU de Strasbourg, Strasbourg;* (2) *Service de médecine interne et d'immunologie clinique, Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg*

Introduction : La négligence de soins de plaies chroniques peut conduire à la survenue de myiases, elles-mêmes pourvoyeuses de pathologies parfois très graves pouvant avoir des conséquences dramatiques. **Méthodes :** Cas d'un patient ayant présenté une septicémie à *Ignatzschineria larvae* à point de départ cutané sur un ulcère artériel malléolaire interne droit chronique colonisé par des larves de mouches. **Résultats :** Patient de 76 ans adressé aux urgences suite à une chute. Antécédents : éthylo-tabagisme actif, ACFA non anti coagulée, isolé sur le plan social. Examen clinique:

incurie, cachexie, ulcère malléolaire interne droit nécrotique infesté de larves, avec mise à nu des tendons, pouls périphériques non perçus, fébrile. Examens complémentaires : CRP 168 mg/l, leucocytes 15500/mm³ dont 12900 PNN, lyse corticale malléolaire interne droite à la radiographie. Prise en charge : antibiothérapie probabiliste par CEFTRIAXONE et FLAGYL instaurée dans le contexte de sepsis à point de départ cutané et devant une hémoculture positive à BGN, relayée par TAZOCILLINE dans un second temps devant une suspicion d'infection à *Pseudomonas aeruginosa*. Détersion mécanique de l'ulcère infesté de larves de mouches révélant un ulcère artériel profond avec nécrose tendineuse, exposition osseuse et vasculaire. Découverte d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs stade 4 au bilan vasculaire. Réalisation d'une amputation à mi-cuisse compte tenu de l'absence de revascularisation possible et de l'impossibilité de guérison de la plaie. Amélioration de l'état septique du patient et négativation de la CRP après antibiothérapie et prise en charge chirurgicale. Au final : analyse parasitologique retrouvant des larves de mouches de type Calliphoridae et analyse bactériologique montrant la présence d'*Ignatzschineria larvae* sensible à la TAZOCILLINE, à la CEFTAZIDIME, à l'AMIKACINE et résistant au METRONIDAZOLE. *Ignatzschineria larvae* est une bactérie aérobie Gram négative appartenant à la famille des Xanthomonadaceae et à la classe des Gammaproteobacteries. Elle comprend trois espèces (*I. indica*, *I. larvae* et *I. ureiclastica*) classiquement retrouvées dans la partie antérieure du tube digestif des larves de mouches de type *Wohlfahrtia magnifica*, connues pour être à l'origine de myiases chez les animaux vertébrés. Les septicémies à *Ignatzschineria* sont rares dans l'espèce humaine. Les cas rapportés décrivent des situations d'infections transmises par larves de mouches à la faveur de colonisation de plaies cutanées chroniques chez des patients vivant dans des conditions d'hygiène précaires. La prise en charge comprend classiquement une antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme associée à un débridement local de la plaie. Le type de larves retrouvées au sein des plaies et le type d'infection bactérienne occasionnée diffèrent selon les régions. Les septicémies à *Ignatzschineria* rapportées en France concernent les espèces *I. larvae* et *I. ureiclastica*, associées à la mouche *W. magnifica*, présente en Europe, en Asie et en Afrique du Nord. Aux Etats-Unis, les cas rapportés présentent des infections à *I. indica*, qui semblent associées aux larves de la mouche de type *Phaenicia sericata*, présente dans le monde entier. Conclusion : Les septicémies à *Ignatzschineria* sont rares dans l'espèce humaine. Elles surviennent habituellement dans un contexte de colonisation de plaies cutanées chroniques par des larves de mouches porteuses de bactéries de type *Ignatzschineria* chez des patients vivant dans des conditions d'hygiène et sociales précaires.

A-20-77

La mélatonine : une alternative aux apparentés aux benzodiazépines ?

I. Karoui (1) ; L. Mondet (2) ; M. Belhout (2) ; T. Brasseur (1) ; A. Terrier-Lenglet (2) ; F. Bloch (1)

(1) *Gériatrie, CHU Amiens-Picardie, Amiens*; (2) *Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens*

Introduction : Depuis quelques années, un travail est réalisé sur les services de long séjour de notre établissement afin de limiter les prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés (MPI). Cependant, les apparentés aux benzodiazépines (BZD) restent encore largement utilisés que ce soit à demi ou à pleine dose, chez

des patients de moins mais aussi de plus de 75 ans, et ceci, sur plus de 4 semaines. Leur prescription peut être corrélée à une augmentation du risque de survenue de troubles cognitifs. Lors des revues de médication réalisées depuis quelques mois, un relais du zopiclone par de la mélatonine a été effectué pour certains patients avec des bons résultats sur la qualité et quantité du sommeil. L'objectif de ce travail était donc d'étendre la prescription de mélatonine à l'ensemble des résidents actuellement traités par zopiclone ou zolpidem et d'évaluer la bonne tolérance et l'efficacité de ce relais. **Méthodes :** Dans cette étude pilote, deux services d'USLD ont été inclus. Tous les résidents traités par Zopiclone ou Zolpidem ont bénéficié d'un relais par mélatonine (Circadin® LP 2mg). Un suivi de la qualité et de la quantité du sommeil a été réalisé pour chacun et ceci jusqu'à au moins un mois après le relais (échelle de qualité du sommeil, durée du sommeil, nombre de réveils nocturnes, difficultés d'endormissement), la bonne tolérance du traitement a également été surveillée (absence de somnolence diurne et de symptômes de sevrage en BZD). **Résultats :** Au début de l'étude, sur 60 résidents, 9 recevaient déjà de la mélatonine, 19 du zopiclone (14 à 3,75mg et 5 à 7,5mg dont tous avaient plus de 75 ans) et 0 du zolpidem, soit 28 patients au total ayant des troubles du sommeil traités (âge moyen : 85,7 ans [65;97]). Pour deux résidents l'essai de la mélatonine n'a pas été concluant avec une recrudescence des troubles du sommeil nécessitant la reprise du zopiclone (à J2 et J12 respectivement) à 3,75mg puis 7,5mg pour un patient. Cependant ils s'agissaient de patients âgés avec un terrain psychiatrique important. Pour un autre patient des signes de sevrage sont apparus mais ont régressé spontanément et n'ont donc pas nécessité l'arrêt du traitement. Pour les autres patients le relais par mélatonine a été bien toléré et donc le traitement a été poursuivi. Aucune somnolence diurne n'a été signalée. Actuellement, sur 60 résidents, 23 sont traités par mélatonine (dont 20 ayant des troubles cognitifs), 2 par zopiclone (1 à 3,75mg et 1 à 7,5mg) et toujours 0 sous zolpidem. **Conclusion :** La mélatonine apparaît donc comme une alternative intéressante aux apparentés aux BZD. Cependant la qualité du sommeil étant multifactorielle, il est parfois difficile d'évaluer l'impact seul d'un changement de thérapeutique (association avec d'autres médicaments aux propriétés hypnotiques, troubles urinaires ...). Nous aimerions étendre cette étude à l'ensemble de nos services de long séjour afin d'avoir une cohorte plus importante de patients inclus et de diminuer la prescription d'apparentés aux BZD. Ceci permettrait de réduire encore le taux de prescription de MPI au sein de notre établissement et donc de répondre aux exigences de bon usage du médicament et bonnes pratiques professionnelles.

A-20-78

Revue de médication sur du long séjour : Quézac ?

L. Mondet (1) ; I. Karoui (2) ; T. Brasseur (2) ; M. Belhout (1) ; F. Bloch (2) ; A. Terrier-Lenglet (1)

(1) *Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Amiens*; (2) *Gériatrie, CHU Amiens-Picardie, Amiens*

Introduction : La prise en charge médicamenteuse des patients n'est pas toujours optimale (notion de misuse, underuse et overuse). Il est indispensable de réévaluer la balance bénéfice risque de chaque médicament ainsi que son indication, sa posologie ... et de vérifier si une condition nécessitant une prise en charge médicamenteuse n'a pas été omise et ceci, de façon régulière. Les revues de médication (RM) sont un temps de réflexion entre médecins et pharmaciens centré sur le patient afin de réévaluer l'ordonnance complète. Au sein de notre établissement, des RM ont été mises en place sur les

services de long séjour (EHPAD et USLD). L'objectif de ce travail est de réaliser un bilan sur les cinq premières revues de médication effectuées afin de mettre en évidence ses avantages, ses limites et ses éventuels axes d'amélioration. **Méthodes** : Les RM sont organisées de façon mensuelle sous un format de 45 minutes. Les patients sont sélectionnés en fonction des interventions pharmaceutiques préalablement réalisées. Afin de déterminer l'intérêt de ce dispositif, nous avons évalué les modifications thérapeutiques effectuées à l'issue de ces réunions. **Résultats** : Au cours de ces cinq premières RM, 17 dossiers patients ont été étudiés (3,4 par RM [2 ;5]) en provenance de 7 services différents (5 USLD et 2 EHPAD). L'âge moyen des patients est de 84,18 ans [63 ; 96] et 88,26% des patients sont des femmes. Environ 50 modifications thérapeutiques ont été discutées et 26 ont été effectivement réalisées à l'issue des réunions soit 1,53 par patients [0 ; 4] : réduction de posologie (9), arrêt (6), ajout (4), optimisation de l'administration (3), substitution (3) et augmentation de posologie (1). Le nombre moyen de médicaments par ordonnance est de 10,29 avant la RM et 10,12 après la RM. Le nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés selon la liste de Laroche (patients de plus de 75 ans : 17) est de 0,86 par patient avant RM (11 patients concernés) et 0,50 après RM (6 patients concernés). Les modifications thérapeutiques effectuées concernent essentiellement les médicaments du système nerveux (12 dont 7 en lien avec la prescription des apparentés aux benzodiazépines) et les médicaments des voies digestives et du métabolisme (8 dont 4 en lien avec la prescription de vitamine D et 4 des inhibiteurs de la pompe à protons). **Conclusion** : Les RM permettent donc d'optimiser la prise en charge médicamenteuse. Cependant, certaines modifications thérapeutiques sont difficiles à réaliser notamment lorsque le patient prend le même traitement depuis plusieurs années. Bien que centrées sur un patient, ces RM permettent de soulever des problèmes plus généraux. Ceci a, par exemple, été le cas pour la prescription des apparentés aux benzodiazépines chez les sujets de plus de 75 ans pour laquelle une alternative par la mélatonine est en essai. Par ailleurs, il serait intéressant d'étudier les modifications thérapeutiques proposées qui n'ont pas été réalisées afin d'en rechercher les causes et les autres alternatives possibles.

A-12-79

Facteurs gériatriques associés au risque de décès précoce dans le cadre du cancer colorectal de stade IV

A. Chassaigne (1) ; G. Chapelet (2) ; L. De Decker (3) ; G. Berrut (3) ; AS. Boureau (4)

(1) *Equipe mobile de gériatrie, CHU de Nantes Hôtel-Dieu, Nantes* ; (2) *Médecine Aiguë Gériatrique, C.H.U de Nantes, Nantes* ; (3) *Pole de gérontologie clinique, C.H.U de Nantes, Nantes* ; (4) *Medecine Aiguë Gériatrique, Centre hospitalier universitaire de Nantes, Nantes*

Introduction : Par sa fréquence et sa gravité, le cancer colorectal (CCR) est un problème majeur de santé publique en France. Il apparaît majoritairement chez la personne âgée : 40% des CCR sont diagnostiqués chez des patients de plus de 75 ans dont 25% à un stade d'emblée métastatique. La médiane de survie de ces patients traités par un traitement antinéoplasique est d'environ 18mois. La mortalité précoce, définie par une mortalité à 6 mois après le diagnostic se situe entre 3,2 et 8,6%. Même si le CCR métastatique est une pathologie de la personne âgée, il n'existe aucune étude sur la mortalité précoce, incluant les facteurs gériatriques. L'objectif de notre étude était de mettre en évidence les facteurs gériatriques

associés à un décès précoce chez les patients atteints d'un CCR métastatique ayant reçu une évaluation gériatrique standardisée. **Méthodes** : Cette étude rétrospective observationnelle incluait des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique et ayant bénéficié d'une évaluation oncogériatrique entre janvier 2013 et septembre 2016. Des modèles de régression logistique ont été utilisés pour identifier les facteurs oncologiques et gériatriques associés à une mortalité précoce à six mois. **Résultats** : Au total, 49 patients ont été inclus. L'âge moyen des patients était de 82,3 ans. Les patients étaient comorbides avec un score CIRS-G moyen de 8,6. Les variables associées à un décès précoce en analyse univariée étaient la réalisation d'une chimiothérapie (OR = 0,07, p = 0,004), la présence d'hyperleucocytose (OR = 17,5, p = 0,002), un performans ≥ 2 (OR = 6,47, p = 0,032); une altération des performances physiques (OR = 7,5, p = 0,027). Le statut cognitif était également associé à un décès précoce : les patients avec un score de MMSE ou de BREF plus élevé semblaient avoir une diminution du risque de décès précoce : OR = 0,77, p = 0,013 pour le MMSE et OR = 0,69, p = 0,016 pour la BREF. **Conclusion** : Cette étude a mis en évidence en analyse univariée, plusieurs facteurs gériatriques associés à un risque de décès précoce dans le CCR métastatique, qui sont l'altération des performances physiques, la dénutrition, les fonctions cognitives. Ces résultats nécessitent d'être confirmés par une étude avec un nombre de patients plus important permettant une analyse multivariée. Cette étude confirme donc l'importance de l'évaluation oncogériatrique dans la décision thérapeutique pour les patients atteints de cancer colo-rectal métastatique.

A-15-80

Traiter avant de diagnostiquer : une pathologie à la chronologie complexe qui attaque les méninges !

S. Peiffer (1) ; C. Brun (1) ; AL. Munier (2) ; F. Habani (3) ; V. Ducasse (3) ; O. Drunat (4) ; J. Laganier (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Lariboisière AP-HP, Paris* ; (2) *Maladies infectieuses, Hôpital Lariboisière AP-HP, Paris* ; (3) *Service de soins de suite et rééducation, Hôpital Fernand Widal, Paris* ; (4) *Service de psycho-gériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris*

Introduction : Les manifestations neurologiques de la tuberculose sont rares, de l'ordre de 2% des cas de tuberculose déclarés. La présentation clinique et radiologique est très hétérogène et la confirmation diagnostique est souvent tardive. Alors que le taux de mortalité et le risque de séquelles neurologiques sont importants et prédominent aux âges extrêmes, l'évolution est pourtant le plus souvent favorable si la prise en charge thérapeutique est rapide. **Méthodes** : Description d'un cas clinique. **Résultats** : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 87 ans, d'origine algérienne, vivant en France depuis 2 ans, autonome à domicile, sans antécédent notable. Il présente initialement une asthénie et une somnolence modérée dans un contexte de fièvre évoluant depuis 72h. Secondairement apparaissent des troubles de la vigilance jusqu'à un score de Glasgow à 10, associé à un syndrome méningé fébrile, sans déficit neurologique focal ni autre particularité à l'examen clinique. Biologiquement, on note l'absence de syndrome inflammatoire biologique et une hyponatrémie à 128 mmol/L. Le scanner cérébral met en évidence une atrophie cortico-sous-corticale et une leucopathie. La ponction lombaire dénombre 31 leucocytes/mm³ dont 75% de lymphocytes et 20% de neutrophiles, associés à une hypoglycorachie et une hyperprotéinorachie. Un traitement probabiliste large par ACICLOVIR, AMOXICILLINE et CLAFORAN est introduit. L'électro-encéphalogramme met en

évidence un tracé d'encéphalopathie frontale droite irradiant vers la gauche. L'IRM cérébrale objective six nodules parenchymateux supra-tentoriels infra-centimétriques, avec prise de contraste périphérique et œdème péri-lésionnel, sans effet de masse. Devant l'absence d'évolution favorable sous antibiothérapie et KEPPRA, et au vu du profil biologique et cytologique du LCR et de l'imagerie, un relai rapide par quadrithérapie anti-tuberculeuse et DEXAMETHASONE 20mg/j est effectué. L'évolution est secondairement progressivement favorable avec une récupération totale de l'autonomie fonctionnelle antérieure. L'entourage rapporte cependant un discret déclin cognitif. La culture dans le LCR reviendra positive à *M. tuberculosis* à J18. **Discussion :** les manifestations neurologiques de la tuberculose sont rares chez les patients immuno-compétents mais doivent être évoquées rapidement en l'absence d'évolution favorable sous antibiothérapie à visée méningée à large spectre. En effet, le pronostic vital et fonctionnel dépend de la rapidité de la prise en charge thérapeutique. La variété des symptômes et les limites de la culture du LCR (confirmation tardive avec un délai de 4 à 8 semaines et faible sensibilité) rendent le diagnostic difficile. L'imagerie cérébrale peut être une aide au diagnostic et l'IRM cérébrale a une meilleure sensibilité que le scanner. **Conclusion :** La tuberculose méningée est une pathologie rare mais grave, dont le diagnostic clinique est complexe et la confirmation diagnostique souvent retardée. Toutefois, la prise en charge rapide (traitement anti-tuberculeux, anti-inflammatoire et symptomatique) permet de réduire significativement la morbi-mortalité.

A-13-81

Parcours de soins des personnes âgées en Guadeloupe : bilan à 5 mois de la création de l'Unité de Gériatrie Aigue de Territoire au CHU de Guadeloupe

P. Maxime (1) ; R. Celia (1) ; B. Elliott (1) ; L. Rinaldo (1) ; T. Basileu Zozio (1) ; M. Tabue Teguo (1)

(1) *Court séjour gériatrique, C.H. Régional Universitaire, Les Aymes, Guadeloupe*

Introduction : Les prospectives en Guadeloupe du vieillissement sont en faveur d'une augmentation importante de la population des personnes âgées dans les prochaines années. Cette population cumule un certain nombre de problèmes médicaux comme une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques (HTA, diabète,...) et des syndromes gériatriques (chute, démence, dénutrition, confusion, polymédication) pour en cas de décompensation être à l'origine des hospitalisations. Jusqu'au mois de Décembre 2017, il n'existait pas en Guadeloupe (territoire de plus de 400 000 habitants) une unité de gériatrie aigue. Et pourtant, il est aujourd'hui bien démontré que l'hospitalisation des personnes âgées en soins aigus non spécialisés est souvent associée à un déclin fonctionnel. Les services de gériatrie aigus (organisés pour préserver et améliorer le statut fonctionnel des patients) ont montré un bénéfice pour prévenir le déclin fonctionnel des malades qu'ils accueillent. L'objectif de ce travail est de présenter le profil et les caractéristiques des patients hospitalisés dans l'unité de gériatrie aigue du CHU de Guadeloupe, six mois après sa création. **Méthodes :** C'est une étude descriptive, réalisée entre le 08/12/2017 et le 30/04/2018 dans l'unité de gériatrie aigue du CHU de Guadeloupe d'une capacité de 10 lits. Le recueil de données médicales a été fait à partir du dossier médical standardisé en place dans le service. Il a permis le recueil de données médicales, cliniques, biologiques et socio-démographiques. **Résultats :** 167

sujets ont été hospitalisés pendant cette période. L'âge moyen est de 85.7 ans. 140 patients soit 84 % sont âgés de 80 ans et plus. 100 (60 %) sont des femmes. 125 (75 %) avaient une dépendance aux ADL (donc 40 % des sujets en état de dépendance totale). 141 (85 %) avaient une dépendance aux IADL. 2/3 des malades étaient admis via le service des urgences et seul 13 % en admission directe. A la fin de l'hospitalisation plus de la moitié des malades sont rentrés à domicile. Les syndromes gériatriques les plus fréquents étaient : la dénutrition (65 %), la confusion (54 %), les troubles cognitifs majeurs (52 %) et les pathologies les plus fréquentes étaient l'HTA (85 %) et le diabète (40 %). **Conclusion :** Ce travail bien qu'essentiellement descriptif montre que les personnes âgées hospitalisées en unité de gériatrie aigue au CHU de Guadeloupe ont des caractéristiques superposables à ce qui est défini dans la littérature. La forte prévalence du diabète et de l'HTA dans cette population justifiera d'un programme de formation ciblé pour les internes et spécialistes de gériatrie de la subdivision. Pour faire face à l'évolution démographique gériatrique et atténuer son impact sur le fonctionnement des hôpitaux et en général le système de soins en Guadeloupe dans les années à venir, plusieurs solutions cohérentes doivent être rapidement envisagées donc l'augmentation capacitaire des lits d'hospitalisation de gériatrie sur le territoire et la structuration d'une filière gériatrique.

A-02-82

Polyarthrite rhumatoïde à révélation tardive (au-delà de 60 ans) : caractéristiques cliniques, biologiques et thérapeutiques. À propos d'une étude rétrospective

AA. Zulfiqar (1) ; R. Niazi (2) ; N. Kadri (1) ; J. Doucet (1) ; JL. Pennaforte (3)

(1) *Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen;* (2) *Département de médecine générale, CHU de Reims, Hôpital Robert-Debré, Reims;* (3) *Département de médecine interne, CHU de Reims, Hôpital Robert-Debré, Reims*

Introduction : La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent de l'adulte. L'objectif de notre étude était d'analyser les caractéristiques cliniques, biologiques et thérapeutiques chez les sujets âgés de plus de 60 ans. **Méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective, monocentrique, descriptive sur consultations de dossiers médicaux. Le recueil de données concernait les sujets de plus de 60 ans ayant fait l'objet d'un diagnostic de « polyarthrite rhumatoïde » au sein des services de rhumatologie et de médecine interne du CHU Reims, sur une période s'étalant entre 2010 et 2015. **Résultats :** Trente-deux patients ont été inclus dans notre étude pour cette période. L'âge moyen du diagnostic était de 66,6 ans, pour un âge médian de 67,5 ans (min : 60 ans, max : 88 ans). On recensait 22 patients de sexe féminin (69%) et 10 de sexe masculin (31%), avec un sex ratio H/F de 2,2. La durée d'évolution moyenne des symptômes avant le diagnostic était de 33,2 mois. Ce qui domine dans notre série, c'est l'atteinte inaugurale des interphalangiennes proximales, des poignets, des épaules et des métacarpo-phalangiennes pour une très grosse majorité des cas. Les corticoïdes oraux ont été utilisés chez 27 patients et constituaient l'unique traitement chez 3 patients. Le Méthotrexate (MTX) a été introduit chez 27 patients. Neuf patients ont reçu une biothérapie : Il s'agissait du TOCILIZUMAB (Roactemra®) pour 5 patients, de l'ADALIMUMAB (Humira®) pour 2 patients, de l'ABATACEPT (Orencia®) pour 2 patients, ETANERCEPT (Enbrel®) pour 2 patients, GOLIMUMAB (Simponi®) pour 1 patient et de l'INFLIXIMAB (Remicade®)

pour une patiente. Pour l'évolution des patients, on observe une rémission clinique persistante (> 6 mois) chez 25 patients de notre série. Parmi ceux qui étaient traités par MTX, on constate 4 cas de rechutes, motivant chez 3 d'entre eux l'introduction d'une biothérapie et un passage à la forme sous-cutanée du MTX pour un patient. Le score DAS28 n'était exploitable que chez 5 patients aussi avons-nous préféré le ressenti du clinicien pour avoir une vue homogène de l'efficacité chez les patients de notre série. Ce ressenti était appuyé par les signes cliniques, biologiques et radiographiques néanmoins mentionnés dans les courriers. On recense un décès chez une patiente au décours d'une pneumopathie infectieuse bilatérale avec refus de réanimation (score de Charlson 8) ; aucun traitement n'avait été introduit spécifiquement pour sa polyarthrite rhumatoïde. Il n'y a pas eu d'autre évènement notable intercurrent et notamment cardiovasculaire ou néoplasique. Dans notre série, 7 patients ont plus de 75 ans au moment du diagnostic de PR. Notre série comptait 7 patients de plus de 75 ans, avec 5 femmes pour 2 hommes. Six patients étaient hypertendus et 2 avaient une insuffisance rénale chronique modérée. Les articulations les plus douloureuses étaient les épaules pour 5 patients, les IPP et MCP pour 4 patients, les coudes pour 2 patients, chevilles pour 2 patients et genoux pour 1 patient. Cinq patients présentaient un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP moyenne de 40.6 mg/L, une VS moyenne à 44 mm, un fibrinogène à 4.1 et des PNN 8.7. Les sérologies (facteur rhumatoïde et anticorps anti-CCP) étaient négatives pour 5 patients. Les radiographies retrouvaient des signes d'arthrite chez 3 patients avec pincements diffus pour 1 patient, présence de géodes pour 1 patient. Les comptes-rendus étaient manquants pour 3 patients. Au niveau des atteintes extra-articulaires, on relevait une anémie inflammatoire pour 2 patients, un syndrome sec pour 2 patients, une pneumopathie organisée cryptogénique pour 1 patient, des adénopathies axillaires et inguinales pour 1 patiente, et une altération de l'état général pour 1 patient. Deux patients présentaient une maladie auto-immune de découverte synchrone : un syndrome de Gougerot Sjögren et un phénomène de Raynaud. Sur le plan de la thérapeutique, on constate que la corticothérapie était l'unique traitement pour 2 patients qui ont ensuite été sous rémissions. Le MTX était utilisé chez 5 patients, à dose adaptée chez les patients insuffisants rénaux chroniques modérés, sans apparition d'effets indésirables ; obtention d'une rémission chez ces 5 patients, avec cependant une rechute pour l'un de ces patients ayant nécessité l'adjonction d'abatacept avec baisse du métoject, permettant la rémission. Ce patient fut le seul chez qui une biothérapie fut introduite, sans survenue d'effet indésirable. **Conclusion** : Du fait des comorbidités, du ressenti de l'état global du patient par le clinicien et des imprécisions quant à l'usage de certaines molécules chez ces patients, le sous-traitement peut a contrario fragiliser d'avantage un patient dont la rémission sera remise à plus tard.

A-14-83

Hypertension pulmonaire pré-capillaire du sujet âgé : étude dans le centre de compétence de Reims

AA. Zulfiqar (1) ; C. Caby (2)

(1) Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen; (2) Département de médecine générale, CHU de Reims, Hôpital Robert-Debré, Reims

Introduction : L'hypertension pulmonaire (HTP) est une pathologie grave, compliquant de nombreuses pathologies fréquentes. L'HTP reste peu étudiée chez le sujet âgé, alors qu'elle semble en augmentation. Le but de cette étude était de déterminer

les particularités diagnostiques, pronostiques et de prise en charge de l'HTP pré-capillaire du sujet âgé par rapport aux sujets jeunes.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique dans le centre de compétence régional de Reims. Ont été inclus tous les patients présentant une HTP pré-capillaire diagnostiquée par cathétérisme cardiaque droit entre janvier 2008 et décembre 2016. Les patients âgés de 65 ans ou plus au diagnostic ont été comparés aux patients jeunes (18-64 ans). Les HTP post-capillaires ont été exclues. **Résultats** : Cent quarante-six patients ont été inclus : 82 patients âgés (âge médian 74 ans (68-78), 56% de femmes) et 64 jeunes (âge médian 54 ans (44-61,5), 52% de femmes). La durée médiane entre les premiers symptômes et le diagnostic était de 11 mois chez les sujets âgés et de 6 mois chez les sujets jeunes (différence significative, $p=0,007$). Lorsque cette donnée était disponible, un tabagisme, actif ou ancien, était retrouvé chez 41 patients âgés sur 73 (56%) et chez 41 patients jeunes sur 53 (77%) (différence significative, $p=0,036$). Un antécédent d'HTA était retrouvé chez 52% des patients âgés et 34% des patients jeunes (différence significative, $p=0,029$). Aucune différence significative n'a été retrouvée pour les autres comorbidités entre les 2 groupes. Chez les patients âgés, 31,7 % des patients avaient un diabète, 29 % une maladie cardiovasculaire (13% d'ACFA, 5% d'AVC et 16% de maladie coronarienne), 40% une maladie respiratoire (22% de BPCO, 23% d'embolie pulmonaire et 13% de syndrome d'apnée du sommeil), 9,8 % une dysthyroïdie et 9,8 % une insuffisance rénale chronique. Au diagnostic, 58,2% des patients âgés (46/79) avaient une dyspnée de stade 3 de la NYHA et 20,3% (16/79) une dyspnée de stade 4, sans différence significative avec les patients jeunes. La présence d'au moins un signe d'insuffisance cardiaque droite était retrouvée chez 59,7% des sujets âgés (46/77), sans différence significative avec les patients jeunes ($p=0,055$). Des œdèmes des membres inférieurs étaient notés chez 52% des patients âgés et 36 % des patients jeunes (différence significative, $p=0,049$). La distance médiane de marche parcourue en 6 minutes était de 181 mètres chez les sujets âgés et de 289 mètres chez les sujets jeunes (différence significative, $p=0,004$). Chez les sujets âgés, 31,7% avaient une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), dont 15% une HTAP idiopathique, 36,6% une HTP du groupe 3, 28% du groupe 4, sans différences significatives avec les sujets jeunes. Sur les 56 patients atteints d'HTAP, 26 étaient âgés de plus de 65 ans (46%). La fréquence des comorbidités étaient similaires dans les 2 groupes, sauf pour l'HTA, plus fréquente chez les sujets âgés (52% vs 34%, $p=0,029$). Les patients âgés avaient plus souvent des œdèmes des membres inférieurs (53,3% vs 36,2%, $p=0,045$) et une distance de marche de 6 minutes réduite (189m vs 289, $p=0,004$). Le VEMS était plus bas chez les sujets jeunes (58% vs 75%, $p=0,003$) et la pression d'oreillette droite plus élevée (12 vs 9 mmHg, $p=0,023$). L'oxygénothérapie était plus souvent utilisée chez les sujets âgés (58,5% vs 34,4%, $p=0,004$) de même que les diurétiques (82,9% vs 67,2%, $p=0,027$). La survie à 3 et 5 ans était plus basse chez les sujets âgés (respectivement 53% et 24%, vs 86% et 63%, $p=0,003$ et $p=0,004$). **Conclusion** : L'HTP atteint principalement le sujet de plus de soixante-cinq ans, principalement en post-capillaire mais l'HTP précapillaire n'est pas si rare. Sa présentation clinique et paraclinique semble proche quelque soit l'âge. Chez les plus de soixante-cinq ans, son retentissement est important et le pronostic péjoratif.

A-05-84**Choix de la personne de confiance et de l'implication dans le processus décisionnel chez les adultes âgés et jeunes atteints de cancer: une étude transversale comparative**

C. Martinez-Tapia (1) ; F. Canoui-Poitrine (2) ; P. Caillet (3) ; S. Bastuji-Garin (4) ; C. Tournigand (5) ; E. Assaf (6) ; G. Varnier (7) ; F. Pamoukdjian (8) ; E. Brain (9) ; F. Rollot-Trad (10) ; M. Laurent (11) ; E. Paillaud (12) ; groupe de travail ELCAPA

(1) *Equipe CEpiA (Clinical Epidemiology And Ageing Unit) - EA 7376 UPEC, Créteil*; (2) *Santé publique, Hôpital Henri Mondor, Créteil*; (3) *Gériatrie médecine interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil*; (4) *Cepia, Hôpital Henri Mondor, Créteil*; (5) *Service d'oncologie médicale; unité ec2m3, vic dhu, upe, upec, f-94010, Hôpital Henri Mondor, Créteil*; (6) *Département d'oncologie médicale, Hôpital Henri-Mondor, Créteil*; (7) *Département de médecine interne et gériatrie, Hôpital Henri-Mondor, Créteil*; (8) *Médecine gériatrique, Hôpital Avicenne, Bobigny*; (9) *Oncologie, Hôpital Institut Curie, Paris*; (10) *Ucog, Hôpital Institut Curie, Paris*; (11) *Département de médecine interne et de gériatrie, Hôpital Henri Mondor, Créteil*; (12) *médecine gériatrique, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris*

Introduction : La communication du médecin envers le patient atteint de cancer joue un rôle crucial dans la compréhension du traitement, l'observance du traitement, la patient à faire face à sa maladie, et sa qualité de vie. Les méthodes de communication et la nature des informations transmises diffèrent selon le pays, l'âge du patient, le niveau d'éducation, le site tumoral et le stade du cancer. L'objectif était de comparer les préférences des patients âgés atteints de cancer par rapport aux plus jeunes, en ce qui concerne la désignation d'une personne de confiance, les besoins d'information médicale ainsi que leur implication dans le processus de prise de décision médicale. **Méthodes :** Etude transversale comparative d'une population de patients âgés de ≥ 70 ans inclus à partir de la cohorte ELCAPA (ELderly CANcer Patient, cohorte de patients âgés atteints de d'une tumeur solide ou d'une hémopathie maligne, adressés en consultation d'onco-gériatrie) [01/2013-06/2013], versus une population plus jeune de patients de < 70 ans inclus dans l'unité d'oncologie médicale de l'hôpital universitaire Henri-Mondor [02/2013-06/2014] pour une prise en charge d'un cancer solide. Les données démographiques, socioéconomiques et cliniques, les informations sur la personne de confiance et la participation des patients dans le processus décisionnel ont été recueillies. Les associations entre les caractéristiques du patient et leurs préférences ont été examinées par des analyses univariées et multivariées. Le seuil optimal pour l'âge a été recherché selon l'analyse de la courbe ROC (receiver-operating characteristic). **Résultats :** L'étude comprenait 102 patients jeunes (âge moyen 55 ± 10 ans, 68% de femmes, 18% avec des métastases ; principaux sites tumorales : sein, 43% ; gastro-intestinal et hépatique, 25% ; colorectal, 14%) et 130 âgés (âge moyen 80 ± 5.5 ans, 55% de femmes, 40% avec des métastases ; principaux sites tumorales: colorectal, 24% ; voies urinaires et prostate, 23% ; sein, 22% ; gastro-intestinal et hépatique, 15%). Par l'analyse multivariée, les facteurs associés à la connaissance du concept de personne de confiance (66%) étaient le jeune âge (OR ajusté [aOR] ≥ 69 ans vs. < 69 ans = 0.11 [intervalle de confiance de 95% 0.04–0.32]), enfants vivant à proximité (aOR ≥ 3 vs. 0 = 5.68 [0.85-37.80]) et un revenu élevé (aOR $> 2000\text{€}$ vs. $< 1000\text{€}$ = 3.94 [1.07-14.48]); ceux associés à la désignation d'emblée d'une personne de confiance (62%) étaient le jeune âge (aOR ≥ 69 ans vs. < 69 ans = 0.09 [0.02-0.42]) et un nombre

bas de médicaments quotidiens (aOR per nombre = 0.81 [0.65-1.00]), tandis que ceux associés à la désignation d'une personne de confiance après l'administration du questionnaire (41%) étaient le faible niveau d'études (aOR secondaire vs. primaire = 0.18 [0.06-0.50]) et avoir des métastases (aOR = 3.01 [1.15-7.86]). Les patients nécessitant un consentement éclairé pour toute intervention étaient le plus souvent plus âgés (aOR par année = 1,04 [1,00-1,08]), ne vivant pas seuls (aOR = 2,52 [1,00-6,36]) et ayant des enfants (aOR = 4,49 [1,13-17,81]). **Conclusion :** Notre étude souligne les besoins d'information et les préférences en matière de partage de la décision thérapeutique des patients atteints de cancer quel que soit leur âge. Tous les patients atteints de cancer, quel que soit leur âge, veulent être informés, et 72% veulent participer partiellement ou pleinement aux décisions médicales. Les préférences pour la participation à la décision varient entre les patients plus jeunes et plus âgés, selon la présence des membres de la famille et le fait de vivre seul. Les patients âgés connaissent moins que les patients jeunes la notion de personne de confiance.

A-18-85**Le Kinesio Taping® : une ressource supplémentaire pour le masseur kinésithérapeute en gérontologie**

M. Jousse (1) ; A. Marteu (1)

(1) *Rééducation, Hôpital Cimiez, Nice*

Introduction : La méthode du Kinesio Taping® a été conçue par le Docteur Kenzo Kase à la fin des années 70 pour maintenir les effets des traitements manuels entre deux séances de consultations. D'abord testé et développé dans des hôpitaux de rééducation au Japon, ce procédé de mise en place de bandes thérapeutiques a fait sa première apparition mondiale aux Jeux Olympiques de Séoul en 1988 puis par la suite aux Etats Unis en 1995 et en Europe en 1996. **Méthodes :** Bien que la méthode du Kinesio Tape® soit d'abord apparue dans le monde sportif, elle fait actuellement partie des méthodes que peut utiliser le masseur kinésithérapeute chez tous les patients, en complément d'autres techniques. En effet, de nos jours, 85% des applications de bandes de Kinesio®Tex Tape se font chez des patients non sportifs. Cette méthode peut donc être appliquée dans la rééducation des patients âgés. Le but de cette contention thérapeutique est d'aider le corps au retour à l'homéostasie grâce notamment à la décompression des tissus et l'optimisation des mouvements. La pose de ces bandes peut être utilisée aux différents stades du traitement des patients : aigu, sub aigu ou chronique et la tension appliquée sera fonction de l'effet recherché. **Résultats :** Associée aux traitements de références, la technique d'application du Kinesio Taping® a montré des résultats encourageants dans notre pratique quotidienne, aussi bien dans le traitement de la douleur que dans le drainage d'œdèmes et d'hématomes post traumatiques mais également dans le traitement de l'appareil musculo-squelettique comme les tendinites, les contractures musculaires ou dans la prise en charge de la subluxation d'épaule chez des patients hémiplegiques. Cette méthode présente néanmoins des contre-indications absolues et relatives. Le thérapeute doit donc s'assurer de connaître les antécédents et les comorbidités du patient avant de l'intégrer à sa prise en charge, en particulier chez le patient âgé pluripathologique. De plus, l'état de fragilité cutanée rencontré chez certains patients âgés constitue aussi une limite à l'application des bandes de Kinesio Taping®. **Conclusion :** La méthode du Kinesio Taping® peut donc s'intégrer dans la rééducation du patient âgé en complément des techniques recommandées habituellement et ceci à n'importe quel stade du traitement aussi bien dans la prise

en charge antalgique et trophique que dans celle des lésions de l'appareil musculo-squelettique.

A-02-86

Guide de prévention des chutes en sortie d'hôpital

C. Moreau (1) ; C. Lignon (2) ; V. Curtis (1) ; C. Schonheit (1) ; Y. Picou (1) ; D. Szczepanek (3) ; I. Cara (1) ; A. Khalili (1) ; C. Carre (3) ; B. Senoble (1) ; J. Vigneron (3) ; A. Meziere (1)

(1) *Ssr orthogériatrique, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine* ; (2) *Communication, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris* ; (3) *Gériatrie, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine*

Introduction : Nombreux sont les patients âgés hospitalisés pour chutes ou présentant par leur état médical et d'autonomie un risque élevé de chutes. Leur prise en charge hospitalière est pluridisciplinaire en étant assurée par différents professionnels. Les patients doivent poursuivre cette prise en charge une fois sortis à domicile, afin de réduire le risque élevé de récurrence de chute en période post-hospitalière précoce. A notre connaissance, aucun document institutionnel généraliste et global de prévention des chutes en sortie d'hospitalisation existe. Ainsi, pour assurer la continuité hôpital-domicile, l'équipe du SSR orthogériatrique de l'Hôpital Charles Foix a lancé le projet de réaliser un guide de prévention des chutes à destination des patients âgés hospitalisés en sortie d'hôpital. **Méthodes** : Un entretien individuel par une ingénieure de recherche auprès de patients hospitalisés a été réalisé afin de recueillir les besoins des patients. Ensuite, chaque professionnel hospitalier concerné - kiné, ergothérapeute, psychomotricien, aide soignant, pédicure-podologue, médecin, diététicien-nutritionniste, professeur d'APA - a été sollicité pour réfléchir aux messages et prises en charges clés que chacun souhaitait transmettre aux patients pour leur domicile. Chacun a ensuite rendu ses conclusions à l'ingénieure de recherche qui s'est chargée d'en réaliser une synthèse répondant à la fois aux exigences exprimées des patients et aux priorités de contenu exprimées par les professionnels. Le document de travail a été de nouveau transmis à des patients hospitalisés pour recueillir leurs avis. Enfin le document de travail a été remis à la graphiste du service de la communication du GH Pitié Salpêtrière-Charles Foix pour obtenir le guide finalisé de prévention des chutes. **Résultats** : Les patients âgés ont exprimé le besoin d'avoir un guide sous forme papier à un format adapté. Tous les professionnels ont accueilli favorablement le projet et des échanges répétés avec l'ingénieure de recherche ont permis d'obtenir les grands messages clés de lutte contre les chutes mentionnés dans le livret. L'ingénieure de recherche a formaté les messages en grandes rubriques par corps de métier et a ajouté un esprit ludique avec des dessins. La version initiale a été présentée de nouveau aux professionnels et à des patients du service, qui ont suggéré à la fois des modifications qui ont été suivies et aussi sa délivrance avant la sortie pour une meilleure appropriation par le patient. Enfin, cette dernière version remaniée a été transmise au service de la communication qui en a réalisé le design final et l'impression au format A5. **Conclusion** : Le guide de prévention des chutes à destination des sujets âgés hospitalisés en sortie d'hospitalisation répond aux besoins exprimés par les patients, et transmet de la part des professionnels hospitaliers les messages clés pluridisciplinaires de prévention des chutes. Ce guide s'avère également être un outil à destination des aidants familiaux et professionnels. Une enquête de satisfaction auprès des utilisateurs réalisée à distance du retour à domicile, est envisagée.

A-04-87

Alimentation en fin de vie : que faire devant un patient qui a faim et qui présente des troubles de déglutition majeurs ?

J. Chopart (1) ; C. Sitbon (1) ; V. Fossey Diaz (2)

(1) *Soins palliatifs, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris* ; (2) *gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris*

Introduction : La prise en charge des patients en fin de vie nous confronte souvent à des questions très concrètes dans le champ de l'alimentation orale. En effet, les troubles de la déglutition sont fréquents et peuvent représenter une menace vitale lorsqu'ils entraînent des fausses routes compliquées de pneumopathies d'inhalation. Cependant, certains patients réclament à manger. Les équipes sont régulièrement divisées sur la conduite à tenir. Quel risque prendre ? Doit-on privilégier l'alimentation plaisir avant tout, malgré les éventuelles conséquences ? **Méthodes** : Contexte / Anamnèse : Monsieur C., 81 ans, est hospitalisé en USP pour altération majeure de l'état général sur cancer broncho-pulmonaire multi métastasé. Il présente un encombrement bronchique sur son cancer, associé à une toux grasse chronique sur un antécédent de BPCO. A son arrivée, et tout au long de l'hospitalisation, le patient a faim et soif, le verbalise et réclame très régulièrement ses repas. La sensation de faim est très probablement majorée par le traitement par corticoïdes ; la sensation de soif voire la potomanie présentée par le patient est directement liée à un SIADH. Rapidement, l'alimentation et l'hydratation orales de Monsieur C. ont entraîné des tensions au sein de l'équipe soignante, compte-tenu du risque non négligeable de fausses routes et des éventuelles conséquences dramatiques de celles-ci. Par ailleurs, l'efficacité des thérapeutiques à visée respiratoire est restée très limitée. Questions / Problématiques : Faut-il continuer l'alimentation orale chez Monsieur C. malgré le risque de fausse route dont les conséquences peuvent être fatales ? Peut-on priver un patient en phase terminale d'un ultime plaisir, s'il le réclame et qu'il est informé du risque ? Comment adapter au mieux l'alimentation orale chez ce patient ? **Résultats** : Résultats / Evolution : Cette situation a provoqué des réactions très variées au sein de l'ensemble de l'équipe : refus catégorique de certains, compte tenu des troubles de la déglutition et des conséquences (anxiété à l'idée de prodiguer un geste létal), ou bien souhait de respecter le désir du patient quelles que soient les conséquences. Plusieurs réunions collégiales ont été nécessaires pour statuer sur la prise en charge la plus adaptée dans le cas de ce patient. Nous avons décidé de proposer de plus petites parts, de fractionner les repas, d'épaissir certaines textures et de privilégier les aliments les plus appréciés par le patient. Avant chaque repas, l'état de vigilance du patient était évalué, il était installé en position assise, et un soignant restait auprès de lui tout au long de la prise alimentaire. Des soins de bouche étaient très régulièrement réalisés afin d'assurer une bonne hygiène buccale, et quelques séances de drainage bronchique ont permis d'améliorer transitoirement l'état respiratoire du patient. **Discussion** : La poursuite ou non d'une alimentation orale peut être source de discussion voire de conflits entre équipe, avec le patient et ses proches. Chaque situation clinique est unique et doit être analysée comme telle. En parallèle, chaque individu, qu'il soit patient, proche ou soignant, a ses propres représentations concernant l'alimentation (plaisir ? soin ?..), ce qui influence les attentes et les décisions de chacun. Une telle décision, empreinte de subjectivités, n'est donc jamais protocolisable. **Conclusion** : Malgré toutes les recommandations de bonnes pratiques cliniques (limiter les fausses routes), la décision pour certains patients repose sur une discussion en équipe, permettant de s'éloigner des représentations subjectives

ou des craintes de chacun. Dans cette situation, malgré le risque de fausses routes, nous avons choisi de respecter le souhait du patient et de prendre le risque de poursuivre la voie orale.

A-13-88

Unité lits sas, regard sur 2 ans d'expérimentation

C. Fassin (1) ; M. Francisco (2) ; M. Lefevre (1) ; C. Sanches (3)
(1) *Lits sas, C.H. Pierre Oudot - Bourgoin-Jallieu, Bourgoin-Jallieu*; (2) *Médecine gériatrique, C.H. Pierre Oudot - Bourgoin-Jallieu, Bourgoin-Jallieu*; (3) *Plateforme de répit, C.H. Pierre Oudot - Bourgoin-Jallieu, Bourgoin-Jallieu*

Introduction : Projet né du constat par la filière gérontologique MAIA du Nord Isère que des personnes âgées sont en danger à leur domicile malgré un plan d'aide maximum. Sans solution, face à l'épuisement de l'aidant, elles ont recours aux urgences hospitalières. Beaucoup sont hospitalisées de façon itérative pour le motif de maintien à domicile difficile et deviennent des « bed blockers ». Mai 2016 : Ouverture d'une unité d'hébergement transitoire de 15 lits accueillant des personnes âgées en attente d'entrée urgente en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) financée conjointement par le Département et l'Agence Régionale de Santé et soutenue par le Groupement Hospitalier du Nord Dauphiné. **Objectif :** trouver une place en EHPAD en l'espace de 90 jours. L'équipe pluridisciplinaire de l'unité a pour mission de préparer l'entrée en EHPAD. Les personnes âgées font l'expérience de la vie en communauté, de ses contraintes et de ses avantages. La mise en place de rencontres avec les familles contribue à dédramatiser cette situation. **Méthodes :** Etude observationnelle longitudinale portant sur 2 années de fonctionnement de cette unité. Une commission d'admission composée de différents professionnels du secteur sanitaire et médico-social se réunit tous les 15 jours et étudie les demandes d'entrées à partir du dossier national unique d'entrée en EHPAD renseigné dans le logiciel ViaTrajectoire*. Le financement est de type EHPAD avec certaines adaptations et avantages habituellement octroyés aux unités d'hébergements temporaires. Critères d'admission : avoir déposé des demandes d'entrée en EHPAD, être domicilié sur le territoire du Nord Isère, fragilité du sujet et maintien à domicile impossible. Critères d'exclusion : personnes nécessitant une prise en charge en Unité de Vie Protégée ou (nécessitant une prise en charge) en Unité de Soins de Longue Durée. Pour respecter le délai de 90 jours, une contractualisation entre les EHPAD du territoire et le Centre Hospitalier Pierre Oudot est signée. Il s'agit pour les EHPAD de prioriser, dans leur liste d'attente, l'entrée de résidents en provenance des lits sas. En contrepartie le centre hospitalier leur apporte ses compétences et ils apprécient d'accueillir un résident préparé à la vie en EHPAD : Démarches administratives (secrétaire médicale et l'assistante sociale); Soutien des aidants et préparation du résident à la séparation avec son domicile (psychologue et l'infirmière coordonnatrice); Réalisation de bilan de santé pluridisciplinaire (gériatre; ergothérapeute, équipe soignante).

*Dossier unique informatisé et sécurisé de gestion des demandes d'entrée en EHPAD sur le territoire du Nord Isère.

Résultats : Indicateurs	Mai 2016 – Mai 2017	Mai 2017 – Mai 2018
Nombre de séjours	90	91
Durée Moyenne Séjour	48 jours	54 jours
Taux d'occupation	78%	89%
Sexe	29 Hommes 61 Femmes	29 Hommes 62 Femmes
Moyenne d'âge	84.2 ans	86 ans
GIR moyen	2.7	2.6

Conclusion : Cette unité d'hébergement transitoire permet d'offrir un accueil personnalisé à chaque personne âgée dépendante, tout en conservant une durée de séjour courte avant l'entrée en EHPAD. Elle évite des passages aux urgences et des hospitalisations itératives pour le motif de « difficultés de maintien à domicile ». Elle apparaît comme une réponse au besoin de répit des aidants épuisés. Les liens établis par l'équipe soignante et le futur établissement d'accueil permettent un passage de relai et favorisent une entrée apaisée en EHPAD. Ce service constitue une modalité à part entière dans l'accompagnement de la personne dans son parcours de soin et pour un avenir sécurisé.

A-10-89

Impact pronostique de la maladie rénale chronique et de l'insuffisance rénale aigue après chirurgie de fracture de hanche chez la personne âgée

C. Villain (1) ; S. Thietart (2) ; J. Cohen Bittan (2) ; M. Raux (3); B. Riou (4) ; A. Meziere (5) ; F. Khiami (6) ; M. Verny (7) ; J. Boddaert (7)

(1) *Unité péri-opératoire de gériatrie, Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière-Charles Foix, APHP, INSERM U-1018, CESP Equipe 5, UVSQ, Paris*; (2) *Unité péri-opératoire de gériatrie, Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière-Charles Foix, APHP, Paris*; (3) *Service d'anesthésie et réanimation, Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière-Charles Foix, APHP, Sorbonne Universités, UPMC Paris 6, Paris*; (4) *Service d'accueil des urgences, Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière-Charles Foix, APHP, Sorbonne Universités, UPMC Paris 6, Paris*; (5) *Service de réadaptation, Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière-Charles Foix, APHP, Ivry-sur-Seine*; (6) *Service de chirurgie orthopédique, Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière-Charles Foix, APHP, Sorbonne Universités, UPMC Paris 6, Paris*; (7) *Unité péri-opératoire de gériatrie, Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière-Charles Foix, APHP, Sorbonne Universités, UPMC Paris 6, Paris*

Introduction : La maladie rénale chronique (MRC) et l'insuffisance rénale aigue (IRA) ont été trouvées associées à un pronostic péjoratif en post-opératoire de plusieurs types de chirurgie. Cependant, leur impact pronostique a été peu étudié chez le sujet âgé après chirurgie de fracture de hanche. **Méthodes :** Les patients hospitalisés en Unité Péri-Opératoire de Gériatrie entre 2009 et 2017 ont été inclus dans l'analyse. La MRC était définie par un débit de filtration glomérulaire estimé par la formule MDRD <60 ml/min/1.73m²; l'IRA était définie par une créatinine maximale post-opératoire supérieure à 1,5 fois la créatinine minimale post-opératoire, comme défini par les recommandations actuelles. L'analyse statistique a été réalisée par régressions logistiques et linéaires multivariées. **Résultats :** L'analyse a inclus 744 patients (âge médian 87.0 ans), dont 95 ayant une MRC (12.8%) et 234 ayant présenté une IRA post-opératoire (31.5%). La survenue d'une IRA était plus fréquente

chez les patients atteints de MRC comparés aux patients sans MRC (65.3% vs 26.5% respectivement, $p < 0.001$). La MRC était associée à une sévérité plus importante de l'IRA. Après ajustement pour plusieurs facteurs de confusion, l'IRA, mais pas la MRC, était significativement associée à la survenue de confusion (OR 1.46, IC95% [1.03-2.08]), transfusion (OR 2.56, IC95% [1.81-3.65]), insuffisance cardiaque aiguë (OR 5.09, IC95% [2.95-8.97]) et décès (OR 6.31, IC95% [2.13-23.20]). L'IRA était également associée à une augmentation de la durée d'hospitalisation (+2.24 jours, IC95% [1.24-3.23]). **Conclusion :** Chez les sujets âgés après chirurgie de fracture de hanche, la MRC était associée à une augmentation de l'incidence de l'IRA post-opératoire. Cependant, l'IRA, mais pas la MRC, était associée à un pronostic défavorable. Des interventions prévenant l'IRA post-opératoire sont nécessaires chez la personne âgée.

A-05-90

Prévalence de l'épilepsie du sujet âgé: une étude rétrospective en Court Séjour Gériatrique en 2014 et 2015

N. Guyot (1) ; I. Merlet (2) ; M. Paccalin (2)

(1) Gériatrie, CHRU Hôpitaux de Tours, Hôpital Bretonneau, Tours; (2) Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers

Introduction : L'épilepsie est, après la démence et l'AVC, la 3ème cause de pathologie neurologique chez le sujet âgé. Les chiffres épidémiologiques retrouvés vont de 1% pour une population âgée générale, à 10% pour une population de profil gériatrique, ce qui en fait une pathologie fréquemment rencontrée par les gériatres. La prévalence importante des crises partielles, le polymorphisme clinique, l'association aux comorbidités et aux troubles cognitifs sont autant d'obstacles au diagnostic, qui repose sur un faisceau d'arguments, selon les dernières recommandations de l'HAS actualisées en 2015. **Méthodes :** Les objectifs de l'étude étaient de déterminer la prévalence de l'épilepsie du sujet âgé, en médecine gériatrique, et d'étudier les nouveaux cas. Cette étude était de type observationnelle, rétrospective, multicentrique, réalisée sur les CH de Saintes, Saint Jean d'Angely et Jonzac, en 2014 et 2015. Tous les patients présentant le diagnostic principal ou secondaire « épilepsie » dans le résumé d'hospitalisation étaient inclus. Les données médicales étaient recueillies pour les nouveaux cas d'épilepsie du Centre Hospitalier de Saintes. **Résultats :** Le diagnostic principal ou secondaire « épilepsie » a été retenu pour 528 patients sur 4 939 séjours, soit une prévalence globale de 10,7%. 68 patients ont présenté un nouveau diagnostic au CH de Saintes. La population présentait un âge moyen de 87 ans, 72% de femmes, en moyenne 3,6 comorbidités, 7,5 médicament, avec pour 47% une molécule abaissant le seuil épileptogène. Près de 75% des patients présentaient des troubles cognitifs qui n'étaient pas explorés pour près de 2 patients sur 3, 67% vivaient seuls à domicile, avec des troubles cognitifs installés pour 2 sur 3. 80% des motifs d'hospitalisation initiaux étaient aspécifique (chute à répétition, malaise, trouble de la vigilance), avant enquête anamnétique. Les symptomatologies les plus fréquemment retrouvées étaient: crises généralisées tonico-cloniques (15%, n=10), confusion prolongée (15%, n=10), troubles de vigilance et malaise à répétition (26%, n=18), rupture de contact avec automatismes (12%, n=8), trouble du comportement paroxysmique isolé (12%, n=8), hallucinations visuelles (8,8%, n=6). Aucune IRM n'avait été réalisée. L'EEG a été un argument au diagnostic pour 72% : pointes pour 42 %, ondes lentes focalisées pour 30%, et réalisé dans les 72 premières heures d'hospitalisation pour 60%. Un traitement a été introduit pour 79% (54), en majorité

LAMOTRIGINE 46% (26) et LEVETIRACETAM 39% (21). 7 patients ont présenté une crise symptomatique. **Conclusion :** La prévalence de l'épilepsie chez le sujet âgé retrouvée dans notre étude est importante, et compatible avec les chiffres de la littérature étudiant la population gériatrique. A ce jour, il n'est pas retrouvé de chiffre de prévalence de l'épilepsie en Court Séjour Gériatrique. Les limites de l'étude sont son caractère rétrospectif, et le fait que les EEG soient interprétés dans un seul centre, malgré les 3 sites différents. Les pistes d'amélioration de prise en charge sont le développement de la consultation mémoire, la Maladie d'Alzheimer étant un facteur de risque important, la réalisation d'IRM permettant de retrouver davantage de lésions vasculaires, l'EEG longue durée ou la vidéo-EEG, l'accès à la réalisation d'un EEG le plus précoce possible en cas de suspicion, ainsi que l'utilisation d'outils d'aide au diagnostic existant sous la forme d'algorithme et score de probabilité. Une collaboration accrue entre gériatres et neurologues en intégrant un raisonnement clinique et paraclinique en faisceau, et la sensibilisation des électro-encéphalographiste semble indispensable pour une meilleure décision de traitement.

A-03-91

Les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des aidants des personnes démentes et dans la réalisation de la consultation dédiée

V. Zegerman (1)

(1) CHITS, Sollies Pons

Introduction : La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées sont un véritable enjeu de santé publique, du fait du vieillissement de la population et par conséquent, l'accroissement du nombre de patients démentes et de leurs aidants. La position d'aidant entraîne une augmentation de la morbi-mortalité de cette population. Le médecin généraliste, premier interlocuteur est alors au centre de leur prise en charge, laquelle n'est pas aisée. Nous tentons de comprendre les difficultés rencontrées par ces médecins. **Méthodes :** Etude observationnelle quantitative avec réalisation d'un questionnaire informatisé envoyé aux médecins généralistes du Var. Analyse statistique descriptive et comparative grâce au test du Chi 2. **Résultats :** L'identification de l'aidant par le médecin généraliste est une difficulté. Il existe un défaut de communication entre le médecin de l'aidant et celui du dément. Les praticiens qui ne contactent pas leur confrère sont ceux qui trouvent la prise en charge des aidants décourageante et ont tendance à ne pas renseigner le dossier médical concernant le statut d'aidant. Les médecins généralistes tracent très peu l'identité de l'aidant, ou le statut d'aidant de leur patient dans le dossier médical. L'aidant est d'abord considéré aux yeux des praticiens comme un partenaire de soins avant d'être un patient. La communication est l'élément principal ressenti comme une source de difficulté pour la prise en charge de l'aidant. Enfin, dans la grande majorité, des cas le praticien ne réalise jamais la consultation dédiée. **Conclusion :** Des efforts sont à faire dès le début du diagnostic de la pathologie démentielle, via une consultation d'annonce. Celle-ci permettrait de bien identifier l'aidant et de commencer à construire un lien de confiance avec lui en le préparant au mieux à l'avenir. La communication entre confrères semble essentielle, afin de ne pas perdre de vue certains aidants fragiles. L'erreur d'identification et la perception de l'aidant comme partenaire de soins reste un frein à la prise en charge mais peut évoluer. Une meilleure formation des médecins permettrait une plus grande pratique de la consultation dédiée.

A-20-92**Impact de l'utilisation du "tableau médicament" du document de sortie d'hospitalisation sur l'overuse : Evaluation au travers des traitements par inhibiteurs de la pompe à protons**

J. Feldman (1)

(1) *GERIATRIE AIGUE, Hôpital Saint-Antoine, Paris*

Introduction : Le tableau médicament intégré au document de sortie d'hospitalisation, préconisé par la Haute Autorité de Santé (HAS), propose un traitement de sortie intégrant les adaptations nécessaires, le traitement personnel du patient (avant son hospitalisation) et le traitement résultant du motif de l'hospitalisation. Ce tableau devait se révéler, entre autre, être une aide pour les professionnels de santé pour repérer et corriger les mésusages médicamenteux. Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont très fréquemment prescrits chez les sujets âgés, alors même qu'il n'existe pas ou plus d'indication à cette prescription. Les objectifs de notre étude étaient de déterminer si l'utilisation du tableau médicament permettait une amélioration du repérage et de la correction des overuses des inhibiteurs de la pompe à proton et d'identifier les déterminants à cet excès de traitement. **Méthodes :** Nous avons effectué une étude rétrospective dans le service de gériatrie aigüe de l'hôpital saint Antoine à Paris. Quarante-neuf patients ont été sélectionnés, avant et après l'utilisation du tableau médicament, sur la présence d'inhibiteur de pompe à proton à l'admission. Les indications ont été analysées et comparées entre ces périodes, sur la base des recommandations de bonnes pratiques sur la prescription des IPP publiées par la HAS en 2009. Les principales données étudiées étaient les caractéristiques sociodémographiques, l'histoire digestive, le motif principal de la mise sous inhibiteur de la pompe à proton, les modifications effectuées sur le traitement de sortie, la prise de médicaments gastrotoxiques associée. **Résultats :** L'utilisation du tableau médicament a permis de mieux repérer les overuses (augmentation du repérage des « overuses certains » (34,1% vs 4,4 %), diminution des « overuses possibles » (29,5% vs 60%) et d'arrêter plus fréquemment les inhibiteurs de la pompe à proton des prescriptions de sortie douteuses. (p=0,00069). L'absence d'épisode digestif haut était associée à un risque overuse. Il n'existait pas de lien avec la prise de médicaments potentiellement gastrotoxique. **Conclusion :** L'utilisation du tableau médicament a permis de mieux repérer et de corriger plus fréquemment les traitements en excès par inhibiteurs de la pompe à proton.

A-20-93**Étude des recommandations thérapeutiques émises par un binôme gériatre-pharmacien dans le cadre du projet TELEHPADIA**

D. Démoustier-Tampère (1) ; M. Falck (2) ; C. Cartignies (3) ; M. Lotin (1) ; A. Lerooy (1)

(1) *Unité de médecine aiguë gériatrique, Hopital jean bernard, Valenciennes;* (2) *Unité de médecine aiguë gériatrique, CH Valenciennes, Valenciennes;* (3) *Court Séjour Gériatrique, CH Valenciennes, Valenciennes*

Introduction : Le projet TELEHPADIA propose depuis 2014 un modèle innovant de réévaluation thérapeutique par un binôme d'experts gériatre-pharmacien via télé-médecine dans le cadre du programme Personnes âgées en Risque de Perte d'Autonomie. Ce modèle est appliqué dans huit établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du Valenciennois, territoire présentant une forte prévalence de prescriptions

médicamenteuses inappropriées. Ces téléconsultations incluent différentes étapes et aboutissent à l'émission de recommandations thérapeutiques personnalisées soumises aux médecins traitants des patients concernés. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les recommandations émises et leurs applications. L'objectif secondaire est d'estimer le temps nécessaire à la réalisation des téléconsultations. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle monocentrique. Toutes les téléconsultations réalisées entre le 27 juin et le 19 décembre 2017 ont été incluses. Les recommandations thérapeutiques médicamenteuses émises et leurs applications à deux mois ont été recueillies et analysées. Une estimation des temps moyens nécessaires à chaque étape a été réalisée. **Résultats :** Sur 68 téléconsultations incluses, 64 ont été analysées. Le nombre moyen de propositions de modifications thérapeutiques émises par consultation était de 3,5. Les propositions concernaient surtout les médicaments agissant sur le système cardiovasculaire. Il s'agissait majoritairement de propositions d'arrêt de prescription. Le taux d'application global des recommandations était de 49%. La durée moyenne d'une téléconsultation toutes étapes confondues était d'une heure et treize minutes. Les étapes se déroulant en EHPAD étaient les plus longues. **Conclusion :** Les consultations TELEHPADIA dans leurs modalités de réalisation actuelle n'aboutissent qu'à peu de modifications thérapeutiques et leur service médical rendu paraît insuffisant. Une simplification des étapes réalisées en EHPAD est nécessaire. La participation des médecins traitants aux consultations et l'amélioration du mode de communication entre le binôme expert et les médecins traitants semblent les pistes d'amélioration les plus prometteuses.

A-19-94**La Médiation Animale et l'Éveil Sensoriel pour le maintien du consentement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées**

D. Descamps (1)

(1) *Ateliers de Médiation Animale et d'Éveil Sensoriel, Association "Étho-logis", Sauternes*

Introduction : Le concept de consentement fait référence aux notions de "libre choix" et de "démence" pouvant sembler aux premiers abords ne pas être compatibles. Certes, les pathologies cognitives induisent des symptômes comme des troubles de la mémoire, des altérations du jugement, de l'abstraction et de la compréhension influençant les capacités de décisions des patients. Que la progression soit rapide ou lente, l'évolution de la maladie accentue la difficulté de se décider à effectuer des choix (à cause d'un sentiment d'insécurité) bien souvent par manque de sens et de signification mais également par diminution ou perte de la juste appréciation des conséquences de ses choix. Il convient alors de faire du lien et donner du sens à l'action. Pour cela, la première étape consiste à adapter le discours présenté ainsi que l'explication de la situation aux capacités signitives de compréhension de la personne concernée. Dans cette perspective, le code de déontologie médicale, la loi ainsi que les recommandations de bonnes pratiques (HAS et ANESM) dans le cadre de la bientraitance, la viabilité et le prendre soin stipulent l'importance du consentement préalable nécessaire à toute prise de décision et choix concernant un patient. Dans le domaine du soin et du prendre soin (médical et paramédical), la notion de consentement soulève plusieurs questions dont une fondamentale: celle du Comment ? Comment parvenir à maintenir le consentement chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? **Méthodes :** Depuis douze ans, je conduis

des Ateliers MAES. Ma démarche constitue une source permanente de choix d'actions de la part du bénéficiaire. Dans le cas d'une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, il s'agit d'autant de possibilités de maintien de son "consentement libre et éclairé". Dans ma pratique professionnelle, je mets un point d'honneur à ne jamais forcer. Le déroulement d'une séance n'a rien d'établi ni d'imposé. En effet, je laisse toujours la participation libre. Aussi, dès mon arrivée, je m'adresse à eux en leur rappelant qui je suis et la raison de ma présence. Je peux illustrer mon discours en leur montrant l'animal médiateur présent à mes côtés afin que le sens soit plus évident pour eux. **Résultats :** Par cette démarche, il s'agit de donner l'occasion d'expérimenter ce qui leur est proposé en faisant l'expérience directe des ressentis liés à cette mise en situation. Et le choix qui en découlera, négatif ou positif, sera plus éclairé car il sera porteur de davantage de signification que si l'on était resté sur un refus pouvant être considéré comme précipité et non consenti par manque de lien et de sens. Au cours de la séance, soit les personnes sont accueillies dans un espace commun ou au sein d'un lieu dédié à l'éveil sensoriel de type "Snoezelen" pour une activité groupale, soit nous nous installons dans leur chambre ou au sein de ce même lieu pour un moment privilégié en individuel. Dans ces deux cas de figure, le déroulement reste à peu près le même en terme d'organisation dans le sens où les différentes possibilités d'actions sont présentées en début de séance et peuvent être rappelées par la suite si besoin. En fin de séance, il est toujours fait un récapitulatif des ressentis et émotions manifestés par la personne afin de se les remémorer et de les résumer. En adoptant une telle approche, nous parvenons à soulever - même si cela n'est que de manière temporaire - le voile de la vulnérabilité installé par la maladie et ses symptômes. La fatigue, la douleur et surtout l'angoisse ou l'anxiété pouvant en découler sont susceptibles d'altérer le discernement du patient. En l'apaisant et adoptant une approche respectueuse, attentionnée, bienveillante et bienveillante, nous parvenons à diminuer très significativement les ressentis négatifs liés aux symptômes de la maladie ; certains pouvant même disparaître définitivement ou momentanément en fonction des situations. Nous reconnaissons glisser parfois en direction de la notion de "consentement assisté" lorsque nous soutenons la personne dans sa prise de décision. Mais nous mettons toujours un point d'honneur à ne jamais tomber dans le "consentement substitué". **Conclusion :** Il existe suffisamment de situations dans le cadre d'une prise en charge médicale plaçant le patient dans une position de "subir" pour ne pas imposer ce qui ne doit pas l'être. Cette dynamique contribue à l'augmentation de l'estime de soi, à la valorisation de sa responsabilité et au repositionnement de soi en tant que personne à part entière au sein d'une vie en collectivité au cœur de laquelle bien souvent les décisions sont prises "pour les patients" ou "à leur place" et cela par manque de temps et/ou de considération.

A-07-95

L'impact socio-économique d'une non-adhésion de la part du patient, de son entourage et de son médecin traitant au projet de prise en charge d'un syndrome d'apnée du sommeil

J. Attier-Zmudka (1) ; B. Bertheaux (1) ; JM. SEROT (1) ; C. Boufflet (1) ; JM. Nkunzimana (1) ; A. Legrand (1) ; Y. Douadi (2) ; S. Dao (3) ; C. Sorel (4) ; I. Gyselinck (1) ; AS. Macaret (5) ; F. Caron (1) ; C. Dubois (1) ; O. Balédent (6)

(1) *Gériatrie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (2) *Pneumologie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (3) *Radiologie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (4) *Cardiologie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (5) *Neurologie, C.H. de Saint-Quentin, Saint-Quentin*; (6) *Bioflowimage, Université de Picardie Jules Verne, CHU Amiens, Amiens*

Introduction : Le cerveau et son système vasculaire ne peuvent être dissociés du cœur et des poumons, qui fournissent de l'énergie et de l'oxygène et forment un ensemble fonctionnel cœur-poumon-cerveau. Le syndrome d'apnée du sommeil est fréquent chez les sujets âgés, en particulier chez ceux présentant une altération cognitive. Non traité, il occasionne non seulement des troubles neurocognitifs, mais également des complications multiples de type fatigue, dépression, hypertension, infarctus du myocarde, troubles du rythme et arrêt cardiaque, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale, chutes, fractures et baisse d'autonomie avec confinement au lit, et oxygénodépendance dans la phase ultime. La mise en place d'un appareillage en PPC (pression positive continue) bien que contraignant, peut éviter cette dégradation clinique, voire permettre une amélioration significative de la qualité de vie du patient et son entourage. Néanmoins, en lien avec l'environnement familial, et l'inconfort, la majorité de patients n'accepte pas ce type de traitement. **Méthodes :** A partir d'un projet de recherche faisant la base d'un travail de thèse de science, nous avons étudié une population de 95 personnes âgées (moyenne d'âge : 84 ± 5 ans) souffrant d'altération cognitive (MMSE 20 ± 6). A l'aide de polygraphie nocturne, nous avons pu détecter un syndrome d'apnée du sommeil chez 68%. L'ensemble de cette cohorte est suivi en consultation mémoire et gériatrique dans l'établissement porteur du projet. Seulement 3 patients ont accepté l'appareillage. A titre d'exemple nous en rapportons un cas. Nous avons comptabilisé tous les événements en rapport avec le syndrome d'apnée du sommeil dont nous avons eu connaissance chez les patients non appareillés (consultations chute, mémoire, cardio, neuro, pneumo... ambulances/VSL, visites du médecin généraliste et hospitalisations répétitives). **Résultats :** A partir de ces patients suivis depuis 2014, nous avons chiffré le coût global de la prise en charge. Le coût financier de l'appareillage est largement inférieur au coût de prise en charge des patients présentant des complications en rapport avec le syndrome d'apnée du sommeil non traité et nous ne parlons pas de l'amélioration de la qualité de vie. **Conclusion :** A partir de ces patients suivis depuis 2014, nous avons chiffré le coût global de la prise en charge. Le coût financier de l'appareillage est largement inférieur au coût de prise en charge des patients présentant des complications en rapport avec le syndrome d'apnée du sommeil non traité et nous ne parlons pas de l'amélioration de la qualité de vie.

A-15-96**Une tumeur cérébrale atypique chez une patiente de 95 ans :
Etude d'un cas**

N. Ratti (1) ; N. Giroult (2) ; MA. Picat (2) ; M. Lacoste (3) ; K. Ly (1) ; A. Tchalla (2)

(1) *Médecine Interne A, CHU Limoges, Limoges*; (2) *Médecine gériatrique, CHU Limoges, Limoges*; (3) *Maladies infectieuses, CHU Limoges, Limoges*

Introduction : La Nocardiose est une infection bactérienne rare, responsable d'atteintes localisées ou disséminées, avec une localisation préférentielle pulmonaire et cérébrale. Le diagnostic en est parfois difficile devant un aspect pseudo-tumoral. Nous décrivons le cas d'une patiente ayant présenté un tableau de nocardiose disséminée avec atteinte cérébrale révélatrice, mimant une tumeur cérébrale primitive. **Méthodes :** Une femme de 95 ans, ayant comme principaux antécédents une hypertension artérielle sous bêta-bloquant, une fibrillation auriculaire anticoagulée et un accident ischémique transitoire, est hospitalisée pour troubles du comportement et somnolence évoluant depuis une semaine. A l'entrée, elle est apyrétique avec un score de Glasgow à 11, sans signes de focalisation ni méningé. La CRP est à 184 mg/l, les leucocytes à 11000/mm³. Le scanner cérébral montre des lésions temporales externes gauches postérieures avec prise de contraste circonférentielle, un œdème péri-lésionnel avec retentissement sur le ventricule latéral homolatéral, l'ensemble évoquant un glioblastome. Aucun geste neurochirurgical n'est proposé du fait de l'âge après avis spécialisé, et un traitement anti-œdémateux par corticoïdes est débuté. Quarante-huit heures plus tard apparaît une fièvre justifiant des hémocultures qui reviennent positives à *Nocardia farcinica* après 96 heures de culture. Une antibiothérapie par Imipénème et Amikacine relayée par Imipénème et Triméthoprime-sulfaméthoxazole intraveineux après réception de l'antibiogramme est instaurée et les corticoïdes sont arrêtés. Le scanner thoracique pour bilan d'extension montre des opacités nodulaires disséminées des deux champs pulmonaires, mal systématisées, non excavées et de multiples formations ganglionnaires médiastinales centimétriques. A J2 de l'antibiothérapie, on note une amélioration neurologique spectaculaire et l'obtention de l'apyrexie. A J15 cependant, la patiente décède finalement dans les suites d'une décompensation cardiaque. Les seuls facteurs favorisants retrouvés sont un âge avancé et une hypogammaglobulinémie à 3.5 g/l sans composante monoclonale. La sérologie VIH est négative. **Résultats :** Il s'agit d'une Nocardiose disséminée pulmonaire et cérébrale chez une patiente très âgée sans facteur d'immunodépression classique pour une nocardiose, mimant parfaitement une pathologie tumorale cérébrale, avant la positivité tardive des hémocultures. Arjun et al ont décrit un cas comparable d'un patient de 61 ans avec des lésions cérébrales évoquant initialement des métastases cérébrales dans un contexte d'adénocarcinome du bas œsophage. La Nocardiose, infection rare (incidence évaluée entre 500 et 1000 cas par an aux Etats-Unis), est causée par *Nocardia*, bacille Gram positif aérobic et acido-alcool résistant, saprophyte des sols, comprenant 50 variétés, dont 16 impliquées dans les infections humaines. Sa culture est difficile sur milieux standards. La forme bactériémique est rare. *Nocardia farcinica* est responsable de formes localisées viscérales ou disséminées. La contamination se fait par voie respiratoire (poussière contaminée) ou par voie cutanée, suivie d'une dissémination hématogène possible aux tissus mous et au système nerveux central. Les formes disséminées sont l'apanage des patients avec atteinte de l'immunité cellulaire

(VIH, corticothérapie, transplantation d'organe, néoplasie). Chez notre patiente, l'âge avancé est un facteur favorisant la diminution de l'immunité cellulaire : l'hypothèse émise est une involution du thymus réduisant la production de lymphocytes T, acteurs de l'immunité adaptative. La mortalité varie de 14 à 40% dans la forme pulmonaire et 50% de ces cas diffusent au système nerveux central. En cas de forme cérébrale sur nocardiose disséminée, la mortalité s'élève à 55% voire 85% en l'absence de traitement. **Conclusion :** La Nocardiose à présentation neurologique pseudo-tumorale, même si rare, est habituellement évoquée devant un tableau de lésions cérébrales multiples chez un immunodéprimé. Elle doit cependant aussi être recherchée en l'absence de facteurs de risque notamment chez le sujet âgé, l'antibiothérapie adaptée précoce étant clef pour la survie du patient. Ce cas clinique souligne la complexité du tableau clinique de la Nocardiose chez le sujet âgé polyopathologique et met en évidence les conséquences de la diminution de l'immunité cellulaire avec le grand âge.

A-05-97**Equipe Mobile de Gériatrie du CHU de la GUADELOUPE :
Caractéristiques des personnes âgées évaluées en 2016**

T. Basileu Zozio (1) ; L. Rinaldo (1) ; M. Dauguet (1) ; M. Tabue Tegu (2)

(1) *Unité mobile de gériatrie, CHU, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe*; (2) *Inserm u897, Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Bordeaux cedex*

Introduction : Les Equipes Mobiles Gériatrie (EMG) sont un maillon essentiel de la filière gériatrique. Elles utilisent les outils de l'évaluation gériatrique standardisée dans le dépistage, l'identification et la gestion des patients âgés à risque de dépendance. Il est bien démontré que les interventions des EMG sont associées à une baisse de la durée de séjours hospitaliers et à une amélioration en termes de morbi-mortalité. Elles participent également à la stratégie de maintien de l'autonomie fonctionnelle. L'EMG du CHU de Guadeloupe, créée en 2005, contribue à la fois à la vulgarisation des bonnes pratiques gériatriques et à l'évaluation des personnes âgées hospitalisées dans l'établissement à la demande des spécialistes d'organe. L'objectif de ce travail est d'étudier les caractéristiques sociodémographiques et médicales des personnes évaluées par l'EMG, âgées de 70 ans et plus et hospitalisées du CHU de Guadeloupe en 2016. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au CHU de Guadeloupe en 2016. Nous avons recueilli la liste exhaustive des malades hospitalisés et évalués entre le 01/01/2016 et le 31/12/2016 par l'EMG auprès du Département de l'Information Médicale (DIM) puis nous avons récupéré les dossiers médicaux aux archives de l'établissement. Un modèle standardisé de dossier médical a été mis en place par notre établissement. Il a permis le recueil de données médicales, cliniques, biologiques et socio-démographiques. **Résultats :** 302 sujets hospitalisés ont été évalués par l'EMG du CHU de Guadeloupe en 2016. La moyenne d'âge est de 82 ans +/- 7,1. Parmi les sujets évalués, 91% (274 patients) vivent à domicile et pour la moitié ils sont seuls (55 % soit 166 patients). 53% (152 patients) de sujets bénéficiaient d'une aide formelle à domicile avant l'hospitalisation et seuls 25 % (74 patients) de sujets étaient bénéficiaires de l'APA. Nous avons également observé que 2/3 des sujets évalués avaient une HTA (191 patients soit 63%), 1/4 un diabète (78 patients soit 25 %) et plus de 2/3 de sujets étaient dépendant au ADL (236 patients soit 78 %). **Conclusion :** Les personnes évaluées par l'EMG vivaient en majorité, seules à domicile avant leur hospitalisation. Cependant, la

prévalence de la dépendance aux ADL (78 %) est importante avec pourtant une faible proportion de patients bénéficiant de la mise en place d'aides formelles au domicile. Cela dénote un retard dans la mise en place d'aides adaptées avec la nécessité d'améliorer le repérage de ces populations dès l'ambulatoire. Cette dépendance si elle survient au cours de l'hospitalisation devra être considérée comme un événement indésirable de santé. La prise en charge des vulnérabilités sociales et de la dépendance incidente nécessite une approche pluridisciplinaire, celle proposée par les EMG. Une diffusion large de protocoles de soins, accompagnée d'un plan de formation du personnel et d'une formalisation de la politique d'équipement pourraient contribuer à diminuer la prévalence et la gravité des événements de santé défavorables des personnes âgées hospitalisées au CHU de Guadeloupe et permettre d'améliorer la qualité de vie des sujets.

A-05-98

La convention « Sorties Difficiles », un dispositif innovant au CHU de la Guadeloupe

L. Rinaldo (1) ; T. Basileu Zoio (1) ; M. Dauguet (1) ; M. Joseph (1) ; P. Jacobin (1) ; M. Tabue Teguo (2)

(1) *Unité mobile de gériatrie, CHU, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe* ;

(2) *Inserm u897, Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Bordeaux cedex*

Introduction : Le CHU de la Guadeloupe est confronté depuis quelques années à la problématique des séjours hospitaliers prolongés chez les patients âgés de 70 ans et plus dits « bed blockers ». Ce sont en général des patients polypathologiques et présentant une problématique sociale. Le parcours de santé intra et extra-hospitalier de ces patients est complexe en rapport avec une fragilité des dispositifs de coordination entre les différents acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social dont ils relèvent. Face à ce constat, un dispositif innovant « dispositif des sorties difficiles » associant l'ensemble des acteurs (Conseil Départemental, CHU, Agence Régionale de Santé et EHPAD) a été mis en place pour la gestion des personnes âgées dites « bed blockers ». En l'absence d'un service de court séjour gériatrique à cette période au CHU de Guadeloupe, le dispositif s'est appuyé sur l'expertise de l'Equipe Mobile de Gériatrie (E.M.G.) pour sa coordination. A notre connaissance, il n'existe pas de dispositifs similaires en France. L'objectif de ce travail est donc de présenter et décrire le fonctionnement du dispositif « sorties difficiles » au CHU de la Guadeloupe. **Méthodes :** Un relevé prospectif, mono centrique a été réalisé concernant les patients inclus dans le dispositif. Nous avons inclus tous les patients évalués au court des 24 premiers mois de fonctionnement. Les informations concernant les caractéristiques sociodémographiques, les DMS, le délai entre le signalement et l'intervention des EMG, ont également été recueillies. Critères d'inclusions au dispositif : Un âge égal ou supérieur à 70 ans ; une pathologie médicale stabilisée ; un isolement sur le plan social ; un retour à domicile impossible ; et comme projet social à l'issue de l'hospitalisation un hébergement en unité de soins de longue durée (USLD) ou en EHPAD. **Fonctionnement du dispositif :** Les patients éligibles au protocole « sortie difficile » devaient tous être systématiquement évalués par l'EMG du CHU. Cette évaluation indispensable permet de valider ou pas l'intégration des malades dans le dispositif. Une fois admis dans ce dispositif, les patients pouvaient être directement admis en EHPAD, sans attendre la finalisation du dossier de placement, et notamment la constitution du dossier d'Allocation Pour l'Autonomie (APA). Le financement

de ce dispositif était assuré par l'ARS, le temps que les pièces nécessaires à la constitution du dossier d'APA soient réunies. **Résultats :** Sur la période étudiée, 45 patients ont été éligibles à ce dispositif. Les patients sont signalés à l'EMG au bout de 6.15 jours en moyenne et le délai moyen d'intervention de l'EMG est de 1.6 jours. Le délai d'admission moyen en EHPAD est de 32.7 jours avec une DMS à 58.4 jours. Parmi les 45 sujets éligibles et évalués par l'EMG, 24 patients ont quitté le dispositif (non admis en EHPAD). Ils sont pour certains (22% soit 10 patients) rentrés à domicile, (20 % soit 9 patients) transférés en SSR et (11% soit 5 patients) décédés. **Conclusion :** La Convention « Sorties Difficiles » a permis un parcours fluidifié pour des patients pour qui il n'y avait pas d'autre issue possible sur le plan social. Ce dispositif, par une organisation nouvelle des soins afin d'optimiser le parcours de santé des personnes âgées, a permis de coordonner des acteurs très divers, en diminuant ainsi les durées d'hospitalisation : il s'inscrit largement dans la structuration de la filière gériatrique en cours en Guadeloupe avec la création depuis quelques semaines d'une unité de court séjour gériatrique au CHU de la Guadeloupe.

A-20-99

Prévalence de la consommation des psychotropes chez les personnes âgées de 70 ans et plus, hospitalisées au CHU de Guadeloupe

T. Basileu Zoio (1) ; L. Rinaldo (1) ; M. Dauguet (1) ; M. Tabue Teguo (2)

(1) *Unité mobile de gériatrie, CHU, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe* ;

(2) *Inserm u897, Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Bordeaux cedex*

Introduction : La prévalence de la consommation de psychotropes chez la personne âgée est élevée. Cette consommation se maintient parfois sur le long terme et ce, en dépit d'indications thérapeutiques et de recommandations cliniques. Elle est souvent associée à l'existence de troubles du comportement, qui constituent par ailleurs un des principaux motifs d'intervention des équipes mobiles de gériatrie. Il est actuellement bien démontré que cette consommation de psychotropes doit toujours rester limitée dans le temps en raison du risque d'aggravation des troubles cognitifs et de l'induction rapide d'effets secondaires. Peu d'études sont disponibles sur l'utilisation des psychotropes chez les sujets âgés hospitalisés dans la région caribéenne. L'objectif de ce travail est d'estimer la prévalence de la consommation des psychotropes chez les personnes âgées de 70 ans et plus hospitalisées au CHU de Guadeloupe. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au CHU de Guadeloupe. Tous les malades hospitalisés et évalués entre le 01/01/2016 et le 31/12/2016 par l'EMG ont été inclus. Nous avons recueilli dans le dossier médical toutes les informations relatives aux données sociodémographiques, médicales et cliniques. Ont été relevées toutes les informations sur la consommation des psychotropes (neuroleptiques, benzodiazépines) prescrits ou non pendant le séjour. **Résultats :** Sur la période étudiée, 302 patients ont été éligibles à l'étude. La moyenne d'âge était de 82 ans +/- 7,1. 55 % des patients étaient des hommes. La prévalence de la consommation des psychotropes est de 29 % (88 patients) avec 11 % (33 patients) traités par des neuroleptiques, 23 % (70 patients) par des benzodiazépines et 5 % (15 patients) à la fois sous neuroleptiques et benzodiazépines. Les patients sous psychotropes sont majoritairement des hommes (62 %) avec un âge moyen de 80 ans (+/- 7). Nous notons également un recours important aux contentions (40 %) soit 121 patients. **Conclusion :** La prévalence

de la consommation des psychotropes chez la personne âgée de 70 ans et plus, hospitalisée au CHU de Guadeloupe, est très élevée. Le recours important aux contentions observées est en faveur de l'existence probables de troubles neuro-cognitifs majeurs associant des troubles du comportement productifs. Il apparaît nécessaire que les EMG poursuivent leurs missions de formations et d'information dans la gestion des troubles du comportement de la personne âgée hospitalisée dans les services non gériatriques.

A-26-100

Evaluation de la couverture vaccinale antigrippale Population de plus de 65 ans en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et du personnel soignant

L. Bestaoui (1) ; E. Magny (2)

(1) SSR, Hôpital Vaugirard (AP-HP), Paris; (2) La Triade, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Paris

Introduction : Malgré les stratégies thérapeutiques préventives disponibles, les patients âgés sont particulièrement touchés par la grippe chaque année et les conséquences peuvent être graves dans cette population fragile. Le Conseil de l'Union Européenne recommande une couverture vaccinale à 75% dans tous les groupes à risque y compris le personnel de santé. L'objectif de cette étude était d'évaluer la couverture vaccinale des patients suivis par le Service de Soins Infirmier à Domicile pour personnes âgées (SSIAD) des Hauts de Seine ainsi que celle de son personnel soignant. **Méthodes:** Nous avons mené une étude prospective d'octobre 2016 au 31 janvier 2017 en incluant les 70 patients du SSIAD ainsi que les 20 personnels médical et paramédical intervenant auprès des patients. Il n'y avait pas de critères d'exclusion. Le critère de jugement principal était la vaccination antigrippale réalisée ou pas au 31 janvier 2017. **Résultats :** Les patients ont une moyenne d'âge de 85 ans, avec un GMP de 690. Tous les patients ont au moins 3 critères de Fragilité selon Fried. L'équipe soignante du SSIAD est composée de 20 femmes dont une moyenne d'âge de 41 ans : 13 aides-soignantes, 4 infirmières dont une coordinatrice, un médecin coordonnateur, une psychologue et un ergothérapeute. 57% de patients du SSIAD ont été vaccinés contre la grippe. Il y a autant de patients avec des troubles cognitifs non vaccinés contre la grippe que ceux vaccinés. Le refus et l'oubli de vaccination représentent plus de 75% des raisons invoquées. La présence ou pas d'aidant n'a pas d'impact sur le taux vaccination. L'hospitalisation du patient pendant la campagne de vaccination antigrippale est associé à la non vaccination. 65% des soignants ont été vaccinés. 57% des soignants non vaccinés avaient une mauvaise image de la vaccination. **Conclusion :** Le taux de vaccination des patients du SSIAD est de 57 % loin des 75% fixés par haut conseil à la santé publique. Une des principale raison semble être la mauvaise connaissance du statut vaccinale de ces patient âgés, fragiles, souvent hospitalisés pendant la campagne de vaccination. Une meilleure communication entre les médecins traitants et l'hôpital, pourrait-elle améliorer la traçabilité de la vaccination, par le biais du dossier patient unique informatisé ? Avec 65% de soignants vaccinés, le taux de vaccination du SSIAD est bien supérieur à celui de la moyenne relevée dans les établissements gérontologiques qui est autour de 30%. C'est le fruit d'une campagne d'information sur le bienfondé de la vaccination menée par l'équipe d'encadrement du SSIAD. D'autres parts, nous avons mis en place une organisation facilitatrice : la vaccination venait aux soignants et non l'inverse, vaccination gratuite, réalisée sur le temps de travail, pas de déplacement nécessaire, vaccination faite par le médecin coordonnateur ou les infirmières au moment

choisi par le soignant « candidat » à la vaccination. Les motifs de non vaccination des soignants soulevés dans notre étude restent identiques à celle du rapport de la HCSP de mars 2014. Notre étude a montré que la couverture vaccinale des patients du SSIAD est en dessous des moyennes nationales. Avec 65% de soignants du SSIAD vaccinés, la couverture vaccinale est meilleure que la moyenne nationale, probablement en partie grâce à une stratégie de communication et d'organisation vaccinale efficace et volontariste

A-02-101

Réunions d'optimisation thérapeutique en prévention des chutes des sujets âgés dans un service de Soins de Suite et Réadaptation

F. Farbos (1) ; N. Delbarre (1) ; C. Carles (1) ; J. Bonnet (1) ; C. Mechain (2)

(1) Pharmacie, C.H. Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens; (2) Soins de suite et réadaptation, C.H. Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens

Introduction : La polymédication chez le sujet âgé est fréquente et source d'accidents iatrogènes prévisibles et évitables. Les chutes représentent près de la moitié des événements signalés par les professionnels de santé dans notre établissement et concerne majoritairement cette population fragile. Le pharmacien réalise la conciliation des thérapeutiques à l'entrée, l'analyse quotidienne des prescriptions informatisées et, depuis janvier 2017, participe à une réunion hebdomadaire de concertation pluridisciplinaire, afin de réévaluer la balance bénéfique/risque de chaque médicament des patients entrants dans le service de Soins de Suite et réadaptation (SSR) de l'hôpital. En parallèle, au sein d'un comité de retour d'expérience (CREX) sur les chutes, le pharmacien prend part à l'analyse des causes profondes des chutes signalées et propose des axes d'amélioration en particulier sur la prise en charge médicamenteuse des sujets âgés. L'objectif principal de notre étude est de montrer que la démarche mise en place au SSR permet de diminuer le nombre de patients signalés chuteurs au sein du service. **Méthodes :** Il s'agit d'une analyse comparative de type avant-après des patients ayant chuté dans le service du SSR en 2016 et 2017. Lors des réunions d'optimisation thérapeutique, nous favorisons la juste prescription en s'appuyant sur les référentiels et les recommandations nationales de prescription dans cette population fragile. Nous avons analysé les prescriptions des patients chuteurs au SSR en 2016 et 2017 en fonction de la polymédication, des critères du programme « Améliorons la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » (PMSA) de la Haute Autorité de santé (HAS) (2012), des classes médicamenteuses à risque de chutes ainsi que des médicaments potentiellement inadaptés (MPI) selon la liste de Laroche (2007) en lien avec le risque de chutes. Le score médicamenteux de chute (sur 10), validé dans notre établissement, a été calculé à partir de ces items, le jour de la chute et à l'entrée. Nous avons testé les hypothèses au risque de première espèce $\alpha=0.05$. **Résultats :** En 2017, nous avons réalisé 41 réunions pluridisciplinaires d'optimisation thérapeutique au cours desquelles nous avons réévalué les prescriptions médicamenteuses de 269 patients (93% des patients entrants). Le ratio entre le nombre de patients signalés chuteurs et le nombre de patients entrants en 2016 ($P1=0.33$) n'est pas statistiquement différent en 2017 ($P2=0.26$) ($p=0.15$). Après analyse des fiches de signalement des chutes, transmises par l'équipe gestion des risques au sein du CREX, il apparaît que sur les 69 chutes signalées au SSR en 2017, 6 concernent des patients que nous n'avons pas analysés en réunion

d'optimisation thérapeutique et 31 chutes concernent des patients pour lesquels l'analyse en réunion d'optimisation n'avait pas eu lieu avant la chute. Le taux de chuteur du SSR ajusté est donc $P2^2=0.11$. Le nombre de chutes signalées au SSR est donc statistiquement inférieure en 2017 ($p<0.001$). 32 signalements de chutes ont été réalisés (soit 24 patients) malgré la présence d'une analyse pluridisciplinaire des prescriptions à l'entrée. L'âge moyen est de 85 ans (ET = 6 ans). Le nombre de médicaments par ordonnance (le jour de la chute) est 8.20 médicaments (ET = 2.90 médicaments). Le délai entre l'analyse et la chute est 11.9 jours (de 1 à 56 jours). Le score médicamenteux de chute est à 5.2 (ET = 2.0)/10 en moyenne chez ces patients au jour de la chute. Il est significativement supérieur par rapport à l'entrée des patients concernés ($p=0.02$). **Conclusion :** Nous montrons une diminution des chutes signalées dans le service depuis le début de notre activité. L'augmentation du score entre l'entrée et la chute chez les patients signalés nous confirme la part médicamenteuse dans la chute ainsi que l'intérêt d'une évaluation pluridisciplinaire de chaque thérapeutique ajoutée, modifiée ou stoppée en cours d'hospitalisation. Une des perspectives de ce travail serait de développer une organisation du même type dans d'autres services à risque de notre établissement.

A-22-102

Une unité Plaies et Cicatrisations au service de la Gériatrie

O. Pagni (1) ; B. Fremcourt (1)

(1) *Plaies et cicatrisations, Hôpital Rothschild, Paris*

Introduction : La prise en charge des plaies est un problème de santé publique. Les personnes âgées présentent plusieurs facteurs qui favorisent la survenue de plaies à cause de leur état polyopathologique et sont donc concernés par ce problème très souvent caractérisé en France par des retards de cicatrisation. Notre objectif est de vous présenter l'unité gériatrique plaies et cicatrisation de l'hôpital Rothschild à Paris 12^{ème}, de présenter le rôle de chaque professionnel dans la prise en charge d'une plaie et les différentes thérapeutiques employées. Ce service prend en charge des patients de plus de 75 ans présentant une ou plusieurs plaies complexes dans un contexte de comorbidités. **Méthodes :** Nous avons réalisés une étude observationnelle, monocentrique, descriptive et statistique sur 4 ans de 2013 à 2016, soit 971 admissions. Tous les patients admis à cette période étaient inclus. Nous avons répertoriés les différentes plaies prises en charge, identifier les différents acteurs intervenants ainsi que leurs actions. Les thérapeutiques spécifiques faites dans le service (TPN et greffe en pastilles) ont également été quantifiées. **Résultats :** L'unité gériatrique compte 32 lits (8 MCO et 24 SSR). Les patients admis viennent d'hôpitaux de l'APHP, du domicile ou de structures extra hospitalières gériatriques. Parmi ceux-ci 41% étaient porteurs d'ulcères, 34% d'escarres, 10% de plaies du pied diabétique, 8% de moignon d'amputation, 4% de plaies cancéreuses, 4% d'angiodermites nécrosantes, 4% d'hématomes, 3% de plaies chirurgicales, 2% d'abcès cutanés, 2% de pemphigoides bulleuses, 1% de brûlures, 1% de pustuloses érosives et 1% de dermatites associés à l'incontinence. On note une DMS de 13 jours en MCO et de 51 jours en SSR variable de quelques jours selon l'évolution du patient. Devant toutes plaies, nous réalisons une évaluation clinique et des examens complémentaires afin de déterminer l'étiologie de la plaie : indispensable à une prise en charge adaptée et optimale. Un bilan pluridisciplinaire est également réalisé par différents professionnels qui interviennent chacun selon leurs domaines de compétences : la nutrition, la rééducation, la douleur, l'état psychologique du patient toujours en adéquation avec le projet social. La prise en charge des

plaies est faite de façon collective, structurée et coordonnée. La personne âgée est très souvent pathologique. Ainsi sa prise en charge doit tenir compte des comorbidités associées. On a constaté que 60% des patients inclus étaient dénutris, que 48% présentaient une AOMI et 18% une insuffisance veineuse, 43% avaient des troubles de la mobilité et que 18% étaient diabétiques. Des thérapeutiques locales adaptées sont mises en place : la cicatrisation dirigée avec des pansements et des types de compression veineuse selon les recommandations de l'HAS, la TPN et les greffes en pastilles qui permettent une réduction du temps de cicatrisation. **Conclusion :** Le service gériatrique plaies et cicatrisation prend en charge des patients porteurs de plaies diverses. La problématique de la cicatrisation en gériatrie est préoccupante. Au-delà du traitement local, une évaluation pluridisciplinaire systématique est nécessaire pour l'améliorer.

A-24-103

Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes et des patientes sur l'utilisation du pessaire gynécologique

E. Jouve-Tronche (1) ; G. Clément (2) ; B. Jacquetin (3) ; E. Nohuz (4)

(1) *C.H. Guy Thomas, Riom*; (2) *Département de médecine générale, Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand*; (3) *Service de gynécologie-obstétrique, CHU Estaing, Clermont-Ferrand*; (4) *Service de gynécologie-obstétrique, Centre hospitalier de Thiers, Thiers*

Introduction : Médecin de premier recours, le généraliste joue un rôle important dans le dépistage et la prise en charge du prolapsus uro-génital, véritable enjeu de santé publique. L'utilisation d'un pessaire gynécologique permet de soulager les symptômes ressentis par les patientes. L'objectif de cette étude est d'établir un état des lieux des connaissances des médecins généralistes et des patientes quant au recours à ce dispositif médical. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude qualitative. Deux questionnaires ont été élaborés et diffusés entre juin et décembre 2016. L'un a été soumis à des médecins généralistes installés en cabinet libéral, l'autre à des patientes dans le cadre de leur suivi gynécologique. **Résultats :** Les médecins généralistes avaient pour la plupart, dans leur patientèle, des femmes utilisant un pessaire gynécologique pour le traitement d'un trouble de la statique pelvienne, qu'il soit associé ou non à une incontinence urinaire. Cependant, les pratiques paraissent loin d'être uniformes s'agissant des modalités et de la fréquence de changement, ainsi que de l'emploi d'un traitement adjuvant. Ces praticiens approuvaient leur implication dans la gestion et l'entretien du pessaire tout autant que la nécessité d'une formation complémentaire et de l'élaboration d'un outil d'information simple sur le dispositif. S'agissant des patientes, la plupart d'entre elles connaissaient le pessaire mais avaient un a priori à connotation négative. Elles avaient une bonne connaissance de l'indication du pessaire chez elles. Parmi les principaux avantages du dispositif, elles citaient le confort, l'alternative à la chirurgie, l'efficacité, des effets bénéfiques sur l'activité physique et sur le plan urinaire. Parmi les principaux inconvénients, elles évoquaient surtout l'inconfort ainsi que les contraintes de changement et d'entretien. La plupart d'entre elles préféreraient confier l'entretien du pessaire à un professionnel de santé, par manque de connaissances ou de dextérité. Rapportant un taux d'efficacité et de satisfaction important, elles étaient nombreuses à plébisciter le pessaire auprès de leur entourage proche. **Conclusion :** L'utilisation du pessaire gynécologique reste encore relativement peu connue par les médecins généralistes. Les patientes en sont

globalement très satisfaites. Une éducation thérapeutique renforcée des patientes pourrait permettre de les impliquer davantage dans la gestion du dispositif. Un guide d'utilisation du pessaire destiné aux généralistes pourrait être une piste afin d'harmoniser les pratiques.

A-11-104

Des troubles de la déglutition révélant une maladie des spasmes diffus de l'oesophage

S. Laurent-Badr (1) ; V. Nonnonhou (2) ; Y. Jaïdi (3) ; LA. Bertholon (4) ; JL. Novella (5) ; R. Mahmoudi (4)

(1) Service de gériatrie et de médecine interne, CHU de Reims - Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex; (2) Médecine interne et gériatrie, CHU de Reims - Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex; (3) Gériatrie, Résidence des Capucins, Reims; (4) Médecine interne et gériatrie, CHU, Reims; (5) Umg, Hôpital Maison Blanche, Reims Cedex

Introduction : La maladie des spasmes diffus est un trouble de la motilité œsophagienne peu fréquent. Sa prévalence est de 3 à 5 % parmi les troubles de la motilité œsophagienne. Longtemps asymptomatiques, les manifestations cliniques peuvent être variées rendant le diagnostic difficile et tardif. Nous rapportons une observation clinique illustrant ce propos. **Méthodes :** Une femme de 83 ans était hospitalisée en Gériatrie pour altération de l'état général avec perte de poids et troubles de la déglutition. Ces antécédents comprenaient une hypertension artérielle traitée par inhibiteur calcique et un reflux gastro-œsophagien (RGO) traité par inhibiteur de la pompe à proton (IPP). L'examen digestif associait une dysphagie portant sur les solides et les liquides depuis plusieurs semaines, des troubles de la déglutition associés à des vomissements postprandiaux et une perte de 8 kg en 3 mois. Le bilan biologique ne retrouvait pas de dénutrition (albumine 42 g/L) ni de syndrome inflammatoire (CRP 5 mg/L). Un transit oeso-gastro-duodéal (TOGD) réalisé après ingestion de produit baryté montrait un calibre du bas de l'œsophage irrégulier réalisant un aspect en « pile d'assiettes » ou « tire-bouchon », sans sténose ou dilatation de l'œsophage. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD) retrouvait également un aspect tortueux sans obstacle ni œsophagite. Le diagnostic de maladie des spasmes diffus était retenu. Son traitement par inhibiteur calcique fut relayé par de la NIFEDIPINE, complété par une injection de toxine botulique 100 UI lors de la FOGD, permettant une régression des troubles de la déglutition et de la dysphagie. **Résultats :** La maladie des spasmes diffus est caractérisée par un péristaltisme normal de l'œsophage entrecoupé de contractions simultanées et intermittentes. C'est un trouble moteur primitif d'étiologie indéterminée. Ses manifestations cliniques comportent le plus fréquemment une dysphagie, une régurgitation et des douleurs thoraciques peuvent survenir pendant un effort. La perte de poids est rare. Le diagnostic repose sur la manométrie œsophagienne qui objective une conservation partielle du péristaltisme, plus de 20 % de contractions simultanées et une relaxation normale du sphincter inférieur de l'œsophage. L'aspect en tire-bouchon est caractéristique sur le TOGD. La FOGD permet d'éliminer une cause organique. Le traitement de la MSD n'est pas bien défini. Des thérapeutiques médicamenteuses ont montré des bénéfices incertains tels que les nitrates, le sildénafil, les inhibiteurs calciques et les IPP. L'injection de toxine botulique a montré son efficacité. La dilatation pneumatique et la myotomie chirurgicale peuvent être proposées, mais sont généralement préférées pour l'achalasia et les sujets jeunes. **Conclusion :** Le diagnostic de la maladie des spasmes diffus est difficile chez la personne âgée. Le

traitement est incertain et les bénéfices sont variables selon les patients.

A-13-105

Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes après intervention de l'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière du Centre Hospitalier Lyon Sud

E. Daniel (1) ; N. Jomard (2)

(1) Médecin généraliste, Dijon; (2) Equipe Mobile de gériatrie extra-hospitalière, Hospices Civils de Lyon, Pierre-Bénite

Introduction : Les équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières (EMG-EH) sont des dispositifs innovants de conseils et d'évaluation des patients âgés au domicile. Dans le département du Rhône, l'EMG-EH du Centre Hospitalier Lyon Sud (CHLS) intervient à la demande et en appui du médecin traitant ou des professionnels de terrain lors de situations médicospsycho-sociales gériatriques complexes. **Méthodes :** L'objectif de notre étude a été d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes dont les patients ont bénéficié d'une intervention de l'EMG-EH du CHLS. Une étude prospective, descriptive par questionnaire en ligne a été réalisée. Elle concernait l'évaluation des interventions réalisées par l'EMG-EH sur un semestre (du 1er avril au 30 septembre 2017). **Résultats :** Quarante-cinq réponses ont été recueillies. Le taux de participation était de 36%. La note moyenne attribuée aux interventions de l'équipe était de 8.3/10. Quatre-vingt-onze pourcents des médecins estimaient les propositions de l'EMG-EH conformes à leurs attentes. Ils étaient 98% à souhaiter solliciter de nouveau l'équipe. La perte d'autonomie, dépendance et l'épuisement de l'aidant principal étaient les principaux motifs d'intervention. Les recommandations médicamenteuses ou non étaient suivies dans environ 75% des cas. La possibilité de prescription par l'équipe était souhaitée par 78% des médecins. L'utilisation d'une messagerie sécurisée pour favoriser les échanges avec l'équipe intéressait 84% d'entre eux. **Conclusion :** La forte satisfaction des médecins témoigne de l'intérêt et de la qualité du service rendu des EMG-EH dans la prise en charge des patients âgés. Une communication renforcée semble nécessaire pour optimiser cette prise en charge.

A-13-106

Coordonner les retours d'hospitalisation et conforter la conciliation médicamenteuse: Quand le Patient redevient Résident

F. Pradeau-Ribier (1) ; JM. Pannunzio (2)

(1) EHPAD de Gayette, MONTOLDRE; (2) Pharmacie, EHPAD de Gayette, Montoldre

Introduction : Devant des difficultés rencontrées lors des retours d'hospitalisations (non annonce, ordonnance de sortie tardive ou incomplète, mesinformation sur les soins requis, inadaptation de structure ou d'environnement), nous avons réfléchi à une coordination plus efficiente qui, avec l'anticipation d'un ensemble de données, permettrait un accueil de qualité du patient redevenant résident, sans rupture de soins et avec les qualités requises d'un accompagnement personnalisé. **Méthodes :** L'EHPAD de Gayette accueille 170 personnes. En un an (du 1er mai 2017 au 30 avril 2018), il y a eu 85 hospitalisations, pour 57 personnes dont 18 ont dû être hospitalisées plusieurs fois (de 2 à 4 séjours). Les motifs sont ceux rencontrés dans les statistiques nationales, la durée moyenne de séjour est superposable aux données de la littérature, (environ une dizaine de jours, sauf pour l'hospitalisation en secteur

psychiatrique (un mois en moyenne). Mais, quelque soit la cause, quelque soit la durée, le résident-patient redevient résident à son retour dans un environnement différent. Pour autant, la continuité des soins ne doit pas s'interrompre. L'hôpital donne des informations sur l'état de santé, le traitement à poursuivre et l'EHPAD qui les reçoit doit s'enquérir d'éléments complémentaires: existence de soins particuliers (SAD, oxygène, pansements, escarres, picc-line, stomie, VNI,), état nutritionnel (poids, texture), installation spécifique, le retentissement physique et surtout psychologique étant à prendre en compte également. Pour mémoire, cela a représenté, dans le cadre de l'analyse de l'ordonnance de sortie: 154 lignes modifiées, 81 rajoutées, 53 supprimées, 147 conservées, 7 modifiées par médecin de l'EHPAD. 30 % d'erreurs sont absorbées par ce système de verroux. La conciliation médicamenteuse n'est pas une retranscription de prescription: elle collecte les informations, assure la continuité, fait diminuer les erreurs et participe du bon usage des médicaments. L'ensemble des éléments collectés en amont du retour d'un résident permet, à diffusion, une pluri-disciplinarité offrant le meilleur accueil possible. C'est ainsi qu'infirmières, agents des Unités, ergothérapeute, diététicienne, psychologue, pharmacien et médecin auront leur tâche prédéfinie et complémentaire, centrée autour du bien-être du résident. Cet ensemble peut entraîner des réorganisations de service : isolement, déménagement, adaptation de l'environnement. **Résultats** : Un outil a ainsi été créé, support aux informations données par l'hôpital et que reçoit l'EHPAD, dès l'annonce d'un retour. Ce support est à l'usage des IDE et reprend: l'identité de la personne, le jour et l'heure de l'annonce du retour, les soins particuliers, l'état cutané, la texture prescrite, la mobilité, le traitement faxé, l'information faite au résident et/ou famille, un retour devant recevoir l'aval du médecin coordonnateur et/ou du cadre. Ce support est alors diffusé aux différents acteurs de la prise en soins. L'anticipation de l'annonce d'un retour, les transmissions relayées, le traitement faxé et la réévaluation pluri-disciplinaire oeuvrent à l'amélioration des retours d'hospitalisations.

Conclusion : Coordonner prend alors tout son sens en ordonnant des éléments séparés, en combinant des actions et activités distinctes pour un ensemble COHERENT, visant à atteindre un résultat déterminé, COMMUN: le bien-être du résident. La communication inter-secteur, hospitalier et médico-social est un élément majeur et primordial dans la recherche de l'optimisation des informations données et reçues: le lien de confiance est renforcé.

A-23-107

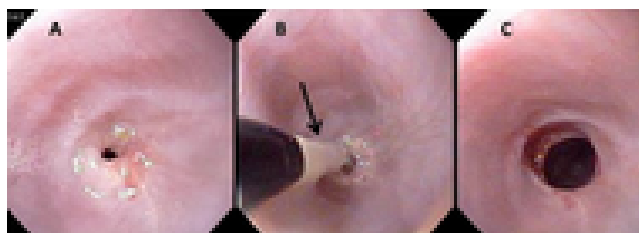
Traitement endoscopique dans la gastroparésie du sujet âgé : à propos d'un cas

PE. Cailleaux (1) ; H. Duboc (2) ; P. Charru (3) ; D. Haguenauer (1)
 (1) *Gériatrie, Hôpital Louis-Mourier (AP-HP), Colombes*; (2) *Gastro-entérologie, Hôpital Louis-Mourier (AP-HP), Colombes*;
 (3) *Gérontologie, Hôpital Louis-Mourier - APHP, Colombes*

Introduction : La gastroparésie est un ralentissement symptomatique de la vidange gastrique sans obstacle mécanique pouvant s'accompagner d'un pylorospasme. Les symptômes digestifs sont aspécifiques (satiété précoce, reflux gastrique persistant, nausées, vomissements). Le déclencheur est la prise alimentaire. Les conséquences redoutées sont la dénutrition et la déshydratation. Les principales causes sont le diabète, les séquelles chirurgicales ou idiopathique. Les modalités de traitement sont le pacemaker gastrique (SEG), la dilatation pylorique et la myotomie gastrique perendoscopique (G-POEM). L'objectif du cas est d'illustrer la pertinence d'un traitement endoscopique de

la sténose pylorique chez le sujet de grand âge. **Méthodes** : Nous rapportons le cas d'un patient de 97 ans, adressé en Gériatrie aiguë pour dyspnée. Ses antécédents étaient une fibrillation auriculaire et une insuffisance respiratoire chronique. Son traitement comportait les médicaments de la prise en charge des 2 pathologies. Il réside en EHPAD et son indépendance fonctionnelle est préservée. La dyspnée était imputée à une pneumopathie aiguë communautaire d'inhalation traitée de façon probabiliste par AUGMENTIN, compliquée d'une décompensation cardiaque cédant à la déplétion. L'abdomen était météorisé. Après une amélioration initiale, on constatait de nouveaux épisodes de pneumopathies d'inhalation et une clinique compatible avec une sub-occlusion. Toute tentative d'alimentation conduisait à des vomissements, chez un patient en dénutrition rapide. **Résultats** : Après avoir éliminé l'occlusion aiguë à l'aide d'un scanner. La première gastroscopie ne met pas en évidence d'ulcère ou de saignement, mais une stase et un spasme du pylore. La réalisation de la scintigraphie de vidange gastrique met en évidence une gastroparésie sévère aux solides et liquides. Au vu de l'âge et des comorbidités du patient, la discussion collégiale propose un traitement endoscopique par dilatation pylorique plutôt que la pose d'un pacemaker. La dilatation endoscopique est réalisée par ballon hydraulique à 18mm.

Figure 1
Dilatation endoscopique



Les suites sont simples, le patient est hospitalisé en soins de suite et réadaptation avec une renutrition progressive, les épisodes d'inhalation disparaissent. Son poids sec est à 84kg, avec une albuminémie à 30g/l hors contexte inflammatoire en SSR. Le retour à son EHPAD a pu ensuite être envisagé. **Conclusion** : La gastroparésie idiopathique reste une pathologie rare, même chez le sujet jeune. Devant des inhalations répétées sans cause retrouvée et après avoir éliminé les autres causes de subocclusion, devant des vomissements à endoscopie normale (sans anomalies muqueuse) et stase alimentaire il faut savoir évoquer ce diagnostic qui peut bénéficier d'un traitement simple par dilatation pylorique, pouvant se pratiquer sous simple sédation. Chez les sujets polyopathologiques à risque élevé, la dilatation endoscopique est une alternative adaptée, avec des temps opératoires d'endoscopie digestive standard et l'utilisation de ballonnets de 15 à 20mm. Les résultats peuvent être rapides et spectaculaires. L'efficacité peut se maintenir de 1 à 4 ans avec une fréquence variable. Les complications (perforation) demeurent rares. Au total, chez les patients âgés de diagnostic confirmé par la scintigraphie, la dilatation endoscopique semble la thérapeutique la plus adaptée permettant une amélioration symptomatique rapide en évitant la dénutrition.

A-07-108**La Médiation Famille : un outil résolutoire des conflits dans un Groupement Hospitalier de Territoire**

I. Zundel (1) ; C. Baisset (2) ; T. Dona (2)

(1) *Ssr/med/lisp sp/evc, C.H., Fumel*; (2) *Service de médecine/ssr/lisp/evc, Centre Hospitalier de Fumel, Fumel*

Introduction : Aujourd'hui la politique en direction d'une réduction des dépenses publiques encourage les institutions à mutualiser leurs moyens et services. En réponse, la GHT prend son envol dans les services sanitaires. A celle-ci s'ajoute celle en direction des aînés. Avec l'âge, les fragilités, les pathologies chroniques apparaissent. Elles entraînent la réduction de l'autonomie et mènent peu à peu la personne vers la dépendance, et le besoin de tiers technique ou humain pour le second dans ses actes de la vie quotidienne et/ou courante. **Méthodes :** Le cadre, le processus et les outils de la médiation familiale sont une aide à la gestion des conflits familiaux (MARC : Mode Alternatif de Résolution de Conflit) dans les situations complexes, pour répondre à la difficulté que rencontre les familles incapables de s'entendre sur le projet d'accompagnement de leur proche. **Résultats :** Ces deux orientations gouvernementales engagent les professionnels concernés à repenser leur pratique, à étendre leur conceptualisation du prendre soin. Prévenir et dépister les fragilités induites par la perte d'autonomie permet d'éviter des situations de crises voire de conflit, au sein de la famille et, par effet d'écho, aux professionnels et l'institution qui les emploient. Le conflit exprime le désaccord. Non canalisé, il génère une rupture de communication et de lien. **Conclusion :** La médiation familiale, Mode Alternatif de Résolution des Conflits, est à l'interface de différents champs professionnels. Par le biais de sa formation et expérience professionnelle, le médiateur familial sait appréhender, comprendre et accompagner tout conflit interpersonnel, intra et/ou intergénérationnel. La médiation est une nouvelle profession pouvant apporter ponctuellement une complémentarité à l'équipe pluridisciplinaire du service hospitalier. La GHT offre la possibilité d'employer un médiateur pour la totalité de son groupement.

A-20-109**Relation plaquettes et furosémide : des hauts et des bas**

E. Desvaux (1) ; I. Saulnier (1) ; A. Tchalla (1)

(1) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges, Limoges*

Introduction : La thrombopénie (Tp) (taux de plaquettes (pq) inférieur à 150 000/mm³) est une situation fréquente. Les causes sont variables. L'étiologie médicamenteuse a une incidence de 10 à 30 pour 1 million de patients et augmente avec l'âge principalement en lien avec une poly médication. **Méthodes :** Nous rapportons le cas d'un patient de 85 ans traité par érythropoïétine (EPO) depuis 2016 pour une anémie sur insuffisance rénale chronique (IRC) stade IIIB. Dont les autres étiologies avaient été éliminées. Ses antécédents médicaux principaux sont : une cardiopathie ischémique (fraction d'éjection ventriculaire gauche à 29%), une fibrillation auriculaire (FA), une hypertension artérielle, une dyslipidémie et son traitement était composé de 21 spécialités. En 2017 il est apparu une pan cytopénie. L'hypothèse diagnostic était alors une cause centrale. Il est donc hospitalisé en hôpital de jour diagnostic de médecine gériatrique pour la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée, un bilan biologique complet, un myélogramme, une échographie abdominale, une radiographie pulmonaire et une analyse de l'ordonnance. Les examens complémentaires mettaient en évidence : une hémoglobine à 10,2g/dl, un volume globulaire

moyen (VGM) à 104/ μ m³, des pq à 71 000/L, des leucocytes à 2900/L, pas de carence en vitamine B9 et B12, T4 libre normale. Myélogramme : les anomalies de la lignée rouge en lien avec l'insuffisance rénale et la lignée mégacaryocytaire est normale, examen en faveur d'une Tp périphérique. L'échographie abdominale et la radiographie pulmonaire étaient normales en dehors d'un épanchement pleural droit. Après élimination d'une cause vitaminique et d'une myélodysplasie, l'EPO a été majorée et l'hémoglobine s'est améliorée. Les leucocytes se sont normalisés après recontrôle. L'enquête de pharmacovigilance retient comme probables traitements responsables : le Furosémide, l'Apixaban, le Losartan et l'Esoméprazole. En prenant en compte la date d'apparition des Tp et les dates d'introductions des traitements, seul le Furosémide pouvait être incriminé. Dans le dossier médical, on retrouve un taux à 192/mm³ pq en 2011 puis une première Tp à 127/mm³ en juin lors d'une décompensation cardiaque avec utilisation de Furosémide intra veineux. Le taux se normalise après arrêt du furosémide. Depuis 2011 l'état du patient nécessite l'introduction de Furosémide au long cours avec des augmentations de dose lors d'épisode de décompensation cardiaque. Le taux de pq varie de façon inversement proportionnelle à la dose de Furosémide. Lors du bilan, le patient avait 80mg de furosémide et un taux de 71/mm³ pq. Après diminution de moitié de la posologie le taux revient à 100/mm³ pq. Une nouvelle décompensation cardiaque amène à une ré augmentation du Furosémide. Il est décidé de réaliser une resynchronisation cardiaque, permettant de le diminuer à 40mg par jour. Le contrôle un mois plus tard retrouve un taux de 132/mm³ pq. **Résultats :** Le taux de plaquette était dose dépendant du furosémide. Dans la littérature il a été retrouvé un cas similaire de thrombopénie au Furosémide dose dépendante. L'équipe du Professeur James N.George a défini 4 critères évaluant la probabilité d'imputabilité d'une molécule dans une Tp : 1) le traitement avec la molécule candidate précède l'apparition de la Tp, 2) la récupération de la Tp complète et la stabilité après arrêt de la molécule candidate, 3) les autres causes de Tp ont été exclues et 4) une réexposition à la molécule candidate induit une récurrence de la Tp. Dans notre cas, sur les 7 années de prise en charge, le patient répondait aux critères de N.George pour le Furosémide. La physiopathologie serait similaire à celui de la quinine et des sulfamides dont la structure du furosémide est proche. Un anticorps circulant naturel ayant une faible affinité pour un antigène membranaire pq (glycoprotéine) se couple avec la molécule circulante (furosémide) augmentant son affinité pour l'antigène de surface pq. Cette association entrainerait la lyse pq et ainsi la Tp. **Conclusion :** Les autres diurétiques sont contre indiqués par l'IRC, l'effet de classe pour les autres diurétiques de l'anse ne permet pas d'utiliser le Bumétamide. Le furosémide ne pouvait être stoppé du fait de l'insuffisance cardiaque chronique et une potentielle augmentation de dose majorerait le risque hémorragique d'autant plus avec l'anticoagulation de son FA. La solution a été la resynchronisation qui a permis une épargne de Furosémide et une amélioration de sa Tp. La population gériatrique est plus à risque d'insuffisance cardiaque et donc de prescription de furosémide. Une Tp impose la revue de l'ensemble de l'ordonnance y compris des médicaments couramment utilisés même depuis plusieurs années.

A-21-110**Un état dépressif pas si caractérisé !**

C. Golstein (1) ; C. De Villelongue (1) ; C. Loiseau Breton (1) ; F. Raimbault (1) ; N. Té (1) ; V. Fossey Diaz (2)

(1) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris*; (2) *gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris*

Introduction : Le pic de fréquence de l'Artérite à Cellules Géantes (ACG) se trouve entre 70 et 80 ans. Selon l'HAS en 2017, toute céphalée inhabituelle d'apparition récente chez un sujet de plus de 50 ans, en particulier après 70 ans, doit faire évoquer le diagnostic d'ACG. Les autres signes évocateurs sont les signes visuels, la claudication de la mâchoire, l'hyperesthésie du cuir chevelu, l'aspect saillant et induré des artères temporales, la Polyarthrite Rhumatoïde Rhizomélique (PPR) et les signes généraux. Les troubles neuropsychiatriques dans l'artérite temporale sont peu étudiés et décrits. Nous rapportons un cas d'ACG se révélant par un tableau neuro-psychiatrique atypique. **Méthodes :** Mme P, âgée de 87 ans est adressée fin décembre 2017 en UGA devant une altération de l'état général, une perte de 5kg en 3 mois associée à un ralentissement psychomoteur et une perte d'autonomie. Un diagnostic d'état dépressif caractérisé est porté par un psychiatre en ville avec instauration d'Athymil, une semaine avant son entrée. L'examen clinique est rassurant, le bilan biologique met en évidence une hyponatrémie sur un SIADH, une anémie à 8,7g/l microcytaire. La natrémie se normalise après suspension d'un traitement par Esomeprazole. Devant une apathie, anorexie, un ralentissement psychomoteur associés à des idées noires, Miansérine est remplacé par de la Mirtazapine. A 4 semaines de traitement, il persiste des troubles thymiques et un déclin cognitif se manifestant par des troubles praxiques, une atteinte de la mémoire épisodique et du langage, le traitement est suspendu et remis en question. Une IRM cérébrale met en évidence une atrophie diffuse, une leucoariose. Le MMS est à 22/30, l'horloge échouée. La patiente nécessite une aide pour tous les actes de la vie quotidienne contrastant avec son autonomie habituelle. Devant la présence d'un syndrome inflammatoire biologique persistant avec une CRP à 70mg/L sans hyperleucocytose, le bilan infectieux effectué est négatif (hémocultures, ECBU, BK tubages, radio de thorax). Un PET-Scan est réalisé, retrouvant un aspect de vascularite des artères vertébrales, une atteinte inflammatoire des ceintures scapulaires et pelviennes. Une biopsie de l'artère temporale confirme le diagnostic d'ACG. Une corticothérapie par Prednisone à posologie de 0,7mg/kg est démarrée début février 2018. La patiente ne présente aucun signe d'appel clinique. A un mois du début de la corticothérapie, la patiente aura repris 3kg, l'autonomie est récupérée, permettant un retour à domicile. La consultation de suivi du mois de mai, retrouve un poids stable, l'absence de syndrome inflammatoire, Mme P a repris son activité de bénévolat, et ne présente aucune altération cognitive et thymique. **Résultats :** La physiopathologie des troubles neuropsychiatriques de la maladie de Horton est peu étudiée : la décompensation d'une pathologie neurodégénérative ou psychiatrique antérieure, l'association d'un effet direct de cytokines pro - inflammatoires sur la transmission synaptique, la présence d'un terrain vasculaire s'y associant, sont discutées. **Conclusion :** Le mode de révélation de l'ACG peut être atypique. L'ACG reste une urgence thérapeutique. Le retard diagnostique est un facteur défavorable concernant l'évolution et les complications. L'ACG doit être évoquée devant un tableau neuro -psychiatrique atypique chez le sujet âgé, d'autant plus si il s'accompagne d'un état inflammatoire. Une altération des fonctions cognitives brutale,

doit être explorée, la normalité d'une imagerie cérébrale ne doit pas freiner les explorations, une complication micro - vasculaire est à évoquer.

A-20-111**Accident Vasculaire Cérébral et Neuroleptiques Atypiques chez une personne âgée de 88 ans hospitalisée en Court Séjour Geriatrique**

R. Celia (1) ; P. Maxime (1) ; B. Elliott (1) ; L. Rinaldo (1) ; T. Basileu Zozio (2) ; M. Tabue Teguo (1)

(1) *Court séjour gériatrique, C.H. Régional Universitaire, Les Abymes, Guadeloupe*; (2) *Unité mobile de gériatrie, CHU, Pointe-à-Pitre, Guadeloupe*

Introduction : Les troubles du comportement productifs (hallucination, agitation, agressivité...) sont fréquents dans les syndromes confusionnels et démentiels du sujet âgé. Des psychotropes, comme les neuroleptiques, peuvent être utilisés en cas de persistance de la symptomatologie et de l'échec de l'approche non médicamenteuse. Cependant, leur utilisation chez la personne âgée démente reste controversée en rapport avec les effets indésirables fréquents et l'efficacité relativement limitée. Nous rapportons l'observation de la survenue d'un accident vasculaire cérébral ischémique quelques jours après introduction d'un traitement par Risperidone chez une patiente âgée de 88 ans hospitalisée pour trouble du comportement en Court Séjour Gériatrique au CHU de Guadeloupe. **Méthodes :** Cas clinique. **Résultats :** Madame B. âgée de 88 ans était hospitalisée dans le service de Court Séjour Gériatrique du CHU de Guadeloupe pour troubles du comportement d'aggravation récente. Parmi ses antécédents, on retrouvait des troubles neurocognitifs majeurs d'étiologie non précisée, une hypertension artérielle, un diabète insulino-réquerant, un glaucome chronique bilatéral compliqué d'une cécité gauche et d'une baisse de l'acuité visuelle sévère à droite, une thyroïdectomie et une amputation trans-tibiale gauche en 2014. Ses traitements à l'entrée étaient en adéquation avec ses antécédents. Après l'amputation, la patiente a présenté un phénomène de repli sur soi. Ceci s'est accentué suite au décès de son époux quelques mois plus tard. La famille notait alors une aggravation de son état avec des troubles du comportement productifs à type d'hétéro-agressivité, d'automutilation, d'hallucinations visuelles et d'opposition aux soins. A l'examen clinique, la patiente présentait essentiellement des lésions prurigineuses prédominant au membre supérieur gauche. Le bilan biologique était sans particularité. Un scanner cérébral sans injection de produit de contraste était réalisé à son admission. Il ne permettait pas d'évoquer un accident vasculaire cérébral récent. Les troubles du comportement ont persisté dans le service et un traitement par Risperidone a été introduit. Cinq jours plus tard, la patiente présentait des troubles de la vigilance et une hémiplégié gauche. Un nouveau scanner cérébral sans injection de produit de contraste réalisé en urgence, retrouvait un accident vasculaire cérébral récent du territoire sylvien superficiel droit. **Conclusion :** la risperidone est le traitement préconisé dans la prise en charge de l'agressivité persistante chez les patients présentant une démence d'Alzheimer modérée à sévère, ne répondant pas aux approches non-pharmacologiques et lorsqu'il existe un risque de préjudice pour le patient lui-même ou les autres. Ce traitement est également associé à la survenue d'événements cérébrovasculaires graves. Chez les patients âgés déments, son utilisation doit prendre en compte les facteurs de risque prédictifs de survenue d'accident vasculaire cérébral. Une réévaluation régulière des patients ainsi

que de la nécessité de la poursuite du traitement doit être faite

A-10-112

Évaluation gériatrique dans le cadre des bilans pré greffe rénale

Auteurs : D. Li Vigni (1) ; V. Mailland-Putegnat (2) ; J. Rosenberg (3) ; F. Leborgne (4) ; E. Michel (1) ; C. Arlaud (1) ; N. Champigny (5) ; M. Sanchez (1) ; O. Guérin (5)

(1) *Court séjour gériatrique, C.H.U de Nice, Nice*; (2) *Hdj, Hopital de Cimiez, Nice*; (3) *Néphrologie, dialyse et transplantation, Hôpital Pasteur, Nice*; (4) *EMG, Hopital de Cimiez, Nice*; (5) *Ucog, C.H.U de Nice, Nice*

Introduction : Il existe un vieillissement de la population et une incidence plus marquée des patients âgés en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Alors que la transplantation rénale est le meilleur traitement de l'IRCT à tout âge, ce dernier paramètre reste un frein important à l'accès à la liste nationale d'attente et il n'existe aucune recommandation spécifique du sujet âgé. L'HAS recommande de ne pas orienter les patients de plus de 85 ans ou de manière exceptionnelle [1]. Il semble raisonnable que tout patient âgé éligible à une greffe soit évalué par un gériatre. L'objectif de ce travail est de réaliser une trame d'évaluation gériatrique plus ciblée afin d'aider à la prise de décision thérapeutique chez les sujets âgés de plus de 75 ans : • Revue de la littérature; • Réunion de concertation pluridisciplinaire : 2 gériatres, 4 néphrologues (dont 1 en dialyse et 2 en transplantation ; 1 anesthésiste ; 1 infirmière coordination de greffe et 1 infirmière d'éducation. • Réalisation d'un cahier d'évaluation sur le modèle d'oncogériatrie, à partir d'échelles standardisées et validées. **Résultats :** D'après la littérature, il existe 3 facteurs importants chez le sujet âgé à évaluer dans la greffe rénale : la fragilité, les comorbidités et l'adhérence au traitement. Un cahier d'évaluation a été réalisé et structuré en 3 parties : STATUT FONCTIONNEL : • Evaluation de l'autonomie : ADL et IADL; • Dépistage de la fragilité selon les critères de Fried; • Recherche de syndromes gériatriques : risque de chute, évaluation sensorielle, risque de confusion, dénutrition, troubles neurocognitifs, incontinence. COMORBIDITE ET ESPERANCE DE VIE : • Score de Charlson pondéré à l'âge; • Score CIRS-G; • Score de Lee : index de mortalité à 4 ans; ADHERENCE AU TRAITEMENT : • Evaluation neurocognitive : MMSE, Dubois, Horloge; • Dépistage d'un trouble de l'humeur : GDS 15; • Evaluation socio-économique : entourage, aides en place; • Appréciation de l'observance thérapeutique : questionnaire Morisky; • Evaluation de la qualité de vie : SF-36. Au décours de la consultation, des prises en charge thérapeutiques (de la dénutrition, d'un syndrome dépressif, ...) et un suivi gériatriques sont proposés. **Conclusion :** L'évaluation gériatrique dans le cadre des bilans de prétransplantation rénale permet d'identifier des facteurs modifiables et non modifiables afin d'aider à la prise de décision thérapeutique partagée entre le néphrologue et le gériatre. Projets : • Etude clinique prospective afin d'évaluer l'impact d'une telle évaluation; • Uniformiser l'évaluation au niveau départemental voire régional.

A-08-113

Dysphagie oropharyngée dans une population âgée ambulatoire souffrant de trouble neurocognitif majeur : prévalence et association aux paramètres gériatriques

A. Michel (1) ; F. Roca (1) ; X. Gbaguidi(1) ; L. Druesne (1) ; E. Verin (2) ; P. Chassagne (1)

(1) *Médecine interne gériatrique, C.H.U de Rouen, Rouen*; (2) *Médecine physique et de réadaptation, U.g.e.c.a.m., Bois-Guillaume*

Introduction : La dysphagie oropharyngée est fréquente chez les sujets âgés atteints de trouble neurocognitif majeur et grave du fait de ses conséquences. En effet, on distingue les complications liées à l'altération de la sécurité de la déglutition (syndromes de pénétration, infection pulmonaire) de celles liées à l'altération de l'efficacité de la déglutition (dénutrition, déshydratation). Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer : - la fréquence et la nature de la dysphagie oropharyngée dans une population communautaire de sujets âgés atteints de trouble neurocognitif majeur; - l'association entre les paramètres gériatriques, telle que la fragilité, et la dysphagie oropharyngée; - le lien entre la sévérité du trouble neurocognitif majeur et celle de la dysphagie oropharyngée.; **Méthodes :** - Etude monocentrique, prospective menée en consultation ambulatoire; - Critères d'inclusion : âge ≥ 70 ans, maladie d'Alzheimer (NINCDS-ADRDA) ou syndrome apparenté, toux efficace, déglutition volontaire possible, capacité attentionnelle préservée; - Le dépistage de la dysphagie oropharyngée était réalisé à l'aide du V-VST (Volume-Viscosity Swallow Test) en consultation; - La sévérité du trouble neurocognitif majeur était évaluée par le MMSE et celle des troubles de déglutition par l'échelle DOSS (Dysphagia Outcome Severity Scale); - Six paramètres gériatriques étaient évalués (comorbidités, capacités fonctionnelles, cognition, nutrition, thymie, fragilité); **Résultats :** - 117 patients inclus, 77 femmes (65,8 %), âge médian : 85 ans. - MMSE moyen : $17 \pm 4,8$. - Prévalence de la dysphagie oropharyngée dépistée par le V-VST : 86,6 % parmi lesquels 3 % de trouble de la sécurité isolé, 53,6 % de trouble de l'efficacité isolé et 43,3 % d'anomalies associant altération de l'efficacité et de la sécurité. - La dépendance (établie sur l'ADL) était un facteur indépendant de dysphagie oropharyngée. La force de préhension diminuée (témoin de la force musculaire et d'un état de fragilité) était un facteur indépendant de trouble de la sécurité. - Aucun lien entre la sévérité des troubles de la déglutition et celle du trouble neurocognitif majeur n'a été retrouvé. **Conclusion :** La dysphagie oropharyngée chez les patients non institutionnalisés souffrant de trouble neurocognitif majeur est observée chez 86,6 % des sujets. Elle est associée à la dépendance et la fragilité. Le V-VST devrait être inclus de façon systématique dans l'évaluation gériatrique des personnes âgées souffrant de trouble neurocognitif majeur ; en effet outre le dépistage des troubles de la déglutition, il permet l'adaptation de la texture alimentaire et de l'hydratation.

A-02-114**Relation entre densité minérale osseuse, composition corporelle et niveau d'activité physique chez des femmes de plus de 75 ans**

M. Mathieu (1) ; T. Riaudel (2) ; G. Chapellet (1) ; AS. Boureau (3) ; Y. Maugars (4) ; L. De Decker (5) ; G. Berrut (5)

(1) *Médecine aiguë gériatrique, C.H.U de Nantes, Nantes*; (2) *Médecine polyvalente gériatrique, C.H.U de Nantes, Nantes*; (3) *Médecine aiguë gériatrique, C.H.U de Nantes, Nantes*; (4) *Rhumatologie, C.H.U de Nantes, Nantes*; (5) *Pole de gérontologie clinique, C.H.U de Nantes, Nantes*

Introduction : L'avancée en âge est associée à des modifications musculo-squelettiques conduisant à une altération de l'autonomie fonctionnelle. Les formes sévères d'altération musculaire, nommée sarcopénie, augmentent le risque de chute. Dans le contexte d'une diminution de la densité minérale osseuse (ostéoporose), on conçoit l'augmentation du risque fracturaire ainsi créé. Les fractures ostéoporotiques et les chutes représentent un enjeu de santé publique majeur. Ces deux pathologies bénéficient l'une et l'autre des effets positifs de l'activité physique. L'interaction entre le poids et la densité minérale osseuse (DMO) est bien connue. Par contre, les interactions entre la DMO et les principaux constituants de la composition corporelle (masse maigre, MM et masse grasse, MG) font encore débat. L'objectif principal est d'analyser la relation entre le T-score du fémur et la composition corporelle (MM et MG) en fonction du niveau d'activité physique (NAP) chez des femmes de plus de 75 ans. L'objectif secondaire est d'étudier les variables gériatriques associées à l'ostéoporose et à la sarcopénie. **Méthodes :** Ce travail consiste en une étude observationnelle transversale monocentrique, s'étant déroulée sur 16 mois, de janvier 2016 à avril 2017. Les femmes de plus de 75 ans, adressées à l'hôpital Bellier au CHU de Nantes pour la réalisation d'une absorptiométrie biphotonique, se sont vu proposer de participer à l'étude. Différentes variables ont été mesurées par l'absorptiométrie biphotonique : T-score du fémur, MM et MG. Le diagnostic d'ostéoporose a été posé selon la définition de la Haute Autorité de Santé. Quant à la sarcopénie, la définition du Consensus Européen a été retenue (EWGSOP). Le NAP a été estimé par l'hétéro-questionnaire d'activité physique de Dijon (constitué de 9 questions, sur 30 points). Chaque patiente a bénéficié de la réalisation de tests de performances physiques : hand grip, vitesse de marche sur 4 mètres, appui unipodal. Des régressions linéaires et logistiques univariées et multivariées ont été réalisées pour expliquer les variables T-score du fémur, ostéoporose et sarcopénie.

Résultats : 92 patientes ont été recrutées. Elles ont un âge moyen de 84,7 ans. La majorité des patientes vivent à domicile (91,3%), avec des scores ADL et IADL préservés. Une carence en vitamine D est retrouvée dans 63% des cas. Le Score MMSE moyen est de 25,6/30. Le niveau d'activité physique est préservé, le score de Dijon moyen étant de 22,1/30. Seule la masse grasse a une relation significative avec le T-score du fémur ($p < 0,001$). Une augmentation de 1kg de la masse grasse entraîne une augmentation de 0,034 du T-score du fémur. Concernant l'ostéoporose, la masse grasse est identifiée comme étant un facteur protecteur (OR à 0,90, IC 95% [0,85 ; 0,96], $p < 0,001$). L'âge est identifié comme étant un facteur de risque (OR à 1,17, IC 95% [1,04 ; 1,34], $p = 0,016$). Concernant la sarcopénie, la masse maigre est un facteur protecteur (OR à 0,22, IC 95% [0,08 ; 0,40], $p < 0,001$). La taille est un facteur de risque (OR à 1,97, IC 95% [1,45 ; 3,31], $p < 0,001$). Enfin, le fait d'être hospitalisé constitue également un facteur de risque de sarcopénie (OR à 28,94, IC 95% [2,62 ; 1061,51], $p = 0,022$). **Conclusion :** La MG jouerait

un rôle protecteur de la DMO prépondérant par rapport à la MM et à l'activité physique chez la femme âgée de plus de 75 ans. Son rôle est lié aux contraintes que jouent cette masse sur la structure osseuse et sa formation. Par ailleurs, à distance de la ménopause, la MG joue un rôle hormonal protecteur en étant source d'aromatase à l'origine d'œstrogènes et donc de formation osseuse. Ce travail renforce le concept d'une double relation entre os et compartiments corporels et plaide pour que l'activité physique, les mesures nutritionnelles, et les traitements agissant sur le remodelage osseux, soient menés de façon conjointe, afin de réduire le nombre de chutes et d'amplifier le gain en densité osseuse.

A-26-115**Accident vasculaire bi-thalamique : une symptomatologie trompeuse chez le sujet âgé**

L. Rivière (1) ; M. Lobbe (1) ; F. Ketz (1) ; A. Breining (2) ; E. Pautas (1)

(1) *Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*; (2) *Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*

Introduction : Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) thrombo-emboliques sur fibrillation atriale (FA) sont fréquents en population gériatrique et retiennent sur l'autonomie des patients âgés. Nous rapportons le cas didactique d'une patiente victime d'un AVC ischémique bi-thalamique, localisation rare et à la symptomatologie trompeuse et aspécifique, car induisant notamment des troubles de la vigilance et des troubles cognitifs.

Méthodes : Cas clinique et iconographie. **Résultats :** Une patiente de 88 ans est hospitalisée pour exploration d'une carence martiale par endoscopies digestives. Ses principaux antécédents sont une cardiopathie rythmique (FA permanente) anticoagulée par antivitamine K (AVK), hypertensive et valvulaire (bioprothèse aortique), une insuffisance respiratoire obstructive chronique, et une hyperthyroïdie. En vue des endoscopies, l'AVK est arrêté 3 jours avant le geste et repris 24h après le geste, sans relais par HBPM car la patiente est considérée à risque thrombo-embolique relativement faible (score CHA2DS2-VASc = 4). A J2 de la reprise des AVK, la patiente présente un trouble de la conscience (Glasgow 11), des bâillements, des mouvements répétitifs de la main droite et une aphasie. Pas de fièvre ni syndrome méningé. La biologie est normale en dehors d'un INR encore bas à 1.1. Le scanner cérébral sans injection ne retrouve pas de lésion ischémique ou hémorragique. La vigilance très fluctuante motive la réalisation de l'EEG qui ne retrouve pas de figure épileptique, ni d'anomalie post critique. L'IRM cérébrale retrouve finalement plusieurs lésions ischémiques semi-récents de chronologie différentes de localisation bi-thalamiques et dans le territoire des artères cérébrales postérieures sans transformation hémorragique. **Conclusion :** Les thalamus sont situés de part et d'autre du troisième ventricule et forment un carrefour des voies sensitives, motrices et cognitives. En effet, ils constituent un relais du circuit de Papez (mémoire et émotion), de la formation réticulée du tronc cérébral (éveil) des aires associatives du cortex intervenant dans l'émotion, la vision et l'audition, des voies sensitives, du système extrapyramidal. Leur vascularisation artérielle est complexe, issue du système vertébro-basilaire et de l'artère communicante postérieure, avec plusieurs variantes. Le syndrome bithalamique est donc polymorphe, aspécifique, associant à des degrés divers : un syndrome confusionnel, des troubles de la conscience pouvant aller jusqu'au coma, des troubles cognitifs (concernant particulièrement la mémoire et le langage), des déficits

sensitivo-moteurs. Dans le cas de notre patiente, les mouvements stéréotypiques de la main droite associés à des troubles de vigilance étaient évocateurs d'épilepsie, mais ils correspondent en fait à une dystonie réalisant la « main thalamique » (posture étrange, complexe de la main). Nous revenons, à partir de ce cas didactique, sur les particularités anatomiques de la vascularisation artérielle des thalamus, expliquant la symptomatologie complexe d'un AVC bi-thalamique. Cette symptomatologie, dominée par les troubles de vigilance et troubles cognitifs, est trompeuse chez les patients âgés chez qui l'hypothèse d'un AVC peut être méconnue.

A-06-116

La grippe nosocomiale dans un service de gériatrie à l'hôpital Edouard Herriot, Lyon (France): surveillance de 12 saisons grippales (2004-2017)

L. Hénaff (1) ; G. Martin-Gaujard (2) ; B. Comte (3) ; V. Escuret (4) ; C. Régis (5) ; C. Dananché (1) ; E. Marion (6) ; S. Amour (6) ; B. Lina (4) ; P. Vanhems (1)

(1) *Laboratoire des pathogènes émergents, épidémiologie et santé internationale, Centre International de Recherche en Infectiologie, UMR_S1111, UMR5308, Lyon;* (2) *Service de médecine gériatrique du pavillon k, Hôpital Édouard Herriot, Lyon;* (3) *Court séjour gériatrique, Hôpital Édouard Herriot, Lyon;* (4) *Laboratoire de virologie, centre de biologie & pathologie nord - iai, Groupement Hôpitaux du Nord; Centre National de Référence des virus des infections respiratoires, Lyon;* (5) *Laboratoire épidémiologie et santé publique, cnrs umr5558, Université Claude Bernard Lyon 1, Villeurbanne;* (6) *Unité d'hygiène, épidémiologie et prévention, Hôpital Édouard Herriot, Lyon*

Introduction : La grippe est une maladie infectieuse contagieuse responsable chaque année d'épidémies. Celles-ci diffèrent en gravité et en intensité suivant les souches circulantes, les souches vaccinales et la couverture vaccinale (CV). Elle peut induire un excès de mortalité dans la population, particulièrement chez les personnes âgées qui semblent être les plus touchées. À l'hôpital, son caractère contagieux fait que la grippe peut être une infection nosocomiale. Une surveillance a été mise en place depuis la saison 2004-2005 à l'hôpital Edouard Herriot de Lyon incluant un service de gériatrie. Cette étude observationnelle décrit les cas de syndromes grippaux et de gripes, communautaires et nosocomiaux. **Méthodes:** Il s'agit d'une surveillance prospective observationnelle en milieu hospitalier des syndromes grippaux retrouvés chez les patients hospitalisés en gériatrie, pendant 12 saisons grippales entre 2004 et 2017. Un syndrome grippal était défini par la présence d'une fièvre $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ en l'absence de prise d'antipyrétique et/ou d'une toux ou d'une douleur pharyngée. Pour chaque patient qui acceptait de participer à l'étude, un questionnaire était complété permettant de documenter des données sociodémographiques, médicales ainsi que le statut vaccinal. Un prélèvement nasal à visée diagnostique était également effectué permettant une détection des virus de la grippe par RT-PCR à l'aide d'un test commercialisé. Un cas nosocomial était un patient ayant présenté un syndrome grippal au moins 72 heures après son admission à l'hôpital. **Résultats :** Parmi les 567 patients inclus en gériatrie, 99 ont présenté une grippe confirmée soit 17,4%. Les virus grippaux majoritairement détectés lors de ces épidémies étaient de type A (78,8%). Parmi les patients ayant présenté une grippe confirmée, 36% étaient des hommes, 7,1% étaient des fumeurs et l'âge médian était de 87 ans (min 75 ans – max 101 ans). Le caractère nosocomial a été retenu pour 29 patients. Le délai médian d'apparition de leurs symptômes depuis leur

admission à l'hôpital était de 15 jours (min 4 jours – max 71 jours). La CV des patients inclus au cours de ces 12 saisons était de 52,9% (52,8% pour ceux ayant présenté un syndrome grippal, 53,5% pour ceux ayant présenté une grippe confirmée). La CV variait entre 39% en 2014-2015 et 71% en 2009-2010 et 2010-2011. La CV des 29 patients ayant présenté une grippe nosocomiale était de 62% (contre 47,5% pour les cas communautaires). **Conclusion :** Cette étude permet non seulement de décrire les cas de gripes et de syndromes grippaux en milieu hospitalier dans une population gériatrique, mais aussi de mettre en place ou de maintenir des mesures d'hygiène nécessaires et spécifiques en cas de grippe confirmée et éviter ainsi toute transmission.

A-15-117

Encéphalite associée à une méningite à VZV chez le sujet âgé dément

M. Lobbe (1) ; F. Ketz (1) ; A. Breining (1) ; E. Pautas (1)
(1) *Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*

Introduction : En cas d'infection à Varicella Zooster Virus (VZV) une réaction méningitique lymphocytaire associée est fréquente, sans qu'il n'y ait d'indication à un traitement antiviral parentéral. Une des complications est l'encéphalite dont le diagnostic n'est pas toujours aisé chez les patients âgés présentant des troubles cognitifs. Nous présentons un cas didactique mettant en évidence les difficultés diagnostiques de l'encéphalite associée à une méningite chez une patiente présentant des troubles cognitifs sévères. **Méthodes :** Cas clinique didactique. **Résultats :** Une patiente de 92 ans est hospitalisée via les urgences pour confusion sans fièvre, ayant débuté une semaine après l'apparition d'un zona cervico-brachial droit traité par Valaciclovir per os. Son principal antécédent est une maladie d'Alzheimer sévère. En dehors de troubles du comportement évoluant depuis 24h rapportés par la famille, l'examen neurologique est normal (pas de signe de localisation neurologique ni de syndrome méningé). La ponction lombaire met en évidence une méningite lymphocytaire à VZV (PCR positive à 3 logs). Un traitement probabiliste par Aciclovir parentéral à forte dose est débuté et se complique dès le lendemain d'une insuffisance rénale aiguë (créatinémie maximum à $325 \mu\text{mol/L}$ versus $95 \mu\text{mol/l}$ habituellement) sans obstacle à l'échographie. Se pose alors la problématique de poursuite du traitement antiviral devant les éléments neurologiques aigus et leur relation incertaine avec le processus infectieux. Les électroencéphalogrammes (EEG) successifs ne montrant qu'un ralentissement diffus aspécifique et l'IRM cérébrale ne retrouvant pas d'argument pour une encéphalite, l'Aciclovir est arrêté après une RCP avec infectiologues, neurologues et gériatres. La patiente retrouve son état habituel très rapidement. La fonction rénale s'améliore également après réhydratation et arrêt du traitement. **Conclusion :** L'encéphalite infectieuse aiguë doit être évoquée devant des symptômes témoignant d'un dysfonctionnement du système nerveux central tels que les troubles de la vigilance ou du comportement, des signes neurologiques focaux ou des crises d'épilepsie. Les dernières recommandations proposent d'initier rapidement un traitement probabiliste après réalisation de la ponction lombaire. Il est ensuite nécessaire de confirmer le diagnostic d'encéphalite par IRM cérébrale ou par EEG selon les disponibilités. La néphrotoxicité est le principal effet indésirable de ce traitement par Aciclovir intraveineux à forte dose (15 mg/kg/8h). Dans le cas de notre patiente ayant des troubles cognitifs sévères, la confusion est rapidement résolutive. Cette

confusion est probablement d'origine multifactorielle (fécalome évacué aux urgences, douleurs de zona, Valaciclovir reçu en ville) plutôt que secondaire à une « réelle » encéphalite.

A-17-118

Une chute faisant découvrir... une asbestose pulmonaire

A. Charpin (1) ; S. Kulula (1) ; A. Velentza (1) ; A. Buisson (1) ; A. Monti (1) ; E. Pautas (1)

(1) *Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*

Introduction : L'asbestose, due à l'inhalation d'amiante, se complique de fibrose pulmonaire. Sa présentation clinique est aspécifique, et peut être totalement silencieuse. La présence de plaques pleurales est un argument fort pour poser le diagnostic. Nous rapportons le cas d'une asbestose pulmonaire découverte chez une patiente âgée dans une situation rare de complications d'une chute. **Méthodes :** Cas clinique et présentation d'imagerie typique. **Résultats :** Une patiente de 88 ans est hospitalisée pour hydro-pneumothorax gauche découvert aux urgences dans les suites d'une chute de sa hauteur. La radiographie thoracique ne retrouve pas de fracture costale mais des calcifications bilatérales d'aspect compatible avec des plaques pleurales. Le scanner thoracique confirme la présence de plaques pleurales bilatérales, avec opacités en verre dépoli diffuses compatibles avec une exposition à l'amiante. Le liquide de la ponction pleurale revient séro-hématique, exsudatif, sans cellule néoplasique. Après RCP pneumologique, la biopsie pleurale n'est pas réalisée compte tenu des comorbidités et de l'autonomie limitée de la patiente ; sans pouvoir éliminer un mésothéliome, l'hypothèse retenue est celle d'une hydro-pneumothorax lié à une lésion post-traumatique d'une plaque pleurale fragile. L'interrogatoire n'a pas retrouvé d'exposition professionnelle, une exposition sur le lieu de vie de la patiente pouvant être suspectée (pavillon construit dans les années 50). **Conclusion :** L'asbestose est une complication très fréquente de l'exposition à l'amiante. La latence entre le début de l'exposition et les premiers signes tomodensitométriques est de plusieurs décennies. Devant des épanchements pleuraux récidivants, il faut éliminer le mésothéliome. En absence de signes de malignité, le risque de récurrence de l'épanchement est de 30-40%.

A-14-119

Fibrillation atriale sur compression extrinsèque : à propos de deux cas didactiques

C. Recto (1) ; F. Ketz (1) ; A. Buisson (1) ; A. Monti (1) ; A. Breining (1) ; E. Pautas (1)

(1) *Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*

Introduction : La fibrillation atriale (FA) est une pathologie très fréquente en Gériatrie, touchant au moins 10% des sujets âgés de 80 ans et plus. Dans la majorité des cas, elle est associée à une cardiopathie chronique valvulaire, hypertensive ou ischémique avec myocardiopathie auriculaire. Beaucoup plus rarement, son bilan étiologique permet de découvrir une pathologie extra-cardiaque avec retentissement sur l'oreillette gauche. Nous présentons ici le cas de deux patients avec FA associée à une compression extrinsèque, cas cliniques agrémentés d'une iconographie didactique. **Méthodes :** Cas clinique et iconographie. **Résultats :** Cas cliniques : Cas 1 : Un patient de 92 ans est hospitalisé dans un contexte d'infection respiratoire. Pendant l'hospitalisation, il présente un épisode

de tachy-arythmie sur FA persistant malgré un traitement bêta-bloquant à dose maximale. Un angio-scanner thoracique, réalisé à la recherche d'une embolie pulmonaire, révèle une volumineuse masse médiastinale de 12 cm de grand axe, partiellement calcifiée, évocatrice de thymome, entraînant un effet de masse sur les cavités cardiaques. Cas 2 : Un patient de 83 ans est hospitalisé pour exploration d'une dysphagie d'aggravation progressive sur environ 6 mois. Plusieurs bilans ORL ont été pratiqués mais les examens radiologiques ont été limités au carrefour laryngo-pharyngé. Il décrit par ailleurs des accès de palpitations qui semblent rythmés par les repas. Pendant l'hospitalisation sont objectivés des épisodes de FA paroxystique rapide semblant effectivement liés à l'ingestion d'aliments. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien révèle une masse médiastinale et pulmonaire de 12 cm de diamètre entraînant une compression sur les structures digestives et sur l'oreillette gauche. Les biopsies per-endoscopiques permettent le diagnostic de carcinome endocrine à petites cellules. **Conclusion :** La FA secondaire à une compression extrinsèque de l'oreillette gauche est une situation rare. La lésion responsable de la compression peut être de découverte fortuite mais quelques symptômes respiratoires ou digestifs, ainsi que certaines circonstances de déclenchement des accès de FA peuvent être recherchés, comme dans les deux cas présentés.

A-07-120

Décès suite à une chute : est-ce que la contention aurait « sauvé » la patiente ?

A. Buisson (1) ; M. Hsibe (1) ; A. Velentza (1) ; A. Monti (1) ; E. Pautas (1)

(1) *Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*

Introduction : La contention physique désigne l'ensemble des moyens entravant la mobilisation volontaire d'un individu. Dans les recommandations élaborées par l'ANAES en 2000 pour limiter son usage, les indications retenues comme licites sont la prévention de l'auto ou hétéro-agressivité lorsque les traitements médicamenteux sont inefficaces, ou la nécessité de soins urgents et gênés voire empêchés par une agitation. En pratique gériatrique, l'indication d'une contention est très souvent discutée au sein des équipes soignantes, notamment dans le cadre de la prévention des chutes, et parfois avec une « pression » de la part de l'entourage. **Méthodes :** Cas clinique et iconographie typique d'hématome sous-dural aigu. **Résultats :** Une patiente de 85 ans est hospitalisée pour syndrome confusionnel évoluant depuis 15 jours. Le syndrome confusionnel est rapporté après 24 heures d'hospitalisation à une dissémination méningée d'un lymphome B à grandes cellules. Un état d'agitation sévère rend difficiles les soins, avec notamment des arrachages des perfusions. L'usage de la contention est alors discuté à la demande de la famille, mais son indication n'est finalement pas retenue dans l'immédiat. La patiente chute à J2 de l'hospitalisation avec traumatisme crânien. Le scanner cérébral en urgence retrouve un hématome sous-dural majeur post-traumatique dont la patiente décède en quelques heures. **Conclusion :** La balance bénéfices-risques de la contention est une problématique très fréquente en pratique gériatrique. Sa perception par les familles et par les soignants est souvent erronée, notamment dans la prévention des chutes et des troubles du comportement, alors que les effets délétères d'une contention physique sont maintenant bien connus. En cas de syndrome confusionnel, elle majore la confusion et l'agitation des patients ; son rôle dans la prévention des chutes est très discuté

et les arguments de la littérature plaident contre son emploi. Les recommandations, sur lesquelles nous faisons un point, rappellent que son recours doit être limité aux situations aiguës graves avec réévaluation pluri quotidienne

A-15-121

Le laryngocèle surinfecté, une cause rare de dyspnée inspiratoire

M. Georges (1) ; A. Buisson (1) ; A. Velentza (1) ; A. Monti (1) ; E. Pautas (1)

(1) *Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*

Introduction : Les dyspnées inspiratoires sont rares en gériatrie. Elles se rencontrent fréquemment en pédiatrie et sont majoritairement d'origine infectieuse (épiglottite, laryngite). Les étiologies diffèrent chez le sujet âgé où prédominent les causes tumorales et allergiques. Nous rapportons le cas d'une dyspnée laryngée secondaire à un laryngocèle surinfecté. **Méthodes :** Cas clinique et présentation d'imagerie typique. **Résultats :** Un patient de 96 ans est hospitalisé pour équilibre du traitement antalgique après une fissure sacrée. Il présente au cours de l'hospitalisation une dyspnée inspiratoire brutale secondaire à un laryngocèle surinfecté visualisé au scanner cervical. L'évolution clinique est favorable sous Augmentin, aérosols d'adrénaline et corticothérapie inhalée. Au vu des comorbidités lourdes du patient et de l'évolution clinique, il est décidé de ne pas réaliser d'exérèse chirurgicale à froid. Le patient décède un mois plus tard des suites d'une bactériémie à streptocoque secondaire à une récurrence de pyo-laryngocèle. **Conclusion :** Le laryngocèle surinfecté est une cause rare mais potentiellement grave de dyspnée inspiratoire qu'il faut savoir évoquer. Sa prise en charge initiale repose sur une antibiothérapie à large spectre et des aérosols. L'exérèse chirurgicale est à proposer dans un deuxième temps afin de prévenir les récurrences infectieuses.

A-25-122

Apoplexie hypophysaire : une complication péri-opératoire rare grave à connaître chez le patient âgé sous anticoagulants

A. Minaud (1) ; J. Bret (2) ; J. Cohen-Bittan (3) ; A. Meziere (4) ; R. Haddad (5) ; M. Verny (3) ; A. Gioanni (6) ; C. Villain (7) ; J. Baddaert (8)

(1) *Unité Péri-Opératoire gériatrique, GH Pitié-Salpêtrière, APHP, Sorbonne Université, Paris*; (2) *Unité péri-opératoire gériatrique, gh pitié-salpêtrière, aphp, sorbonne université, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris*; (3) *Upog, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (4) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*; (5) *Unité péri opératoire gériatrique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (6) *Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (7) *gériatrie, Groupement Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière-Charles Foix, Paris* ; (8) *Gériatrie aiguë, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*

Introduction : L'apoplexie hypophysaire est un syndrome clinique rare et grave, caractérisé par l'association classique d'une céphalée aiguë intense, de troubles visuels allant des anomalies du champ visuel jusqu'à différents degrés de paralysie oculomotrice et, dans les cas les plus sévères, de troubles de la vigilance. Elle est secondaire à une expansion rapide du contenu de la loge turcique due à une hémorragie et/ou un infarctus de la glande hypophysaire. **Méthodes :** Nous présentons le cas d'un homme, âgé de 94 ans, admis en unité péri-opératoire gériatrique pour une fracture du col fémoral. Il présentait comme principaux antécédents des troubles

conductifs appareillés par pacemaker, une valve mécanique pour un rétrécissement aortique, une fibrillation atriale et une cardiopathie ischémique. Il était traité par antiagrégant plaquettaire et anti-vitamine K (AVK). Les AVK avaient été suspendus pour la chirurgie, puis relayés par une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) d'abord à dose prophylactique puis à dose curative 48h après la chirurgie, et les antiagrégants plaquettaires avaient été arrêtés. Les suites opératoires avaient été marquées par un hématome de cuisse nécessitant plusieurs transfusions sanguines. L'apparition d'un syndrome confusionnel a justifié un scanner cérébral, qui montrait une hémorragie intra-ventriculaire modérée et un macro-adénome hypophysaire... Après stabilisation de l'hémoglobine et amélioration de la symptomatologie, les AVK ont été repris et le patient transféré en soins de suite et de réadaptation. Un mois après la chirurgie, le patient a présenté des troubles de la vigilance, un déficit de l'abduction de l'œil gauche et une hyponatrémie. Le scanner cérébral révélait une glande hypophysaire volumineuse et hyperdense en rapport avec une hémorragie avec probable extension au sinus caverneux gauche, en faveur du diagnostic d'apoplexie hypophysaire sur macro-adénome. Le diagnostic d'insuffisance antéhypophysaire associée était confirmé par les dosages hormonaux. Un traitement substitutif par glucocorticoïdes a alors immédiatement été débuté, améliorant rapidement l'état de vigilance du patient. Après concertation pluridisciplinaire, une stratégie conservatrice a été adoptée. A 3 mois, le patient n'avait plus de paralysie oculomotrice et était substitué par hydrocortisone et L-thyroxine. Le scanner cérébral de contrôle trouvait une selle turcique vide. **Résultats :** Dans la plupart des cas, l'apoplexie hypophysaire survient chez des patients ayant une tumeur hypophysaire préexistante méconnue. Les mécanismes physiopathologiques sont débattus mais des facteurs précipitants sont décrits dans 10 à 40 % des cas tels qu'une chirurgie majeure, une stimulation de la glande hypophysaire ou encore des anomalies de la coagulation. La suspension du traitement par AVK pour autoriser la chirurgie, même avec reprise précoce d'anticoagulant par HBPM a probablement joué un rôle dans la survenue de l'apoplexie hypophysaire chez ce patient. **Conclusion :** L'apoplexie hypophysaire est un événement rare, de diagnostic difficile, et potentiellement grave dès lors que l'insuffisance corticotrope est susceptible de mettre en jeu le pronostic vital. Elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire spécialisée avec dans les cas les moins sévères, la possibilité d'opter pour un traitement médical seul, option souvent préférée au sein de notre population gériatrique comorbide.

A-03-123

Un CA(s)DASIL

Auteurs : M. Meyer (1) ; E. Bourgarel (1) ; D. Bindila-Perisse (2) ; G. Kaltenbach (1) ; T. Vogel (1)

(1) *Pôle de gériatrie, CHU de Strasbourg, Strasbourg*; (2) *Unité neurovasculaire, Hôpital de Hautepierre - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg*

Introduction : Le CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy) est une maladie génétique autosomique dominante des petites artères liée à des mutations du gène NOTCH 3 sur le chromosome 19, responsable d'infarctus sous-corticaux et d'une leucoencéphalopathie. La prévalence de la maladie serait estimée autour de 2/100000 adultes. **Méthodes :** Description d'un cas clinique. Mme E. 72 ans est hospitalisée pour prise en charge d'une

monoparésie du membre inférieur droit et d'une aggravation d'une ataxie à la marche survenue après le réveil. Elle présente comme principal antécédent personnel un CADASIL. Ce dernier ayant été diagnostiqué chez 3 membres d'une fratrie de 6 enfants. Son traitement habituel comporte du KARDEGIC 75 mg, Nicardipine 50 mg 2x/j, Alprazolam 0,5mg en si besoin. L'IRM réalisée en urgence retrouve en diffusion : une restriction de diffusion du centre semi-ovale gauche et du bras postérieur de la capsule interne gauche suggérant un infarctus lacunaire profond typique, en FLAIR: une leucopathie sous corticale bi-hémisphérique comprenant une atteinte spécifique des pôles antérieurs des lobes temporaux et en SWI : de multiples microsaignements diffus. **Résultats :** Prise en charge initiale : pas d'indication et contre-indication à la thrombolyse. Prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaire et poursuite d'une antiagrégation plaquettaire. Récupération complète du déficit moteur mais persistance d'une ataxie à la marche importante. Troubles neurocognitifs majeurs modérés d'origine vasculaire avec d'importants troubles anxieux. Introduction d'un antidépresseur anxiolytique avec Mirtazapine 15mg pour limiter l'utilisation de benzodiazépine, soutien psychologique et rééducation. L'évolution typique de la maladie suit l'ordre chronologique suivant : migraine avec aura, infarctus lacunaire profond et leucopathie, troubles cognitifs de type dyséxécutifs, troubles de l'humeur, apathie et perte d'autonomie fonctionnelle. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, anamnestiques, IRM puis est confirmé par la recherche de mutation du gène NOTCH3 dans le cadre d'une consultation multidisciplinaire avec neurologue, généticien et un psychologue. **Conclusion :** Le CADASIL est une maladie rare, représentant un modèle de déclin cognitif et fonctionnel accéléré d'origine vasculaire. Il n'existe pas de traitement étiologique ni de preuve d'efficacité des antiagrégants plaquettaires en prévention secondaire. Les vasoconstricteurs et toutes les situations favorisant une hypoperfusion cérébrale doivent être évités.

A-12-124

Un cancer du pancréas d'évolution très favorable à 79 ans...

F. Lucasson (1) ; F. Ketz (1) ; A. Breining (1) ; E. Pautas (1)
(1) *Gériatrie aiguë, Hôpital Charles Foix - GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - APHP, Ivry-sur-Seine*

Introduction : Le cancer du pancréas, ne représentant que 8% des cancers digestifs, est peu fréquent mais se situe à la 5ème place en terme de mortalité par cancer. Son âge moyen de survenue est 69 ans. Le diagnostic radiologique repose sur 2 examens : la tomodensitométrie abdomino-pelvienne et l'écho-endoscopie digestive, et est ensuite confirmé par l'anatomo-pathologie. Nous présentons un cas clinique didactique mettant en évidence la difficulté du diagnostic scannographique et montrant l'intérêt de l'écho-endoscopie dans le diagnostic de cancer du pancréas. **Méthodes :** Cas clinique et iconographie. **Résultats :** Un patient de 79 ans est hospitalisé dans un contexte de sepsis sévère avec syndrome inflammatoire biologique, associé à une altération marquée de l'état général évoluant depuis une quinzaine de jours (importante asthénie, amaigrissement non chiffrable, anorexie sans trouble du transit ni douleur abdominale). Un scanner thoraco-abdomino-pelvien trouve une pseudo-masse de la tête et de l'isthme du pancréas, hypodense avec importante infiltration de la graisse adjacente ; cette masse est associée à une thrombose porte partielle, malgré un traitement anticoagulant par antivitamine K pris au long cours pour une fibrillation atriale et bien équilibré ; aucune lithiase biliaire n'est visualisée. Une première réunion

de concertation pluri-disciplinaire (RCP) en gastro-entérologie conclut à un probable adénocarcinome pancréatique localement avancé et envisage de débiter une chimiothérapie, en proposant tout de même la réalisation d'une écho-endoscopie digestive pour pratiquer des biopsies. L'écho-endoscopie retrouve un aspect typique de pancréatite aiguë lithiasique avec lithiase enclavée dans la voie biliaire principale, sans masse individualisée et donc « biopsiable ». Une sphinctérotomie avec extraction du calcul enclavé est réalisée dans le même temps. L'évolution clinico-biologique est spontanément favorable avec amendement du syndrome inflammatoire, reprise des apports alimentaires et de l'autonomie habituels. Le scanner abdominal de contrôle à 1 mois objective la régression complète de la thrombose porte et la quasi-disparition de la pseudo-masse du pancréas. **Conclusion :** Le diagnostic de cancer du pancréas a des conséquences pronostiques majeures, a fortiori pour un patient âgé fragile. Pour exemple, dans le cas de notre patient, avait été évoquée avec lui et ses enfants la conclusion de la RCP évoquant une tumeur pancréatique. Une pancréatite pseudo-tumorale est le diagnostic différentiel principal. Le diagnostic de certitude nécessite bien entendu un examen anatomo-pathologique. L'écho-endoscopie digestive est alors souvent l'examen de référence, pouvant préciser les images scannographiques et permettant de réaliser des biopsies.

A-04-125

La fin de vie en EHPAD hospitalier, bilan et comparaison à l'étude nationale de 2013

M. Roussarie (1) ; A. Jamet (1) ; A. Petard (1) ; MN. Bernin (1) ; R. Fadil (1) ; I. Gaboriau (1) ; M. Paccalin(1)
(1) *Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers*

Introduction : En France, 13% des décès ont lieu en EHPAD, la fin de vie y est devenue un enjeu de plus en plus important et nécessite un accompagnement spécifique. A notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée aux spécificités de la fin de vie en EHPAD hospitalier. L'objectif principal de cette étude est d'analyser la prise en charge de la fin de vie en EHPAD hospitalier afin de comparer ces résultats à ceux de l'étude nationale de 2013 « La fin de vie en EHPAD ». **Méthodes :** Cette étude rétrospective a été menée au sein de l'EHPAD hospitalier du CHU de Poitiers qui comprend 164 résidents. Tous les résidents décédés du 01/01/2017 au 31/12/2017 ont été inclus. Pour chacun d'eux, des données sociales cliniques, médicamenteuses mais aussi le déroulement de leur fin de vie ont été recherchées dans leur dossiers médicaux puis anonymisées. **Résultats :** 35 résidents ont été inclus avec un âge moyen de 90 ans. 60% étaient des femmes. Pour 8 résidents, la fin était soudaine et 4 sont décédés à l'hôpital. Pour ceux décédés en EHPAD, 77% étaient entourés de leurs proches, 68% ont eu accès à une chambre seule, 71% un matelas à air dynamique, 45% avaient une escarre. 84% avaient une hydratation artificielle mais aucune alimentation artificielle. Dans les 15 derniers jours, 77% ont eu une limitation de soins. Dans les 24 dernières heures, 93% étaient bien soulagés avec pour 84% des antalgiques de palier 3 et 68% un traitement sédatif. **Conclusion :** En comparaison avec les résultats de l'étude nationale de 2013, la fin de vie sur l'EHPAD hospitalier du CHU de Poitiers est plus médicalisée au bénéfice de plus de sédatifs, de moins de douleurs et de transferts. Il pourrait être intéressant de poursuivre ce travail en réalisant cette étude dans d'autres EHPAD hospitaliers afin de confirmer ces résultats car ils ouvrent la voie à une réflexion sur la médicalisation de la fin de vie en EHPAD.

A-02-126**Programme d'éducation thérapeutique du patient PARACHUTE : Prévenir le risque de chute des personnes âgées de plus de 75 ans**

V. Ducasse (1) ; J. Raoul (1) ; C. Huguenot (1) ; M. Veyrier (2) ; V. Bloch (2) ; P. Roth (3) ; L. Rouget (3) ; S. Degbo (3) ; B. Lamboi (4) ; R. De Boussiers (5) ; P. Da Rocha (5) ; M. Garros (6) ; O. Drunat (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Lariboisière, Paris*; (2) *Pharmacie, Hôpital Fernand-Widal (AP-HP), Paris Cedex 10*; (3) *C2r, Hôpital Fernand-Widal (AP-HP), Paris Cedex 10*; (4) *Afrep, AFREP - Institut de Formation en Pédiatrie-Podologie, Paris*; (5) *Dietétique, Hôpital Fernand-Widal (AP-HP), Paris Cedex 10*; (6) *Groupe associatif siel bleu, Groupe associatif siel bleu, Paris Cedex 10*

Introduction : La plupart des chutes chez la personne âgée ont des causes multiples. Leur prévention nécessite donc des interventions multifactorielles. Le programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) que nous proposons, comprend une évaluation initiale des facteurs de risque de chutes et la mise en place d'interventions adaptées et personnalisées en fonction des risques identifiés.

Objectifs : Apprendre à repérer les situations à risque puis acquérir et maintenir des comportements sûrs, visant à éviter ces situations à risque. Développer des stratégies pour faire face à la survenue d'une chute. Rendre le patient acteur dans la gestion du risque de chute afin que son maintien au domicile soit possible de manière plus sécurisée. **Méthodes :** Le programme d'ETP se déroule sur quatre semaines et comprend : • La consultation d'inclusion qui vise à identifier les facteurs de risques de chute et à orienter le patient dans un parcours de soins adapté. • Le diagnostic éducatif est une évaluation multidimensionnelle qui définit, en accord avec le patient, les compétences qu'il doit acquérir pour prévenir le risque de chute. • Les séances d'éducation, animées par des professionnels, en collectif ou en individuel, permettent d'acquérir et de développer les compétences visées. • Le bilan évalue les compétences acquises et leur intégration possible dans la vie quotidienne du patient.

Résultats : 38 patients ont intégré le programme d'ETP. 52% de femmes et 48% d'hommes âgés de 75 à 96 ans. A l'entrée du programme, 28% des patients ont déclaré avoir fait plusieurs chutes en un mois, 28% une chute par trimestre, et 44% ont fait au moins une chute dans l'année. A la fin du programme, 20 patients sur 38 ont été interrogés par un questionnaire de satisfaction : 55% l'ont trouvé très intéressant, 40% intéressant, 5% moyennement intéressant. 70% estiment que le contenu du programme permet d'atteindre la totalité des objectifs fixés et 30% estiment les avoir partiellement atteints. Par rapport à leur entrée dans le programme, les patients gagnent en moyenne 3.56 points (-7 ; +10) au test de l'équilibre de Berg, avec principalement une augmentation du temps d'appui à la station unipodale, et une amélioration de l'équilibre dynamique. Les patients augmentent leur vitesse de marche de 3.2 secondes en moyenne pour un parcours de 10 mètres sans obstacle. Concernant la capacité à se relever du sol, seul 20% des patients ont amélioré leur performance. **Conclusion :** Le programme ETP Parachute connaît une très forte adhésion auprès des patients âgés à qui il est proposé. Il semble permettre une amélioration significative de l'équilibre statique et dynamique, ainsi qu'une augmentation de la vitesse de marche. En revanche, l'apprentissage concernant la capacité à se relever du sol doit encore être améliorée. Une évaluation de l'impact du programme sur la diminution, de la peur de chuter, du nombre de chute doit être réalisée dans les prochains mois.

A-06-127**Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance envers les personnes âgées : quelle complémentarité ?**

S. Moulias (1) ; D. Roulet-Schwab (2) ; N. Berg (3) ; M. Beaulieu (4)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (2) *Visa, HES-SO Master, Lausanne, Suisse*; (3) *Ccc, SSS, Bruxelles, Belgique*; (4) *Chaire maltraitance, Université de Sherbrooke - Campus principal, Sherbrooke, Canada*

Introduction : La maltraitance envers les aînés a été reconnue en 2002 par les Nations Unies et l'Organisation mondiale de la santé comme un problème social, politique et de santé publique prioritaire. Au vu du vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées victimes de maltraitance risque de fortement augmenter. Dans de nombreux pays, des mesures de prévention ont été mises en place depuis plusieurs années. Plus récemment, le concept de bientraitance s'est développé, en particulier dans les pays francophones. Moins confrontant, il a suscité beaucoup d'engouement, mais a également été très critiqué. **Méthodes :** Nous avons interrogé la complémentarité des approches de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance à la lumière de l'expérience de spécialistes provenant du Québec, de Belgique, de France et de Suisse : comment définir ces deux concepts ? comment peuvent-ils s'articuler et se nourrir mutuellement ? quels sont les avantages et inconvénients à combiner ces deux approches ? quels sont les risques ? quelles sont les bonnes pratiques dans le domaine ? **Résultats :** Les résultats montrent des différences d'un pays à l'autre, avec des pistes constructives que nous exposerons avec leurs complémentarités. **Conclusion :** Ces regards croisés sur cette thématique sensible et complexe, contribuent à alimenter la réflexion et proposent des pistes pour la pratique. En particulier la culture de l'erreur, qui pourrait donner un nouvel essor à la promotion de la bientraitance

A-02-128**L'utilisation de la posturographie pour l'évaluation du risque de chute dans une population âgée, fragile et diabétique**

H. Domergue (1) ; L. Rodríguez-Mañas (2) ; O. Laosa Zafra (2) ; K. Hood (3) ; S. Regueme (4) ; D. Gasq (5) ; A.J. Sinclair (6) ; I. Bourdel-Marchasson (7)

(1) *Gériatrie, C.H. Universitaire de Bordeaux, université de Bordeaux, Bordeaux*; (2) *Fundacion para la investigacion biomedica, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, Espagne*; (3) *Geriatrics, Université de Cardiff, Cardiff, Royaume Uni*; (4) *Geriatric, C.H. Universitaire de Bordeaux, université de Bordeaux, Bordeaux*; (5) *Department of functional physiological explorations, university of Toulouse, Inserm (UMR1214) ; Centre Hospitalier Universitaire, Hopital Rangueil, Toulouse*; (6) *Diabetes frail ltd, droitwich spa, wr9 0qh, University of Aston and Foundation for Diabetes Research in Older People, Aston, Royaume Uni*; (7) *Médecine gériatrique, Pôle de Gériatrie Clinique - CHU de Bordeaux ; université de Bordeaux, Bordeaux*

Introduction : Dans la population âgée, le diabète est un facteur de risque de fragilité et de chutes. La chute peut faire basculer le patient fragile vers la dépendance. L'évaluation du risque de chute est un enjeu de santé publique. L'utilisation de la posturographie dans cet objectif est peu claire dans la littérature scientifique. L'analyse temps fréquence par transformée en ondelettes, plus adaptée à l'analyse du signal, semble montrer les meilleurs résultats.

Notre objectif est de déterminer quels paramètres de posturographie peuvent être utilisés pour identifier les patients à risque de chute dans population âgée fragile et diabétique, et de les comparer aux tests d'évaluation clinique de la marche et de l'équilibre. **Méthodes** : Les critères d'inclusion étaient : âge supérieur à 70 ans, diabète de type 2 depuis au moins 2 ans, la présence d'au moins un critère de Fried (critères de fragilité). La marche et l'équilibre étaient évalués à la visite initiale : posturographie statique yeux ouverts, timed up and go test (TUG), short physical performance battery (SPPB), et vitesse de marche. Une analyse par transformée en ondelette a été appliquée aux données brutes de posturographie. Les sujets ont été suivis pendant 6 mois avec recueil du nombre de chutes. **Résultats** : 84 patients ont été inclus dans l'étude (âge moyen 80ans, 64.5% d'hommes). Pendant les 6 mois de suivi, 16 sont tombés. Le paramètre de posturographie le plus utile était la surface de l'ellipse de confiance à 90% du statokinésigramme (COP90area) : aire sous la courbe ROC = 0.617 (IC 95%, 0.445-0.789) et OR=1.003 (IC 95% 1.000-1.005) $p=0.05$. La sensibilité du COP90area était de 74% avec une spécificité à 24%. Le test clinique le plus performant était la vitesse de marche sur 4m avec une aire sous la courbe ROC =0.735 (IC 95%, 0.587-0.882) et OR=1.42 (IC95% 1.08-1.87) $p=0.013$. La sensibilité de la la vitesse de marche était de 75% avec une spécificité de 50%. **Conclusion** : La posturographie a un intérêt limité pour l'évaluation du risque de chute chez les patients âgés, fragiles et diabétiques. Les tests cliniques comme la vitesse de marche restent les plus fiables.

A-09-129

Programme ActiVie – Mesure de l'impact d'une solution intégrée connectée sur le nombre de pas quotidien et sur la vitesse de marche de sujets fragiles et pré-fragiles

A. Courau-Horn (1) ; J. Xie (2) ; K. Goldet (2) ; V. Dauphinot (3) ; C. Moutet (4) ; P. Krolak-Salmon (2)

(1) Consultation dédiée aux troubles de l'équilibre, Hôpital gériatrique des Charpennes, Rue Gabriel Péri, Villeurbanne, France, Villeurbanne; (2) Centre de recherche clinique "vieillesse, cerveau, fragilité", Hôpital gériatrique des Charpennes, Rue Gabriel Péri, Villeurbanne, France, Villeurbanne; (3) CMRR Lyon, Hôpital gériatrique des Charpennes, Villeurbanne; (4) Centre de recherche clinique, CMRR de Lyon - Institut du Vieillessement - Hospices civils de Lyon, Villeurbanne

Introduction : L'activité physique a des effets bénéfiques sur la santé et réduit le risque de dépendance des personnes âgées fragiles. Malgré ses bienfaits documentés, seule une minorité de personnes âgées marchent régulièrement plus de 30 minutes par jour. **Méthodes** : La solution intégrée connectée ACTI-VIE a pour objectif de promouvoir l'activité physique des sujets âgés fragiles et pré-fragiles ambulatoires. Elle se compose d'une semelle connectée qui monitorise le nombre de pas quotidiens et d'une application numérique qui propose une stimulation individualisée à la marche dans les lieux de proximité. L'étude menée est prospective, monocentrique durant 15 semaines avec des mesures quantitatives répétées du nombre quotidien de pas et de la vitesse de marche parmi une population de 100 usagers âgés de plus de 65 ans, fragiles et pré-fragiles selon les critères de Fried. L'objectif principal est de mesurer la différence du nombre de pas quotidien moyen entre la quinzième et la deuxième semaine de stimulation via l'application numérique. L'objectif secondaire est de mesurer la différence de vitesse de marche moyenne entre la quinzième et la deuxième semaine de stimulation. **Résultats** : Les résultats attendus sont :

l'augmentation de plus de 10% du nombre de pas quotidien moyen entre la quinzième et la deuxième semaine de stimulation via l'application numérique, - l'augmentation de la vitesse de marche entre la quinzième et la deuxième semaine de stimulation via l'application numérique. **Conclusion** : Nous espérons démontrer qu'une stimulation individualisée par une solution intégrée connectée pourrait améliorer l'état de santé de sujets âgés fragiles.

A-21-130

Délire d'illusion des sosies: Un mode de révélation atypique de Maladie d'Alzheimer

LM. Sawadogo (1) ; Y. Jaïdi (1) ; V. Nonnonhou (1) ; S. Laurent-Badr (2) ; JL. Novella (1) ; R. Mahmoudi (1)

(1) Gériatrie, Médecine interne et gériatrie aigüe, Hôpital Maison Blanche, CHU de Reims, Reims; (2) Gériatrie, Médecine interne et gériatrie aigüe, Hôpital Maison Blanche, CHU de Reims, Reims Cedex

Introduction : Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), et en particulier les délires (1), sont fréquents chez les sujets âgés atteints de Maladie d'Alzheimer (MA). **Méthodes** : Une patiente de 74 ans a été admise pour idées délirantes à thème de persécution évoluant depuis deux mois. Ses antécédents comportaient un épisode dépressif à l'âge de 55 ans traité par fluoxétine, un syndrome de sevrage aux benzodiazépines survenu l'année précédant cette hospitalisation, une HTA traitée par une association de verapamil et de trandolapril et des lombalgies secondaires à une cypho-scoliose traitées par une association de paracétamol et de tramadol. La patiente était autonome pour les ADL (6/6) et dépendante pour les IADL (0/4). A l'admission, l'examen neurologique ne retrouvait pas de signe de focalisation et le reste de l'examen somatique était sans particularité. Les résultats biologiques étaient normaux, en dehors d'une calcémie corrigée élevée à 2.64 mmol/L (normale entre 2,15 et 2,50 mmol/L). **Résultats** : Sur le plan psychiatrique: la patiente évoquait spontanément que sa fille n'était pas sa fille. Elle lui ressemblerait fortement mais la patiente parvenait à repérer quelques différences infimes entre sa « vraie fille » et son sosie supposé. Son gendre ne serait pas non plus son gendre. Elle relatait que d'autres personnes avaient pris sa place mais ne savait dire pourquoi. Sa petite-fille âgée de huit ans serait en revanche sa vraie petite-fille. Il s'agissait d'un délire d'identification avec mécanismes interprétatifs et imaginatifs au premier plan, avec une adhésion totale. Il n'existait pas d'idées suicidaires. Sur le plan organique: l'hypercalcémie a été attribuée à une hyperparathyroïdie secondaire à une hypovitaminose D sévère. Un traitement par biphosphonates intraveineux n'a pas permis d'amener la symptomatologie délirante. Sur le plan iatrogénique, le délire a persisté malgré l'arrêt du tramadol. Le scanner cérébral ne retrouvait pas d'arguments en faveur d'un syndrome hémorragique ou ischémique récent. L'EEG ne retrouvait pas d'éléments paroxystiques. La ponction lombaire était négative pour les encéphalites virales (HSV, VZV). Sur le plan cognitif, le MMSE était coté à 21/30. Le Memory Impairment Screen retrouvait un encodage à 4/4, rappels immédiat et différé à 8/8. Les biomarqueurs des maladies neurodégénératives LCR retrouvaient: protéine bêta-amyloïde abaissée à 469 ng/L; une protéine Tau normale à 480 ng/L; une protéine Tau-phosphorylée augmentée à : 72 ng/L soit un profil de biomarqueurs évocateur d'une MA probable au stade léger. La patiente a par la suite été transférée en unité de psychiatrie et la symptomatologie a partiellement régressé après introduction de traitement neuroleptique par risperidone à doses progressivement

décroissantes. **Conclusion** : Le délire d'illusion des sosies (DIS) a été décrit en 1923 par Joseph Capgras. C'est un délire d'identification des personnes où le sujet est persuadé qu'un ou plusieurs proches ont été remplacés par des doubles malveillants (2). La prévalence du syndrome de Capgras n'est à ce jour pas connue (3). Dans notre cas, le DIS a été attribué à des SCPD survenant dans un contexte de MA, à l'exclusion de toute autre cause organique. La survenue d'un DIS chez le sujet âgé impose la recherche d'une étiologie neurodégénérative, notamment au travers le dosage des biomarqueurs dans le LCR. Références: (1) Lai et al. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017; (2) Henriot et al. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2008; (3) Edelstyn et al. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999.

A-14-131

Coagulation intravasculaire disséminée et anévrisme de l'aorte abdominale chez un patient de 93 ans

A. Perez (1) ; CL. Peng (1) ; K. Navaratnam (1) ; R. Mahamdia (1); R. Coscas (2) ; JL. Le Quintrec (1)

(1) *Service de médecine gériatrique, AP-HP, Hôpital Sainte Péline, Paris*; (2) *Chirurgie vasculaire, Hôpital Ambroise-Paré (AP-HP), Boulogne-Billancourt*

Introduction : Par la formation d'un thrombus mural, l'anévrisme de l'aorte peut favoriser l'apparition d'une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD). **Méthodes** : Cas clinique: Un patient âgé de 93 ans avec altération de l'état général depuis 6 mois est hospitalisé après une chute compliquée d'une rétention d'urines et d'une insuffisance rénale. Dans ses antécédents, on note une hypertrophie bénigne de la prostate, un cancer de la prostate, une hépatite C, une phlébite, une hypothyroïdie et un syndrome dépressif avec anorexie. La rétention urinaire a nécessité un sondage vésical compliqué d'un choc hémorragique. Les explorations biologiques ont alors montré une CIVD (plaquettes 68.000/ mm³, D-Dimères à plus de 20 000 ng/mL, TP à 62%, facteur V à 63 %, monomères de fibrine supérieurs à 150 µg/L (N< 10)). Le TDM a retrouvé un anévrisme de l'aorte abdominale avec un important thrombus mural. Le patient a bénéficié sous anesthésie locale de la pose par voie percutanée d'une endoprothèse aortobiliaque pour exclusion endovasculaire de l'anévrisme. **Résultats** : L'évolution post-opératoire a été favorable avec régression complète des anomalies biologiques de la CIVD : plaquettes à 201 000/ mm³, TP à 75 %, facteur V à 100%, monomères de fibrine normalisés à 5 µg/L. Avec un traitement par anti-agrégant à vie associé à de l'énoxaparine préventive, nous n'avons pas observé de saignement ni de déglobulisation. **Conclusion** : Dans la littérature, il y a peu de cas gériatriques d'anévrisme de l'aorte avec CIVD traitée par endoprothèse : les cas rapportés concernaient essentiellement des patients plus jeunes. Ce cas illustre bien l'intérêt non seulement de rechercher une cause curable à toute CIVD mais aussi celui de traiter un anévrisme de l'aorte abdominale par voie endovasculaire, même chez le sujet très âgé.

A-02-132

Mise en place d'une fiche pour le bilan des patients hospitalisés pour chute dans le service de médecine-USC du Centre Hospitalier de Chinon

O. Grosdemange (1) ; C. Eudo (2) ; médecins et personnels paramédicaux du service de médecine-USC du CHC

(1) *medecine-USC, C.H. du Chinonais, Saint-Benoît-la-Forêt*; (2) *Unité de psychiatrie de la personne âgée, C.H. de Quimperlé, Quimperlé*

Introduction : La formation de gérontologie nous a permis de remettre en question nos pratiques et de réaliser que notre prise en charge des patients hospitalisés pour chutes dans le service n'était pas optimale et surtout très hétérogène en fonction des praticiens.

Objectif : réalisation d'une évaluation de nos pratiques, créer un outil de travail et voir si l'utilisation de ce dispositif améliorerait notre prise en charge. **Méthodes** : création d'une fiche pratique à partir des recommandations de l'HAS et de la SFGG de 2009. Information auprès des médecins. Comparaison de la présence ou non de 5 items dans les courriers de sortie de patients hospitalisés pour chute avant et après la mise en place de la fiche. **Résultats** : Résultats : amélioration globale de la présence des 5 items dans les courriers de sortie. Satisfaction des médecins vis à vis de la fiche. Mise en évidence de points faibles : la iatrogénie et l'évaluation de la marche et de l'équilibre. Proposition d'axes d'amélioration. **Conclusion** : ce travail, au delà de l'intérêt propre de la fiche, a permis de sensibiliser l'équipe médicale à la démarche gériatrique, de rappeler ou faire connaître les recommandations sur les chutes et de mettre l'accent sur certains items. Cette étude a été l'occasion d'une remise à jour de nos pratiques.

A-20-133

Neurotoxicité du Cefépime chez le sujet âgé : à propos d'un cas clinique

E. Brocquet (1) ; P. Robinet (2) ; S. Castier (2) ; F. Visade (3) ; F. Maladry (4) ; C. Delecluse (5) ; P. Weyrich (6)

(1) *Gériatrie, Hôpital Saint-Philibert, Lomme Cedex*; (2) *Court Séjour Gériatrique, Hôpital Saint-Philibert, Lomme Cedex*; (3) *Court séjour gériatrique, Hôpital Saint Philibert, Lomme*; (4) *Gériatrie, Hôpital Saint-Philibert, Lomme Cedex*; (5) *Gériatrie, Hôpital Saint Philibert, Lomme*; (6) *Infectiologie, Hôpital Saint-Philibert, Lomme Cedex*

Introduction : Le CEFEPIME (AXEPIM), céphalosporine de quatrième génération, est fréquemment utilisé dans la population gériatrique en cas d'infections nosocomiales. C'est un antibiotique à large spectre doté d'une activité bactéricide contre un certain nombre de bactéries à Gram positif ou négatif. D'élimination rénale, les risques d'effets toxiques sont connus et plus importants chez les patients présentant une altération rénale et nécessitent un ajustement de la posologie. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé a rappelé en avril 2018, les risques d'effets indésirables neurologiques graves lors du non respect des posologies recommandées notamment, chez les patients âgés, insuffisants rénaux (clairance <50ml/min). **Méthodes** : Nous rapportons un cas clinique illustrant ces manifestations neurologiques graves et leurs évolutions parfois fatales. **Résultats**: Cas clinique : Il s'agit d'une femme de 92 ans, aux antécédents principaux d'insuffisance respiratoire chronique sur dilatation des bronches avec oxygène-dépendance, HTAP modérée, troubles cognitifs connus non bilantés, syndrome dépressif, notion d'AIT.

Madame vit en EHPAD, est autonome partiellement pour les actes de la vie quotidienne. On note une notion d'allergie à la pénicilline non documentée. Madame est adressée aux urgences par le médecin traitant pour une altération de l'état général dans un contexte de bronchite persistante. A l'arrivée dans le service de court séjour gériatrique, le tableau clinique est en faveur d'un syndrome confusionnel aigu sur pneumopathie basale droite aggravant des troubles cognitifs. L'évolution initiale infectieuse est défavorable, il est alors décidé d'une bi antibiothérapie. Malgré un traitement optimal, l'évolution clinique est marquée par une majoration des signes respiratoires, une augmentation du syndrome inflammatoire. Il est alors décidé après discussion avec nos confrères infectiologues, d'une incrémentation de l'antibiothérapie par CEFEPIME adapté à la fonction rénale et AMIKACINE. L'histoire révèle une nette aggravation du syndrome confusionnel avec tableau d'obnubilation malgré le contrôle du sepsis. L'EEG retrouve alors des activités abondantes bihémisphériques. Ce tracé évoque en premier lieu une étiologie métabolique ou iatrogène. Le scanner cérébral ne retrouve pas de lésion ischémique ou hémorragique. Malgré l'ajout d'un traitement anti épileptique, l'arrêt du CEFEPIME et le contrôle des autres épines irritatives, un tableau de défaillance multi viscérale s'installe avec apparition d'un état de mal épileptique associé à une nécrose tubulaire aiguë entraînant le décès de la patiente. **Conclusion :** L'encéphalopathie aux bêta-lactamines est décrite pour de nombreuses molécules de cette classe mais semble particulièrement fréquente pour le CEFEPIME. Dans notre cas clinique, les troubles neurologiques préexistants semblent être des facteurs de risque importants. Il est notable que l'adaptation de posologie à la clairance rénale n'ait pas empêché la survenue d'une encéphalopathie chez notre patiente. Les manifestations neurologiques les plus fréquemment rapportées dans l'encéphalopathie liée au CEFEPIME, dans la revue récente de Appa et al., sont des troubles de conscience (80%), une agitation/désorientation (47%) et la présence de myoclonies (40%). La survenue de convulsions cliniques était rapportée dans 11 % des cas alors que 31% des patients présentaient un état de mal non convulsivant, justifiant la réalisation large d'EEG dans ces situations. L'utilisation de CEFEPIME en population gériatrique, en particulier en cas d'insuffisance rénale associée expose à un risque d'encéphalopathie aux bêta-lactamines qui doit être reconnue précocement par les cliniciens. Un recours large à l'EEG peut permettre d'étayer le diagnostic. L'évolution peut-être grave et ce même en cas d'arrêt de la molécule.

A-12-134

Le DENOSUMAB, on l'a dans l'os !

N. Te (1) ; C. Loiseau Breton (2) ; F. Raimbault (3) ; C. Golstein (3) ; V. Fossey Diaz (4)

(1) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris;* (2) *Gériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris;* (3) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris;* (4) *gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris*

Introduction : le denosumab est indiqué dans la prévention des complications osseuses chez des patients adultes atteints de tumeurs solides présentant des métastases osseuses. Il traite la perte osseuse en lien avec un traitement hormono-ablatif chez les hommes atteints de cancer de la prostate, à haut risque de fractures. Bamias & co ont constaté qu'une longue durée d'administration des bisphosphonates (BP) constituait le principal facteur favorisant l'ostéonécrose de la mâchoire (ONM). Le denosumab représente une alternative aux BP.

Une surveillance stomatologique est fortement recommandée, et un bilan dentaire est indiqué avant l'introduction du traitement. nous décrivons le cas d'un patient ayant un adénocarcinome prostatique avec métastases osseuse, chez qui est diagnostiquée une ostéonécrose maxillaire imputable au denosumab, sur tableau clinique de sinusite chronique. **Méthodes :** Monsieur Y., 84 ans, est hospitalisé en gériatrie aiguë puis en SSR en février 2018, pour chutes à répétition au décours d'un changement de sonde JJ, ayant lieu tous les 6 mois. Il était jusqu'alors autonome à la marche et dans les activités de la vie quotidienne. Il a comme antécédents : un adénocarcinome prostatique diagnostiqué en 2015 sur une insuffisance rénale aiguë obstructive, et d'emblée métastatique au niveau osseux, une HTA, un alcoolisme sevré depuis 2015 et une hypotension orthostatique. Des néphrostomies percutanées bilatérales et une pulpectomie bilatérale à visée castratrice ont été réalisées en 2015. Dans notre service, la rééducation des membres inférieurs est limitée par des vertiges invalidants et un syndrome cérébelleux. L'IRM cérébrale a permis d'éliminer un AVC cérébelleux. Les vertiges évoluent depuis plusieurs mois, et sont rapportés à des vertiges paroxystiques positionnels bénins, décrits comme atypiques par l'ORL. La verticalisation n'est pas possible, et le risque de chutes majeur. Sur le plan oncologique, Monsieur Y. est sous hormonothérapie par ZYTIGA® (abiraténone acétate) associée à une corticothérapie à faibles doses (prednisone 5 mg par jour) depuis 6 mois. Il reçoit en plus une injection mensuelle de 120 mg de denosumab depuis juin 2015. A l'époque, le bilan stomatologique n'objectivait pas de foyer infectieux. Cliniquement, Monsieur Y. présente une plaie jugale gauche en regard du sinus maxillaire, surinfectée et récidivante. Au cours de l'hospitalisation, la plaie a récidivé, avec persistance d'un placard inflammatoire malaire gauche. L'apparition d'une haleine fétide a motivé l'instauration d'un traitement antifongique pour suspicion de candidose buccale. Compte tenu de l'évolution clinique défavorable, un examen dentaire est réalisé, mettant en évidence une carie de la dent n°28 (3e molaire gauche). Monsieur Y. est finalement orienté vers un chirurgien maxillo-facial devant la présence d'une communication bucco-sinusienne objectivée après extraction dentaire. **Résultats :** l'intervention de méatotomie avec mise en place d'un lambeau jugal gauche a finalement révélé une ostéonécrose étendue de l'os maxillaire gauche. A 1 mois post-opératoire, malgré l'arrêt du denosumab, la réévaluation clinico-scannographique est en faveur de la persistance du processus ostéonécrotique, à l'origine d'une désunion du lambeau jugal. Une prise en charge médicale de cette ostéochimionécrose est attendue avant reprise chirurgicale, afin d'arrêter l'extension de la nécrose. **Conclusion :** le diagnostic d'ostéonécrose de la mâchoire est décrit comme rare mais grave. Il peut passer totalement inaperçu, avec un tableau clinique atypique sans douleurs objectivées. Sa prise en charge est pluridisciplinaire et complexe. Nous nous devons donc d'être particulièrement attentifs chez les patients traités par denosumab au long cours, dont le suivi dentaire régulier ne doit pas être négligé.

A-13-135**Motivations des médecins traitants à élaborer des plans personnalisés de santé de conciliation médicamenteuse dans le cadre du projet PAERPA**

M. Lotin (1) ; JB. Beuscart (2) ; R. Hanot (3)

(1) Unité de médecine aigue gériatrique, CH de Valenciennes, Valenciennes; (2) Geriatrie, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille; (3) Équipe mobile gériatrique, C.H. De Denain, Denain

Introduction : Le projet PAERPA (Personnes âgées en Risque de Perte d'Autonomie) est un dispositif innovant de soins intégrés. Le Plan personnalisé de santé (PPS) de conciliation médicamenteuse est une intervention ciblant la iatrogénie. Au cours d'une hospitalisation, les patients bénéficient d'une conciliation médicamenteuse. En ville, les Professionnels de santé libéraux (PSL) s'organisent en Coordination clinique de proximité. Ce travail est formalisé par le PPS. Les objectifs de cette étude sont de rechercher les motivations des médecins traitants à élaborer des PPS, leur ressentant à l'implication d'une aide externe (pharmacien d'officine et Animatrice territoriale (AT)), et les axes d'amélioration du projet. Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative avec analyse par théorisation ancrée. Tout médecin traitant ayant réalisé au moins un PPS de conciliation médicamenteuse était éligible. Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés entre mars et juillet 2017. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés sur le logiciel NVIVO®.

Résultats : Sur 53 sujets éligibles, il a été réalisé 18 entretiens pour obtenir la saturation des données. Le nombre de PPS médian par médecin traitant était de 9. Les motivations conceptuelles des médecins traitants à élaborer des PPS étaient la pluridisciplinarité, la coordination, la place du médecin traitant, le gain de temps et la rémunération. Les motivations pratiques étaient l'amélioration de la prise en charge et la conciliation médicamenteuse hospitalière. Les médecins traitants étaient satisfaits de l'intervention du pharmacien d'officine, malgré une faible connaissance de leur rôle. L'aide de l'AT était aussi appréciée, mais les médecins traitants regrettaient son faible suivi. La communication inter-professionnelle n'a pas été modifiée par le projet PAERPA. Les contacts sont rares mais confraternels et suffisants. Les axes d'amélioration du projet concernaient l'information délivrée aux médecins traitants, la communication en CCP, la charge administrative du PPS, l'exclusion de patients. **Conclusion :** Les avantages des soins intégrés sont sources de motivations pour les médecins traitants. Une meilleure information aux PSL et une meilleure communication des PSL entre eux renforcerait le développement du projet PAERPA.

A-02-136**Evaluation de la tolérance et de l'acceptabilité de la thérapie d'immersion progressive par simulation en réalité virtuelle dans la prise en charge du syndrome de désadaptation psychomotrice chez des patients âgés**

M. Mary (1) ; E. Karoubi (1) ; H. Rmadi (1) ; Y. Gasmi (1) ; B. Faiz (1) ; C. Trivalle (1) ; J. Houdre (2) ; C. Souques (3) ; M. Colas (4) ; N. Brunetti (1) ; E. Duron (1) ; R. Artico (1)

(1) Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP), Villejuif; (2) Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse, Villejuif; (3) Service de gériatrie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP), Villejuif; (4) Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP) - Paris XI, Villejuif

Introduction : Le syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM) représente l'une des complications majeures des chutes

chez les personnes âgées : peur du vide antérieur et de tomber, rétropulsion. La thérapie par exposition à la RV (TRV) a été validée dans le traitement des troubles anxieux et phobiques, mais pas dans le SDPM. L'objectif principal de l'étude est d'évaluer, la tolérance et l'acceptabilité de la TRV, chez des personnes âgées présentant un SDPM. L'objectif secondaire est d'évaluer son effet sur les troubles moteurs et posturaux. **Méthodes :** Une étude prospective, incluant des patients de plus de 75 ans présentant un SDPM, a été conduite à l'hôpital de Paul Brousse (Villejuif) du 20/2/2017 au 10/4/2018. Pendant trois jours consécutifs, trois séances d'exposition à la réalité virtuelle (RV), projetant des simulations d'inclinaisons du corps en avant, de niveaux d'intensité croissants, ont été proposées. Pour évaluer la tolérance, les pressions artérielles systoliques (PAS), diastoliques (PAD), la fréquence cardiaque (FC), les niveaux d'anxiété avant et après exposition, calculés avec l'échelle State Trait Anxiety Inventory, forme Y-A (STAI Y-A, 20 items, score sur 80) ont été mesurés, et les effets indésirables ont été recueillis à l'aide du questionnaire des Cybermalaises. Pour évaluer l'acceptabilité, l'accord de participation à chaque journée et le ressenti des participants sur l'expérience, ont été recueillis. Pour apprécier l'effet sur la motricité, les scores obtenus au Backward Disequilibrium Scale (BDS, évaluant la rétropulsion, notée de 0 (pas de rétropulsion) à 15 (rétroussion sévère)) et au Test Moteur Minimum (TMM, évaluant les troubles posturaux et la marche, notée sur 20, risque de chute en cas de score < 15) ont été comparés avant et après les trois jours d'exposition à la RV. Pour l'analyse des variables continues, un test-T de Student ou une Anova à mesures répétées ont été utilisés (distribution normale des variables vérifiée par le test de Shapiro-Wilk). **Résultats :** Dix patients (86.8 ans, \pm 4.56 ans, 90% de femmes, MMSE moyen : 21.2 ± 3.99) ont été inclus. Il n'y avait pas d'augmentation des PAS au moment de l'exposition à la RV le premier jour (moyenne des PAS avant RV : 131.9 mmHg, moyenne des PAS pendant RV : 123.9 mmHg, $p < 0.05$), le troisième jour (moyenne des PAS avant RV : 126.6 mmHg, moyenne des PAS pendant RV : 118.2 mmHg, $p < 0.05$), ni de la PAD le premier jour (moyenne des PAD avant RV : 75 mmHg, moyenne des PAD pendant la RV : 68.7 mmHg, $p < 0.05$). Les autres variations de PA et des FC n'étaient pas significatives. Les scores STAI Y-A recueillis avant et après exposition n'ont pas varié de manière significative. Les effets indésirables recensés étaient les vertiges ou une sensation vertigineuse (40%), l'asthénie (40%), une vision floue (30%), des nausées (30%), un inconfort général (10%), des céphalées (10%) et une fatigabilité oculaire (10%). Tous les patients ont participé aux trois jours de l'étude, 50% ont trouvé cette expérience « bénéfique », 30% « sans intérêt » et 20% « angoissante ». Une amélioration significative des scores BDS (BDS initial : 9.3, BDS final : 7.5, $p < 0.01$) et TMM (TMM initial : 7, TMM final : 9, $p < 0.01$) a été observée. **Conclusion :** La TRV semble bien tolérée et acceptée par les patients âgés dans la prise en charge du SDPM. Les effets secondaires sont modérés, temporaires et les résultats sur la rétropulsion et la marche sont encourageants. Cette étude, bien que limitée par sa faible puissance, suggère un intérêt de la TRV dans la prise en charge du SDPM de la personne âgée. Une étude de plus grande ampleur, comparant prise en charge kinésithérapeutique classique et kinésithérapie associée à une TRV dans cette pathologie, mérite d'être conduite.

A-16-137**Dépression du sujet âgé en milieu socioculturel africain à Ouagadougou, Burkina Faso**

D. Nanema (1) ; P. Gombri, (2) ; K. Karfo, (2) ; JG. Ouango, (2); A. Ouédraogo, (2)

(1) *Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Ouahigouya, Burkina Faso*; (2) *Service de psychiatrie, C.H.U Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso*

Introduction : L'amélioration des conditions de vie en Afrique augmente l'espérance de vie, d'où l'émergence de pathologies comme la dépression et la démence. Le Burkina Faso avec une population jeune (45,40 % de moins de 15 ans, 52,15 % entre 15 et 64 ans, et 2,45 % 65 ans et plus) a une espérance de vie à la naissance estimée en 2015 à 55,12 ans. Ceci explique que la gériatrie dans notre pays commence à 65 ans. La dépression du sujet âgé peut être masquée par des plaintes somatiques et des troubles du comportement. **Méthodes :** Nous rapportons le cas clinique d'un patient qui témoigne de la richesse des facteurs de risque et des manifestations cliniques, ainsi que la complexité diagnostique de la dépression en situation socioculturelle africaine.

Résultats : M. O. âgé de 67 ans a été hospitalisé en février 2014, dans le service de psychiatrie du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO), conduit par de nombreux parents, pour insomnie, anorexie, refus de communiquer, altération de l'état général et impotence fonctionnelle absolue, le tout évoluant depuis environ un mois. M. O. est originaire de la ville de Gourcy, ville située à 150 km, Ouagadougou, professeur d'histoire et de géographie à la retraite depuis sept ans, veuf depuis six ans, père de cinq enfants. Conformément aux us et coutumes dans la culture Moagha, les patriarches du village décidèrent en 2010 de le marier à une jeune épouse rejetée par ses enfants. Dans ses antécédents, on note un premier épisode psychotique en 1975 et une HTA traitée par nifédipine. Il n'a pas d'antécédents psychiatriques familiaux.

L'examen d'entrée avait retrouvé un syndrome confusionnel, un syndrome délirant (thématique de persécution centrée sur l'entourage familial, mécanisme hallucinatoire et interprétatif), et un syndrome somatique. L'hypothèse d'une dépression sévère avec symptômes psychotiques a été évoquée. Les troubles de la mémoire, les symptômes d'allure confusionnelle, l'âge du patient et le terrain d'hypertension artérielle (HTA) ont pu faire soupçonner un moment une démence débutante. La tomodensitométrie cérébrale a objectivé une leucoaraïose et une atrophie corticale à prédominance temporale. Le bilan biologique était dans les limites de la normale. Le traitement a consisté en plus du nursing, de la psychothérapie de soutien et des entretiens familiaux, en une rééducation fonctionnelle et un traitement médicamenteux (tiapride, amitriptyline, rispéridone). L'évolution a été favorable, marquée par une amélioration progressive de l'état clinique, l'amendement du délire, une reprise de l'alimentation, de la marche et une amélioration des troubles cognitifs. Les entretiens familiaux ont permis de nouer le dialogue entre les enfants et la jeune épouse, et entre le père et ses enfants. Après deux mois d'hospitalisation, il est sorti avec comme diagnostic retenu celui de dépression sévère avec symptômes psychotiques. **Conclusion :** Le tableau clinique de M. O. nous a fait envisager deux hypothèses : celle d'une dépression sévère avec symptômes psychotiques et celle d'une démence débutante. L'âge de M. O., le terrain hypertendu, la symptomatologie présentée et la mise en évidence à la tomodensitométrie cérébrale d'une atrophie corticale à prédominance temporale ainsi que la leucoaraïose nous ont fait évoquer le diagnostic de démence plutôt vasculaire. Le

tableau clinique de M. O. est très évocateur, mais l'insuffisance de notre plateau technique (absence de tests neuropsychométriques validés en Afrique et au Burkina) ne nous a pas permis de poser formellement le diagnostic. Le deuil, le contexte conflictuel de l'environnement familial et la symptomatologie présentée étaient plutôt en faveur de l'hypothèse d'une dépression sévère avec symptômes psychotiques. M. O., en plus de la perte de sa première épouse, constate une perte de son autorité de père. Au deuil lié à la perte de sa première épouse, il faut ajouter le deuil lié à la perte de son autorité de père, et le deuil lié à la perte de son statut social auquel son âge avancé donne droit dans la société. On comprend aisément la profonde déception de M. O., ce qui pose le problème de la vulnérabilité du sujet âgé africain face aux conflits intergénérationnels. Des facteurs comme l'entrée en maison de retraite et la maltraitance semblent plus spécifiques des pays développés. La dépression est un trouble psychiatrique de plus en plus fréquent chez le sujet âgé. La psychopathologie fait intervenir plusieurs facteurs comme le vieillissement, et des éléments précipitants organiques.

A-02-138**Perspectives ostéopathiques dans la prévention des chutes de la personne âgée**

A. Vicart (1) ; I. Santamaria (1) ; A. Wagner (1)

(1) *Département recherche, Centre Européen d'Enseignement Supérieur de l'Ostéopathie, Saint-Denis*

Introduction : La chute de la personne âgée est une problématique majeure dont la prévention est basée sur la réduction des facteurs de risque. Néanmoins, parmi plusieurs centaines de facteurs étudiés, il reste difficile de choisir sur lesquels agir en priorité et par quelles stratégies thérapeutiques. Les résultats de plusieurs méta-analyses suggèrent qu'une prévention multidisciplinaire n'apporte pas de meilleur résultat en comparaison avec une approche ciblée. L'ouverture à de nouvelles pratiques ayant un impact sur les facteurs de risque de chute fait donc partie intégrante de la recherche pour la prévention. L'ostéopathie, branche de la thérapie manuelle, a débuté des recherches allant dans ce sens mais la littérature à ce propos reste très limitée. Afin d'identifier les pistes de recherche future et de mieux cerner le rôle que l'ostéopathie pourrait jouer dans la prévention des chutes de la personne âgée, il est nécessaire de comprendre son action sur les facteurs de risque de chute. Les objectifs de cette étude étaient donc de recenser les principaux facteurs de risque de chute puis d'évaluer les effets que l'ostéopathie pourrait avoir sur eux. **Méthodes :** Nous avons effectué une revue de la littérature d'études prospectives évaluant les facteurs de risque de chute chez la personne âgée de 65 ans ou plus vivant en communauté. Les études sélectionnées devaient présenter un schéma prospectif avec un effectif de départ d'au moins 200 patients (et final d'au moins 160) suivis sur un an. Une définition de la chute devait servir à l'inclusion des patients et leur suivi devait être réalisé au moins tous les quatre mois. Nous avons relevé les Odds Ratio et Risques Relatifs égaux ou supérieurs à 1,50 et ayant fait l'objet d'ajustement, appariement et/ou analyse régressive. Dans un deuxième temps, une revue narrative des effets de l'ostéopathie sur les facteurs identifiés a été menée. **Résultats :** Nous avons sélectionné 22 études et recensé 53 facteurs de risque de chute répertoriés dans neuf catégories : données sociodémographiques, douleur, altérations sensorimotrices, capacité fonctionnelle, alimentation, état psycho-cognitif, antécédents, facteurs médicaux et traitements médicamenteux. Les

principaux facteurs de risque de chute (OR/RR > 3,00) étaient par valeur décroissante : un antécédent de chute l'année précédente, la démence, la maladie de Parkinson, une carence en vitamine D, la sensation de découragement, l'influence des travaux ménagers, la consommation de paracétamol, un trouble proprioceptif, la polyarthrite rhumatoïde et une perturbation des fonctions cognitives. Au vu des effets décrits dans la littérature, l'objectif d'un traitement ostéopathique dans la prévention des chutes serait d'améliorer les capacités fonctionnelles, notamment la marche et la réalisation des tâches ménagères. Leur optimisation pourrait passer par la diminution de douleurs, l'augmentation de la mobilité et de l'équilibre, ainsi que la régulation de certaines consommations médicamenteuses. Des effets potentiels sur certaines conditions non-musculo-squelettiques comme le diabète ou le sommeil, et psycho-cognitives comme l'anxiété ou la dépression, pourraient également élargir le champ de vision du traitement ostéopathique dans le cadre de la prévention des chutes chez la personne âgée.

Conclusion : Cette étude met en avant des éléments soutenant un potentiel thérapeutique de l'ostéopathie sur de nombreux facteurs de risque de chutes. Ces données constituent des pistes de recherche future pour des études cliniques.

A-23-139

Évaluation du Cumulative Somato-sensory Impairment Index

A. Vicart (1) ; I. Santamaria (1) ; A. Wagner (1)

(1) Département recherche, Centre Européen d'Enseignement Supérieur de l'Ostéopathie, Saint-Denis

Introduction : L'altération du système somato-sensoriel de la personne âgée augmente le risque de chute, première cause d'altération fonctionnelle et cinquième de décès de cette population. Cependant ce système est difficilement évaluable avec à la fois fiabilité, précision et simplicité, ceci nécessitant un lourd système technologique. Le Cumulative Somato-sensory Impairment Index (CSII) est un score regroupant quatre tests du système somato-sensoriel (graphesthésie, baresthésie, statesthésie et pallesthésie) au niveau du membre inférieur, faciles à mettre en place et dont l'utilisation est fréquente en pratique. Néanmoins, peu d'études descriptives ont été menées à son sujet. Le premier objectif de cette étude était d'évaluer la capacité du CSII à prédire l'altération du système somato-sensoriel en fonction de l'âge. Le deuxième objectif était d'évaluer la reproductibilité inter-praticien de chacun des quatre tests et du score global du CSII.

Méthodes : Les participants ont été recrutés entre novembre 2015 et janvier 2017 au sein de la clinique « A Mains Nues » (Saint-Denis, France). Ils étaient exclus en cas d'incapacité physique à la réalisation des tests (paralysie, amputation, décubitus dorsal impossible). La population d'étude a été séparée en deux groupes en fonction de l'âge : moins de 65 ans d'un côté (groupe n°1), 65 ans et plus de l'autre (groupe n°2). La graphesthésie était évaluée en traçant des symboles sur la plante des pieds, la baresthésie grâce à deux monofilaments Semmes-Weinstein 4,31 et 4,56, la statesthésie avec un goniomètre et la pallesthésie avec un diapason 128 Hz. Le score CSII, chiffré entre 0 et 8, était obtenu par addition des scores des quatre tests. Son élévation traduisait une augmentation de l'atteinte du système somato-sensoriel. Deux séries de mesures ont été réalisées par deux praticiens différents à 5mn d'intervalle. Les données des deux populations ont été comparées en fonction des scores (test t) et de l'atteinte (score > 0) (test de Fischer). La corrélation entre l'âge et le score CSII a également été évaluée (test de Pearson). La reproductibilité inter-praticien a été évaluée par les

tests de Bland-Altman et de Kappa. **Résultats :** Sur 107 patients recrutés, 105 (72 femmes et 33 hommes) ont été inclus. L'âge de la population d'étude était en moyenne de 50,1 ans (DS = 15,7), allant de 18 à 84 ans. Nos résultats indiquent que les patients de moins de 65 ans (n=73) présentaient de meilleurs scores que les patients de plus de 65 ans (n=32) pour la graphesthésie (p=0,002), la statesthésie (p=0,02), la pallesthésie (p<0,001) et pour le score CSII total (p<0,001). 94% des patients de plus de 65 ans présentaient un score CSII positif (31) contre 67% chez les patients de moins de 65 ans (p=0,003). Le test de corrélation de Pearson indique que les scores de la graphesthésie (p<0,0001), la statesthésie (p<0,0006), la pallesthésie (p<0,0001) et le score total (p<0,0001) augmentent avec l'âge. La reproductibilité inter-praticien a été évaluée sur 69 patients. La moyenne des différences par le test de Bland-Altman est inférieure à 0,1 pour les quatre tests et le score total, ce qui traduit une bonne reproductibilité. Les résultats des tests kappa variaient de « très faible » à « modéré » : graphesthésie (k=0,13), baresthésie (k=0,45), statesthésie (k=0,33), pallesthésie (k=0,50) et score total (k=0,41). Ces résultats plus mitigés obtenus par le test de Kappa peuvent s'expliquer par la faible prévalence d'atteinte des scores sur l'échantillon pouvant faire baisser le résultat.

Conclusion : Cette étude apporte des éléments soutenant la reproductibilité du CSII et sa capacité à détecter des modifications du système somato-sensoriel du membre inférieur, notamment en lien avec l'âge. Le CSII semble être un outil d'évaluation simple d'accès et prometteur pour de futures études portant sur le système somato-sensoriel.

A-16-140

Troubles psychiatriques chez les personnes accusées de sorcellerie au Centre Delwendé de Tanghin, Ouagadougou, Burkina Faso

D. Nanema (1) ; P. Goumbri, (2) ; B. Bague, (2) ; K. Karfo, (2) ; JG. Ouango, (2) ; A. Ouédraogo, (2)

(1) Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Ouahigouya, Burkina Faso; (2) Service de psychiatrie, C.H.U Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

Introduction : En Afrique, avec la mondialisation et le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication, on assiste à des changements de mentalité et des conceptions des populations par rapport à la maladie et à la vie. Avec l'augmentation de l'espérance de vie due à une amélioration des conditions sanitaires, on assiste au vieillissement de la population avec une accentuation de l'exclusion sociale de certaines catégories sociales comme les personnes âgées, accusées dans la plupart du temps d'être des "sorcières anthropophages". Dans certains cas, certaines souffraient de troubles mentaux, d'autres, par contre, c'est depuis leur exclusion de la société. Ce travail avait pour objectif général d'évaluer les troubles psychiatriques chez les personnes accusées de sorcellerie vivant dans le centre, plus précisément d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des personnes du Centre Delwendé de Ouagadougou, accusées de sorcellerie et vues en consultation psychiatrique.

Méthodes : Nous avons mené dans ce centre une étude rétrospective descriptive portant sur les personnes reçues en consultation psychiatrique spécialisée de psychiatrie entre le 1er Janvier 2014 au 31 décembre 2015 au centre de santé dudit centre. Ont été incluses: toute personne accusée de sorcellerie ayant consulté pour troubles psychiatriques et vivant dans le Centre Delwendé de Tanghin durant la période d'étude. La Collecte des données a été réalisée Grâce à une fiche de collecte comprenant les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et

thérapeutiques à partir du registre de consultations psychiatriques spécialisées, ainsi que des carnets de suivi individuels. L'analyse des données a été réalisée par le logiciel CsPro 4.0, puis SPSS 20, avec un Seuil de signification à 5%. Comme considérations éthiques et déontologiques adoptées, il s'agissait du respect de l'anonymat et de la confidentialité. **Résultats :** Résultats globaux : durant la période d'étude, 241 personnes étaient pensionnaires du centre ; 30 personnes ont consulté pour Troubles psychiatriques, soit une prévalence de 12,45 %. En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques, les femmes étaient majoritaires à 87 %. Plus de 97 % des enquêtés avaient plus de 50 ans. Pour ce qui était de la situation matrimoniale, 80 % étaient veuves; et 20 % des enquêtés avaient au moins 05 enfants. La majorité des enquêtés (93 %) était analphabète, aucun n'avait un emploi. La provenance des enquêtés était pour 94 % le milieu rural. En ce qui concerne les caractéristiques cliniques, 70 % des enquêtés avaient des antécédents psychiatriques personnels, et 20 % des antécédents psychiatriques familiaux. Les principaux motifs de consultation étaient: insomnies (19,71 %); hallucinations (14 %); délires (14 %); troubles du comportement (13, 38 %). Les troubles psychiatriques diagnostiqués étaient: l'insomnie actuelle (28,57 %); les troubles humeur (22,24 %); le syndrome psychotique isolé (10,20 %); le trouble panique (8,16 %); l'état de stress post-traumatique (8,16 %). Les thérapeutiques suivantes ont été administrées: La chimiothérapie: anxiolytiques/hypnotiques (93 %); neuroleptiques (80 %); Les Traitements psychologiques: psychothérapie de soutien (93 %). **Conclusion :** Limites de notre étude: le caractère rétrospectif de l'étude (problèmes de tenue des registres et carnets individuels de suivi, notamment insuffisance de remplissage,...). Dans notre étude la prévalence troubles psychiatriques à 12,45 %, sous-estimée liée au type d'étude. L'exclusion sociale induit des troubles psychiatriques qu'il faut savoir diagnostiquer et traiter. De même, des troubles psychiatriques peuvent entraîner des troubles de comportement qui vont accentuer le phénomène d'exclusion. Un travail d'information, d'éducation et de conseils doit être fait au sein des communautés, des autorités administratives, politiques et religieuses s'impose. Les prochaines études, prospectives et multicentriques, avec des outils validés au niveau international devraient permettre de mieux explorer les troubles chez cette population particulièrement marginalisée.

A-15-141

Varicelle et zona ophtalmique simultanés chez une patiente de 88 ans

M. Fassy Colombet (1) ; CL. Peng (1) ; M. Tardivel (1) ; S. Balesdent (2) ; L. Lechowski () ; JL. Le Quintrec (1)

(1) Service de médecine gériatrique, AP-HP, Hôpital Sainte Péline, Paris; (2) Service de gériatrie, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris

Introduction : L'incidence du zona dans la population de plus de 80 ans est de 1/100 par an. Elle tend à augmenter du fait du vieillissement de la population. L'incidence annuelle du zona ophtalmique est de 1/1000 au-delà de 65 ans. Concernant la varicelle, 90% de la population générale est immunisée avant l'âge de 10 ans. La varicelle est plus grave lorsqu'elle survient à l'âge adulte. **Méthodes :** Cas clinique. Nous rapportons le cas d'une patiente de 88 ans sans trouble cognitif. Elle avait pour antécédents un adénocarcinome rectal opéré en 2001 (considéré en rémission complète), une maladie de Basedow avec hyperthyroïdie sous carbimazole. Elle avait été affectée par la varicelle dans l'enfance.

A J0, la patiente a présenté des douleurs intenses de l'œil gauche et une chute sans gravité qui l'ont conduite aux urgences. Elle avait consulté 48h plus tôt son médecin traitant qui avait diagnostiqué un zona ophtalmique et débuté un traitement par valaciclovir 1gramme trois fois par jour. L'examen clinique au moment de l'admission à l'hôpital retrouvait un zona ophtalmique avec des lésions cutanées suintantes et prurigineuses frontales gauches, associées à une éruption vésiculeuse sur l'ensemble du thorax. Pour cette dernière, le diagnostic de varicelle et non de zona extensif a été confirmé par le dermatologue. **Résultats :** Le bilan immunologique n'a pas mis en évidence de déficit immunitaire, l'albuminémie était à 35,5 g/L. Par ailleurs, l'ADN du virus varicelle zona (VZV) a été retrouvé par PCR sur le prélèvement de vésicules du thorax. La recherche par PCR du VZV sur le zona ophtalmique n'a pas été effectuée. Concernant l'éruption varicelleuse, l'évolution a été rapidement favorable. A J7, une conjonctivite a été diagnostiquée par l'ophtalmologue puis traitée par ofloxacine en collyre associé à des larmes artificielles et de la vitamine A en pommade ophtalmique. A J12, l'examen de contrôle ophtalmologique montrait une kératite ponctuée superficielle sans véritable ulcération de la cornée. Devant l'importance de l'atteinte cutanée, on a décidé de poursuivre le traitement par valaciclovir 1gramme trois fois par jour. Par ailleurs, les douleurs neuropathiques frontales gauches ont été traitées par prégabaline et amitriptyline. A J 28, la patiente a eu une baisse de l'acuité visuelle. Le diagnostic d'endothélie associée à une uvéite antérieure zostérienne est retenu. La patiente est traitée par tobramycine et dexaméthasone en collyre et valaciclovir per os. A J 35, la patiente avait une opacité cornéenne gauche, sans pli de descemet. L'acuité visuelle était de 5/10 du fait de l'opacité. Le FO ne montrait pas de signe de nécrose. **Conclusion :** En recherchant dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé de description chez l'adulte très âgé de cas présentant une éruption varicelleuse généralisée à VZV associée à un zona. Cependant, nous avons retrouvé 20 cas d'éruption généralisée associée à un zona. Il s'agissait alors d'une co-infection par le VZV et l'HSV (herpes simplex virus) chez des patients immunocompétents. Cette co-infection était confirmée par analyse de l'ADN viral sur prélèvement des vésicules. Les patients étaient en général âgés de plus de 50 ans.

A-05-142

Prévalence et facteurs associés à l'isolement social de la personne âgée : étude de la cohorte UPSAV

J. Trimouillas (1) ; C. Bimou (2) ; S. Boyer-Delmas (2) ; M. Charenton Blavignac (1) ; C. Laubarie-Mouret (1) ; C. Roux (1) ; K. Lemasson (1) ; P. Jaglin (1) ; C. Chaumont (1) ; S. Baudu (1) ; N. Cardinaud (1) ; T. Dantoine (3) ; A. Tchalla (3)

(1) Pôle hu gérontologie clinique, unité de prévention, de suivi et d'analyse du vieillissement, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges; (2) *Ifr 145 geist, ea 6310 havae (handicap, activité, vieillissement, autonomie, environnement), Université de Limoges, Limoges;* (3) *Pôle hu gérontologie clinique, médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges*

Introduction : L'isolement social est décrit comme un phénomène mesurable, renvoyant à une situation concrète. Véritable enjeu de santé publique, il croît avec l'âge. Selon l'INSEE, 27% des 65-79 ans et 48.9% des 80 ans ou plus vivent seuls. Or, ce mode de vie pour une personne âgée augmente le risque d'être socialement isolé. Ainsi, préserver les contacts sociaux chez ces personnes est essentiel pour prévenir l'isolement social qui est décrit comme un facteur de risque d'apparition de problèmes de santé physique ou

mentale. Notre principal objectif était d'estimer la prévalence et de déterminer les principaux facteurs associés à cet isolement social. **Méthodes :** Nous avons utilisé les données de la cohorte UPSAV (Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillessement) ; cohorte prospective de personnes âgées vivant à domicile et suivies par l'équipe mobile extrahospitalière UPSAV. Tous les participants bénéficient d'une Evaluation Globale Gérontologique (EGG). Pour définir l'isolement social nous avons utilisé un score d'isolement social selon Thomas K et al. 2018 calculé comme suit. Les sujets reçoivent un point s'ils sont mariés, s'ils ont des relations de type « aidant » ou « de soutien » avec les proches familiaux ou l'entourage (amis, voisins, autre), s'ils appartiennent à un groupe religieux, et enfin s'ils participent à des activités en groupe/club/association. Il définit trois groupes : Score = 0 : sévèrement isolé (G1) ; Score = 1 : isolé (G2) ; Score ≥ 2 : non isolé (G3). Nous avons constitué deux groupes par regroupement de G1 et G2 pour former le groupe isolé, le groupe G3 forme le groupe non isolé. L'analyse comparative des critères de l'EGG selon les 2 groupes (isolés vs. non isolés) est suivie d'une régression logistique multivariée. **Résultats :** 1714 personnes âgées ont été incluses dans cette étude. L'âge moyen était de 82.3 ± 6.7 ans avec 63.1% de femmes. La prévalence des personnes âgées isolées est 16,8% (IC 95% : 14.5 – 19.1). L'analyse multivariée par régression logistique a permis d'identifier les principaux facteurs prédictifs de l'isolement social : genre (féminin, OR=1.79) mode de vie (seul, OR=10.83), revenus mensuels (<625€, OR=6.77), type d'habitation (maison, OR=2.51 et foyer logement, OR=1.68), dépression (GDS>9, OR=1.65), statut cognitif (MMS<17 OR=1.89, MMS<10, OR=2.44), statut nutritionnel (MNA<17, OR=2.59), niveau d'autonomie (ADL<6 OR=1.61, IADL<8 OR=1.91, SMAF>8, OR=2.68), niveau de fragilité (Fried ≥ 3 , OR=2.56), performances physiques (SPPB ≥ 7 OR=1.71, SPPB ≥ 10 , OR=3.36), antécédents de chutes (OR=1.68) et troubles de l'équilibre (OR=2.06). **Conclusion :** L'isolement social est décrit dans la littérature comme étant multifactoriel. De multiples définitions se basent sur différents critères sociodémographiques afin de dépister les personnes âgées à risque d'isolement. Dans cette étude, nous avons pu consolider ces critères et identifier des facteurs sociodémographiques et physiopathologiques comme étant de bons prédictifs de l'isolement. L'UPSAV, via ses missions de recherche et innovation, se concentre sur ces personnes âgées isolées en proposant des actions pour rompre l'isolement et favoriser le lien social.

A-03-143

La mise en oeuvre d'un Living Lab dans un centre d'accueil de jour: impliquer les personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement et les aidants

K. Charras (1) ; JB. Mabire (1) ; JP. Aquino (1)

(1) *Pôle interventions psychosociales, Fondation Médéric Alzheimer, Paris*

Introduction : Les Living Lab sont des laboratoires d'innovation sociale in-vivo s'appuyant sur une approche scientifique pour développer et tester des services, des interventions et produits. Les Living Lab encouragent la co-création et la co-validation en partenariat avec les personnes malades et leur entourage dans des conditions de vie réelle. En France et en Europe, de nombreux Living Lab expérimentant des dispositifs pour des personnes atteintes de troubles cognitifs liés au vieillissement se sont développés. Cependant, des difficultés méthodologiques sont rencontrées : un manque de familiarité de l'environnement avec les usagers,

des difficultés pour recruter des participants et des difficultés de validité écologique. **Méthodes :** Pour pallier ces difficultés et élargir le champ de recherche aux domaines d'interventions et de services, la Fondation Médéric Alzheimer a effectué un partenariat avec un centre d'accueil de jour et ses usagers afin de les impliquer dans le processus d'évaluation d'interventions, de produits et de services destinés aux personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement. Nous présenterons ce dispositif expérimental innovant et participatif qui combine développement des pratiques d'accompagnement et recherche appliquée pour les personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement : un Living Lab dans un centre d'accueil de jour. **Résultats :** A ce jour, des aménagements environnementaux des lieux et des ateliers danse ont été mis en œuvre. D'autres projets sont à venir : tablettes tactiles, jardin thérapeutique, Tai Chi, chorale inclusive. Les dilemmes éthiques d'impliquer les personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement et leurs aidants dans la recherche scientifique seront soulevés ainsi que la valeur scientifique des expérimentations au sein de Living Lab. Les stratégies de communication pour sensibiliser aux interventions, services et produits expérimentés seront décrites. Le modèle économique d'un tel dispositif de soins et de recherche sera également discuté. **Conclusion :** Les Living Lab encouragent la co-création et la co-validation en partenariat avec les personnes malades et leur entourage dans des conditions de vie réelle. Le but est d'intervenir dans un lieu existant où les usagers pourront tester des dispositifs.

A-13-144

Coordination des acteurs en soins primaires : création du Réseau d'Enseignement et d'Innovation pour la Pharmacie d'Officine (REIPO)

A. Cambon (1) ; S. Qassemi (1) ; C. Choukroun (2) ; C. Roland (1) ; V. Garnier (3) ; P. Descamps-Mandine (4) ; V. Bruno (5) ; JM. Kinowski (2) ; C. Mccambridge (1) ; P. Cestac (1)

(1) *Pôle pharmacie, C.H.U Toulouse - Site Purpan, Toulouse*; (2) *Pôle pharmacie, C.H.U de Nîmes, Nîmes*; (3) *Urps pharmaciens occitanie, Pharmacie Garnier, Meynes*; (4) *Direction de la santé publique - unité vigilances, ARS Occitanie, Toulouse*; (5) *Gérontopôle, C.H.U, Toulouse*

Introduction : Le Réseau d'Enseignement et d'Innovation pour la Pharmacie d'Officine (REIPO) créé en juin 2015 à l'initiative de la faculté de pharmacie de Toulouse œuvre pour la formation des professionnels sur la prise en charge thérapeutique des patients avec un focus particulier sur la personne âgée. Il cherche également à évaluer l'efficacité des nouvelles missions du pharmacien d'officine dans le cadre du développement de nouvelles missions rémunérées. L'appui initial du Gérontopôle de Toulouse, qui souhaitait fédérer les pharmaciens d'officine en raison d'une part de leur maillage territorial et d'autre part de leurs compétences dans le domaine du médicament dans le cadre des filières gériatriques, a permis l'émergence de ce réseau. L'objectif du REIPO est donc de fédérer le plus grand nombre de pharmaciens d'officine, sachant qu'il existe 2033 pharmacies d'officine en région Occitanie. **Méthodes :** Dès 2015, un comité de pilotage a réuni des représentants de la faculté de pharmacie de Toulouse, de l'Association pour la Formation Continue des Pharmaciens en Midi-Pyrénées (AFPM), du Collège des Maîtres de stage, de l'Union Régionale des Professions de Santé (URPS) section pharmacie et médecine, de l'Equipe Régionale Vieillessement et Prévention de la Dépendance (Gérontopôle de Toulouse) et du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens.

Depuis novembre 2017, l'Agence Régionale de Santé soutient financièrement la structuration du REIPO sur la base du Fonds d'Intervention Régional (FIR). Des ressources humaines (0,8 équivalent temps-plein (ETP) de pharmacien coordonnateur et 0,7 ETP de secrétariat) ont ainsi pu être dédiées spécifiquement à la mise en place d'actions de sensibilisation destinées à toucher chaque pharmacien d'officine et pouvant se décliner de différentes façons (séances collectives au sein de l'URPS Pharmaciens ou au sein des territoires de santé de la région, séances individuelles au sein des officines, séances de formations au sein de la faculté de pharmacie). **Résultats** : Suite à la campagne de communication, 1760 professionnels de santé ont été informés et sensibilisés aux actions du REIPO lors de séances pluriprofessionnelles réalisées dans les territoires de santé (n=24), lors de séances au sein de l'URPS Pharmaciens Occitanie à Toulouse (n=10), lors de congrès (groupement HPI, SFPC, Hopipharm, Fragilité) ou directement par contact téléphonique. Sur l'ensemble de ces professionnels 240 professionnels de santé ont signé la charte et sont adhérents au REIPO. Les adhérents reçoivent une newsletter tous les deux mois par courriel afin de pouvoir suivre l'évolution des offres de formations et des projets actuellement portés par le comité de pilotage tel que : l'aide au déploiement des bilans partagés de médication via une approche collaborative pharmaciens d'officine / médecins généralistes. Ils sont actuellement plus d'une centaine à avoir suivi une offre de formation (DU d'optimisation thérapeutique en gériatrie, session de travail AFPM à la faculté, journées de formation DPC destinées à l'amélioration des pratiques), et près d'une quarantaine à avoir bénéficié du tutorat au sein de leur officine par un pharmacien hospitalier pour la mise en place des bilans partagés de médication. **Conclusion** : Une fois que le REIPO aura démontré sa logique de continuum (formation / pratiques professionnelles / évaluation des pratiques innovantes), il aura pour vocation de dépasser sa seule dimension gériatrique et devra s'étendre à d'autres actions de santé publique (oncologie, cardiologie, etc).

A-05-145

Enquête sur la chute des personnes de 65 ans et plus à domicile (ChuPADom) : faisabilité et premiers résultats

G. Pédrone (1) ; L. Lasbeur (2) ; L. Carcaillon-Bentata (1) ; E. Hamel (2) ; N. Beltzer (1) ; B. Thélot (1)

(1) *Direction des Maladies Non Transmissibles et Traumatismes, Santé publique France, Saint-Maurice*; (2) *Direction de la prévention - promotion de la santé, Santé publique France, Saint-Maurice*

Introduction : La fréquence des chutes chez les personnes de 65 ans et plus, leur gravité, que ce soit en termes de décès ou de séquelles fonctionnelles et psychologiques, et leur coût, en font une question de santé publique majeure. En 2013, les chutes ont été à l'origine de 9 334 décès parmi les personnes de 65 ans et plus en France. Dans cette même tranche d'âge, 76 100 hospitalisations ont été motivées par une fracture de l'extrémité supérieure du fémur en 2014. La grande majorité de ces chutes survient au domicile. S'il existe une abondante littérature sur la chute des personnes âgées, les informations disponibles ne semblent pas suffisantes pour concevoir des stratégies précises de communication et des actions de prévention ciblées selon le profil de chuteurs. L'enquête ChuPADom a pour objectif de recueillir des informations suffisamment précises pour permettre d'établir une typologie des chuteurs de 65 ans et plus selon les facteurs de risque intrinsèques (caractéristiques

sociodémographiques, socio-économiques, maladies chroniques, santé mentale, (poly)médication, autonomie avant la chute, aide à domicile, etc.), et les facteurs de risque extrinsèques (éléments sur les caractéristiques de l'habitat, les produits impliqués dans la chute, l'activité au moment de la chute, etc.). **Méthodes** : L'enquête est menée dans sept centres hospitaliers de France métropolitaine (à Annecy, Blaye, Fougères, Limoges, Rambouillet, Tourcoing et Verdun) entre janvier et octobre 2018 (6 à 7 mois de recueil par hôpital). Toutes les personnes de 65 ans et plus hospitalisées pour une chute accidentelle au domicile sont sollicitées pour participer à l'enquête. Lorsque les personnes ne sont pas en mesure de répondre ou de donner leur consentement, les aidants sont sollicités pour compléter le questionnaire, dont la passation dure 45 à 60 minutes. Un enquêteur formé recueille des informations quantitatives et qualitatives sur : le tableau clinique (blessure provoquée par la chute, antécédents, pathologies chroniques, traitements), le profil sociodémographique et socioéconomique, les circonstances et le comportement au moment de la chute, les caractéristiques du logement, les handicaps, la fragilité, l'autonomie (grille AGGIR), la qualité de vie, le lien social et les aides dont bénéficie le patient. **Résultats** : L'enquête est actuellement en cours, elle devrait permettre de collecter 1 300 questionnaires d'ici octobre 2018 et de produire des premiers résultats pour fin novembre. D'une manière générale, l'enquête est bien accueillie par les patients et leur famille, en moyenne un patient sur six refuse de participer. La disponibilité des enquêteurs et leur qualité d'écoute donnent l'opportunité aux patients et à leurs aidants de parler d'eux et de leur vie quotidienne. De ce fait, les questionnaires remplis sont complets, précis et de très bonne qualité. D'après les premières données collectées, l'âge moyen des patients est de 83 ans, 65 % des répondants sont des femmes. Près de 85 % des patients acceptent d'être recontactés dans un an pour l'enquête sur les séquelles consécutives à la chute. **Conclusion** : L'enquête ChuPADom fournira, pour la première fois en France, des données précises sur les différents profils de chuteurs et les circonstances de la chute. Cette enquête sera complétée par un suivi à un an des patients, pour une description des séquelles physiques et psychologiques de la chute. L'ensemble de ces résultats pourra contribuer à la définition de dispositifs de communication et d'intervention en prévention prenant en compte les différents types de chuteurs. Financeurs : Santé publique France, Attitude Prévention, FNMF

A-18-146

Ténotomies percutanées dans le cadre d'une hypertonie déformante acquise: étude observationnelle prospective

C. Trabelsi (1) ; A. Graignic (2) ; L. Gatin (3) ; P. Denormandie (3); V. Martinez (1)

(1) *Service d'anesthésie-réanimation, Hôpital Raymond-Poincaré - (AP-HP), Garches*; (2) *Service d'anesthésie-réanimation, Hôpital Ambroise-Paré (AP-HP), Boulogne-Billancourt*; (3) *Service de chirurgie-orthopédique, Hôpital Raymond-Poincaré - (AP-HP), Garches*

Introduction : L'hypertonie déformante acquise (HDA) atteint une population souvent âgée et handicapée entraînant un risque important de déformations ostéo-articulaires multiples par contractures musculaires et un retentissement fonctionnel. Le traitement chirurgical classique s'est avéré efficace mais lourd. Une nouvelle technique de ténotomie percutanée à l'aiguille 16G a été développée à l'hôpital Raymond Poincaré et a démontré son efficacité et sa bonne tolérance (1). Cette intervention est courte, peu

douloureuse et permet de diminuer la déstabilisation de situations parfois très précaires (confusion post-opératoire, rétention aigüe d'urines...). Nous proposons de décrire cette technique à la fois du côté chirurgical et du côté anesthésique, en se basant sur une étude menée au sein de notre structure. Méthodes : **Nous avons mené une étude observationnelle** prospective monocentrique au CHU Raymond Poincaré afin d'évaluer notre protocole d'anesthésie multimodale associant kétamine, midazolam et mélange équimolaire protoxyde d'azote/O₂ pour des patients majeurs traités par ténotomie percutanée par des aiguilles 16G pour une HDA. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'efficacité de cette technique anesthésique selon trois éléments: le patient, l'anesthésiste et le chirurgien impliqués et d'en rechercher les éventuels effets indésirables. Les corrélations ont été effectuées avec un test de Pearson. Les valeurs de p<0.05 étaient considérées comme significatives. Les données ont été analysées avec le logiciel PSPP et Excel. **Résultats** : Nous avons inclus 121 patients entre janvier et décembre 2017, âgés en moyenne de 55 ans composés de 49% de femmes et de 51% d'hommes, ASA 1 (2,47% des cas), ASA 2 (46,28% des cas), ASA 3 (42,14% des cas) et ASA 4 (1,65% des cas). Ils présentaient comme étiologie à l'HDA un AVC (38,84%), une maladie dégénérative (16,52%), une IMC (11,57%), une para ou tétraplégie (7,43%), une spina bifida (2,47%) et autres (15,7%). Le score de dépendance de GIRR était en moyenne de 3/5. Tableau 1 : Drogues reçues par les patients

	N	Pourcentage	Dose moyenne	Ecart type	Min-Max
Ketamine	113	93,38%	59,51 mg	26,5 mg	0 - 140
Midazolam	110	90,90%	1,51 mg	0,74 mg	0 - 3
Sufentanil	43	35,53%	2,45 µ	3,67µ	0 - 15
Propofol	43	35,53%	34,21 mg	54,69 mg	0 - 200

Les complications per-opératoires étaient essentiellement respiratoires mineures (recours à la subluxation, à la canule de Guedel et à la ventilation manuelle), exceptionnellement majeures : un recours à l'intubation et un épisode de désaturation. La douleur était modérée en SSPI : EVA moyenne 0,86/10 à l'arrivée et de 0,86/10 à la sortie ou Algoplus moyen à 0,45/5 à l'arrivée et à 0,16/5 à la sortie avec un souvenir plutôt agréable verbalisé par les 61/88 patients communicants dans 69,31% des cas. **Conclusion** : La kétamine est donc une molécule de choix pour l'anesthésie du sujet fragile âgé et handicapé avec une stabilité hémodynamique et respiratoire, le maintien d'une ventilation spontanée, la conservation des réflexes de protection ainsi qu'un faible risque de complication post opératoire. De plus, c'est une molécule sédatrice, analgésique, permettant la réalisation du geste chirurgical en respectant le confort du chirurgien, de l'anesthésiste et du patient. Toutefois, sa réalisation nécessite un environnement adapté et sécurisé tel qu'un bloc opératoire avec des équipes bien expérimentées. Références: 1. Schnitzler A, Diebold A, Parratte B, Tliba L, Genêt F, Denormandie P. An alternative treatment for contractures of the elderly institutionalized persons: Microinvasive percutaneous needle tenotomy of the finger flexors. *Ann Phys Rehabil Med.* 2016 Apr; 59(2):83-6.

A-15-147

Déterminants de la prescription d'antibiotiques en cas de symptômes grippaux dans une population âgée hospitalisée

M. Colas (1) ; AT. Manescau (1) ; P. Baune (2) ; M. Noaillon (3) ; J. Houdre (4) ; B. Faiz (1) ; C. Souques (5) ; N. Houenou-Quenum (1) ; N. Brunetti (6) ; P. Pham (7) ; M. Bouteille (6) ; AM. Roque (8) ; E. Karoubi (6) ; M. Neiss (6) ; E. Duron (1)
(1) Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP)- paris XI, Villejuif; (2) Virologie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP), Villejuif; (3) Gériatrie, C.H.U de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre; (4) Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse, Villejuif; (5) Service de gériatrie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP), Villejuif; (6) Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP), Villejuif; (7) Biochimie et oncogénétique inserm umr-s 1193, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP)- paris XI, Villejuif; (8) Virologie-hygiène, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP), Villejuif

Introduction : Lors d'une épidémie à virus respiratoire dans une population de sujets âgés hospitalisés, la différence entre grippe simple ou surinfectée et difficile en raison des présentations atypiques des pathologies infectieuses (immuno-senescence). La concentration sérique de procalcitonine (PCT) a une bonne spécificité mais une mauvaise sensibilité chez le sujet âgé pour étayer le diagnostic d'infection respiratoire bactérienne. Notre objectif est d'évaluer les déterminants (y compris la PCT) de la prescription d'antibiotiques en cas de symptômes grippaux dans une population âgée hospitalisée. **Méthodes** : Les patients hospitalisés à l'hôpital Brousse en gériatrie aigüe ou SSR, présentant un fièvre inexplicite et/ou symptômes pulmonaires ou rhinopharyngés motivant la recherche de la grippe (écouvillonnage nasal) du 04/12/2017 au 30/01/2018, dans le cadre de l'épidémie hivernale de grippe affectant les services, ont été prospectivement inclus. Les patients présentant une fièvre d'une autre cause évidente étaient exclus. Tous les patients inclus ont bénéficié d'un examen clinique complet, d'un examen biologique usuel avec PCT, albuminémie, bilan hépatique et d'un écouvillonnage nasal (Grippe A ou B, adénovirus, autres virus). Les données des patients ayant reçus des antibiotiques ou non ont été comparés. **Résultats** : Soixante-quatorze patients ont été inclus (âge moyen (SD) : 87,1 (6,10); 59,5% de femmes, MMSE moyen (SD/30=15,2 (7,8)). Les patients présentaient de la fièvre, une toux, un encombrement bronchique et/sibilants, une SpO₂ <95%, une fréquence respiratoire >22/min, des signes d'insuffisance cardiaque gauche, et une fréquence cardiaque > 100/min dans 80,6%, 47,9%, 40,8%, 31,9%, 14,3%, 11,3% et 21,1% des cas, respectivement. Aucun virus n'était retrouvé pour 50 patients, 10 avaient la grippe A, 4 la grippe B, 5 le VRS et 5 d'autres virus. La PCT, la CRP, la valeur moyenne des globules blancs (SD) et l'albuminémie moyenne (SD), était de 0.855 (3.134) mg/l, 85.2 (80.1) mg/l, 10.6 (4.6) × 10⁹/l, et de 32.3 (3.9) g/l, respectivement. Seize patient présentaient une cholestase et 14 recevait un traitement antiviral. Parmi ces sujets, 31 ont reçu des antibiotiques. En analyse univariée, les facteurs associés à la mise sous antibiotique étaient: PCT augmentée (moy (SD) mg/l) (1,20 (4,16) vs. 0,24 (0,38), p=0,01), CRP augmentée (moy (SD) mg/l) (111 (90) vs. 50,2 (46,8), p=0,0001), hyperleucocytose plus élevée (moy (SD) X 10⁹/l (11,7 (5,7) vs. 9,2 (3,0), p=0,03), albuminémie basse (moy (SD) g/l) (31,6 (4,1) vs. 33,5 (3,4), p=0,004), cholestase (32,5% vs. 10%, p=0,05), hémoculture positive (p=0,05) et une fréquence cardiaque > 100/min (30,2% vs. 7,14% p=0,004). Aucune différence n'était observé entre le groupe porteur d'un virus et non porteur pour la mise sous antibiotiques (p=0,39). En analyse multivariée, la PCT ne restait pas un facteur indépendant de la mise

sous antibiotiques. **Conclusion:** Le recours aux antibiotiques est fréquent en gériatrie pour symptômes pulmonaires dans le cadre d'une épidémie grippale. Les déterminants sont essentiellement biologiques et non cliniques. La découverte d'un virus et la mise sous traitement antigrippal n'est pas un déterminant de la mise sous antibiotiques. La PCT au n'est pas un facteur indépendant de décision de mise sous antibiotiques et ne semble pas devoir être recommandé dans cette indication. Une étude de plus large ampleur avec suivi prospectif des patients mériterait d'être conduite.

A-25-148

Etat des lieux des transferts des EHPAD vers le service des urgences du CHU Amiens-Picardie en vue de la mise en place d'une filière courte dédiée à cette population

J. Moyet (1) ; C. Defouilloy (1) ; E. Arnaud (2) ; B. Douay (2) ; F. Bloch (1)

(1) *Gériatrie, CHU Amiens-Picardie, Amiens;* (2) *Urgences, CHU Amiens-Picardie, Amiens*

Introduction : Les durées de passage aux urgences des patients âgés sont plus longues que celles des autres patients. Elles se prolongent au-delà de huit heures pour un quart des patients âgés des plus de 75 ans contre 10 % pour les 15-74 ans notamment en raison de demandes d'actes d'investigation plus nombreuses. Lorsque les patients viennent d'EHPAD, la prolongation du temps d'attente dans cette structure peu adaptée que sont les urgences peut-être délétère. Afin d'éviter ce séjour prolongé aux urgences, nous nous interrogeons sur la possibilité d'accélérer le passage vers une unité d'hospitalisation de courte durée gériatrique dédiée de ces patients venant d'EHPAD, par la création d'une filière de type « fast-track » évitant l'admission aux urgences. Afin de définir l'organisation la plus adaptée à nos besoins, nous avons réalisé un état des lieux de la population transférée des EHPAD vers le service des urgences du CHU Amiens-Picardie sur l'année 2017. **Méthodes :** Requête sur logiciel « ResUrgences » utilisé sur le CHU Amiens-Picardie concernant tous les patients entrant aux urgences dont adresse contient : « EHPAD » ou « retraite » ou « USLD » ou « personne » sur l'année 2017. **Résultats :** Sur l'année 2017, 1886 patients ont été identifiés comme venant d'EHPAD. Leur âge moyen était de 84,3 ± 9,3 ans et le temps de passage moyen avant orientation était de 5h54. A l'issue du bilan, 38% ont été directement réorientés vers leur EHPAD, 23% ont été hospitalisés en gériatrie, 18% dans une autre spécialité médicale et 19% en réanimation ou en chirurgie.

Le groupe des 715 patients directement réorientés vers leur EHPAD ne différait pas en termes d'âge moyen (83,1 ± 9,3 ans) ou durée de séjour (6h17). Le taux de transfert était régulier au cours de la semaine avec un pic le vendredi (16,4%) et une activité plus basse le dimanche à 11,2%. Quatre-vingt-huit pour cent des transferts se faisaient entre 8h et minuit pour 11,7% sont adressés par l'EHPAD entre minuit et 8h du matin. Ce dernier groupe ayant une durée de passage plus longue de plus d'une heure par rapport à la moyenne (6h58). **Conclusion :** Les efforts doivent se porter sur cette population retournant en EHPAD à l'issue de leur passage aux urgences. Etre en mesure de mieux décrire ce groupe, ses conditions et motifs de venue nous permettra de mettre en place une filière de type fast-track qui corresponde le plus aux besoins et dont l'une des finalités sera de réduire le temps de séjour aux urgences. Nous devons pouvoir identifier des critères permettant d'orienter vers notre unité d'hospitalisation de courte durée gériatrique plus adaptée, dès l'arrivée aux urgences, les patients les plus susceptibles de rentrer dans leur EHPAD pour que le temps d'attente du bilan

soit utilement consacré à l'optimisation du retour en EHPAD.

A-15-149

Une vessie pleine de gaz: à propos d'un cas de cystite emphysémateuse asymptomatique

C. De Villelougne (1) ; V. Fossey Diaz (2) ; A. Desmons (3)

(1) *Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris;* (2) *gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris;* (3) *Court séjour gériatrique, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris*

Introduction : La cystite emphysemateuse est une forme rare d'infection urinaire touchant essentiellement les sujets âgés. Le sex ratio est de 2 femmes pour 1 homme et le principal facteur de risque est l'existence d'un diabète de type 2 déséquilibré. Les présentations cliniques sont diverses, allant de tableaux parfaitement asymptomatiques à des tableaux de cystite classique ou d'infection urinaire fébrile. Sont souvent retrouvées hématurie macroscopique, pneumaturie au sondage, dysurie et fièvre. Les 2 principaux germes incriminés sont *Escherichia Coli* et *Klebsiella pneumoniae*. La mortalité est faible autour de 3% selon les séries mais peut atteindre 20% en cas de formes compliquées (pyélonéphrite emphysémateuse) qui sont souvent l'apanage des formes asymptomatiques entraînant un retard diagnostique. Le scanner abdomino-pelvien est l'examen clé du diagnostic, la radiographie d'abdomen sans préparation et l'échographie abdominale étant peu sensibles. L'évolution est favorable sous antibiothérapie intra-veineuse associée à un drainage vésical pendant 10 à 15 jours mais une cystectomie partielle ou totale peut être nécessaire en cas de complications. **Méthodes :** Nous rapportons un cas de cystite emphysémateuse asymptomatique chez une patiente de 77ans. **Résultats :** Une patiente de 77ans est hospitalisée pour chute mécanique, dénutrition sévère et diabète très déséquilibré. Elle est veuve, a un fils. Ses antécédents comportent un diabète de type 2 en rupture thérapeutique, une cardiopathie hypertrophique. Deux de ses frères sont diabétiques de type 2. Le poids s'inscrit à 36.7kg contre 47.2kg en 2015. Les ingesta sont insuffisants selon l'entourage. L'examen physique est rassurant hormis une hypertension artérielle de grade 2, une maigreur marquée et une amyotrophie généralisée. Il n'y a pas de pollakiurie, de dysurie, brûlures urinaires, de douleur abdominale ou lombalgie, de frissons ou de fièvre. L'abdomen est souple et indolore sans masse palpée. La glycémie est à 23.9 mmol/L, il existe une leucocytose à 17,5 G/L dont 10,1 G/L de neutrophiles, une hémoglobine à 13,7g/DL, des plaquettes à 330 G/L, une créatininémie à 70 µmol/l, une C reactive-proteine à 7mg/L, une albuminémie à 28g/L, l'hémoglobine glyquée s'inscrit à 11.3 %. Il n'y a pas d'acidose métabolique. La bandelette urinaire retrouve une leucocyturie et une protéinurie. L'examen cyto bactériologique des urines retrouve 106 *Escherichia Coli*. La radiographie d'abdomen sans préparation est dite sans particularité. Dans le contexte de dénutrition sévère, un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste est réalisé et retrouve une présence d'air dans la vessie avec infiltration aérique diffuse de la paroi vésicale compatible avec une cystite emphysémateuse. A la lecture de l'antibiogramme, le Tazobactam-Piperacilline est suspendu pour 6 grammes par d'Amoxicilline pour 14 jours, associé à un drainage vésical. L'évolution est favorable permettant une ablation de la sonde urinaire. L'équilibre glycémique est rapidement contrôlé sous insuline et l'état nutritionnel s'améliore avec prise de 3.5kg en 1 mois. **Conclusion :** Le diagnostic de cystite emphysémateuse, pathologie rarement observée, doit être connu des gériatres du fait de sa survenue préférentielle chez les femmes âgées diabétiques mal

équilibrées au regard d'une incidence qui pourra augmenter dans les années à venir du fait de celle croissante du diabète de type 2 depuis les dernières décennies. Le traitement diffère de la cystite aigue classique et nécessite une mise au repos vésical par drainage et une antibiothérapie intra-veineuse du fait d'un risque évolutif vers une forme compliquée aux lourdes conséquences fonctionnelles

A-05-150

Analyse du risque de ré hospitalisation chez les personnes âgées à l'aide de modèle d'évènements récurrents en survie

F. Visade (1) ; G. Babykina (2) ; A. Lamer (2) ; G. Ficheur (3) ; E. Chazard (3) ; F. Puisieux (4) ; JB. Beuscart (5)

(1) *Gériatrie, Centre hospitalier de Saint Philibert, Lomme*; (2) *Ea2694, CHU de Lille, Lille*; (3) *Ea 2694, Université Lille 2, Lille*; (4) *Geriatric, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*; (5) *Médecine aigue gériatrique, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*

Introduction : La ré hospitalisation est fréquente dans la population âgée, où elle est beaucoup étudiée. Cependant, l'association entre les ré hospitalisations répétées n'y a pas encore été analysée. Notre objectif était de montrer que la modélisation de la ré hospitalisation chez les personnes âgées par modèles de survie à évènements récurrents permet une description plus appropriée que les modèles de survie classique. **Méthodes :** Etude rétrospective de cohorte historique sur réutilisation de données exhaustives en population totale, sur l'ensemble des personnes âgées d'au moins 75 ans sur le territoire du Valenciennois-Quercitain de 2014 à 2016. Utilisation du modèle d'évènements récurrents pour mesurer l'impact du nombre d'hospitalisations antérieures. **Résultats :** 31 063 patients étaient analysés entre le 1er Avril 2014 et le 30 Juin 2016, dont 17 091 (55,1%) hospitalisés. Le nombre médian d'hospitalisations par patient était de 2 [espace interquartile Q1 ; Q3 : 1 ; 3]. Dès que le patient avait une hospitalisation, son risque de ré hospitalisation augmentait. Ce risque était d'autant plus important que le nombre d'hospitalisations augmentait. Il était multiplié par 1,6 (Risque relatif, [intervalle de confiance à 95%]) à partir de la première hospitalisation, par rapport à un patient qui n'était pas hospitalisé, et par 3,5 après quatre hospitalisations successives. **Conclusion :** Les modèles de survie à évènements récurrents permettent une analyse précise du processus de ré hospitalisation. Nos résultats suggèrent que l'utilisation de ces modèles est adaptée à l'analyse du problème médico économique des ré hospitalisations sur de grandes bases de données.

A-13-151

L'intégration de traumatisés crâniens vieillissant dans la filière gériatrique

S. Bordes (1) ; S. Meyer(2)

(1) *Geriatric, CH Esquirol, Limoges*; (2) *Gériatrie, FFAMCO, Limoges*

Introduction : Voilà 40 ans que la prise en charge spécifique des traumatisés crâniens a vu le jour. Après toutes ces années, nous découvrons la problématique des traumatisés crâniens de plus de 60 ans, âge couperet de la prise en charge. **Méthodes :** Cette prise en charge des traumatisés crâniens vieillissants où la dépendance s'ajoute à la perte d'autonomie nécessite une réflexion pluridisciplinaire pour préserver les libertés de ces malades dont la pathologie « silencieuse » est encore trop méconnue. **Résultats :** Une réflexion complémentaire entre spécialistes de traumatismes

crâniens et gériatres, propose une solution écologique permettant à ces blessés une reconnaissance de leur pathologie associée à des soins adaptés au vieillissement. **Conclusion :** Développer au sein des EHPAD, des animations spécifiques pour cette population « différente » passe par une formation des équipes tant sur le versant traumatismes crâniens que gériatrique.

A-17-152

Evaluation des critères de mauvaise observance de la ventilation par PPC chez les patients âgés au CHU Sud-Réunion

J. Harel (1) ; M. Aussedat (2) ; J. Despres (1) ; JM. Eychene ()

(1) *Geriatric aigue, CHU Réunion, saint joseph*; (2) *Geriatric, CHU reunion, saint pierre*

Introduction : Le syndrome d'apnée hypopnée obstructif du sommeil (SAHOS) est une pathologie fréquente dans la population générale et notamment chez les patients âgés. La ventilation par pression positive continue (PPC) est le traitement préconisé en première intention bien que son efficacité dépende de son observance. Or, cette dernière est souvent mauvaise car les contraintes d'utilisation sont nombreuses. Peu d'études existent chez les sujets âgés. **Méthodes :** Nous avons donc réalisé une étude épidémiologique descriptive, retrospective, multicentrique au CHU de la Réunion portant sur 112 patients âgés de plus de 65 ans présentant un SAHOS modéré ou sévère nécessitant un appareillage par PPC. L'objectif principal était de déterminer les critères de mauvaise observance (utilisation <4h par nuit) de la PPC à 3 mois. **Résultats :** Les critères de mauvaises observance significatifs retrouvés sont : la polymédication, les troubles neurocognitifs, la dépression, l'IMC bas, le choix du type de masque de ventilation initial, ainsi qu'une faible amélioration du score d'Epworth et l'absence d'amélioration de la qualité de vie. **Conclusion :** Ces critères nécessitent donc d'être dépistés et pris en charge avant de débiter le traitement afin d'améliorer significativement l'observance et l'efficacité du traitement.

A-13-153

Prise en charge globale des prescriptions médicamenteuses tout au long du parcours de soin de la personne âgée, de l'hôpital au domicile : impact sur les ré-hospitalisations à 30 jours

F. Visade (1) ; A. Lefebvre (2) ; D. Céline (3) ; E. Floret (2) ; B. Decaudin (4) ; L. Norberciak (5) ; F. Puisieux (6)

(1) *Gériatrie, Centre hospitalier de Saint Philibert, Lomme*; (2) *Pharmacie, Centre hospitalier de Saint Philibert, Lomme*; (3) *Court séjour gériatrique, GHICL, Lille Lomme*; (4) *Service de pharmacie, C.H. Régional Universitaire de Lille (CHRU de Lille), Lille*; (5) *Département de recherche médicale, Centre hospitalier de Saint Philibert, Lomme*; (6) *Geriatric, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille*

Introduction : Depuis 2013, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) portent sur la réduction du risque de ré-hospitalisation des patients âgés. Elles ciblent le défaut de continuité des actions entre l'hôpital et le domicile. Au regard des taux de ré-hospitalisation, des méta-analyses indiquent qu'une action unique ne permet pas de les diminuer et démontrent la nécessité d'une action combinée. Cette recherche a pour but d'évaluer une stratégie de prévention de la ré-hospitalisation des personnes âgées à 30 jours, consistant en une combinaison d'actes autour de leur ordonnance. **Méthodes :** Etude prospective, mono centrique, comparative, de trois mois. Un processus global d'optimisation de la prise en charge

médicamenteuse sera effectué : une conciliation médicamenteuse d'entrée dans les 48h après admission du patient ; une révision pluridisciplinaire médicamenteuse avant la sortie ; une conciliation médicamenteuse de sortie ; une procédure de transmission hôpital/ville des modifications thérapeutiques. Les patients du service de court séjour gériatrique de l'hôpital Saint Philibert seront tirés au sort afin de savoir pour lesquels le processus sera appliqué. Les patients contrôles ne bénéficieront pas du processus. Le Département d'Information Médicale de l'hôpital sera sollicité afin de déterminer si le patient inclus dans cette étude a été ré-hospitalisé dans les 30 jours suivant le retour à domicile. Cette information sera également demandée aux médecins généralistes et aux pharmaciens officinaux par appel téléphonique afin de prendre connaissance des ré-hospitalisations dans un autre hôpital. **Résultats :** Nous souhaitons démontrer une diminution des ré-hospitalisations à un mois, en assurant la continuité des actions menées autour des prescriptions thérapeutiques des patients âgés hospitalisés jusqu'aux acteurs des soins primaires. Ce projet vise à évaluer et optimiser la prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours de soin du sujet âgé, de l'hôpital au domicile. **Conclusion :** La standardisation des modifications médicamenteuses réalisées à l'hôpital, lors du retour au domicile, est nécessaire à la poursuite des optimisations thérapeutiques. La prise en charge globale des prescriptions médicamenteuses de l'hôpital au domicile est un point primordiale à prendre en compte dans les parcours de soin de la personne âgée.

A-26-154

Regarder la peinture c'est réagir et le dire

A. Durande (1) ; F. Visade (2) ; D. Céline (3) ; L. Nasser (4) ; F. uisieux (5)

(1) Réseau de santé gériatrique du territoire de Lille, Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille, Lille; (2) Gériatrie, Centre hospitalier de Saint Philibert, Lomme; (3) Court séjour gériatrique, GHICL, Lille Lomme; (4) Direction générale, Hôpital Saint-Philibert, Lomme Cedex; (5) Geriatrie, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille

Introduction : La population des personnes en situation d'isolement relationnel est composée pour un quart (23%) de personnes âgées de plus de 75 ans, soit environ 1,2 million de personnes. Cette proportion a progressé entre 2010 et 2013, passant de 16% à 24%. C'est dire l'importance du phénomène et la priorité à centrer la mobilisation sur l'isolement des personnes âgées. L'objectif de ce travail est de lutter contre l'isolement social des personnes âgées en leur proposant une activité culturelle, avec l'aide de bénévoles.

Méthodes : Le Réseau de santé gériatrique de Lille (RSG) propose un travail collaboratif, d'accompagnement des personnes âgées isolées et suivies par une association de bénévoles qui luttent contre l'isolement. A l'horizon fin 2018, ce projet se déroulera en plusieurs étapes : 1) Formation des bénévoles à l'accompagnement des personnes âgées isolées ; 2) Visite des musées avec les personnes âgées accompagnées de bénévoles ; 3) Evaluation du projet par des indicateurs de satisfaction et de suivi. **Résultats :** Le projet facilite la participation des plus vulnérables à une offre culturelle locale comme tout citoyen. Le groupe, ou chacun des membres se connaît, permet l'interaction et l'échange entre les personnes, et la réaction devant l'œuvre peinte génère spontanément. **Conclusion :** Nous espérons proposer une prise en charge par la culture pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées, et pérenniser cette action si elle se révèle efficace.

A-08-155

Comment le déploiement du protocole de coopération « Intervention d'infirmiers libéraux afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » renforce le positionnement de l'IDE libéral sur son territoire

S. Haddad (1) ; O. Sillas (2)

(1) Association AIMADAF, Toulouse; (2) Association aimadaf, Maison de santé, Toulouse

Introduction : La région Occitanie compte en 2012, 600 000 personnes \geq 75 ans dont 210 000 vivant seul à domicile. Le syndrome de fragilité concernerait 30 à 40% de cette population. Le terme de fragilité est un concept gériatrique récent qui suggère un état d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle ou de majoration de la perte fonctionnelle existante. C'est à ce stade qu'une stratégie de prévention avec des interventions ciblées pour rejoindre une trajectoire de vieillissement réussi peut être la plus efficace. Le Gérontopôle (CHU Toulouse) a dès 2012 déposé avec des professionnels de premier recours (médecins généralistes, IDE libéraux) une lettre d'intention pour un protocole de coopération selon article 51 de la loi HSPT. Ce protocole permet à des infirmiers libéraux de diagnostiquer à domicile et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet de plus de 75 ans sur délégation du médecin traitant. L'Occitanie représente 15 000 infirmiers libéraux répartis sur l'ensemble du territoire - Par la nature de leur exercice, leur maillage, leur répartition assurant une présence sur tous les territoires, leur rôle est essentiel dans le premier recours et une prévention de proximité. De 2014 au 01/04/2018 92 IDE (tous les départements) ont bénéficié de la formation et au minimum 545 évaluations ont été réalisées, la population était âgée de 83.2 ans (+/-8.9), les femmes représentent 64.8%, l'ADL était à 5.5/6 (+/-0.9), 29% de pré-fragiles et 46.5% de fragiles. Les interventions proposées dans les plans personnalisés de prévention étaient à 65.9% (n= 277) dans le domaine physique, 43.5% dans le domaine social (n = 154) et 29.3% dans le domaine cognitif (résultats issus de la présentation au congrès Fragilité 2018 Prof F.Nourashémi). Si en aval de l'évaluation la mise en œuvre effective des interventions nécessite une bonne connaissance des ressources du territoire par l'IDEL, en amont l'implantation du protocole nécessite aussi que l'IDEL mette en œuvre des actions et des stratégies de communication et de partenariat. **Méthodes :** Étude descriptive des actions mises en place par les IDEL sur leurs territoires pour le déploiement du protocole. Critères inclusion : 20 IDELS formées au protocole entre 2014 et 2017 ayant réalisé des évaluations sur différents territoire (urbain et rural). Critères exclusion : IDEL formées au protocole qui n'ont pas réalisé au moins 1 évaluation. **Résultats :** I. Nature et Classification des actions aux différentes étapes du déploiement du protocole pour : • Adhésion du médecin généraliste au protocole. • Diagnostic de territoire. • Information aux professionnels de santé et du domicile sur le repérage de la fragilité (pharmaciens, associations d'aide à domicile, ...). • Création d'outils de communication (flyers, logiciels...). • Information du patient et des aidants. • Réunion de concertation avec le médecin déléguant. • Interventions de prévention proposées dans le cadre du plan personnalisé « PPP ». • Suivi et évaluation des interventions. II. Recours à l'infirmière dans le cadre de l'évaluation de la fragilité • Catégorie de professionnel. • Nombre et nature des sollicitations. **Conclusion :** La spécificité de ce protocole (notion de diagnostic, champs de la prévention, évaluation multidimensionnelle de la PA, co construction PPS avec médecin généraliste déléguant, mise en place actions multi domaines et innovantes) permet de renforcer

le positionnement des IDELS quelque soit le territoire par un renforcement de : • L'implication IDEL pour la prise en charge coordonnée du sujet âgé. • De la collaboration avec différents partenaires quel que soit leur mode et champs d'exercice. • De la reconnaissance des compétences IDEL dans le maintien de l'autonomie de la population âgée.

A-02-15

Parcours du sujet âgé chuteur Lillois : Retour d'expérience Education thérapeutique patient chute à domicile

A. Saragoni (1) ; C. Delecluse (2) ; S. Vancompernelle (3) ; B. Romagny (1) ; F. Puisieux (4)

(1) Ghicl, ESPRAD, Capinghem; (2) Court séjour gériatrique, Hôpital Saint Philibert, Lomme; (3) Ssr, Centre hospitalier de Saint Philibert, Lomme; (4) Geriatrie, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambert, Lille, France, Lille

Introduction : Ce parcours se fonde sur une articulation entre différents dispositifs prenant en charge les patients âgés chuteurs: hôpital de jour, réseau de santé gériatrique, etp chute à l'hôpital et équipe spécialisée réadaptation à domicile. **Méthodes :** L'objectif de l'Education Thérapeutique Chute (ETP Chute) est de PREVENIR les conséquences tant physiques que psychologiques de la chute chez la personne âgée et lutter ainsi contre la perte d'autonomie précoce de celle-ci et FAVORISER le maintien à domicile. **Résultats :** La démarche d'ETP s'intègre dans une intervention multifactorielle personnalisée visant à réduire le risque lié aux chutes par la reconnaissance et la correction des facteurs de risque modifiables par le patient lui-même. Ce programme ETP Chute comprend 1 visite à domicile du Médecin Coordonnateur et de l'infirmière Coordinatrice puis 6 séances collectives en atelier proposées en fonction des besoins et objectifs du patient. Différents thèmes y sont abordés tels que les facteurs de risque de chute, les activités physiques adaptées, l'équilibre, le pied et le chaussage, la nutrition, l'aménagement du domicile, les médicaments. Ces prestations s'inscrivent dans un projet de vie individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles visent à préserver et/ou à restaurer l'autonomie des personnes âgées, en prévenant la chute ou les risques de chute. **Conclusion :** Cette nouvelle offre de programme est proposée « hors les murs », à domicile et en ateliers collectifs au plus près de l'habitation des bénéficiaires.

A-26-157

Autodiagnostic de la filière gériatrique hospitalière de territoire

E. Proult (1) ; C. Martinaud (1)

(1) Equipe paerpa, ANAP, Paris

Introduction : L'autodiagnostic permet d'objectiver la performance de l'organisation et du fonctionnement (maturité) de la filière gériatrique et sa capacité à s'inscrire dans un parcours (ouverture et coopération avec l'extérieur). **Méthodes :** Le cahier des charges PAERPA (2013) mettait l'accent sur l'optimisation du recours à la filière gériatrique. Les diagnostics réalisés dans les territoires PAERPA ont pâti de l'absence d'une méthode commune de description de l'existant et d'éléments de comparaison. Il s'est avéré complexe d'apprécier la performance de la filière, et d'identifier ses points forts et ses éventuels manques ou axes de progression. Lors de la journée Filière de soins gériatrique des territoires PAERPA organisée par l'ANAP en novembre 2017, les participants (chefs de projet PAERPA en ARS, référents filière en ARS, pilotes de

filière gériatrique) ont confirmé l'intérêt d'un tel outil. Cet outil propose une trame de réflexion pour accompagner les acteurs dans cette démarche. Il est utile au moment de la création de la filière, lors d'évolutions organisationnelles importantes ou lorsque les acteurs du territoire souhaitent mettre à jour le diagnostic territorial des parcours des personnes âgées. **Résultats :** Cet outil en ligne sur le site internet de l'ANAP comprend une cinquantaine de questions et propose une restitution sous forme de jauges et de radar. Les questions portent sur 6 thèmes (Pilotage et implication des parties prenantes, Outils de gestion et de suivi, Diagnostic et stratégie territoriale, Organisation des flux de patients, Interactions avec le territoire, Diffusion de l'expertise et culture gériatrique). Il s'adresse principalement aux Pilotes de filière gériatrique, aux Responsables de composantes de filière gériatrique (court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie, unité de soins longue durée, service de soins et de réadaptation gériatrique, unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique), aux référents des filières gériatriques ainsi qu'aux référents parcours personnes âgées en ARS. **Conclusion :** L'outil s'appuie sur l'expérience des territoires PAERPA pour proposer un outil généralisable à toutes les filières de soins gériatrique hospitalières de territoire. L'équipe de l'ANAP proposera une démonstration de l'outil sur l'un des postes mis à disposition.

A-20-158

Iatrogénie et laxatifs lubrifiants : cas d'une pneumopathie lipidique

P. Courtois (1) ; M. Bedbeder (1) ; T. Soissons (1) ; C. Fernet (1) ; A. Raynaud-Simon (2) ; S. Lacaille (1)

(1) Unité de Gériatrie Aiguë, Hôpital Beaujon (AP-HP)- HUPNVS, Clichy; (2) Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris

Introduction : La constipation chronique est un symptôme fréquent chez les sujets âgés, particulièrement chez les femmes et les résidents d'EHPAD (50%). Les laxatifs sont largement utilisés, parfois en automédication, et peuvent conduire à des accidents iatrogènes graves. **Méthodes :** Nous rapportons le cas d'une patiente, âgée de 73 ans, qui présente une pneumopathie lipidique chronique suite à l'ingestion d'huile de paraffine à visée laxative. **Résultats:** Antécédents : Troubles de la personnalité de type schizoïde avec perte d'autonomie physique progressive, polyarthrite rhumatoïde, embolie pulmonaire. 2016 : Diagnostic de pneumopathie lipidique: AEG, pneumopathie bilatérale non fébrile. Notion d'utilisation de paraffine. Scanner thoracique (image 1) : condensations alvéolaires bi-basales de densité grasseuse. Biopsies transbronchiques : granulomes épithélioïdes géantocellulaires. Bilan mycologique, bactériologique et immunologique négatif. 2017 : Hospitalisée pour asthénie, syndrome inflammatoire et hypercalcémie. Scanner thoracique (image 2) : condensations excavées en rapport avec une évolution nécrosante. La pneumopathie lipidique est une pathologie rare. La forme aiguë, bruyante fait suite à l'inhalation massive et brutale de lipides (cracheur de feu) alors que la forme chronique est secondaire à l'inhalation répétée, et souvent silencieuse, de laxatifs lubrifiants ou de solutions nasales à excipient lipidique, chez des patients ayant des troubles de déglutition. Les lipides phagocytés par les macrophages entraînent un comblement alvéolaire et une réaction inflammatoire granulomateuse, puis une destruction des alvéoles. Le scanner thoracique est caractéristique quand il montre des plages de densité grasseuse au sein de condensations parenchymateuses ou des nodules, et des images de « crazy-paving » aux lobes

inférieurs et moyen. Le LBA retrouve les gouttelettes lipidiques et des macrophages chargés de lipides. L'évolution habituelle est une persistance des lésions à long terme. Les principales complications sont les surinfections notamment à mycobactéries atypiques, la fibrose pulmonaire, l'insuffisance respiratoire chronique et plus rarement des lésions nécrosantes. Le traitement repose sur l'arrêt de l'exposition à la paraffine. **Conclusion** : La pneumopathie lipidique est un effet iatrogène grave des laxatifs lubrifiants, qui sont contre-indiqués en cas de troubles de la déglutition, notamment chez le sujet âgé. La prise en charge de la constipation repose sur les règles hygiéno-diététiques, et en cas d'échec sur l'utilisation des laxatifs osmotiques ou de lest en première intention (recommandations SNFCP 2016).

A-15-159

Peut-on limiter l'impact économique et sanitaire d'une épidémie de Bactérie hautement résistante émergentes (BHRE) dans un service hospitalier ? A propos d'une expérience

S. Marilleau (1) ; C. Legeay (2) ; S. Maréni (1) ; A. Brangier (1) ; C. Annweiler (1) ; J. Barré (1)

(1) *Gériatrie, C.H.U - CHU Angers, Angers*; (2) *Eoh, C.H.U - CHU Angers, Angers*

Introduction : Le service de gériatrie aiguë du CHU d'Angers (26 lits – Durée moyenne de séjour : 9,3j en 2017) a été confronté le 10 octobre 2017 à une épidémie BHRE suite à l'identification en 24 heures de deux patients porteurs asymptomatiques d'une entérobactérie productrice de carbapénémase (EPC). Outre les enjeux épidémiologiques et le risque élevé de propagation, apparaissent rapidement des conséquences sanitaires en lien avec une diminution des lits d'aval pour les urgences. Sur le plan économique, un rapport de l'APHP publié en 2015 évalue le coût moyen d'une épidémie BHRE à 73 263 €. Nous proposons de rendre compte de notre expérience, en évoquant les axes de prise en charge qui nous ont permis de limiter au maximum l'impact de cette épidémie, dans le respect des recommandations actuellement en vigueur. **Méthodes** : Dans un contexte épidémique BHRE, seuls sont possibles les retours à domicile ou en EHPAD, mais pas les transferts dans d'autres services ou en soins de suite (sauf urgence vitale). Il est également inapproprié d'accueillir de nouveaux patients, pour ne pas les exposer à une contamination, ce qui a comme conséquence d'augmenter le nombre de lits vacants dans le service. Ces conditions sont maintenues jusqu'à ce que soit confirmé la négativité de trois prélèvements rectaux réalisés successivement tous les 5 à 7 jours pour l'ensemble des patients BHRE contacts.

Les actions visant à maîtriser le plus efficacement possible le risque épidémique, sont décidées à l'échelle du service. Les consignes générales de maîtrise du risque épidémique sont rappelées aux équipes et appliquées. En parallèle, les caractéristiques architecturales et organisationnelles des unités de soins sont analysées et prises en compte. Moins de 10h après la découverte du premier cas de contamination, le service est en capacité de se réorganiser en deux unités gériatriques, physiquement séparées et dotées de deux équipes médicales et paramédicales distinctes, travaillant sans contact, de jour comme de nuit. Ces deux unités sont volontairement asymétriques en nombre de lits, afin de constituer rapidement une petite unité vide de patients, par redistribution des lit vacants, destinée à ne recevoir que de nouveaux entrants après décontamination des chambres. Cette organisation, validée par l'EOH, permet d'obtenir une levée des mesures d'isolement uniquement pour le secteur concerné qualifié

de « non contaminé ». Par étapes successives un déplacement de la limite de séparation physique entre les deux unités et des réorganisations d'équipes ont permis deux autres augmentations capacitaires du côté « non contaminé », dans l'attente de la levée complète des mesures d'isolement. **Résultats** : La création de deux unités distinctes et évolutives a permis de limiter fortement l'impact sanitaire et économique de l'épidémie. Aucun nouveau cas incident n'est survenu chez les patients « contacts » hospitalisés ou retournés à domicile. Aucun patient n'est décédé durant cette période dans le service. La levée totale des mesures d'isolement a été possible en moins de 3 semaines et l'activité du service n'a pas été impactée sur l'année. Les difficultés ont porté sur : la faible visibilité initiale des moyens alloués en renfort pour les équipes de nuit, la répartition asymétrique et variable de la charge de travail pour les soignants (avec une impossibilité d'entraide entre secteurs), la nécessité de réaliser (en parallèle d'une prise en soin optimale des patients) un grand nombre de changements de chambres et de décontaminations requises et enfin l'impossibilité de doubler certaines interventions paramédicales (diététicienne, ergothérapeute, kinésithérapeute). **Conclusion** : L'autonomie forte accordée aux services avec le soutien logistique indispensable de la direction et en étroite collaboration avec l'EOH, facilite la réactivité, l'agilité, l'innovation et l'appropriation par les équipes de la gestion d'une telle crise. Cette autonomie permet de proposer des solutions spécifiques et efficaces, sans trahir le respect des recommandations et des réglementations en vigueur.

A-13-160

Comment la saisie obligatoire du poids aux urgences a-t-elle induit la disparition du poids dans le compte-rendu d'évaluation d'un service de gériatrie aiguë hospitalière ?

J. Barré (1) ; S. Marilleau (1) ; S. Maréni (1) ; G. Duval (1) ; A. Brangier (1) ; C. Annweiler (1)

(1) *Gériatrie, C.H.U - CHU Angers, Angers*

Introduction : L'évaluation gériatrique standardisée impose la mesure systématique du poids des patients âgés hospitalisés en gériatrie aiguë au CHU d'Angers, avec un taux de remplissage proche de 100%. En 2016, la décision est prise aux urgences de rendre la saisie du poids obligatoire avant toute prescription médicamenteuse. Etonnement cette procédure a abouti à la désorganisation des mesures préalablement mise en œuvres en gériatrie, avec comme résultat une nette diminution du taux de remplissage et une augmentation du taux d'erreurs. Notre objectif était de mieux comprendre les mécanismes ayant provoqué cette désorganisation, dans le but de les corriger. **Méthodes** : Le logiciel d'aide à la prescription nouvellement installé aux urgences ne permet pas d'enregistrer les prescriptions médicamenteuses tant qu'un poids n'a pas été préalablement saisi. Ce poids est ensuite utilisé comme poids de référence tout au long du séjour hospitalier. **Résultats** : En pratique quasiment aucun patient n'est réellement pesé aux urgences. Les poids ne sont obtenus que par une estimation du clinicien, ou par l'interrogatoire des patients. Pour la sous-population gériatrique posant le problème d'une fiabilité variable de l'estimation du poids, une pratique de contournement s'est rapidement imposée, consistant à noter systématiquement un poids non crédible de 1 kg. Une fois admis en gériatrie, ce poids est ensuite i) reporté automatiquement comme poids de référence au détriment des poids réellement mesurés au cours du séjour hospitalier, et ii) reporté dans le courrier de sortie et le compte-rendu d'hospitalisation composés automatiquement. Une

première stratégie corrective a consisté à donner la consigne aux secrétaires de supprimer des courriers les poids et IMC aberrants; toutefois les demandes de modification du publipostage restent en attente plusieurs mois. L'unique solution efficace finalement trouvée consiste à saisir manuellement dans les courriers les poids effectivement mesuré, et à calculer manuellement l'IMC des patients, sans tenir compte des calculs automatiques du DSI. **Conclusion :** La saisie obligatoire du poids imposée par un logiciel d'aide à la prescription a abouti à la désorganisation d'une procédure préexistante automatisée et efficace, avec comme conséquence la disparition pendant plusieurs mois d'une mesure fiable du poids et de l'IMC. La seule mesure corrective efficace a imposé un contournement manuel. S'il est classique d'enseigner que l'obligation est contre-productive dans toute démarche qualité, les exemples concrets de dysfonctionnement induits par une obligation sont utiles pour mieux appréhender la complexité des processus engagés.

A-02-161

Une thérapeutique efficace en prévention secondaire des hématomes sous-duraux ?

V. Dauny (1) ; Z. Barrou (1) ; J. Boddaert (1) ; A. Gioanni (1) ; C. Villain (1) ; M. Peyre (2) ; M. Verny (1)

(1) *Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris;* (2) *Neuro-chirurgie, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris*

Introduction : Les hématomes sous-duraux constituent un problème fréquent en gériatrie. Le risque de récurrence ou de chronicisation est important et est majoré par la présence d'un traitement anticoagulant ou antiagrégant. Plusieurs équipes de radiologie interventionnelle et de neuro-chirurgie se sont récemment intéressées au bénéfice apporté par l'embolisation de l'artère méningée moyenne sur ce risque de récurrence. Nous présentons ici le cas d'un patient traité par embolisation artérielle dans les suites d'une évacuation chirurgicale. **Méthodes :** Un patient de 77 ans était hospitalisé en unité de gériatrie aiguë en mai 2018 pour altération de l'état général et confusion. On notait dans ses antécédents une paraplégie depuis 2003 suite à une cure d'anévrisme de l'aorte abdominale, une embolie pulmonaire en 2004 sous anticoagulation curative par Fluindione au long cours, un cancer de la prostate sous hormonothérapie seule. Le patient, relativement autonome dans les activités de la vie quotidienne, présentait depuis plusieurs jours des cervicalgies récurrentes, puis une confusion associée à un déficit moteur du membre supérieur droit. Le scanner cérébral à l'admission mettait en évidence un volumineux hématome sous-dural chronique gauche avec stigmates de saignement récent et engagement sous-falcorien. L'INR à l'arrivée était à 2.61. Après antagonisation de la Fluindione par Vitamine K et PPSB, une prise en charge neuro-chirurgicale en urgence était proposée avec évacuation de l'hématome par trou de trépan sous anesthésie locale. Dans les suites et devant l'indication en cours de discussion à une anticoagulation curative était décidée une embolisation de l'artère méningée moyenne gauche deux jours après l'intervention pour prévention d'une récurrence de l'hématome à la reprise de la Fluindione. **Résultats :** Les sériographies de contrôle révélaient une bonne dévascularisation sans embole intracrânien. L'évolution était favorable avec régression totale de la symptomatologie initiale, sans récurrence de l'hématome sous-dural par la suite. **Conclusion :** L'embolisation de l'artère méningée moyenne suite à une récurrence d'hématome sous-dural ou à un saignement aigu sur chronique

est proposée pour prévenir le risque de nouvelle récurrence. Un traitement interventionnel à visée prophylactique doit être discuté en particulier en cas d'indication à une anticoagulation curative en évaluant au mieux le rapport risque/bénéfice.

A-08-162

L'amplification de la pression pulsée chez la personne âgée comme marqueur hémodynamique et paraclinique de la fragilité vasculaire

L. Admant (1) ; I. Bulubas (2) ; M. Kotsani (3) ; S. Gautier (4) ; MJ. Fourriere (5) ; L. Mongars (3) ; V. Bourdaire (6) ; L. Joly (5); A. Benetos (4)

(1) *Cardiologie, C.H. Saint-Charles, Saint-Dié-des-Vosges;* (2) *Service d'accueil des urgences, CHRU Nancy, Nancy;* (3) *Gériatrie, CHRU Nancy, Nancy;* (4) *Service de gériatrie, CHRU Nancy, Nancy;* (5) *Gériatrie, CHU de Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy;* (6) *Pole gérontologie soins palliatifs, CHRU Nancy, Nancy*

Introduction : Une relation a déjà été mise en évidence entre le processus de vieillissement et une majoration de la rigidité vasculaire ainsi qu'avec la fragilité. D'autres études ont démontré que l'amplification de la pression pulsée (PPA), en tant que critère de rigidité vasculaire, a un impact sur la mortalité cardiovasculaire du sujet âgé. Le but de cette analyse est d'objectiver la rigidité artérielle comme indicateur de fragilité vasculaire évoluée. **Méthodes :** Cinquante six patients ont été inclus dans une étude transversale sur une période d'un an dans une unité d'hospitalisation de jour de l'hôpital universitaire de Nancy. Un bilan cardiovasculaire, la PPA et la vélocité de l'onde de pouls par tonométrie ont été réalisés. Les critères de fragilité de Fried ont été recueillis sur les données du dossier médical. Les patients ont été ensuite classés en trois stades : non fragile, pré-fragile (un ou deux critères) et fragile (plus de deux critères). **Résultats :** Cinquante six personnes âgées de plus de 75 ans ont été analysées (âge moyen 83.02+/-4.85, sex ratio 48% de femmes). Un lien significatif entre la PPA et les critères de Fried a été montré par une corrélation selon Spearman avec un risque à 5% ($p<0.05$, $R^2=0.42$). Cette relation persiste après ajustement pour l'âge, le sexe et la pression artérielle moyenne ($p=0.05$, $R^2=0.23$). Est aussi retrouvé un lien significatif entre le degré de fragilité et l'Instrumental Activities of Daily Life de Lawton ($p=0.01$). **Conclusion :** Une relation significative a été montrée entre la PPA et le degré de fragilité chez la personne âgée. L'amplification de la pression pulsée est un biomarqueur de fragilité vasculaire qui pourrait être accessible aux thérapeutiques pharmacologiques. Cependant, une étude prospective multicentrique sur une population plus importante est nécessaire.

A-26-163

Syndrome hypereosinophilique chez le sujet âgé: A propos d'un cas

AOY. Binan (1)

(1) *IPS - CGRAE, Abidjan, Côte d'Ivoire*

Introduction : Le syndrome d'hyperéosinophilie idiopathique est une pathologie rare, caractérisé par une atteinte viscérale pouvant mettre en jeu le pronostic vital. C'est une pathologie qui peut survenir chez le sujet âgé. **Méthodes :** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 72 ans, avec pour antécédents un diabète type 2, une hypothyroïdie, une HTA, une ACFA, et un psoriasis. La patiente a été reçue en consultation de gériatrie pour exploration

d'une altération de l'état général associée à un prurit généralisé chronique avec des plaies cutanées infectées. La patiente a reçu un traitement à base d'antihistaminiques et topiques corticoïdes sans amélioration. Son examen trouve un état général altéré, déshydratée, examen cardio-pulmonaire sans anomalie et des aires ganglionnaires libres. Nombreuses lésions ulcérées diffuses sur tout le corps. Au niveau des membres inférieurs ulcérations et prurigo diffus sur œdèmes bilatéraux. Pas de signes de TVP. Au niveau du bras gauche ; rougeur, et gonflement anormal. Doppler des membres supérieurs et inférieurs ne montre pas de thrombose veineuse. A la biologie : hyper éosinophilie à 1230 elts/mm³. Les autres lignées sont sans anomalie. Le bilan infectieux était négatif, mise à part un staphylocoque isolée sur le prélèvement des ulcérations surinfectées. La biopsie cutanée montre un aspect évoquant un eczéma chronique lichénifié accompagné de remaniement suggestif de lésions de grattage. Pas de signes en faveur d'un lymphome cutané ou d'une pathologie bulleuse. Dans son bilan on trouve une hyperéosinophilie dont l'enquête étiologique était négative. L'échographie cardiaque montre une hypertrophie ventriculaire gauche. L'imagerie thoraco-abdominale ne montre pas d'atteinte viscérale. Le diagnostic retenu était une hyperéosinophilie idiopathique avec atteinte cutanée extensive. La patiente a été mise sous solumédrol 30 mg/jour pendant 21 jours, avec bonne évolution clinique et biologique. **Résultats** : Le diagnostic retenu était une hyperéosinophilie idiopathique avec atteinte cutanée extensive. A la biologie : hyper éosinophilie à 1230 elts/mm³. Les autres lignées sont sans anomalie. La patiente a été mise sous solumédrol 30 mg/jour pendant 21 jours, avec bonne évolution clinique et biologique. **Conclusion** : Le syndrome hyperéosinophilique est exceptionnel chez le sujet âgé. Il faut savoir l'évoquer en raison de la gravité des complications viscérales qu'il peut entraîner notamment cardiovasculaire et pulmonaire, justifiant une prise en charge thérapeutique rapide et efficace et une surveillance régulière.

A-11-164

Particularités des épisodes de céto-acidose du sujet âgé d'au moins 65 ans

AOY. Binan (1)

(1) IPS - CGRAE, Abidjan, Côte d'Ivoire

Introduction : L'objectif de cette étude était de contribuer à une meilleure connaissance des épisodes de céto acidose diabétique du sujet âgé de 65 ans et plus. **Méthodes** : Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive qui a porté sur 62 cas de sujets âgé de 65 ans et plus hospitalisé pour céto acidose dans les services de médecine interne du CHU de Treichville et diabétologie endocrinologie du CHU de Yopougon de juin 15 à juin 2016. **Résultats** : Les résultats obtenus se présentent comme suit: -Epidémiologie : les hommes les plus touchés par la maladie avec une sex-ratio de 1,38 et un âge moyen de 68 ans. -Clinique et biologie : il s'agit d'un diabète de type 2 putatif avec 39% de cas de céto acidose inaugurale du diabète. Les facteurs déclenchants étaient dominés par les infections (52%) avec le paludisme en tête. -évolution : les schémas thérapeutiques à l'admission ont été le protocole SOS (56,4%), le protocole ICO (44,1%). La durée moyenne d'hospitalisation a été de 6 jours au cours desquels 4 décès ont été enregistrés. -Evaluation gériatrique standardisée : 82% des cas les patients avaient un risque de dénutrition, 84% des cas les patients avaient une forte probabilité de dépression, 85,5% de nos patients n'étaient pas dépendant, ils étaient capables de vivre sans aucune aide, 85,4% des patients avaient une forte suspicion

de trouble cognitif. **Conclusion** : la céto acidose du sujet âgé de 65 ans et plus est une complication particulière du diabète chez le sujet du 3^{ème} d'où la nécessité de militer en faveur d'une approche gériatrique pour une meilleure prise en charge.

A-22-165

Protéger la peau d'une personne âgée en EHPAD

P. Giroux Lalaonirina (1)

(1) SSR/EHPAD, C.H. Intercommunal Caux Vallée de Seine, Bolbec

Introduction : Ehpads de 213 lits accueillent des personnes âgées, les plus souvent polypathologiques, dénutries et incontinentes, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante. La prise en soins de cette population fragile est lourde et complexe. L'apparition de lésions cutanées, secondaire à l'incontinence urinaire et fécale, renforce la difficulté de la prise en charge, altère la qualité de vie du patient et augmente le risque d'escarre. Leur survenue relative à la présence d'une dermite associée à l'incontinence (DAI), appelle une réponse rapide pour soulager l'inconfort du patient. Le même constat d'inconfort pour les rougeurs péri-lésionnelles des escarres et les stomies. **Méthodes** : Prise des photos tous les trois jours ; soins quotidiens ou biquotidiens comparatifs l'évolution des plaies entre les différents produits utilisés : escar-protect, BEPENTHENE, Conveen, huile de soin, comptabiliser les durées des soins jusqu'à la guérison ou l'aggravation des rougeurs. **Résultats** : L'utilisation de barrière d'ESCAR PROTECT a permis de restaurer rapidement une intégrité cutanée chez ces résidents fragiles en moyenne 22 jours par rapport bepenthene 30 jours, 35 jours le conveen mais pour l'huile de soins aggravation du dermite nécessite de changement de produit dans 35 jours. **Conclusion** : Parmi les produits ont la fonction barrière : l'escarProtect plus rapide d'action que les autres produits dans le 12 cas cliniques présentés l'utilisation de cette mousse, à usage cutané, a permis la cicatrisation de ces lésions invalidantes dans de courts délais, contribuant ainsi au confort de ces résidents

A-15-166

Candidose invasive chez le sujet âgé : à propos d'un cas

C. Tomeo (1) ; A. Gioanni (2) ; C. Villain (3) ; M. Verny (2)

(1) Unité péri opératoire gériatrique, Hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière-Charles Foix (APHP). DHU FAST, Paris; (2) Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (3) gériatrie, Groupement Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière-Charles Foix, Paris

Introduction : La candidose invasive est une infection due à *Candida* sp. se manifestant par des lésions cutanéomuqueuses, une fongémie, parfois associées à une infection focale d'organe. Plusieurs facteurs de risque ont été rapportés notamment la nutrition parentérale. Elle est associée à un taux de mortalité élevé (>40%) mais a été peu rapportée en contexte gériatrique. **Méthodes** : Un patient de 89 ans, présentant une maladie de Parkinson avec des troubles de la déglutition est hospitalisé pour pneumopathies d'inhalation, évoluant favorablement après plusieurs lignes d'antibiothérapie à large spectre. Devant une dénutrition sévère, une alimentation parentérale sur picline est débutée. Quatre jours après son initiation, le patient présente un tableau septique. Les hémocultures sur voie veineuse périphérique et voie centrale reviennent positives à *Candida glabrata*. Un traitement antifongique par caspofungine parentérale est débuté et le cathéter est déposé dès le premier jour de fièvre. Aucun foyer secondaire n'est identifié hormis une candidurie. Les hémocultures à J2 du traitement sont

négatives, et le traitement est poursuivi quatorze jours avec une bonne évolution clinico-biologique. **Résultats** : La survenue d'une candidose invasive chez ce patient a pu être favorisée par l'antibiothérapie à large spectre, la voie veineuse centrale et l'alimentation parentérale. L'évolution clinique a été favorable malgré les comorbidités du patient, probablement du fait de la précocité du diagnostic. **Conclusion** : Le diagnostic de candidose invasive doit être le plus précoce possible étant donné son pronostic péjoratif. L'identification de facteurs de risque spécifiques du sujet âgé serait importante afin de suspecter précocement le diagnostic dans cette population.

A-14-167

Potentiel d'utilisation des polypilules en cardiogériatrie: efficacité d'un algorithme pour réduire la charge médicamenteuse

F. Maronnat (1) ; W. Jarzebowski (1) ; C. Lafuente-Lafuente (2)

(1) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*; (2) *Gériatrie, Hôpital Charles-Foix (AP-HP), Ivry-sur-Seine*

Introduction : Les pathologies cardiovasculaires sont fréquentes chez les sujets âgés et nécessitent souvent une polymédication. **Objectif**: Nous cherchons à évaluer la fréquence des médicaments à visée cardiovasculaire et à étudier l'efficacité d'un algorithme informatique dans la réduction du nombre de médicaments en les substituant par des polypilules. **Méthodes** : Extraction des ordonnances médicamenteuses de patients admis dans une unité de cardiogériatrie pendant une année (2015). Nous avons listé toutes les combinaisons médicamenteuses disponibles sur le marché. À l'aide du code ATC, nous avons identifié tous les médicaments à visée cardiovasculaire et avons généré toutes les combinaisons possibles de deux et trois principes actifs. Nous avons créé un algorithme proposant les combinaisons fixes commercialisées et l'avons appliqué à un échantillon de 100 patients tirés au sort. Le critère de jugement principal était la diminution du nombre de drogues obtenue par la substitution en combinaisons proposées via l'algorithme sur l'échantillon des 100 patients (Test de Student sur données appariées). **Résultats** : 505 patients ont été inclus. Ils recevaient en moyenne 2.2 drugs à visée cardiovasculaire. Les médicaments les plus prescrits étaient les β -bloquants (48%), statines (45%), antiagrégants plaquettaire (42%) et Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (42%). En France il y avait 87 associations médicamenteuses fixes commercialisées. Sur l'échantillon des 100 patients il y avait 162 combinaisons de 3 principes actifs et 252 de deux principes actifs. L'algorithme a montré qu'une association médicamenteuse fixe pouvait être utilisée chez 10% des patients, réduisant le nombre de pilules de 220 à 210 ($p < 0.01$). **Conclusion** : L'utilisation systématique des associations médicamenteuses fixes peut réduire le nombre de médicaments administrés au sujet âgé présents des pathologies cardio-vasculaires. Cependant les associations actuellement commercialisées ne correspondent pas aux combinaisons fréquemment retrouvées chez ces sujets

A-02-168

Hypoxémie nocturne et confusion chez les patients hospitalisés en orthogériatrie en post opératoire d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur

F. Tahmi (1) ; L. Dourthe (2) ; L. Zerah (3) ; V. Hélène (4) ; A. Gioanni (5) ; A. Meziere (6) ; R. Haddad (7) ; M. Doulazmi (8) ; J. Cohen Bittan (5) ; J. Boddaert (9) ; K. Kinugawa (10)

(1) *Département de gériatrie, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris*; (2) *Upog, APHP et Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, Paris*; (3) *Gériatrie, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris*; (4) *Gériatrie aigue, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (5) *Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (6) *Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*; (7) *Rééducation neurologique, Hôpital Rothschild (AP-HP), Paris*; (8) *Cnrs umr 8256 biological adaptation and aging, Université Pierre et Marie Curie, Paris*; (9) *Gériatrie aigue, Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, UMR8256, Paris*; (10) *Unité d'explorations fonctionnelles du sujet âgé, Hôpital Charles Foix, GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix- APHP, Ivry-sur-Seine*

Introduction : Le syndrome confusionnel est une complication fréquente chez le sujet âgé en post opératoire d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF). Notre étude préliminaire, portant sur l'hypoxie nocturne post opératoire et complications intra-hospitalières incluant 46 patients, a montré une association significative entre la présence d'une hypoxémie et la survenue d'une confusion (abstract 2017). Pour compléter ces résultats, la méthodologie de l'étude a été modifiée pour lisser les hétérogénéités des enregistrements nocturnes et récupérer également le niveau de saturation diurne, avec l'hypothèse que l'hypoxémie nocturne en post opératoire d'une FESF est associée à la survenue d'une confusion. **Méthodes** : Nous avons enregistré via un oxymètre pulsé en continu la saturation nocturne en oxygène (SpO₂) des patients hospitalisés en unité d'orthogériatrie en post opératoire d'une FESF durant une à trois nuit(s) (maximum 15 heures/nuit). Les complications hospitalières ont été recueillies pour tous les patients notamment la survenue d'une confusion grâce à l'échelle CAM. **Résultats** : Les analyses intermédiaires ont été réalisées sur 38 patients supplémentaires inclus, avec un âge moyen de 89.7 ans, et un enregistrement d'oxymétrie d'une durée moyenne de 601.73 min/nuit (10 heures) d'enregistrement. Le nombre de patients ayant présenté une hypoxémie post-opératoire sévère (temps passé avec SpO₂<90% plus de 20%) et celui ayant présenté une confusion durant l'hospitalisation restent à calculer. Les groupes hypoxie vs non hypoxie seront analysés sur les caractéristiques cliniques et antécédents, la durée moyenne de séjour, le temps moyen d'enregistrement par oxymétrie et les traitements (morphine, benzodiazépines, hypnotiques, diurétiques, IEC/Sartan). Le taux de survenue de complications intra-hospitalières et de confusion dans les deux groupes sera comparé. **Conclusion** : La confirmation d'une association entre hypoxémie nocturne en post-opératoire d'une FESF et la survenue d'une confusion nous mènera à réfléchir sur un essai clinique testant le bénéfice de l'oxygénothérapie dans la prévention du syndrome confusionnel post opératoire dans les perspectives, pour améliorer la prise en charge des patients en orthogériatrie.

A-19-169**Des gériatres et des mots**

D. Riviere (1)

(1) psychiatrie, CH Tulle, Neuvic

Introduction : Des gériatres et des mots. **Méthodes :** AGGIR : Acronyme qui « a la fâcheuse idée de se développer en commençant par mettre en question l'autonomie ». Je suis pourtant dépendant de mon garagiste et de mon épicière... PMP : algorithme qui permet de transformer les plus âgés en malades et les résidents en objet de soin. EHPAD : Je ne suis pas hébergé chez moi ; ma maison n'est pas un établissement ; je ne suis pas si âgé ; je suis dépendant d'autrui. Je n'exclu pas, un jour, de déménager dans une maison où, paisiblement, je me retirerai... Surveillance : Entendu en prison : «s'il vous plaît, surveillant... pardon, docteur... » Et s'il s'agissait d'abord de veiller sur les plus fragiles... Traçabilité : mot issu du vocabulaire vétérinaire. Gestionnaire de cas : se dit des fonctionnaires œuvrant dans les « MAIA ». J'aurais préféré « GAIA », plus écolo. Mais les vieux ne sont pas des énergies renouvelables et on voit mal comment les gérer. Comme les colis dans les grandes surfaces, avec des codes-barres ? Mais que ferons-nous des invendus ? Pathos. Du grec : « ce qu'on éprouve » « épreuve » « évènement » Les établissements éprouvent sans approuver l'épreuve du Pathos. Pour avoir un « bon PMP », il est conseillé de laisser évoluer les escarres, de favoriser les crises psychiatriques par l'emploi des contentions, des psychotropes, de sur-médicaliser les derniers moments de la vie et de multiplier à l'infini les examens paracliniques. Démarche qualité. Et pourquoi pas qualité de la démarche. Maintien à domicile. Michel Billé propose de supprimer le « Main » et de le remplacer par « Sou ». Tout un programme. PASA : halte-garderie pour personnes pas totalement atteintes de troubles sévères du comportement. Placement. Cela devient déplacé de placer un vieux en établissement... mais ces dits établissements peuvent s'avérer de très bons placements. Bientôt au CAC 40 ? Projet de vie. Pourquoi pas projet d'éternité, dans la foulée. Mais l'éternité, c'est long, surtout à la fin, disait Desproges. Protocoler : troquer le savoir faire contre le faire sans savoir. Dégradation : comme les bordures de nos trottoirs dont on se plaint au maire, disait Pélissier. Billé dir, Dictionnaire impertinent de la vieillesse, Erès 2017, Rivière D, Sur l'autre rive de la vieillesse, Erès 2017. **Résultats :** Mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde A Camus. **Conclusion :** Le regard médical réifie le patient J Maisondieu

A-15-170**Rôle du gériatre dans la prise en charge des pathologies infectieuses : Retour d'expériences dans un Centre Hospitalier Universitaire**

Auteurs : C. Arlaud (1) ; K. Muller (2) ; T. Fosse (3) ; E. Ughetto (4) ; V. Mondain (4) ; O. Guérin(5)

(1) Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice; (2) Pharmacie, CHU de Nice - Hôpital Pasteur, Nice; (3) Service hygiène, Hôpital Cimiez, Nice; (4) Infectiologie, Hôpital l'Archet 2, Nice; (5) Ucog, Hôpital de Cimiez, Nice

Introduction : Le vieillissement de la population conduit à l'apparition de nombreuses maladies et notamment les pathologies infectieuses qui représentent la 3ème cause de mortalité et la principale cause d'hospitalisation chez les patients âgés. La présentation parfois atypique et sévère de l'infection, augmente le risque de mésusage de l'antibiothérapie. S'appuyant sur les données démographiques et les problématiques rencontrées dans

la population gériatrique, une nouvelle activité de référent en infectiologie s'est développée depuis le 1er janvier 2017. **Méthodes :** L'objectif de ce travail est de donner un retour d'expérience sur les 6 premiers mois de la nouvelle activité spécifique sur le Pôle Réhabilitation-Autonomie-Vieillesse du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice et notamment, de rendre compte de ce qui est fait, d'analyser les résultats afin de mettre en oeuvre les actions correctrices et de réévaluer les projets pour s'assurer de la pertinence de la démarche menée. **Résultats :** Les résultats retrouvent une activité de référent en infectiologie qui s'effectue dans plusieurs domaines. Elle concerne d'abord des actions de prévention avec la révision du calendrier vaccinal (grippe, pneumocoque), des mesures de dépistage et des conseils pour éviter les récurrences (prévention infections urinaires à risques de complications). Cette activité comprend également des avis sur la thérapeutique anti-infectieuse (n=96) qui sont principalement des avis d'expert au lit du patient dans 2/3 des cas. Une aide au bon usage antibiotique a été réalisée, permettant de réduire la durée d'antibiothérapie (p=0.02). Des consultations dédiées (n=33) : cystite récidivantes, post-infection à Clostridium difficile, VIH ont été créées avec des plages réservées et des grilles d'évaluation adaptées, en lien avec les spécialistes médicaux et chirurgicaux. Enfin, elle permet la mise en place d'activités de recherche, de travaux didactiques et d'enseignement auprès de chaque session d'internes. Un travail de collaboration avec les services d'hygiène, bactériologie, pharmacie et infectiologie au sein du ResO infectio-PACA Est permettent de favoriser les échanges d'informations. Les caractéristiques organisationnelles et l'accès au plateau technique sont les principales limites aux bonnes conditions de réalisation de l'activité du référent infectio-gériatrique. **Conclusion :** L'impact du référent infectio-gériatrique montre un apport sur les mesures organisationnelles, les moyens et les actions mis en place pour promouvoir et instaurer le bon usage des antibiotiques en gériatrie pour limiter le risque nosocomial. Ce premier retour a montré certaines limites et difficultés qui ont permis de réfléchir à des perspectives futures. Néanmoins, ce type de modèle collaboratif et multimodal pourrait être exporté en dehors du CHU.

A-04-171**Comment recueillir les directives anticipées des résidents en EHPAD ?**

J. Lefebvre (1) ; MG. Depuydt (2) ; F. Puisieux (3)

(1) Ssr spécialisé lille, usp béthune, CHU de Lille, Lille; (2) Ssr spécialisé,lisp, CHU de Lille, Lille; (3) Gériatrie, CHU de Lille, Lille

Introduction : La loi Léonetti-Claeys instaure un exercice nouveau pour les professionnels de santé : aborder la question de la fin de vie en amont avec le patient, recueillir ses directives anticipées et les appliquer. Les personnes âgées sont peu disposées à se saisir des directives anticipées. Ces directives anticipées sont pourtant un élément important pour la prise de décisions médicales en fin de vie. Comment, par nos pratiques, favoriser l'appropriation des directives anticipées par les personnes âgées ? **Méthodes :** Notre étude observationnelle a été réalisée via un questionnaire adressé par voie postale aux médecins coordonnateurs des 393 EHPAD de la région Nord-Pas de Calais en juillet 2017. L'objectif principal était d'analyser l'influence de pratiques de recueil des directives anticipées, sur la proportion des résidents ayant rédigé des directives anticipées. Huit modalités pratiques de recueil des directives anticipées ont été prédéfinies en se référant à la loi Léonetti-Claeys,

au guide HAS d'avril 2016, et aux recommandations de l'ANESM. L'analyse statistique a comparé, par des tests Z, les proportions de résidents ayant rédigé des directives anticipées selon les pratiques déclarées par le médecin coordonnateur. **Résultats** : Parmi 393 EHPAD sollicités 111 ont répondu (28,2%). 101 réponses ont pu être analysées. 8129 personnes âgées résidant en EHPAD ont été incluses. Parmi elles, 12,55% avaient rédigé des directives anticipées (IC à 95%] 11,83 ; 13,27 [). La proportion de résidents ayant rédigé des directives anticipées était influencée positivement par l'information des résidents capables de recevoir celle-ci, par l'organisation d'un temps de dialogue avec période de réflexion, par l'abord de la question des directives anticipées à plusieurs reprises et par plusieurs professionnels. La mise à disposition d'un document type était associée à une moindre proportion de résidents ayant rédigé des directives anticipées. On ne notait pas d'influence de l'abord spécifiquement au moment de l'élaboration du projet personnalisé, de la transmission des directives anticipées dans le dossier de liaison d'urgence ni par l'inclusion des personnes sous régime de protection. **Conclusion** : Peu de résidents en EHPAD ont rédigé leurs directives anticipées. Les pratiques dans la façon d'aborder la question avec le résident peuvent influencer le taux de recueil.

A-15-172

Suivi de l'étude: Y a-t-il une place pour le vieillissement de la population VIH en EHPAD ?

E. Michon (1) ; F. Delamarre Damier Racineux (2) ; G. Veyrac (3) ; C. Joyau (3) ; AL. Ruellan (4) ; C. Allavena (5) ; COREVIH Pays de la Loire; Association Gérontologique de Recherche et d'Enseignement en EHPAD

(1) *Geriatric, Association AGREE, Saint-Fiacre-sur-Maine;*
 (2) *Geriatric, CHU de Nantes BELLIER et AGREE, Nantes;*
 (3) *Pharmacologie, C.H.U de Nantes, Nantes;* (4) *Service de pharmacovigilance, CHU de Nantes, Nantes;* (5) *Service de maladies infectieuses et tropicales, CHU de Nantes, Nantes*

Introduction : Depuis la mise à la disposition des patients de traitements antirétroviraux puissants, le nombre de personnes vieillissant avec le VIH augmente. Ces patients VIH devraient avoir une durée de vie proche de la normale en effet environ la moitié de ces sujets ont plus de 50 ans en 2015. **Objectif** : Le premier objectif de cette étude était de déterminer si les EHPAD des pays de Loire avaient prévu de recevoir cette population émergente de résidents VIH et s'ils disposaient d'informations adéquates sur l'infection par le VIH. Le deuxième objectif de l'étude (suivi) était de créer un document d'information pour l'équipe des EHPAD afin de répondre à leurs questions. **Méthodes** : Une enquête faite en collaboration avec le COREVIH du CHU Nantes portant sur les raisons de l'acceptation ou non des patients VIH dans les EHPAD et la prise en charge d'un résident VIH (Soins, traitement) a été réalisée dans les EHPAD des Pays de la Loire début 2017. En fonction des réponses à l'enquête, nous avons créé un document complet d'information pour répondre aux questions sur le VIH que se pose le personnel des EHPAD (toujours avec l'aide de spécialistes du VIH: COREVIH CHU Nantes), Ce document présenté dans le poster sera remis sous forme de flyer aux personnes intéressées lors des JASFGG 2018. **Résultats** : 599 EHPAD ont reçu le questionnaire, 209 questionnaires ont été remplis soit 35,5%, 3% des maisons de retraite du Pays de la Loire ont admis une personne vivant avec le VIH par le passé, 74% des répondants sont prêts à admettre une personne vivant avec le VIH, 24% des répondants ne peuvent pas

répondre car ils ne connaissent pas la condition médicale du patient, 2% ne sont pas encore prêts, 33% pensent que l'infection par le VIH peut être une contrainte en raison : Du Manque de formation spécifique: 57%, Des difficultés de prise en charge médicale: 32%, Des difficultés à gérer les interactions médicamenteuses entre le traitement du résident âgé et le traitement du VIH: 26%. Du coût des antirétroviraux et des co-médicaments: 24%, De l'anxiété face à un risque de contamination avec les résidents et / ou les membres de l'équipe: 20% (MEDCO 25% > IDEC 16%). Du Coût des soins si le résident a moins de 65 ans: 18%. Il y avait peu ou pas de restrictions quant à la mise en place d'autres contraintes: difficultés dans les services sociaux (11%) et prise en compte de la sexualité des résidents (11%) Mais 98% des répondants demandaient une formation avant d'admettre une personne vivant avec le VIH. Le document présenté répond à ces questions. **Conclusion** : En France, les EHPAD ne sont pas encore prêtes à accueillir le vieillissement croissant de la population séropositive. Le personnel des EHPAD doit être rapidement informé et formés sur les soins requis des résidents VIH, la prise en charge des pathologies spécifiques et les traitements antirétroviraux. Le document d'information est un outil qui pourra aider à former les équipes des EHPAD afin d'augmenter l'admission des patients VIH et favoriser une prise en charge de qualité

A-13-173

Place des personnes âgées handicapées dans les EHPAD : Une expérience ligérienne

S. Lafargue (1) ; A. Peron (1) ; J. Riviere (1) ; F. Delamarre Damier Racineux (2)

(1) *Gériatrie, EHPAD Mer et Pins, Saint-Brevin-les-Pins;* (2) *Geriatric et agree, CHU de Nantes Hôtel-Dieu, Nantes*

Introduction : L'espérance de vie des personnes en France continue d'augmenter et les personnes âgées handicapées et dépendantes aussi. Les personnels des EHPAD ne sont pas suffisamment informés et formés pour accueillir les personnes âgées handicapées. Dans notre EHPAD, nous accueillons depuis 20 ans, 120 personnes âgées handicapées (sur les 310 hébergées) dans deux unités spécialisées dotées d'un personnel dédié. **Méthodes** : Retour d'expérience original : Le principal objectif de cette communication est de partager notre modèle de soins afin d'aider d'autres EHPAD à appréhender le mieux possible la prise en charge des personnes âgées handicapées. **Résultats** : Dans notre EHPAD, Les personnes âgées en situation de handicap proviennent pour 30,2% de foyers de vie, 27% des hôpitaux psychiatriques, 9% de structures médico sociales, et pour 18,3% de diverses structures. Le profil type de la personne entrant dans notre EHPAD est une personne handicapée dont la dépendance physique augmente à un âge moyen de 63 ans (contre 84 ans pour la plupart des EHPAD en France) nécessitant des soins fournis par des soignants qualifiés (IDE, soignant, aide medico sociale...). Notre modèle de prise en soin est le suivant: 1) Bien préparer l'entrée en amont; 2) Personnaliser la prise en soins (les personnes handicapées resteront 10 ans en moyenne dans l'EHPAD); 3) Créer un cadre rassurant, avec un soignant qualifié pour un soutien psychologique adapté, assurer les besoins vestimentaires, l'hygiène, les sorties (anniversaires, vie sociale) afin de pallier le manque de présence familiale; 4) Adapter les activités à l'âge et au handicap avec une équipe de réadaptation (ergothérapeute, psychomotricienne, psychologue); 5) Évaluer l'environnement et l'équipement avec l'ergothérapeute pendant tout le séjour; 6) Le réseau est important afin d'aider l'accès aux

soins....; 7)Instaurer un lien efficace avec le tuteur. **Conclusion:** L'EHPAD est en capacité de prendre en charge des personnes handicapées âgées, en mettant en place un projet spécifique d'accompagnement avec du personnel formé pour cette population spécifique. Les limites sont surtout financières : prendre soin des personnes handicapées est plus coûteux. Le forfait financé dans le milieu du handicap est trois fois celui observé dans la plupart des EHPAD. La mise en place d'une tarification adaptée en EHPAD est nécessaire.

A-07-174

Prescription des Inhibiteurs de la Pompe à Protons chez les personnes âgées résidants en EHPAD

P. Rocanieres (1) ; K. Pereira (1) ; L. Giraudon (1) ; N. Afifi (1) ; C. Blondin (1) ; D. Dirand (1)

(1) *Pharmacie, Hôpitaux du Bassin de Thau - Hôpital Saint Clair, Sète*

Introduction : La sur-prescription et le mésusage des IPP chez le sujet âgé sont à l'origine, à court et à long terme, des effets indésirables graves tels que l'hyponatrémie, l'ostéoporose, les infections à *Clostridium difficile* ou les pneumopathies. **Méthodes :** Dans le cadre de la politique d'amélioration de la qualité de la PECM chez le sujet âgé, au sein des HBT une étude rétrospective a été conduite afin d'évaluer le caractère approprié ou non des prescriptions d'IPP chez les personnes âgées, résidents en EHPAD, pour ensuite mesurer l'impact des avis pharmaceutiques. La grille de recueil a été construite selon les recommandations de l'OMÉDIT Centre Val de Loire selon 3 critères : indication, dose et durée. **Résultats :** Parmi les 33 dossiers étudiés (âge moyen 88 ans), plus de la moitié des prescriptions (50,7%) s'avère non conforme. Il s'agit essentiellement d'association d'un IPP à un antiagrégant plaquettaire ou à un anticoagulant (45,4%). Les indications sont documentées dans seulement 4 cas (12%). Dans 84 % des cas, l'ordonnance à l'admission contient une IPP. Dans 16 % des cas le traitement a été poursuivi et renouvelé sans justification, après le retour d'hospitalisation du patient (ulcère de Stress). La durée du traitement est supérieure à un an dans 78 % des cas (sans que l'indication ne soit documentée ou réévaluée). Dans un deuxième temps, un retour a été fait auprès des médecins prescripteurs et a permis de revoir la pertinence de ces prescriptions : 11 arrêt d'IPP (33%) et 14 (42%) diminutions de posologies ont suivis. **Conclusion :** Il est important de sensibiliser les prescripteurs, par différents outils comme les fiches de bon usage ou la relecture des ordonnances, sur les recommandations lors de la prescription initiale ou le renouvellement d'IPP, en tenant compte de leurs risques potentiels au long cours afin de promouvoir le bon usage de cette classe médicamenteuse, considéré souvent comme un produit de confort, sans danger, que l'on peut se procurer aussi sans ordonnance. La mise en place de conciliation de sortie pour les patients pris en charge en EHPAD permettra de diminuer la sur-prescription et le mésusage des IPP.

A-05-175

Accident vasculaire cérébral et observance thérapeutique du sujet âgé

M. Fieldes (1) ; M. Richard (1) ; S. Toubal (1) ; S. Bouly (2) ; JM. Kinowski (1) ; L. Salomon (1) ; G. Leguelinel-Blache (1)

(1) *Pharmacie, CHU de NÎMES, Nîmes;* (2) *Neurologie, C.H.U de Nîmes (CHU), Nîmes*

Introduction : Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent la troisième cause de décès en France et la première cause de handicap acquis chez l'adulte. Chaque année on dénombre 150 000 AVC dont près des trois quart surviennent chez le sujet âgé. **Méthodes :** Cette étude prospective et observationnelle a porté sur une cohorte de sujets hospitalisés au motif d'AVC dans le service de neurologie au CHU de Nîmes (2015-2016). Le traitement à domicile a été déterminé en recoupant 3 sources d'informations distinctes et concordantes. L'observance médicamenteuse a été cotée à l'aide du questionnaire simplifié à 4 questions de Morisky (MAQ4), un score nul traduisant une totale inobservance. Le but de ce travail était de déterminer les caractéristiques des sujets hospitalisés pour un AVC et d'étudier les habitudes médicamenteuses dans cette population gériatrique. **Résultats :** A l'issue d'un an de recueil, 400 sujets consécutifs ont été inclus. 85% des AVC étaient d'origine ischémique (AVCi) et 15% d'origine hémorragique (AVCh). Aucune différence significative n'a été retrouvée en fonction du sexe (ns, p=0.1948). Notre cohorte était majoritairement masculine avec un sexe-ratio Homme/Femme de 1.54 pour les AVC ischémiques et de 2.33 pour les hémorragiques. Les hommes étaient sensiblement plus jeunes lors de l'épisode cérébral (70 vs 73.4 ans, p=0.0015). L'AVC survenait préférentiellement chez les sujets âgés (48.5% de sujets de 75 ans et plus) contre seulement 28.5% de sujets âgés de moins de 65 ans. La durée de séjour était significativement augmentée dans la population gériatrique (15.1 vs 10.8 jours, p=0.0004). Par ailleurs, cette population consommait en moyenne plus de médicaments (6.8 vs 4.8, p<0.0001) et était plus observante que les sujets jeunes (3.1 vs 2.8/4, p=0.0439). Aucune différence significative n'a été retrouvée au niveau du service médical rendu des traitements. **Conclusion :** L'AVC est principalement une maladie du sujet âgé. Ces sujets ont en moyenne plus de médicaments mais sont plus adhérents vis à vis de leur traitement à domicile que les sujets jeunes.

A-05-176

Etude de l'efficacité de la prise en soins en Unité Cognitive-Comportementales (Etude IMPACTUCC)

O. Drunat (1) ; I. Binot (2) ; M. Soudani (3) ; L. Lcchowski () ; JM. Morvillers (4) ; J. Roche (5) ; H. Lenoir (6) ; F. Hozer (7) ; R. Clément (8) ; JS. Vidal (6) ; JP. Flouzat (9) ; JP. Aquino (10) ; MA. Castel-Tallet (11) ; I. Dufour (12) ; O. Hanon (13) ; Géron'd'IF

(1) Bretonneau, Géron'd'if - Gérontopôle d'Ile-de-France, Paris; (2) Gériatrie, CHU Amiens-Picardie, Amiens; (3) Centre d'action sociale de la ville de paris, Hôtel de Ville, Paris; (4) Géron'dif, Géron'd'if - Gérontopôle d'Ile-de-France, Paris; (5) Ucc, CHU de Lille, Lille; (6) Gériatrie, Hôpital Broca, Paris; (7) Psychiatrie, Hôpital Corentin-Celton (AP-HP), Issy-les-Moulineaux; (8) Directeur, Maison de Retraite Ferrari, Clamart; (9) Pôle médico-social, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Paris; (10) Pôle interventions psychosociales, Fondation Médéric Alzheimer, Paris; (11) Responsable de l'observatoire, Fondation Médéric Alzheimer, Paris; (12) Aphp, Gérontopôle d'Ile-de-France, Géron'dif, Paris; (13) Service du professeur hanon, aphp, université paris descartes, Hôpital Broca, Paris

Introduction : Les Unité Cognitive-Comportementales (UCC) ont été créées lors du plan Alzheimer 2008-2012. Le cahier des charges était assez large pour laisser s'implanter sur l'ensemble du territoire français des structures au sein de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) capables de prendre en soins des patients présentant des troubles envahissant du comportement. Les mesures 89 et 90 du Programme des maladies Neuro Dégénératives (PMND) 2014-2019 prévoient d'intégrer à la gouvernance une dimension évaluative. Quelques études et publications ont tenté de mesurer l'intérêt des UCC sur les troubles du comportement pendant le séjour ou la consommation des médicaments. Aujourd'hui, très peu de données sont disponibles pour juger l'impact de ces structures sur le parcours de santé des patients. **Méthodes :** Le Gérontopôle d'Ile de France (Géron'd'IF) propose une évaluation de la prise en soins en UCC en mettant en place une recherche non interventionnelle à risques et contraintes minimes (RIRCM) multicentrique, incluant des sujets de 75 ans et plus, présentant des troubles envahissants du comportement et qui sont hospitalisés soit en UCC soit en SSR (groupe contrôle) sur le territoire de l'Ile de France. Le critère principal retenu pour cette étude est le taux de ré-hospitalisation à six mois à la suite de la sortie du patient de la structure de soins. Un enquêteur téléphonique contactera systématiquement le patient et/ou son entourage à trois et six mois pour connaître le devenir du malade après sa sortie d'hôpital et estimer sa consommation de soins. En prenant un taux de ré-hospitalisation à 6 mois estimé à 30%, et étant attendu un OR de 0.65 (soit un taux de ré-hospitalisation de 20%) comparé au groupe contrôle, il faut inclure 264 sujets dans chaque groupe. En prenant en compte un taux de 10% de perdus de vue, il faut inclure 294 sujets dans chaque groupe soit 588 sujets au total sur 20 centres d'Ile de France. L'étude est programmée pour une durée totale de trois ans. **Résultats :** Les taux de ré hospitalisation seront comparés entre les deux groupes en tenant en compte de plusieurs facteurs d'ajustement comme des données cliniques (nature et importance des troubles du comportement, type de démences, comorbidités) des données institutionnelles (organisation des unités de soins, filière gériatrique, recours psychiatrique) des données relatives au soins (approches non-médicamenteuses, utilisation de psychotropes, contention physique) et des données de parcours de soins (mode d'admission, qualité du plan d'aide, institutionnalisation). **Conclusion :** Cette enquête régionale est soutenue par l'Agence Régionale de Santé

d'Ile de France. Elle complète une étude nationale quantitative sur les quelques 120 UCC qui, selon les dernières études paraissent très hétérogènes dans leurs pratiques. L'enjeu est de mieux définir le cahier des charges de ces unités et d'insérer au mieux ces structures dans les filières gériatriques et psychiatriques.

A-07-177**Les Interventions Pharmaceutiques, un outil d'optimisation de la prescription ?**

J. Monteil (1) ; P. Parrein (1) ; A. Breteau (1) ; C. Bazire (1) ; F. Avenel (2) ; L. Mbelo (2) ; E. Lefebvre (2) ; A. Barrel (2)

(1) Pharmacie, Centre Hospitalier Durecu Lavoisier, Darnétal; (2) Soins de suite et de réadaptation gériatrique, Centre Hospitalier Durecu Lavoisier, Darnétal

Introduction : Au sein de notre établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) gériatrique et d'EHPAD, l'analyse pharmaceutique quotidienne permet de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients. A l'issue de cette analyse, l'équipe pharmaceutique (pharmaciens, interne ou assistant) peut être amenée à réaliser des interventions pharmaceutiques (IP) sur la prise en charge thérapeutique du patient. Celles-ci sont tracées dans le dossier patient informatique. Ce travail se propose d'évaluer l'impact clinique. **Méthodes :** Chaque médecin a évalué l'impact clinique des IP qui le concernait selon l'outil CLEO développé par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) : Impact nuisible, nul, mineur, moyen, majeur ou vital. Cet outil permet aussi de coter l'impact économique et organisationnel qui ne sont pas présentés dans ce travail. • Recueil rétrospectif sur 7 semaines de toutes les IP réalisées via une requête informatique (logiciel OSIRIS®); • Recueil du problème médicamenteux, de la préconisation et de l'acceptation ou non des IP; • La notion de médicaments à risque défini par l'établissement; • Synthèse et analyse des résultats au moyen d'un tableau Excel. **Résultats :** 43 IP ont été cotées par les 4 médecins. Parmi celles-ci, 4 ont été évaluées comme ayant un impact vital, 16 comme majeur, 7 comme moyen, 6 comme mineur, 10 comme nul. Nous avons relevé que 35 IP ont été acceptées et préconisaient principalement un arrêt de prescription (n=13), une adaptation posologique (n=12) et une substitution (n=8). Celles cotées majeures ou vitales concernaient principalement un surdosage (n=10) et une non-conformité aux référentiels (n=4), et ont été majoritairement acceptées (n=16). Un médicament à risque est retrouvé dans n = 4 IP. Les classes médicamenteuses impliquées sont les antithrombotiques (n=2), les anti-infectieux, les sels de potassium et les opioïdes. **Conclusion :** Ce travail rétrospectif a permis de montrer qu'il existe, malgré une analyse pharmaceutique en place depuis plusieurs années, un impact clinique positif de l'analyse pharmaceutique des prescriptions, avec notamment un taux d'acceptation élevé des IP (81,4%) et un taux de satisfaction général des médecins quant au rôle du pharmacien. Plus de 2 IP majeures ou vitales ayant entraîné une modification de prescription sont détectées chaque semaine, dans un cadre collaboratif très constructif, et qui montre la complémentarité des professions de pharmacien clinicien et de médecin.

A-15-178

Quelle est la proportion des syndromes infectieux respiratoires d'origine virale présentés par des personnes âgées hospitalisées pendant l'hiver 2017-2018 ?

SC. Riboux (1) ; A. Gioanni (2) ; C. Hyernard (3) ; F. Guerville (4) ; D. Kobeh (5) ; P. Gassie (6) ; L. Haw-Shing (7) ; H. Domergue (8) ; I. Bourdel-Marchasson (4) ; C. Roubaud Baudron (9)

(1) Pôle de gériatrie clinique, C.H. Universitaire de Bordeaux, Bordeaux; (2) Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (3) Gériatrie clinique, Hôpital Saint-André - Groupe hospitalier Saint-André - CHU de Bordeaux, Bordeaux; (4) Médecine Gériatrique, Pôle de Gériatrie Clinique - CHU de Bordeaux, Bordeaux; (5) Pôle gériatrie clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux; (6) Pôle de gériatrie clinique, Groupe hospitalier Pellegrin, Bordeaux; (7) Médecine gériatrique, CHU - Hôpitaux de Bordeaux, Groupe Hospitalier Sud (Hôpital Xavier Arnoz), Bordeaux; (8) Gériatrie, C.H. Universitaire de Bordeaux, université de Bordeaux, Bordeaux; (9) Pôle de Gériatrie Clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux

Introduction : En période hivernale, la prévalence des infections respiratoires est importante dans la population âgée. L'origine virale ou bactérienne de ces infections est difficile à établir et peu de données sont disponibles. L'utilisation récente des PCR virales permet de mieux documenter ces infections et devrait pouvoir diminuer la consommation d'antibiotique. L'objectif principal est de déterminer la proportion des syndromes infectieux respiratoires d'origine virale dans une population de patients âgés hospitalisés en période hivernale. Les objectifs secondaires consistent à définir les facteurs cliniques et/ou biologiques associés à l'origine virale ainsi que la morbi-mortalité intra-hospitalière et à 3 mois. **Méthodes:** Il s'agit d'une étude non interventionnelle prospective et bi-centrique. Tous les patients âgés de 75 ans et plus hospitalisés en médecine gériatrique (CHU de Bordeaux et Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière) entre le 14/12/2017 et le 27/4/2018 présentant un syndrome infectieux respiratoire (signe fonctionnels respiratoires et fièvre ou syndrome inflammatoire) ont bénéficié d'une PCR virale multiplex. Des données démographiques, cliniques, biologiques et pronostiques ont été collectées. Une comparaison a été réalisée en fonction de la positivité ou non de la PCR virale multiplex et une analyse multivariée a déterminé les facteurs clinico-biologiques associés à une PCR positive. **Résultats :** 182 patients (88±6 (15-104) ans, 56% de femmes) ont été inclus dans l'étude, 156 (86%) vivaient au domicile avec un score un score ADL moyen de 4,2±1,9 et un score Charlson moyen de 2,6±2,3. La PCR virale était positive chez 106 (58%) patients : les gripes étaient présentes dans 63% des cas : 23 gripes A, 43 gripes B et une association grippe A et B. La PCR était positive pour les virus non grippaux chez 44 patients (8 VRS, 18 Rhinovirus, 1 Bocavirus, 10 Metapneumovirus, 4 Coronavirus, 1 Adénovirus et deux associations VRS et Parainfluenza virus, et VRS associé au Coronavirus). Les facteurs indépendamment associés à une PCR positive étaient la présence d'une toux (Odd Ratio (OR) 3,2 ; intervalle de confiance (IC) 1,6-6,3, p=0,001), de sibilants (OR 3,0 ; IC (1,3-6,7), p=0,007) et d'un taux d'éosinophiles bas (OR ; 0,057 IC (0,01-0,57), p=0,006). Plus de la moitié des patients à PCR positive recevaient des antibiotiques (56%). Le taux de mortalité intra hospitalier était comparable (14(13%) versus 9(12%), p=0,8) en fonction de la PCR. Les données pronostiques (mortalité, autonomie et institutionnalisation) à 3 mois sont en cours de recueil. **Conclusion :** L'origine virale des syndromes infectieux respiratoires du sujet âgé hospitalisé pendant l'hiver 2017-2018, est présente chez plus de la moitié des patients. La proportion des virus

non grippaux n'est pas négligeable. La présence de sibilants, de toux et d'éosinopénie est plus fréquemment associée aux infections pulmonaires virales.

A-02-179

Étude de l'effet de l'âge sur des capacités motrices en utilisant les données HD-sEMG et IMU

L. Imrani (1) ; S. Boudaoud (1) ; K. Kinugawa (2) ; K. Lepetit (1) ; J. Laforet (1) ; F. Marin (1)

(1) Umr cnrs 7338, Université de Technologie de Compiègne, Centre Benjamin Franklin, Compiègne; (2) Unité d'explorations fonctionnelles du sujet âgé, Hôpital Charles Foix, GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix- APHP, Ivry-sur-Seine

Introduction : Une étude préliminaire réalisée chez des patients âgés [1] en utilisant les techniques d'électromyographie de surface à haute définition (HD-sEMG) et l'unité de mesure inertielle (IMU) a montré que les descripteurs HD-sEMG liés à l'activité musculaire et à l'accélération maximale du tronc sont discriminants avec l'âge. Le but de l'étude présentée ici est de caractériser les capacités motrices avec le vieillissement, y compris les sujets d'âge moyen en exploitant de nouveaux descripteurs, et en combinant les deux techniques, intégrées dans un dispositif récent, portable, et ambulatoire. **Méthodes :** Neuf sujets ont participé au test du lever de chaise. Trois étaient âgés de 25 ± 2 ans, quatre étaient âgés de 34,75 ± 3,09 ans et deux de 57 ± 7,07 ans. Tous ont effectué trois levés de chaise à un rythme spontané. De nouveaux descripteurs issus des statistiques d'ordre supérieur, ont également été testés en plus des descripteurs précédents [1] tels que la durée et l'intensité des contractions, afin de vérifier leur efficacité. À cet effet, des grilles HD-sEMG 4 x 8 ont été placées sur le muscle quadriceps. Simultanément, l'accélération maximale du tronc a également été mesurée. Ainsi, les résultats pour les trois catégories d'âge ont été évalués statistiquement. **Résultats :** Les résultats ont montré que les descripteurs statistiques, testés sur les trois catégories d'âge avec le test ANOVA, ont une sensibilité significative au vieillissement moteur dans le test du lever de chaise (p 0,001 ***). Le test ANOVA a été aussi réalisé sur les descripteurs précédents à savoir: le temps de contraction, l'intensité liée à l'activité musculaire, et l'accélération maximale du tronc, et Ils sont également discriminants avec l'âge (p 0,001 ***), ce résultat est en accord avec [1]. **Conclusion :** Les nouveaux résultats obtenus ont démontré le potentiel des descripteurs issus de HD-sEMG et IMU enregistrées par un appareil ambulatoire pour évaluer les capacités motrices fonctionnelles avec le vieillissement. Remerciements: Ce travail a reçu le soutien de EIT Health BP2018. [1] Congrès EUGMS 2017, « Évaluation des capacités motrices chez les sujets jeunes et âgés en utilisant les données HD-sEMG et IMU », IMRANI et al

A-20-180

L'homéopathie en gériatrie

JP. Billot (1)

(1) membre hon. de la SFGG, Paris

Introduction : Introduite en thérapeutique en 1810 par Samuel Hahnemann (1755 - 1843), l'homéopathie continue, jusqu'à aujourd'hui, à alimenter les polémiques. Elle est la plus utilisée des thérapeutiques non conventionnelles, très demandée par les personnes vieillissantes chez lesquelles les effets secondaires des médicaments chimiques s'avèrent de plus en plus gênants et coûteux. Tout praticien doit être au courant de cette méthode, sinon pour

l'ajouter à son arsenal thérapeutique, ce qui demande une étude assidue, du moins pour répondre correctement aux interrogations de ses patients à ce sujet. **Méthodes :** L'homéopathie provient de la constatation très ancienne qu'une substance provoquant telle affection peut guérir celle-ci (« la cystalgie provoquée par la cantharide peut guérir celle-ci ». Hippocrate): « loi des semblables » opposée à celle des « contraires » (médications antalgiques, anti-inflammatoires, antiseptiques, etc.), plus généralement utilisée. La méthode homéopathique repose sur l'existence d'une réactivité générale et particulière à tout être vivant et qui existe jusqu'à la fin de sa vie. Cette réactivité se révèle notamment par les effets secondaires des médicaments, problème particulièrement préoccupants en gériatrie. La mise en jeu de la méthode consiste à prescrire au patient la substance, préalablement testée par des expérimentateurs et qui contient dans sa « pathogénésie » (= somme des symptômes qu'elle est capable de produire) l'ensemble des symptômes caractéristiques de la maladie de ce patient. Ce principe de guérison par la similitude, cœur de la méthode, n'est, en fait, contesté, depuis 2 siècles, que dans sa conséquence pratique : l'emploi d'ultra-petites doses dans le but d'éviter les effets d'aggravation, la maladie médicamenteuse risquant d'amplifier la maladie du patient. Les travaux modernes ont montré, depuis, que des substances (oligo-éléments, hormones endocrines) agissent dans l'organisme à des dilutions comparables aux préparations homéopathiques. La dilution évite la toxicité et la succussion est nécessaire à l'activité du médicament homéopathique. Notons qu'il existe, pour contribuer à fixer l'exercice de l'homéopathie, un référentiel de pratique de l'homéopathie réalisé à notre initiative et validé par la Haute Autorité de Santé en 2007. **Résultats :** De multiples travaux ont tenté de distinguer effet placebo et fait homéopathique, ce que les déconcentrations déconcertantes des substances homéopathiques ne facilitent pas. Les méta-analyses se succèdent tantôt pour, tantôt contre un effet homéopathique spécifique. Dernier en date, un rapport du gouvernement australien n'est pas en faveur de l'efficacité clinique de l'homéopathie dans les pathologies étudiées. Cependant, le mode de recueil des études a été contesté et l'absence d'experts de la recherche clinique en homéopathie dans ce travail n'a pas permis une analyse contradictoire des résultats. En sciences fondamentales, plusieurs travaux sur les basses dilutions (thermoluminescence par L. Rey ; relaxation RMN par J.-L. Demangeat, par exemple) sont clairement en faveur d'une spécificité des ultra-petites doses homéopathiques. Ils n'ont pas été réfutés. **Conclusion :** La gériatrie fait appel à tous les concours permettant de personnaliser chaque traitement, de diminuer les effets secondaires des médicaments et, en général, d'éviter toute perte d'autonomie chez les sujets âgés. L'homéopathie répond à ces trois objectifs. Par la précision et l'exiguité des doses de ses médicaments : elle personnalise le traitement au maximum ; - elle évite les effets chimiques iatrogènes ; - enfin, elle « autonomise thérapeutiquement » les patients en les soignant avec et selon leur propre réactivité, souvent suffisante en pratique quotidienne. Ces qualités nous paraissent être un apport en gériatrie capable de mobiliser votre réflexion.

A-10-181

Apports des consultations gériatriques dans un centre d'hémodialyse

F. Guerville (1) ; P. Pinard (1) ; M. Rainfray (1) ; P. Chauveau (2) ; A. Lafargue (1) ; C. Lasseur (2) ; C. Nodimar (2)

(1) *Médecine gériatrique, Pôle de Gériatrie Clinique - CHU de Bordeaux, Pessac*; (2) *Néphrologie, Aurad Aquitaine, Gradignan*

Introduction : La place de l'évaluation gériatrique (EG) dans la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques stade 5 reste à définir. Aucun outil de dépistage prédisant une EG pathologique n'est validé dans cette population. Nos objectifs étaient de faire une description gériatrique d'une population de patients hémodialysés âgés, d'étudier les interventions gériatriques proposées, et de rechercher les facteurs associés à une EG pathologique. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective, monocentrique. Étaient inclus tous les patients hémodialysés vus à la consultation gériatrique mise en place dans leur centre de dialyse, de mars 2013 à octobre 2017. Nous avons analysé les résultats de l'EG (dépendance, cognition, thymie, locomotion, nutrition, analyse de l'ordonnance), les interventions gériatriques proposées, et cherché les facteurs associés à une EG pathologique dans au moins 2 domaines. **Résultats :** Sur 56 patients de 79 ans en moyenne (69-91) : 57 % avaient une perte d'indépendance, 37 % des troubles cognitifs, 26 % des troubles thymiques, 57 % des troubles locomoteurs, 49 % une dénutrition, 64 % des propositions de modifications de l'ordonnance. 75 % avaient au moins 2 domaines de l'EG pathologiques. Ceux-ci avaient plus souvent un antécédent d'hypertension artérielle (88 vs 57%, $p=0,02$) et avaient une albuminémie moyenne plus basse (37,7 vs 35,8 g/l, $p=0,03$). Les interventions les plus fréquemment proposées étaient la réalisation d'une imagerie cérébrale, l'ajout d'aides humaines ou techniques, et la modification d'anti-hypertenseur ou de psychotropes inappropriés. **Conclusion :** La disponibilité d'une consultation gériatrique dans un centre d'hémodialyse permet de détecter des syndromes gériatriques fréquents et souvent multiples chez les hémodialysés âgés, particulièrement ceux avec hypoalbuminémie ou antécédent d'hypertension artérielle. Cette consultation permet souvent de proposer des interventions diagnostiques, médicamenteuses et sociales.

A-25-182

Protocole de prise en charge des décompensations cardiaques mis au point pour le GHT

L. Parnet (1) ; D. Esperon (2) ; O. Vienet (3) ; V. Bosca (4) ; A. Bornand (1)

(1) *Gériatrie aigüe, C.H. de Versailles André Mignot, Le Chesnay*; (2) *Gériatrie aigüe, C.H. de Versailles André Mignot, Le Chesnay*; (3) *Cardiologie, C.H. de Versailles André Mignot, Le Chesnay*; (4) *Urgences, C.H. de Versailles André Mignot, Le Chesnay*

Introduction : A la demande de l'Agence Régionale de Santé, des groupes de réflexions ont été constitués entre les différents établissements de santé constituant le GHT (groupement hospitalier de territoire) du 78 sud. Les objectifs de ces échanges étaient de fluidifier le parcours des patients, de garantir une offre de proximité, de développer des alternatives aux passages aux urgences et de diminuer les réhospitalisations précoces en sécurisant le retour à domicile des patients âgés passant aux urgences en mettant en place des filières. Les patients âgés de plus de 75 ans ont effectué 10 675 passages aux urgences en 2015 soit 13,34% du total des passages avec une progression annuelle de 0,9% par an depuis 2012. En

2015, 19% des prises en charge par le MCO (HC et Ambulatoire) et 13% des personnes accueillies dans les services des urgences avaient 75 ans et +. 24% des hospitalisations complètes au MCO (hors ambulatoire) et 59 % des HC se font via le SAU dont 48% pour la tranche d'âge 75-84 ans et 69% pour les 85 ans et plus. Le premier sujet de réflexion abordé par le groupe de réflexion a été la PEC de l'insuffisance cardiaque aiguë de la personne âgée, à partir du domicile, en effet cette pathologie a été choisie car elle représente en moyenne 12% des hospitalisations en gériatrie aiguë.

Méthodes : Les différents acteurs impliqués dans cette prise en charge sont les urgentistes, les Smuristes, les gériatres et les cardiologues du CHV (centre hospitalier de Versailles), du CH de la Mauldre, de Clinique de la Porte Verte, du CH de Plaisir et du CH du Vésinet, ainsi qu'un médecin CPAM référent médical du dispositif PRADO dans les Yvelines. Afin de travailler ensemble sur ce projet d'organisation du parcours de soin des patients âgés atteints d'insuffisance cardiaque chronique, 3 groupes de réflexions ont été constitués. Ils se comprenaient tous au moins 1 médecin de chaque spécialité. Un premier s'est penché sur l'orientation du patient à partir du domicile (en fonctions de critères bien définis) soit une orientation directe en gériatrie aigue, soit un passage par les urgences ou une admission en USIC. Le deuxième groupe a réfléchi à l'homogénéisation des pratiques (bilan, imagerie) et le troisième groupe à la suite englobant la sortie, les réseaux (Prado, HAD..) et les consultations avec un cardiologue ou un gériatrie dans le mois qui suit. En pratique, il a fallu 5 rencontres soit plus d'un an pour obtenir un document consensuel. **Résultats :** Les discussions ont abouti à 2 algorithmes. Le premier à l'intention des équipes du SAMU pour la PEC des patients directement à partir du domicile et les adresser aux urgences, directement en USIC ou en gériatrie, et le second relatif à la prise en charge des patients à partir des urgences. Deux mois après leur mise en place, ces protocoles ont permis l'admission de 3 patients directement en gériatrie par le SAMU et celles de 15 autres patients aux urgences, sans avis cardiologique. De plus, un livret a été rédigé afin d'uniformiser les pratiques de PEC de la décompensation cardiaque en cours séjour gériatrique au sein des 5 établissements ainsi que le suivi au domicile. Ces documents ont été validés par tous les chefs de services et acteurs sus-cités puis présenté à l'ARS. **Conclusion :** ces documents ont permis l'amélioration de la qualité du flux patients, l'optimisation de la sécurité du patient. Ils ont également participé au désengorgement des urgences et l'uniformisation des pratiques de prise en charge des patients insuffisants cardiaque en gériatrie. Il serait intéressant de réaliser un audit pour évaluer le suivi de ce livret par les médecins des différentes structures.

A-13-183

Les enjeux de la coordination du parcours de santé complexe de la personne âgée : la perception des acteurs du terrain

B. Moheb Khosravi(1)

(1) *Unité Mobile de Gériatrie, C.H. Annecy Genevois, Annecy*

Introduction : L'évolution du système de santé fait surgir des situations complexes sur le plan médical, social et en termes de parcours. Cette complexité est liée d'une part à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et au vieillissement de la population et de l'autre à l'organisation des soins et au nombre d'intervenants. Face à la multiplicité des dispositifs d'évaluation et de coordination, nous avons voulu connaître la perception des acteurs du terrain au sujet du parcours de santé complexe de la personne âgée. **Méthodes :** Une méthode qualitative est menée

auprès des professionnels de santé sanitaires, médico-sociaux et sociaux, explorant les dimensions de coordination et de coopération entre les acteurs du terrain. Il s'agit des entretiens semi-directifs avec le même guide d'entretien utilisé pour tous les entretiens individuels avec les thématiques suivantes : les spécificités de la prise en charge des personnes âgées, le rôle et l'implication du professionnel dans la coordination du parcours complexe des personnes âgées, les propositions et perspectives pour une meilleure coordination du parcours des situations complexes. **Résultats :** Les résultats de l'enquête se résument en trois axes principaux : - les enjeux relevés en termes de prise en charge des personnes âgées sont le repérage précoce des signes d'alerte, l'intérêt d'un outil de repérage commun, les notions de la perte fonctionnelle brutale, des primo-découverts, d'intermédiation, du droit de la personne âgée et du rôle de l'aidant, le questionnement sur le rôle central du médecin traitant dans la coordination; - la complexité se révèle une notion subjective et hétérogène avec des nuances entre la « situation complexe » et le « parcours complexe ». La complexité de la situation est définie par l'isolement et la polyopathie. La complexité du parcours définie par le manque d'identification des niveaux d'accompagnement, le manque de coordination et de relai suite aux évaluations multiples, le défaut d'accompagnement logistique des patients, le manque du temps et de rémunération des professionnels; - les principaux problèmes de coopération et de coordination viennent d'un défaut de circulation de l'information et d'interconnaissance, de la négligence des moments critiques du parcours, le manque du lien et du liant, des luttes d'influence entre les acteurs, des duels de coordination liés aux enjeux politiques et économiques, l'absence d'un outil numérique de coordination.

Conclusion : Quel que soit la perception de la complexité, il existe un consensus global de l'importance d'une approche « parcours » intégrant les différents dispositifs existants. Une représentation globale de l'organisation de soins peut se définir en plusieurs niveaux d'accompagnement : ponctuel (expertise médicale), intermédiaire (appui aux professionnels) et à long terme (gestion de cas). Dans le cas des parcours de santé complexe, ces différents types d'accompagnement devraient s'appuyer sur l'ensemble des professionnels des secteurs de santé afin de pouvoir proposer à l'usager le bon dispositif au bon moment. D'une manière générale, les enjeux d'une coordination cohérente autour des parcours de santé complexe nécessite une ingénierie appropriée avec la bonne utilisation des dispositifs existants, le partage d'expérience par des rencontres pluridisciplinaires, l'adaptation des financements, la qualification et les compétences des acteurs, une aide logistique et un système d'information partagé. Les caractéristiques reconnues de ce type de coordination par l'ensemble des acteurs sont les notions du guichet unique, de la neutralité, de la souplesse, de la polyvalence et de la réactivité.

A-10-184**Argumentaire pour une RCP pré-dialyse – à propos d'un cas clinique**

T. Cudennec (1) ; MA. Desoutter (1) ; C. Vaquier (1) ; S. De La Roche (1) ; C. Sellier (2) ; L. Aubert (1) ; S. Moulias (1) ; L. Teillet (3)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (2) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Avenue Charles de Gaulle, Boulogne-Billancourt, France, Boulogne-Billancourt*; (3) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

Introduction : L'analogie entre une prise de décision thérapeutique en onco-gériatrie et concernant l'initiation d'une hémodialyse est aisée. Les mêmes écueils sont rencontrés, à savoir traiter insuffisamment du seul fait de l'âge introduisant une notion de perte de chance, ou proposer une prise en charge optimale sans avoir estimé les conséquences potentielles d'une telle prise en charge. Il est indispensable de bien identifier les facteurs prédictifs de faisabilité et de tolérance physique et psychique d'un traitement par hémodialyse. **Méthodes :** Mr P., âgé de 82 ans est hospitalisé en néphrologie pour un bilan pré-dialyse. Il vit à domicile avec son épouse. Il a une fille infirmière très présente auprès de lui et très impliquée dans les soins. Il ne marche plus et nécessite de l'aide pour ses transferts. Le patient est alimenté à l'aide d'une sonde naso-gastrique depuis 2 mois dans un contexte d'anorexie sans étiologie précise. Il se dit fatigué depuis environ deux ans, avec notion d'une perte de poids de l'ordre de 40kg sur cette période. Parmi ses antécédents significatifs : fragilité cardio-vasculaire certaine (cardiopathie ischémique, FA, cure d'AAA, sténose carotidienne droite 60%, angioplastie des artères rénales et mésentérique, HTA, dyslipidémie), SAS, diabète cortico-induit. Au cours de l'année écoulée, le patient a bénéficié de la prise en charge d'une spondylodiscite et d'une urétéro-néphrectomie gauche sur carcinome urothélial papillaire non infiltrant découvert au cours du bilan de son asthénie. Un OAP est venu compliquer le geste chirurgical urologique. Une insuffisance aortique sévère est objectivée. Le patient est adressé en néphrologie pour bilan en vue d'une dialyse éventuelle. Il a une créatininémie à 406 μ M, une urée à 52mM et un DFG estimé par CKD-EPI à 11ml/min. **Résultats :** La problématique posée est la décision d'initier ou non une dialyse chez ce patient ayant de nombreuses comorbidités. L'épouse et la fille du patient se positionnent rapidement en faveur de cette prise en charge. Pour être aidés dans la prise de décision, les néphrologues sollicitent les psychiatres et les gériatres. L'avis psychiatrique constate l'existence d'une certaine anhédonie, d'une lassitude extrême de ses problèmes médicaux, une inversion du cycle nyctéméral, et une tendance au repli. Il est proposé l'introduction d'un traitement par Sertraline. L'avis gériatrique conclue à l'existence de très nombreuses comorbidités sévères chez ce patient, associées à une perte d'autonomie fonctionnelle, à une asthénie majeure, à une fragilité thymique et cognitive, et à une situation de dénutrition sévère malgré une alimentation entérale depuis 2 mois pour un motif non connu. L'équipe gériatrique s'exprime clairement en défaveur d'une prise en charge en dialyse. De façon collégiale, 3 options de prise en charge sont discutées avec le patient et sa famille : 1. une adaptation médicamenteuse concernant notamment les cardiotropes, 2. l'administration de Ketostérol®, 3. une hémodialyse. La Ketostérol® est un mélange de 5 acides aminés essentiels et de 5 substituts d'acides aminés essentiels sous forme de sel calcique dont 4 céto-analogues et un

hydroxyanalogue sous forme de sel calcique. Son association à un régime hypoprotidique strict chez l'insuffisant rénal chronique permet de diminuer le syndrome urémique et de mieux contrôler le métabolisme phospho-calcique. En réunion pluridisciplinaire, c'est la deuxième option de prise en charge qui est retenue. **Conclusion :** Après l'âge de 80 ans, chez les patients ayant de nombreuses comorbidités et le plus souvent polymédicamentés, il est souhaitable de pouvoir disposer d'une évaluation gériatrique avant d'envisager une prise en charge en hémodialyse. Comme en onco-gériatrie, une réunion de concertation pluridisciplinaire associant néphrologues et gériatres devrait permettre de prendre une décision collégiale et éclairée.

A-10-185**Déclin rapide de la fonction rénale chez le patient âgé, valeur pronostique et facteurs prédictifs**

E. Liuu (1) ; C. Fardet (1) ; ML. Bureau (1) ; A. Caupenne (1) ; A. Jamet (1) ; M. Paccalin (1)

(1) *Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers*.

Introduction : Le débit de filtration glomérulaire (DFG) décline progressivement chez le sujet âgé. Le déclin rapide de la fonction rénale (DRFR), défini par une baisse de $DFG \geq 5$ mL/min/an selon CKD-EPI, pourrait être un marqueur de fragilité gériatrique. Objectifs : déterminer l'association entre DRFR et mortalité, et identifier les facteurs prédictifs de DRFR. **Méthodes :** Etude observationnelle rétrospective dans le pôle de gériatrie du CHU Poitiers, entre 01/01/2014 et 31/12/2015, incluant des patients ≥ 75 ans avec ≥ 2 hospitalisations en gériatrie (intervalle : 6-12 mois), et $DRFR \geq 5$ mL/min/an. Variables analysées : données socio-démographiques, comorbidités et médication, et fonction rénale (créatininémie, clairance selon CKD-EPI, variations en mL/min/an). **Résultats :** 125 patients ont été inclus (63% femmes, âge moyen $85,5 \pm 6,0$ ans, 43% insuffisants rénaux avec $CKD-EPI < 60$ mL/min à la 1^{ère} hospitalisation (H1), suivi médian 379j, Q1-Q3 0-554). On retrouvait une association significative entre mortalité et vitesse de déclin du DFG ($HR=1,03$; $IC95\%$ 1,00-1,06, $p=0,04$), fonction rénale à H1 selon CKD-EPI ($HR=1,02$; 1,01-1,04, $p=0,03$), et survenue d'évènements cardio-vasculaires ($HR=1,80$; 1,08-3,04, $p=0,02$). En analyse multivariée, la seule variable associée de façon indépendante à la mortalité était la valeur de CKD-EPI ($HR=1,02$; 1,01-1,03, $p=0,02$). En analyse uni, puis multivariée, les facteurs prédictifs de DRFR étaient la valeur de l'hémoglobine à H1 ($OR=0,95$; 0,91-0,99, $p=0,03$) et l'existence d'une insuffisance rénale ($OR=0,79$; 0,66-0,94, $p=0,01$). **Conclusion :** Cette étude montre que chez le sujet âgé avec DRFR, l'estimation initiale du DFG est le seul facteur identifié comme associé à la mortalité. Dans cette population, une anémie serait associée au risque de DRFR à 1 an. L'identification d'un DRFR serait recommandée chez tous les patients hospitalisés, surtout en situation d'insuffisance rénale.

A-18-186**Facteurs pronostiques chez les patients ≥ 75 ans hospitalisés en SSR neuro-gériatrique, pour un AVC ischémique**

N. Guillard (1) ; E. Liuu (1) ; ML. Bureau (1) ; A. Caupenne (1) ; A. Jamet (1) ; M. Paccalin (1)

(1) *Gériatrie, CHU de Poitiers, Poitiers*

Introduction : La prise en charge de l'AVC chez le sujet âgé est un problème de santé publique, du fait de l'incidence croissante et de l'impact sur le pronostic vital et fonctionnel. L'optimisation des

soins en SSR (soins de suite et réadaptation) à orientation neurogériatrique permettrait d'améliorer les chances de récupération. Dans cette population hétérogène, l'identification de facteurs associés au pronostic semble indispensable, pour cibler les patients à risque.

Objectifs : déterminer les facteurs associés au mauvais pronostic (aggravation neurologique avec augmentation du score NIHSS – National Institute of Health Stroke Score, déclin fonctionnel avec déclin du score GIR – groupes iso-ressources, décès). **Méthodes:** Etude observationnelle rétrospective dans le pôle de gériatrie du CHU Poitiers, entre 01/05/2015 et 01/05/2017, incluant des patients ≥ 75 ans hospitalisés en SSR neuro-gériatrique pour un AVC ischémique. Variables analysées : données socio-démographiques, variables gériatriques et neurologiques, comorbidités et médication.

Résultats : 100 patients ont été inclus (53%hommes, âge moyen 85 ± 6 ans, durée moyenne de séjour en SSR 44 ± 29 jours). Le taux de mortalité à 3 mois était de 20%, 38% des patients avaient présenté un mauvais pronostic selon nos critères. En analyse uni, puis multivariée, un mauvais pronostic était associé à un score de Charlson modifié élevé ($p=0,01$), un score NIHSS élevé ($p=0,02$), une étiologie cardio-embolique ($p<0,001$), et la survenue de complications précoces telles qu'une épilepsie ($p=0,002$) et des troubles de déglutition ($p=0,02$). **Conclusion :** Cette étude montre que dans les suites d'un AVC ischémique, la prise en charge optimale du sujet âgé devrait inclure l'identification précoce des comorbidités, notamment l'existence d'une éventuelle fibrillation atriale, en vue de mise en place de mesures thérapeutiques, et une sensibilisation aux dépistages du risque de fausses routes et d'épilepsie.

A-13-187

Innover en Gériatrie Libérale et Maintien à Domicile

N. Jacquin-Mourain (1)

(1) 153a rue cardinet, 75017 paris, boîte 90, ANGEL'DOM, Paris

Introduction : **Sans attendre des directives venues « d'en haut »**, et sur la base d'une longue expérience de la gériatrie libérale, ANGEL'DOM offre une solution de meilleure prise en soins de la personne âgée à son domicile autour des mots clé « Coordination, Prévention, E-santé, 24/7 (voir comment ci-dessous) ». Cette solution s'articule avec les professionnels de santé libéraux qui entourent la personne âgée à domicile. ANGEL'DOM leur propose une évolution raisonnée des pratiques tenant compte de la réalité du terrain. Sont mis en œuvre les outils appropriés de coordination, les objets connectés et des éléments de télémédecine. Les premiers résultats sont très encourageants. Sans attendre des directives venues « d'en haut », et sur la base d'une longue expérience de la gériatrie libérale, ANGEL'DOM offre une solution de meilleure prise en soins de la personne âgée à son domicile autour des mots clé « Coordination, Prévention, E-santé, 24/7 (voir comment ci-dessous) ». Cette solution s'articule avec les professionnels de santé libéraux qui entourent la personne âgée à domicile. ANGEL'DOM leur propose une évolution raisonnée des pratiques tenant compte de la réalité du terrain. Sont mis en œuvre les outils appropriés de coordination, les objets connectés et des éléments de télémédecine. Les premiers résultats sont très encourageants. **Méthodes :** Concrètement, ANGEL'DOM, c'est une combinaison de solutions humaines et technologiques, mettant en jeu : • Une méthode d'évaluation de la santé de la personne âgée à son domicile, et de son environnement, pour proposer des solutions personnalisées de prévention, de prise en soins adaptée. • Une méthode et des outils de coordination de tous les professionnels

de santé libéraux autour de la personne âgée à son domicile. • Un dossier médical partagé entre tous ces professionnels de santé. • Une plateforme téléphonique médicalisée accessible 24H/24, ayant accès au dossier médical, pour former un dispositif de télé-expertise complétant la disponibilité des soignants et capable de prendre des actions en urgence si besoin est. • Des objets connectés pour surveiller certaines pathologies de la personne à son domicile. • La fourniture d'autres services connexes, souvent en partenariat. • Le tout bien sûr en étroite relation avec les proches et les aidants, qui sont impliqués, et à qui il est proposé des conseils concrets. Un schéma résume principes et composants (il est visible sur le site anggeldom.fr). **Résultats :** Les principaux bénéfices pour le patient/personne âgée sont : • Réduction du nombre d'hospitalisations et de passages aux urgences, toujours délétères; • Réduction de la iatrogénie, stabilisation des pathologies chroniques; • Bénéfice des méthodes de prévention, par exemple des chutes, de la dénutrition... En impliquant les aidants et les pharmaciens de proximité. De nombreux bénéfices sont apportés aux médecins et professionnels de santé, avec de vrais outils collaboratifs, la couverture 24/7, le suivi des ALD par objets connectés, l'aide administrative etc. (il faudrait plus de place pour préciser). **Conclusion :** Il est possible d'innover « à la base » sur le terrain de la gériatrie libérale et du maintien à domicile. Pour cela il faut mettre en œuvre de manière très pragmatique, simplement et avec les outils appropriés, les principes souvent évoqués de COORDINATION, E-SANTE, DOSSIER MEDICAL ELECTRONIQUE. Les bénéfices de la prise en soin « care & cure » sont évidents pour le patient à son domicile. Ils sont évidents pour les professionnels de santé, il suffit souvent d'un petit pas à sauter. Les infirmières, kinés et autres PS sont très vite enthousiastes. Les médecins le peuvent aussi, en travaillant en équipe et en confiance.

A-18-188

Exemple d'un Soins de Suites et Réadaptation Gériatrique à orientation Orthopédique – SSR « Os » : Analyse descriptive à 1 an

F. Raimbault (1) ; C. Loiseau Breton (2) ; C. Glostein (1) ; N. Te (3) ; V. Fossey Diaz (4)

(1) Gériatrie, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris; (2) Gériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris; (3) Gériatrie générale, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris; (4) gériatrie générale, Hôpital Bretonneau, Paris

Introduction : La forte prévalence des chutes et des fractures dans la population de sujets âgés, part croissante de la population générale, en fait depuis plusieurs années un enjeu de santé publique. Le souci de la prévention des complications et de la mortalité péri opératoires immédiates a favorisé l'essor d'Unité Post Opératoire Gériatrique (UPOG). Pour la majorité des sujets âgés voir très âgés, la fracture est traumatique, confirmant ou révélant une fragilité par définition multidimensionnelle (physiopathologique, cognitive, sociale et environnementale). Afin de compléter la filière orthopédique, l'intérêt de soins de suites et réadaptation (SSR) gériatriques spécialisés et dédiés est à évaluer quant à la réhabilitation, la survenue de complications médicales, le devenir, la mortalité, ainsi que l'efficacité du parcours de soins de ces patients âgés, comorbides avec ou sans troubles cognitifs. **Méthodes :** Analyse descriptive de l'activité et de la population de patients hospitalisés dans l'unité de SSR « Os » au décours d'une fracture, de novembre 2017, date de création, à novembre 2018. Unité de 16 lits faisant partie d'un SSR polyvalent de l'hôpital Gériatrique Bretonneau

(75018), sectorisé au 17^{ème}, 18^{ème} et 8^{ème} arrondissement de Paris. Comparaison de l'activité et de la population de patients admis pour fracture et soumis à la prise en charge standard au sein du SSR Gériatrique polyvalent du même hôpital, entre novembre 2015 et novembre 2016. L'ensemble des données sont extraites des dossiers médicaux (Comptes rendus d'hospitalisation) via les logiciels internes (ORBIS, Mediweb) ainsi que le service viaTrajectoire de gestion des admissions. Les données qualitatives comprennent pour les patients à l'admission en SSR : âge, genre, IMC, lieux de vie et devenir, le service d'origine, la présence ou non d'une UPOG, le type de prise en charge orthopédique (chirurgicale ou non, nécessité d'une immobilisation et durée l'existence de co-morbidités vasculaires (cardiopathie ischémique, rythmique, valvulaire, artérite, accident vasculaire cérébral), métabolique/inflammatoire (diabète), respiratoire (insuffisance respiratoire chronique), cognitives, ostéo-articulaires, la présence de traitements anticoagulants, anti hypertenseurs, psychotropes, corticothérapie au long cours, l'existence de complications péri opératoires (hémorragie avec transfusion, confusion, infection, rétention aigue d'urine, chutes), l'autonomie pré fracture (ADL/IADL), l'existence d'une aide à domicile (aidant familial, SAD, SSIAD, IDE libérale), d'une kinésithérapie à domicile. Les données quantitatives : le nombre de comorbidités et traitements par patient, le délai entre la chirurgie et l'admission en SSR (en jours), la durée moyenne de séjour. **Résultats** : Recueil de données en cours. **Conclusion** : Le recueil de données étant en cours, les objectifs sont: Evaluer le bénéfice d'une prise en charge en SSR « os » des patients en post UPOG comparativement à celle en SSR gériatrique standard au sein d'un même hôpital. Evaluer l'activité et le phénotype des patients au décours d'une fracture, traitée chirurgicalement ou non, hospitalisés en post UPOG dans une unité de SSR à orientation orthopédique comprenant une équipe pluridisciplinaire spécialisée versus la prise en charge standard d'un SSR Gériatrique polyvalent.

A-14-189

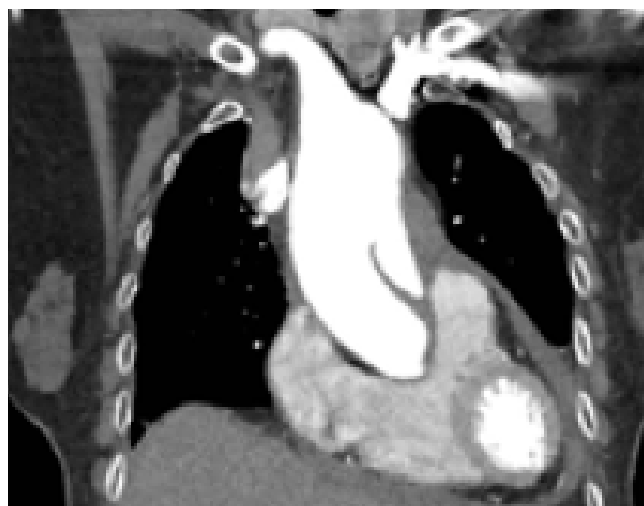
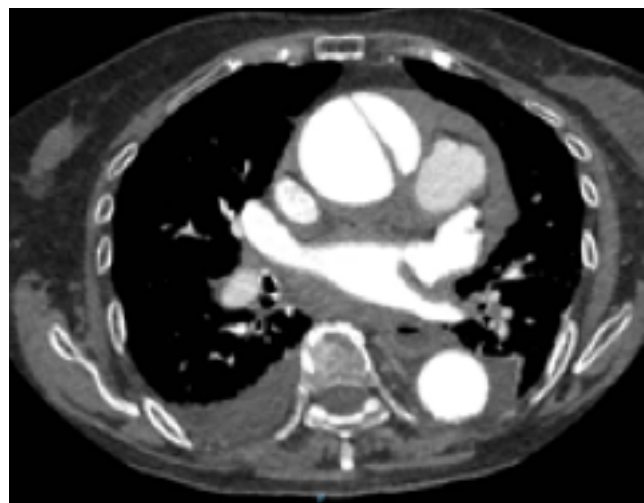
Malaise associé à une hypotension artérielle, pensez à la dissection aortique !

T. Cudennec (1) ; A. Foudali (2) ; C. Vaquier (1) ; MA. Desoutter (1) ; S. De La Roche (1) ; L. Teillet (3)

(1) Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt; (2) Imagerie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt; (3) Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris

Introduction : Les circonstances de découverte les plus fréquentes d'un anévrysme de l'aorte thoracique sont les découvertes fortuites, la compression d'un organe de voisinage (compression trachéale, paralysie récurrentielle, dysphagie) ou à l'occasion de la survenue d'une complication (dissection aortique, rupture, fissuration). Le risque de fissuration ou de rupture dans le péricarde et/ou le médiastin est très élevé. Ils sont susceptibles, par ailleurs, d'évoluer vers une dissection secondaire. Son traitement est chirurgical. **Méthodes** : Histoire de la maladie. La patiente se rend seul chez le coiffeur, survenue d'un malaise sur la voie publique avec prodromes à type de sensation de faiblesse associée à une oppression thoracique de quelques minutes. Il n'y a pas de perte de connaissance associée. Pas de chute. Appel du SAMU qui constate une hypotension à 60/50 mmHg, hémocue à 8.9g/dl, ECG : BBD incomplet avec BAV 1 et ondes T plates en V1 V2 V3 sans miroir. Pas de saignement extériorisé. Remplissage. A l'arrivée au SAU : PA 95/63mmHg, pouls à 60bpm, saturation à 99%, pas de fièvre,

Glasgow à 15/15. Pâleur cutanéomuqueuse, patiente consciente, cohérente, orientée. Pas de céphalées, pas de troubles sensitivo-moteur. Sensation vertigineuse et nausées en position assise. Douleur de nuque mais nuque souple. Pas de syndrome méningé. Pas de signe de choc. Auscultation pulmonaire libre. Abdomen souple et dépressible. Pas de saignement au toucher rectal. Au cours de la prise en charge, dégradation de ses chiffres tensionnels, PAS 70 mmHg, renforcement de l'hydratation par sérum physiologique. Bilan biologique : Hb 10.3g/dL, troponine Ic us 0.023 µg/L (N < 0.034), NT pro BNP à 788 ng/L, CRP 2. Radiographie de thorax : comblement des deux culs-de-sac pleuraux. Foyer du lobe inférieur droit. Silhouette cardio-médiastinale non interprétable. **Résultats** : Scanner thoraco-abdomino-pelvien à la recherche d'une embolie pulmonaire : absence d'embolie pulmonaire. Dissection aortique de type A intéressant la racine de l'aorte thoracique et l'aorte thoracique ascendante avec probable extension aux coronaires, associée à un épanchement péricardique circonférentiel dont l'épaisseur maximale est estimée à 11 mm. Diamètre de l'aort ascendante de 53 mm. Pas d'extension de la dissection aux troncs supra-aortiques. Pas d'extension de la dissection au niveau de l'aorte thoracique descendante ou au niveau de l'aorte abdominale. Avis chirurgical en urgence nécessaire. **Conclusion** : La dissection aortique de type A est une urgence chirurgicale grave. Le pronostic vital est conditionné par la rapidité de la prise en charge chirurgicale.



A-07-190**Intérêt et faisabilité de la mise en place d'une Revue de Morbi-Mortalité Gérontologique en EHPAD**

JC. Hansen (1) ; C. Clement. (2) ; E. Bostel (3) ; I. Caillie (4) ; S. Hector (5)

(1) *Médecin coordonnateur, Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique (CHAG), Pacy-sur-Eure;* (2) *Cadre supérieur de santé, coordonnateur qualité et gestion des risques, Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique (CHAG), Pacy-sur-Eure;* (3) *Cadre de proximité ehpad, htc, htud, caja, Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique (CHAG), Pacy-sur-Eure;* (4) *Cadre de proximité ehpad, ori, dia, Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique (CHAG), Pacy-sur-Eure;* (5) *Ingénieur qualité, Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique (CHAG), Pacy-sur-Eure*

Introduction : En règle générale, du point de vue médical, le décès d'un résident d'EHPAD est apprécié comme un événement convenu – qu'il soit attendu ou inattendu – et ne bénéficie pas d'une attention particulière au-delà du soin apporté à la rédaction du certificat de décès. Les auteurs se sont posés la question de l'intérêt de mettre en œuvre une Revue de Morbi-Mortalité en EHPAD à travers la réalisation d'une revue pilote et de son couplage à une étude cas-témoins. **Méthodes :** Entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017 49 décès sur 163 résidents ont été enregistrés. 6 (12%) ont été tirés au sort et appareillés à 6 dossiers de résidents non décédés sur cette même année. Pour renforcer la représentativité de l'échantillon, les dossiers des résidents décédés ont été extraits, au hasard, 1 mois sur 2. A l'issue de la procédure d'appariement 12 dossiers ont bénéficié du travail d'analyse 6 dossiers de résidents décédés en 2017 numérotés A1 à A6, groupe A (DCD), et 6 dossiers de résidents appariés vivants en 2017 numérotés B1 à B6, groupe B (VIV). Les données qualitatives et quantitatives anthropologiques, cliniques et psycho-sociales étudiées dans le cadre de la RMM et de l'étude cas-témoins ont été regroupées dans des index composites reconnus tels que la grille AGGIR, l'outil PATHOS, le MMS, L'utilisation de tests non paramétriques a été retenue en raison de l'indépendance des deux échantillons et de la puissance de ces outils statistiques sur des échantillons de taille limitée comme c'est le cas dans le présent travail exploratoire[i]. [i]Soize Ch. Une nouvelle approche probabiliste non paramétrique des incertitudes de modélisation dans les modèles d'ordre réduit non linéaires. 2016. Thèse de doctorat. ENSAM, Paris. **Résultats :** Le score de Charlson (CHARLS) 8.17 +/- 2.04 pour le groupe A (DCD) vs 2.55 +/- 7.42 pour le groupe B (VIV), comme le degré de sévérité (DEGSEV) du CIRS-G respectivement 133.33 +/- 82.12 vs 54.17 +/- 24.14 sont en cohérence avec leur qualité de facteurs prédictif de décès dans les 12 mois. Par ailleurs, des tendances paradoxales se dessinent dans un contexte où les tests non paramétriques permettent d'affirmer que certaines de ces constatations ne sont pas le fruit du hasard. Ainsi en est-il de la proportion observée, statistiquement significative, plus importante dans le groupe B (VIV) par rapport au groupe A (DCD) en ce qui concerne les hospitalisations (NBRHOS : 50% vs 0%) ou les épisodes aigus (NBREAI : 83% vs 16%), dans un contexte où la moyenne des consultations par le médecin traitant est elle aussi plus importante (17 vs 5) pour, respectivement, le groupe B (VIV) et le groupe A (DCD). Le fait qu'il existe une corrélation statistiquement significative entre le degré de sévérité du CIRS-G ou du score de Charlson et la durée de séjour pour le groupe A

(DCD) non retrouvée pour le groupe B (VIV) vient renforcer ce paradoxe. À contrario, bien que les différences observées n'aient pas de signification statistique, le groupe A (DCD) présente un nombre moyen de staffs éthiques (STAFETH : 16%), de staffs de fin de vie (STAFFV : 33%) et de protocoles éthiques (PROTET : 33%) manifestement supérieur à celui du groupe B (VIV) qui n'en bénéficie d'aucun (0%). **Conclusion :** Il se dégage de ces constatations la tendance que les résidents « bruyants », ayant un nombre d'épisodes aigus supérieur, bénéficient d'un suivi médical plus serré, objectivé par un nombre sensiblement plus important de consultations et, le cas échéant, d'hospitalisations, qui se traduisent dans les faits par une moindre mortalité par rapport à des résidents plus « silencieux » sur le plan clinique mais ayant à priori un pronostic de mortalité plus élevé à 12 mois (identifié par le score de Charlson ou le CIRS-G) et qui bénéficient manifestement de staffs éthiques ou de fin de vie ainsi que de protocoles de fin de vie adaptés. Pour autant, ces résidents « silencieux » ont une durée de séjour directement proportionnelle à leur pronostic de mortalité (plus il est élevé, plus leur durée de séjour est importante). Cette étude exploratoire démontre l'intérêt et la faisabilité de la mise en place d'une RMM couplée à une étude cas-témoins en EHPAD en raison des questions qu'elle soulève et qui seront explorées par des travaux ultérieurs.

A-13-191**Mise en place d'outils de communication pour les transferts de patients entre l'hôpital de Chinon et les EHPAD**

G. Sasseigne (1) ; C. Eudo (2)

(1) *Médecine polyvalente - USC, CH de Chinon, Chinon;* (2) *Unité de psychiatrie de la personne âgée, C.H. de Quimperlé, Quimperlé*

Introduction : Le partage des informations de santé entre le centre hospitalier (CH) de Chinon et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) n'est pas satisfaisant.. L'objectif est du travail est d'améliorer la communication entre les professionnels de santé lors des transferts des patients entre les EHPAD et le CH de Chinon. **Méthodes :** Plusieurs rencontres ont eu lieu dans le cadre du groupe « filière gériatrique » ainsi que lors de déplacements dans les EHPAD et au CH de Chinon pour perfectionner les outils de communication utilisés par les soignants. **Résultats :** Une fiche manuscrite de transfert patient EHPAD/Hôpital et son enveloppe transfert qui sert de check list sont utilisées depuis le 01 avril 2016 pour les patients des 4 EHPAD publics. La fiche de liaison infirmière au retour des patients a été informatisée. **Conclusion :** La volonté des professionnels de santé d'améliorer la prise en charge des résidents d'EHPAD lors de leur passage à l'hôpital a permis en plusieurs rencontres d'élaborer des outils de communication simples et efficaces.

A-03-192**Cas clinique : une pseudo-démence curable liée à une maladie de Horton de présentation atypique**

M. Lilamand (1) ; C. Lahaye (2) ; A. Rouet (2) ; A. Gross (3) ; M. Sanchez (4) ; N. Faucher, (4) ; A. Raynaud-Simon (5)

(1) *Gériatrie, Hôpital Bichat (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), Paris*; (2) *Gériatrie, Hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP) : Service des Urgences, Paris*; (3) *Gériatrie aigüe, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris*; (4) *Gériatrie, Hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP), Rue Henri Huchard, Paris, France, Paris*; (5) *Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*

Introduction : Monsieur E. 70 ans, ancien couvreur, ayant pour antécédents une intoxication éthylo-tabagique dont il était sevré depuis 10 ans, un cancer de l'épiglotte traité par chirurgie seule en 2006 et une HTA traitée par ramipril a été hospitalisé en 2017 dans notre service en raison de troubles cognitifs évoluant rapidement avec incapacité à effectuer toutes les IADL puis aide partielle pour les ADL depuis 6 mois. Le MMSE était à 20/30, la BREF à 13/18, le test des 5 mots à 4+1 ; 2+1. Pas d'apraxie idéatoire / idéomotrice. Gestes symboliques et praxies visuo-constructives altérées, gnosies préservées, pas de syndrome dépressif grande apathie. Labilité de l'humeur, fluctuations cognitives et motrices. A l'examen physique : ralentissement psychomoteur, signes généraux (asthénie, amaigrissement de 15 kg en 6 mois), pas de céphalées, pas de déficit sensitivomoteur, paires crâniennes normales ; syndrome pyramidal avec réflexes vifs, diffusés et élargissement de la zone réflexogène des membres inférieurs, Babinski droit ; syndrome extrapyramidal axial (amimie, dysarthrie) sans tremblement de repos ; ataxie cérébelleuse ; sarcopénie avec fonte musculaire diffuse. On ne retrouvait pas de fasciculation ni de mouvements anormaux, pas d'hypotension orthostatique ; pas de notion de troubles du comportement en sommeil paradoxal ; pas d'hallucinations mais : dysurie et dysfonction érectile récentes. Le reste de l'examen physique était normal. Plusieurs épisodes de fausses routes aux solides et liquides récents avec toux persistante ayant motivé des antibiothérapies probabilistes en ville. **Méthodes :** Parmi les explorations complémentaires pratiquées : la biologie retrouvait un discret syndrome inflammatoire biologique (Leucocytes 9500 / mm³ ; CRP = 27 mg / l) attribué initialement aux inhalations. TSH, B12 folates, VIH, TPHA / VDRL, bilan hépatique = normaux. AAN, ANCA négatifs. Anticorps anti récepteur de l'acétylcholine sur LCR : négatifs. PCR Whipple négative. Protéine 14-3-3 négative. Sérologies Bartonella, Rickettsiose, Coxiella, Brucellose négatives. 3 BK crachats direct négatifs. Quantiféron négatif. Hémocultures négatives. A la ponction lombaire : protéinorachie 0.44 g/L, glycorachie 3.3 mmol/L, 6 éléments, culture négative. Recherche de JC virus, PCR HSV 1 et 2, VZV, négative. Antineuronaux LCR négatifs. Aβ42 et Ptau normales, tau totale = 2000 pg/ml. L'électroencéphalogramme, l'électromyogramme des 4 membres étaient normaux. L'IRM médullaire excluait une compression médullaire ou une myélopathie. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien ne retrouvait pas d'anomalie spécifique. L'IRM cérébrale retrouvait une atrophie cérébelleuse avec aspect de microinfarctus multiples. Sur l'ARM : Sténose vertébrale gauche avec occlusion du segment V2, une sténose vertébrale droite avec aspect grêle étendu. **Résultats :** L'hypothèse principale étant une encéphalite paranéoplasique avec primitif inconnu une Tomographie par Emission de Positons au FDG a été réalisée mettant finalement en évidence une vascularite métaboliquement active du tronc brachio-

céphalique, des artères sous-clavières, vertébrales et temporales et 3 GG médiastinaux hilaires bilatéraux hypermétaboliques (SUVmax 4,5). La biopsie de l'artère temporale a immédiatement confirmé le diagnostic de maladie de Horton. **Conclusion :** Le diagnostic retenu est celui de maladie de Horton avec atteinte vertébrale sévère compliquée d'AVC multiples cérébelleux. L'évolution clinique et cognitive ont été favorables 4 mois plus tard après corticothérapie + traitement immunosuppresseur et prise en charge globale (nutritionnelle, activité physique, gestion des complications iatrogènes).

A-05-193**Mortalité à long terme et formes cliniques de l'infection par le virus du Chikungunya chez des personnes âgées vivant en Martinique**

L. Godaert (1) ; S. Bartholet (2) ; F. Najioullah (3) ; L. Kanagaratnam (4) ; JL. Fanon (1) ; M. Dramé (5)

(1) *Pôle de Gériatrie et Gérontologie, CHU Martinique, Le Lamentin*; (2) *Pôle de gériatrie et gérontologie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique*; (3) *Service de virologie, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique*; (4) *Unité de soutien méthodologique, CHU de Reims, Hôpital Robert-Debré, Reims*; (5) *Unité de soutien méthodologique à la recherche, CHU Martinique, Fort-de-France, Martinique*

Introduction : L'objectif principal de cette étude était de déterminer si le risque de décès à long terme chez des personnes âgées infectées par le virus du Chikungunya était associé aux formes cliniques telles que définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). **Méthodes :** C'était une étude de cohorte historique reconstituée rétrospectivement à partir des données hospitalières de l'épidémie de l'infection au virus du Chikungunya (IVC) qui a eu lieu entre janvier et décembre 2014 sur l'île de la Martinique. Ont été incluses toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus, avec une RT-PCR positive, et dont le début des signes cliniques était inférieur ou égal à 72 heures. Des données sociodémographiques, cliniques, et biologiques ont été recueillies. Les formes cliniques ont été définies selon la classification de l'OMS de 2015 (formes typique, atypique, et sévère). Les personnes âgées ne correspondant à aucune de ces formes ont regroupées dans une forme dite « inclassable ». Les facteurs de risque de mortalité ont été identifiés par un modèle de Cox. La méthode du « Jack knife » a été utilisée en analyse multivariée pour réduire le biais et augmenter la précision des estimations. **Résultats :** Au total 267 patients (80±8 ans) ont été inclus. Le suivi médian était de 28 mois avec des extrêmes allant de 0 à 39 mois. Concernant les formes cliniques, 8,2% étaient considérées comme typiques, 29,6% comme atypiques, 19,5% comme sévères, et 42,7% comme inclassables. Après ajustement sur l'âge, le score de comorbidité de Charlson, et les autres variables cliniques et biologiques, la forme clinique était significativement associée au risque de décéder. En effet, par rapport à la forme typique, les risques de décès associés aux autres formes étaient les suivants : forme atypique (HR : 2,46 ; IC 95% : 2,33 – 2,59 ; p=0,02) ; forme sévère (HR : 2,55 ; IC 95% : 2,42 – 2,69 ; p=0,02) ; forme inclassable (HR : 3,03 ; IC 95% : 2,87 – 3,19 ; p=0,02). **Conclusion :** Le risque de décéder à long terme est associé à la forme clinique en phase aiguë de l'IVC. Les patients ayant une forme ne correspondant pas à celles définies par l'OMS présentent le plus haut risque de décès. Ils méritent une attention particulière.

A-21-194**L'AVC de l'artère de Percheron, une présentation clinique trompeuse**

J. Bret (1) ; M. Verny (2) ; A. Gioanni (2)

(1) *Gériatrie, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris*; (2) *Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*

Introduction : L'artère paramédiane naît de l'artère cérébrale postérieure et vascularise le territoire paramédian du thalamus. Plusieurs variantes anatomiques ont été décrites par M. Percheron. Les deux artères paramédiennes droite et gauche peuvent naître d'un tronc commun, appelé artère de Percheron. Cette artère peut également vasculariser le mésencéphale. L'occlusion de l'artère de Percheron est alors responsable d'un infarctus bi thalamique et mésencéphalique. Ces territoires sont le carrefour de voies neurologiques diverses, expliquant des présentations cliniques variées. **Méthodes :** Nous rapportons le cas de Mme D, 83 ans, hospitalisée pour chute avec troubles de la vigilance et aphasia au décours. Ses antécédents étaient : diabète de type 2, hernie discale et arthrose lombaire. Pendant l'hospitalisation, la patiente était initialement mutique et obnubilée. L'examen clinique montrait des troubles de la vigilance fluctuants, une amnésie antérograde et des paraphrasies sémantiques. Le reste de l'examen était normal, notamment l'oculomotricité. **Résultats :** Le scanner cérébral réalisé en urgences retrouvait des hypodensités bithalamiques semi récentes. L'IRM confirmait le diagnostic d'AVC semi récent de l'artère de Percheron : hypersignaux des thalami para médians, antérieurs et du mésencéphale sur les séquences en diffusion et T2 FLAIR. Les examens biologiques, l'EEG, le holter ECG étaient normaux ; l'échodoppler des troncs supra aortiques montrait un athérome diffus sans sténose significative. Nous avons conclu à des troubles de la vigilance, des troubles phasiques et mnésiques secondaires à un AVC cryptogénique de l'artère de Percheron. L'évolution à 3 mois sera marquée par une normalisation de la vigilance, une régression des troubles phasiques et la persistance de troubles mnésiques avec une perte d'autonomie modérée et un syndrome dépressif. **Conclusion :** La variabilité clinique d'un AVC de l'artère de Percheron rend son diagnostic difficile. Les symptômes les plus fréquents lors d'un infarctus de l'artère de Percheron sont : les troubles de la vigilance et/ou hypersomnolence (50%), les troubles mnésiques (60%), la confusion (>50%) et le déficit oculomoteur (60%). La présence d'un ou plusieurs de ces symptômes doit faire évoquer cet AVC.

A-02-195**Plus dure sera la chute !**

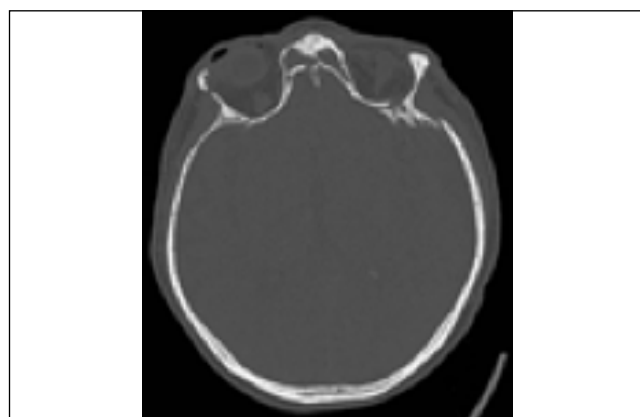
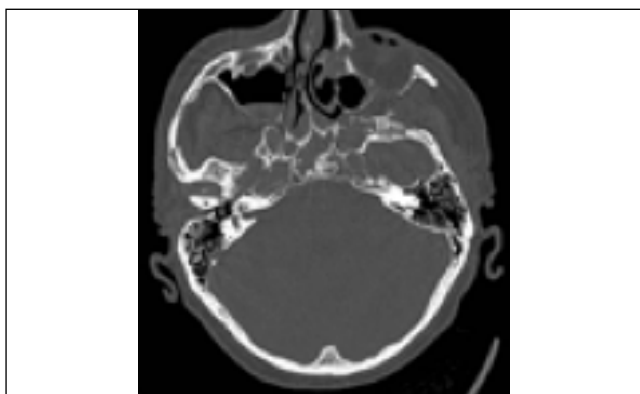
T. Cudennec (1) ; A. Foudali (2) ; C. Vaquier (1) ; MA. Desoutter (1) ; S. De La Roche (1) ; L. Teillet (3)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (2) *Imagerie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (3) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

Introduction : L'activité physique est conseillée, quel que soit l'âge. Elle-même reconnue comme le principal facteur favorisant un vieillissement réussi ! Cependant, quelques précautions simples sont parfois nécessaires, sous peine d'accidents pouvant être à l'origine de complications sérieuses. Le cas clinique présenté est celui d'un homme âgé de 83 ans, qui pratique de longue date le vélo, qui s'entraîne régulièrement, et qui ne porte jamais de casque.

Méthodes : Monsieur A. a une autonomie fonctionnelle

parfaitement préservée. Il garde une activité sportive conséquente puisqu'il fait 500km à vélo et 10km de course à pied par semaine. Malheureusement, une chute de vélo, seul, sans casque, avec une vitesse estimée à 25km/h vient stopper cet historique. La chute est à l'origine d'un traumatisme crânien sans perte de connaissance. Le mécanisme de survenue de la chute n'est pas clair. En revanche, ses complications sont précises et sévères. **Résultats :** Le patient a un score de Glasgow à 14/15. Il se plaint de céphalées. Les pupilles sont en myosis aréactif. Il existe un œdème majeur de la face. Il n'existe pas de déficit sensitivo-moteur et l'examen des paires crâniennes est sans particularité. Le patient est désorienté dans le temps et dans l'espace. Il existe une parésie oculomotrice droite. Le premier bilan d'imagerie conclue à l'existence de brèches méningées dans un contexte de fractures multiples (sinus frontal, sphénoïdal, toit orbitaire gauche), une embarrure frontale paramédiane gauche, un emphysème intro-orbitaire et une pneumo-encéphalie, une fracture maxillaire de type Lefort III, une disjonction zygomatique gauche complète, une fracture des cadres orbitaires (planchers, parois latérales, lame papyracée, toit orbitaire droit et gauche) ! **Conclusion :** Après un premier avis neuro-chirurgical, la relecture des clichés injectés évoque un doute sur une lésion pariétale de la carotide par une fracture des os du crâne. Devant un risque de rupture, le patient est transféré en grande garde de neuro-chirurgie.



A-02-196**Une maladie cœliaque bien équilibrée responsable de troubles de l'équilibre**

F. Tahmi (1) ; S. Greffard (2) ; M. Verny (3) ; A. Gioanni (3)
 (1) *Gériatrie, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris*; (2) *Centre de gériatrie, cmrr et dhu fast, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (3) *Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*

Introduction : La maladie coeliaque de l'adulte est une entéropathie auto-immune induite par l'ingestion de gluten chez des sujets génétiquement prédisposés. En dehors des symptômes digestifs habituels (diarrhées, stéatorrhée), il existe des manifestations extra digestives. Les manifestations neurologiques ont été décrites chez 5 à 8 % des patients et touchent préférentiellement les hommes âgés.

Méthodes : Nous rapportons le cas de Monsieur R., âgé de 84 ans, hospitalisé pour troubles de l'équilibre anciens, d'aggravation récente. Ses antécédents étaient une dysfonction sinusale appareillée et une maladie cœliaque diagnostiquée en 1989, sous régime sans gluten. A l'examen il présentait un syndrome cérébelleux statique et cinétique, une amyotrophie globale avec déficit moteur proximal modéré aux membres inférieurs sans trouble sensitif, un syndrome pyramidal gauche et une paralysie laryngée gauche. L'électromyogramme décrivait une polyneuropathie sensitivo-motrice axonale sans arguments pour une maladie du motoneurone. Le scanner cérébral montrait une atrophie diffuse sans autre anomalie et le scanner du rachis éliminait une compression médullaire.

Résultats : Les IgA anti-transglutaminases étaient normales, témoignant d'un régime sans gluten bien suivi. Le reste du bilan biologique (HbA1c, créatinémie, bilan hépatique, TSH, sérologies VIH, VHB, VHC et électrophorèse des protéines plasmatiques) était sans particularité. Après exclusion des diagnostics différentiels, nous avons retenu le diagnostic de manifestations neurologiques de la maladie coeliaque : atteinte cérébelleuse, neuropathie périphérique sensitivo-motrice et mononeuropathie du nerf laryngé gauche. **Conclusion :** Les atteintes neurologiques de la maladie coeliaque sont multiples et peuvent être indépendantes du contrôle digestif de la maladie. Nous ne disposons pas de facteurs permettant de prédire l'évolutivité de ces atteintes.

A-26-197**Ne pas regarder la maladie de Horton par le petit bout de la lorgnette en cas de ptôsis associé à un syndrome inflammatoire !**

D. Vythilingum (1) ; F. Segond (2) ; Y. Halevy (1) ; M. Breton (1) ; M. Tardivel (2) ; S. Balesdent (1) ; L. Lechowski (1) ; L. Teillet (1)
 (1) *Médecine gériatrique - pr teillet, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris*; (2) *Médecine gériatrique - dr le quintrec, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris*

Introduction : Le ptôsis, défini par une chute de la paupière supérieure, correspond à un déficit du muscle releveur de la paupière, innervé par le nerf oculomoteur (III). Devant un ptôsis acquis, il faut éliminer en priorité les urgences, notamment vasculaires : le syndrome de Claude Bernard Horner (triade ptôsis, myosis, énoptalmie) qui peut s'observer notamment lors d'une dissection de la carotide interne, l'anévrisme supra-clinoidien, ou bien encore une maladie de Horton surtout chez le sujet âgé. **Méthodes :** Nous rapportons le cas d'une patiente de 81 ans hospitalisée en gériatrie aiguë pour une altération de l'état général associée à un ptôsis droit, évoluant depuis un mois. Cette patiente avait pour principaux antécédents une maladie d'Alzheimer diagnostiquée en 2017, une leucémie myélo-monocytaire chronique

et une hypothyroïdie substituée. Quatre semaines auparavant, la patiente a consulté aux urgences ophtalmologiques pour un ptôsis droit apparu quelques jours plus tôt. Une IRM cérébrale réalisée en urgence n'avait pas permis d'expliquer les signes cliniques de la patiente. Dans l'hypothèse d'une ischémie du nerf III, des anti-aggrégants plaquetaires ont été introduits. La patiente a été hospitalisée dans notre service un mois plus tard pour une altération de l'état général. Elle avait toujours un ptôsis droit sans atteinte pupillaire et sans atteinte des autres paires crâniennes. Il existait par ailleurs une altération de l'état général marquée. Le bilan biologique retrouvait un syndrome inflammatoire avec une CRP à 150 mg/L, sans point d'appel infectieux clinique. Une nouveau scanner cérébral sans injection de contraste n'a pas mis en évidence de séquelle ischémique parenchymateuse ni de lésion tumorale. L'association ptôsis, altération de l'état général et syndrome inflammatoire inexpliqué, nous a fait suspecter une maladie de Horton malgré l'absence de signes cliniques plus classiques. Une biopsie de l'artère temporale a permis de poser le diagnostic de maladie de Horton en montrant une infiltration de la paroi artérielle par des cellules inflammatoires. Une corticothérapie orale à la dose de 1mg/kg/jour a été introduite suivie d'une régression totale de l'énoptalmie et de l'asthénie, ainsi que du syndrome inflammatoire.

Résultats : La maladie de Horton est une vasculaire granulomateuse touchant les artères de gros calibre en particulier céphaliques. Les complications ischémiques cérébrales et ophtalmologiques sont redoutées. Ces dernières, observées dans 20 % des cas, comportent la neuropathie optique ischémique antérieure aiguë, l'occlusion de l'artère centrale de la rétine, l'amaurose fugace et les altérations du champ visuel dues à l'ischémie cérébrale. Les paralysies oculomotrices demeurent des présentations atypiques. **Conclusion :** Tout ptôsis survenant dans un contexte inflammatoire chez un sujet âgé, doit faire discuter la réalisation d'une biopsie de l'artère temporale et une corticothérapie à forte dose en urgence. La réversibilité des symptômes sous corticothérapie orale est la règle. Mots clés : ptôsis, maladie de Horton, corticothérapie

A-26-198**Equipe mobile de gériatrie du Centre Hospitalier de Villeneuve sur lot : caractéristiques des personnes âgées évaluées en 2017**

N. Simo-Tabue (1) ; M. Tabue Teguo (2)
 (1) *Geriatric, C.H. Saint-Cyr, Villeneuve-sur-Lot*; (2) *Geriatric, CHU guadeloupe, université des antilles*

Introduction : les équipes mobiles de gériatrie (EMG) font désormais partie intégrante de la filière gériatrique hospitalière. Leurs rôles et leurs missions ont été précisés dans les circulaires sur les filières gériatriques. Elles utilisent des référentiels communs dans le dépistage, l'identification et la gestion des patients âgés fragiles : c'est l'évaluation gériatrique multidimensionnelle. Il est bien démontré que les interventions des EMG sont associées à une baisse de la durée de séjours hospitaliers, une amélioration en termes de morbi-mortalité. Elles participent également à la stratégie de maintien de l'autonomie fonctionnelle. Leur action est tournée, de façon préférentielle, vers le patient âgé hospitalisé, en situation aiguë ou d'instabilité fonctionnelle, qu'il soit dans une unité d'urgence, de spécialités médicales ou chirurgicales. L'EMOG du C.H. de Villeneuve sur lot, créée en 2010, contribue à la fois à l'évaluation globale de la personne âgée, à l'élaboration des projets de soins et projets de vie, à l'orientation de la personne âgée, à l'information et aux formations des équipes soignantes. L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques socio-

démographiques et médicales des personnes évaluées par l'EMG, âgées de 75 ans et plus et hospitalisées au C.H. de Villeneuve-sur-lot en 2017. **Méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au C.H. de Villeneuve-sur-lot en 2017. Toutes les demandes d'interventions ont été analysées afin de décrire les caractéristiques de cette population hospitalisée dans les différents secteurs de médecine spécialisés durant la période de 01/01/2017 et le 31/12/2017. Un modèle standardisé de dossier médical a été mis en place par notre établissement conforme au dossier proposé par l'ANAP et a permis le recueil des données médicales, cliniques, biologiques et socio-démographiques. **Résultats** : 358 sujets hospitalisés ont été évalués par l'EMOG du C.H. de Villeneuve-sur-lot en 2017. La moyenne d'âge est de 85+/- 7 ans. Parmi les sujets évalués, 87% venaient du domicile et plus de la moitié vivaient seuls. 57% de sujets bénéficiaient d'une aide formelle à domicile avant l'hospitalisation et seuls 30 % de sujets étaient bénéficiaires de l'APA. Parmi les principaux motifs de demandes d'interventions, nous avons majoritairement des troubles du comportement : 34%, puis le maintien à domicile : 33%, et enfin de chutes : 20%. L'ADL moyen était estimé à 3/6 et l'IADL à 2/8. L'entrée de ces patients se fait habituellement par le service des urgences et plus rarement en admission directe. Le délai d'intervention de l'EMOG est de 3,5 jours et la DMS après intervention est de 5,5 jours. Nous avons également observé que plus de la moitié des sujets évalués avaient une HTA et 1/3 des patients étaient diabétiques. **Conclusion** : La majorité des personnes évaluées par l'EMOG vivait seule à domicile avant leur hospitalisation. Cependant, la prévalence de la dépendance aux ADL est importante dans notre population d'étude au moment de l'évaluation. L'intervention est le plus souvent réalisée chez les patients en situation de perte d'autonomie. Au-delà d'un avis spécialisé, l'intervention des équipes mobiles permet notamment une coordination avec les unités de gériatrie hospitalières et extrahospitalières permettant la fluidification du parcours de soins.

A-19-199

Design et gérontologie : enjeux d'un territoire de pratique

E. Guerry (1)

(1) Laboratoire LAPLACE - Laboratoire LARA SEPPIA, Toulouse

Introduction : Le design est aujourd'hui une discipline plébiscitée par les professionnels en quête d'innovation et d'apport de valeur. Discipline des Sciences Humaines et Sociales, elle se concentre sur les besoins de l'humain afin d'apporter des solutions adaptées, notamment grâce à l'apport de disciplines multiples. L'utilisateur est alors au centre des questionnements, considérant l'utilisateur comme individu soumis aux expériences du quotidien. Nous intéressants ici à l'utilisateur âgé, le Designer rencontre alors la gérontologie. Ils partagent ainsi un lien, une relation centrée sur l'utilisateur âgé et les problématiques liées au vieillissement et à la notion de « bien-vieillir ». Cette relation génère alors à son tour la rencontre entre plusieurs champs disciplinaires, notamment du domaine de la santé et des sciences humaines et sociales. Le designer « en gérontologie » joue alors le rôle de médiateur, de traducteur entre ces champs disciplinaires et devient porteur d'innovation sociale, ambassadeur du bien-vieillir. **Méthodes** : Le design est porteur d'un dispositif co-conçu rassemblant une équipe interdisciplinaire, ici composée de designer et autres professionnels de SHS ou encore ingénieurs, chercheurs et professionnels de santé, ainsi que l'utilisateur lui-même. C'est un processus de conception collaborative où l'utilisateur âgé est au cœur du dispositif et devient collaborateur. Ce dispositif

permet ainsi de convoquer les compétences nécessaires aux projets et d'apporter une réponse globale et complète. Considérant ainsi contexte et histoire de vie, la co-conception permet de s'adapter aux besoins de manière individuelle et personnalisée. **Résultats** : Un designer en gérontologie déploie alors une approche in-situ qui se traduit par l'observation et l'interprétation des usages face aux expériences vécues, permettant de s'ancrer dans ce « territoire de pratique » particulier, pour emprunter l'expression de Gaël Guillons et Jocelyne LeBoeuf. Le designer a alors recours à une méthodologie intégrative, faisant intervenir l'utilisateur au cours du processus. Cette approche permet ainsi une prise en compte globale des pathologies propres à chacun. L'intégration de la personne au dispositif permet également de transformer son rapport aux pathologies et à son quotidien, elle devient actrice et non plus passive. Grâce à cette valorisation de la personne, on rend possible une (re)prise de contrôle sur son environnement et ses expériences quotidiennes. Ce processus de conception collaborative joue également un rôle important dans les situations où les expériences sont altérées, résultant notamment ces maladies et pathologies inhérentes au vieillissement. Il permet alors de compenser leurs effets et conséquences, améliorant ainsi la qualité de vie et les expériences quotidiennes des usagers. **Conclusion** : Le design, discipline des Sciences Humaines et Sociales, apparaît comme essentiel, en particulier quant il s'agit d'optimiser la qualité de vie et les expériences quotidiennes des personnes âgées. Le design suscite en effet un intérêt grandissant chez les professionnels, grâce à son impact positif sur l'évolution du confort et de la qualité de vie des usagers âgés. Il offre une approche complémentaire aux méthodes acquises, permettant de préserver les habitudes de travail des équipes disciplinaires mais également les habitudes et rythmes de vies routiniers des usagers. Processus itératif et interdisciplinaire, le design ouvre aujourd'hui de nouvelles perspectives dans l'avenir de la gérontologie.

A-26-361

Hyperparathyroïdie chez le sujet âgé : A propos de 12 observations

M. Essouri (1) ; I. Rachdi (2) ; F. Daoud (3) ; H. Zoubeidi (4) ; Z. Aydi (5) ; B. Ben Dhaou (5) ; F. Boussema (5)

(1) Service de médecine interne hôpital hbib thameur, Faculté de médecine de Tunis, Tunis, Tunisie; (2) Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie; (3) Médecine interne, Médecine Interne, Tunis, Tunisie; (4) Médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie; (5) Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

Introduction : L'hyperparathyroïdie est une affection qui n'est pas rare chez le sujet âgé. Elle constitue actuellement la troisième endocrinopathie chez les patients âgés de plus que 65ans après le diabète et les dysthyroïdies. L'objectif de ce travail est d'étudier les particularités cliniques des hyperparathyroïdies chez le sujet âgé. **Méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 12 patients âgés de plus que 65ans et présentant une hyperparathyroïdie. Cette étude a été menée au service de Médecine Interne de l'hôpital Habib Thameur de Tunis entre 2014 et 2017. **Résultats** : Il s'agissait de neuf femmes et trois hommes d'âge moyen 75ans [65-86]. L'hyperparathyroïdie était primaire chez huit patients, secondaire chez trois patients et tertiaire chez un patient. La principale circonstance de découverte était une hypercalcémie symptomatique notée chez 9 patients dont trois patients avaient une hypercalcémie maligne. Dans les autres cas, l'hyperparathyroïdie

était de découverte fortuite. Six patients avaient une dysthyroïdie associée. Le diagnostic était retenu devant des valeurs de PTH élevées chez tous les patients. L'imagerie (échographie cervicale et/ou scintigraphie) était pratiquée chez 11 patients montrant des adénomes parathyroïdiens chez tous les patients ayant une hyperparathyroïdie primaire et deux nodules parathyroïdiens chez le patient ayant une hyperparathyroïdie tertiaire. Ces patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical. Avant la chirurgie, tous les patients ont reçu un traitement symptomatique de l'hypercalcémie. Le diagnostic de néoplasie endocrinienne multiple type IIa a été porté chez un patient. **Conclusion :** L'hyperparathyroïdie est une endocrinopathie qui s'observe avec prédilection chez le sujet âgé. L'hypercalcémie est la principale circonstance de découverte. Le diagnostic doit être précoce chez ces patients ayant souvent des polyopathologies afin d'éviter ses conséquences graves.

A-26-201

Intérêt du TEP TDM dans le diagnostic d'artérite à cellule géante du sujet âgé

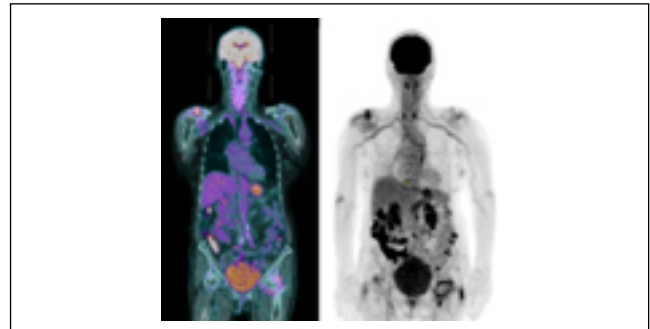
C. Lahaye (1) ; M. Sanchez (1) ; A. Gross (1) ; M. Lilamand (1) ; N. Faucher (1) ; A. Raynaud-Simon (2)

(1) *Gériatrie aigüe, Hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP), Paris*; (2) *Département de gériatrie, Hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP), Paris*

Introduction : Une patiente de 84 ans était adressée aux urgences pour confusion. Elle présentait une coxarthrose gauche non opérée s'accompagnant de troubles de la marche, une névralgie faciale post traumatique, des troubles cognitifs évolués avec un MMS à 15/30. Son traitement comportait paroxétine 20 mg/j, doliprane 3g/j et pregabaline 150 mgx2/j. Le bilan de sa confusion, régressive en 24h, mettait en évidence une douleur inflammatoire de l'épaule droite fluctuante depuis 1 mois. **Méthodes :** La biologie montrait une CRP à 184 mg/l et des leucocytes à 16.7 giga/l. La radiographie de l'épaule mettait en évidence un liseré de chondrocalcinose intra articulaire et une calcification du sus épineux. Le scanner cérébral sans injection présentait une atrophie cortico sous corticale majeure sans image d'ischémie ou de saignement, mais avec la présence d'une dent couronnée. Le rhumatologue, après un examen échographique de l'épaule, retenait le diagnostic de poussée de chondrocalcinose articulaire. Devant la coexistence d'une perte de poids de 5 kg en 2 mois, de céphalées non spécifiques (décrites comme ses névralgies faciales anciennes par la patiente), une TEP TDM 18FDG était rapidement réalisée (Figure 1). La biopsie d'artère temporale, réalisée après 72 h de corticothérapie, mettait en évidence une endartérite fibreuse majeure avec atteinte de la limitante élastique interne, permettant de retenir le diagnostic d'artérite à cellule géante (ACG). **Résultats :** Un diagnostic par excès d'ACG expose les patients à la iatrogénie liée à une corticothérapie prolongée, ce qui justifie d'avoir des éléments cliniques et paracliniques forts avant d'engager un traitement. Toutefois, les douleurs articulaires des ceintures et les signes généraux sont peu spécifiques et soulèvent de nombreux diagnostics différentiels. Chez cette patiente, la coexistence de troubles cognitifs, la suspicion d'arthrite micro cristalline et l'imputation des céphalées à la névralgie faciale ont retardé le diagnostic. **Conclusion :** En présence d'arthralgies et de signes généraux, l'imagerie par TEP FDG permet d'étayer rapidement le diagnostic d'ACG et de limiter l'errance diagnostique.

Figure 1

TEP TDM 18FDG montrant un hypermétabolisme modéré à intense, évocateur de vascularite active, atteignant l'aorte thoracique et les troncs supra-aortiques, associé à un hypermétabolisme modéré péri-articulaire des ceintures



A-15-202

Vaccinations chez le sujet âgé : Opinions et pratiques des médecins de premier recours

D. Floriot (1) ; C. Bioteau (2) ; S. Drevet (3) ; G. Gavazzi (4)

(1) *Gériatrie, CHU Michallon, Grenoble*; (2) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, Avenue Maquis du Grésivaudan, La Tronche, France, La Tronche*; (3) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, La Tronche*; (4) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, C.H.U Grenoble-Alpes, Grenoble*

Introduction : La vaccination chez le sujet âgé est un des enjeux particuliers de la prévention des pathologies de cette population en raison de la gravité particulière des infections. La majorité de cette population est prise en charge en ambulatoire par les médecins de premiers recours. Malgré la disponibilité du calendrier vaccinal et d'outils numériques efficace, la pratique de la vaccination de l'adulte reste cependant encore insuffisante. Notre étude vise à recueillir les opinions et pratiques vaccinales des médecins de premier recours pour leurs patientes âgées. **Méthodes :** Il s'agit d'une enquête de pratique et d'opinion relative aux vaccinations chez le sujet âgé. Elle a été élaborée et envoyée à un panel de médecins de premier recours (e-survey) à partir d'un listing de 250 médecins d'une aire urbaine et péri-urbaine comptant plus de 400 000 individus dont près de 25% ont plus de 65 ans et 10 % plus 75 ans. Le questionnaire concernait les caractéristiques socio-démographiques des médecins, leurs opinions relatives à la vaccination (personnelles et selon les catégories de patients), leurs recommandations vaccinales, les obstacles/difficultés rencontrés, les sources auxquelles les médecins se référaient pour la prise en charge vaccinale de leurs patients et leurs niveaux de formation/implication les outils pouvant faciliter la vaccination dans la pratique quotidienne. **Résultats :** 180 praticiens sur 250 (72%) ont participé à l'enquête ; Il s'agissait d'un groupe de jeunes praticiens 42,5 +/- ans exerçant en milieu urbain pour la moitié, pour les 2/3 avec une activité de groupe. 2/3 utilisait un carnet de vaccination. 99,5% étaient favorables aux vaccinations en général mais ils recommandent la vaccination antigrippale à 98,2%, anti-DTP à 95,5%, anti-pneumococcique à 52,2 %, anti-coqueluche à 50% et anti-zona à 21,1%. Moins 30% recommandent les vaccins en fonction de leurs caractéristiques propres, et pour 2/3 selon la gravité de la maladie et de leurs complications. Moins de 5% rapportent un intérêt collectif à la vaccination ; 40% utilisent le calendrier vaccinal moins d'une fois par mois et seulement

37,7% assurent un suivi vaccinal sans difficultés. Seulement 25,5% connaissent l'existence de carnet de santé électronique et oins de 50% ont des vaccins à disposition à leur cabinet. 48,8% des praticiens a eu une formation post-universitaire sur la vaccination et moins d'1/3 soit 15% de la totalité des médecins sur l'entretien motivationnel. 25% avait participé à une campagne vaccinale. Parmi les solutions proposées, une majorité demande (92%) pense que sensibilisation et responsabilisation des patients sont nécessaires, et pour 75% par des campagnes grand public itératives. **Conclusion:** La majorité des jeunes médecins de premiers recours de notre étude sont en faveur de la vaccination chez les personnes âgées mais leurs recommandations vaccinales restent insuffisantes. Il existe une discordance entre leurs opinions et leurs pratiques ; les raisons de ces constatations sont liés à un manque de formation sur la vaccination en général, des connaissances spécifiques des vaccins et des maladies chez le sujets âgés, mais aussi à une méconnaissance des aspects pratiques de la vaccination et du suivi. Les formations sur la vaccination doivent être majorées pour les médecins de premier recours en insistant non seulement sur les éléments théoriques mais aussi pratiques et organisationnels en utilisant des techniques de communications à large échelle. L'aspect pratique et organisationnel de la vaccination doit aussi être optimisé afin de limiter les opportunités manquées de vaccination. L'amélioration de la traçabilité des vaccinations, l'amélioration de la disponibilité des vaccins et une meilleure communication entre les différents acteurs intervenants dans la prise en charge des patients sont des solutions proposées à explorer.

A-15-203

Place de la Procalcitonine et de la CRP pour prédire la présence d'une bactériémie chez le sujet âgé, Etude monocentrique sur 776 hémocultures

L. Meyrignac (1) ; P. François (2) ; C. Bioteau (3) ; S. Drevet (4) ; N. Mitha (1) ; C. Lopez (5) ; N. Zerhouni (6) ; G. Gavazzi (7)

(1) *Clinique de gériatrie, CHU Grenoble-Alpes, Grenoble;* (2) *Unité d'évaluation médicale, CHU Grenoble-Alpes, Grenoble;* (3) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, Avenue Maquis du Grésivaudan, La Tronche, France,* (4) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, La Tronche;* (5) *Service de gériatrie, CHU Grenoble-Alpes, Grenoble;* (6) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU Grenoble-Alpes, Grenoble;* (7) *Clinique de gériatrie, CHU Grenoble-Alpes, Grenoble*

Introduction : L'atypie clinique des infections même grave est fréquente chez le sujet âgé ; elle conduit à des prescriptions inadéquates d'antibiotiques (sur-ou sous-prescription). Dans plusieurs infections dont les bactériémies le délai thérapeutique peut être un facteur de surmortalité. Ainsi de nombreuses prescriptions sont débutées par crainte de la présence d'une infection même si les arguments cliniques sont faibles et souvent en raison de terrain à haut risque de complications (sujet âgé polymorbide). Les biomarqueurs pourraient être une aide pour limiter ou favoriser les initiations de traitement particulièrement dans les situations d'incertitude clinique où une infection potentiellement grave telle qu'une est redoutée. Ainsi l'usage de la CRP est régulière et pousse souvent à une prescription dès qu'elle est élevée. La place de la procalcitonine (PCT) en aide diagnostique est mal définie. L'objectif principal de ce travail était d'étudier les qualités intrinsèques (sensibilité et spécificité) et l'utilité clinique (Valeur Prédictive Positive (VPP) et Valeur Prédictive Négative (VPN) de la PCT et de la CRP dans les

bactériémies chez des patients âgés de plus de 75 ans. L'objectif secondaire était de comparer l'utilité clinique de seuils de VPN.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans 5 unités de gériatrie chez des patients de plus de 75 ans hospitalisés de 2012 et 2016 pour une bactériémie. Les patients devaient avoir eu une ou plusieurs hémocultures, et un dosage de la PCT et de la CRP à +/- 24h de l'hémoculture. Les hémocultures uniques positives à Staphylocoques coagulase négative ont été considérées comme des contaminations. **Résultats :** L'étude a porté sur 623 patients de 86,7 ans d'âge moyen. 776 hémocultures ont été analysées, 118 étaient positives (15,2%). Sur les 118 hémocultures positives, 109 étaient mono-microbiennes et 9 étaient poly-microbiennes (2 germes), soit 127 germes au total. (*Escherichia coli*-37 %, *Staphylococcus aureus*-14,2%, *Enterococcus faecalis*-7.9%, *Staphylococcus epidermidis*-5.5 % et *Streptococcus pneumoniae*-3.2%). L'aire sous la courbe de la PCT et de la CRP étaient respectivement de 0.78 (IC 0.73- 0.82) et de 0.62 (IC 0.57-0.68), avec une différence statistiquement significative avec $p < 0.0001$. Un seuil de PCT à 0.3 ng/ml retrouvait une sensibilité à 84%, une spécificité à 53%, une VPP à 24% et une VPN à 95%. Pour la CRP, un seuil à 100 mg/l retrouvait une sensibilité à 91%, une spécificité à 21%, une VPP à 121% et une VPN à 91 %. L'utilisation de ces seuils de VPN aurait permis de limiter l'antibiothérapie pour 353/776 hémocultures pratiquées avec la PCT et pour 110/776 hémocultures avec la CRP. **Conclusion :** Dans notre population âgée, l'utilité clinique de la PCT (<0.3ng/ml) est significativement supérieure à celle de la CRP (100 mg/l). Un taux de PCT inférieur à 0.3ng/ml permettrait d'éliminer une bactériémie (VPN à 95%). Il reste à démontrer prospectivement qu'un algorithme diagnostique avec une PCT <0.3ng/l permet de limiter l'initiation d'une antibiothérapie en situations d'incertitudes cliniques sans impacts négatifs sur l'évolution des patients.

A-26-204

Un bilan de chute chez une patiente de 81 ans, lors du déneigement de l'entrée de son chalet, conduisant au diagnostic de sarcoïdose

E. Chidlovskii (1) ; D. Seynaeve (1) ; A. Ledoyen-Jankowski (1) ; P. Bavelele (1) ; Q. Muraro (1) ; L. Gaboriau (1) ; P. Grossetete (1) ; T. Parent (1) ; P. Couturier (1)

(1) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble-Alpes, Grenoble*

Introduction : L'hypercalcémie est un désordre électrolytique fréquent chez le sujet âgé. Le diagnostic étiologique doit être orienté par le contexte clinique et ne négliger aucune piste. Nous rapportons la découverte d'une sarcoïdose systémique devant une hypercalcémie maligne. **Méthodes :** Une patiente de 81 ans, autonome à domicile, aux ATCD de maladie de Lyme, est hospitalisée pour chutes à répétition et asthénie. Elle chute en déneigeant l'entrée de son chalet à Chamrousse avec station au sol prolongée. L'examen clinique retrouve une déshydratation globale, des arthralgies diffuses d'horaires inflammatoires, une douleur oculaire bilatérale avec larmoiement et baisse de l'acuité visuelle. Le bilan biologique objective une insuffisance rénale aiguë avec créatininémie à 230 $\mu\text{mol/l}$ et urée à 17 mmol/l ; une hypercalcémie corrigée à 3.45 mmol/l et une CRP à 17 mg/l . L'électrophorèse des protéines sériques n'objective pas de pic monoclonal. L'hémogramme, l'immunophénotypage par cytométrie de flux, la PTH et l'enzyme de conversion de l'angiotensine sont normaux. L'examen ophtalmologique confirme

une panuvéite bilatérale. Le scanner corps entier découvre de multiples adénomégalies médiastino-hilaires, sans lésion osseuse suspecte. La biopsie d'une adénopathie médiastinale ne retrouve aucun argument pour une pathologie néoplasique, lymphomateuse ou infectieuse (notamment à mycobactérie) mais la présence de nombreux granulomes géantocellulaires épithélioïdes sans nécrose caséuse faisant évoquer en première intention une sarcoïdose. Devant ce diagnostic, décision de débiter une corticothérapie systémique à 0.5 mg/kg avec une amélioration clinique rapide et une normalisation de la calcémie. **Résultats :** Depuis la Conférence de Johannesburg, en 1930, la définition de la sarcoïdose reste sujette à débat. Il s'agit d'une maladie cosmopolite, à prédominance féminine, plus fréquente dans les pays du nord. Les populations afro-américaine et nord-européenne étant les plus fréquemment atteintes. Les uvéites sont plus fréquentes chez ces dernières. L'hypercalcémie est plus fréquente chez les sujets caucasiens. On constate un pic d'incidence avant 40 ans même si un âge plus avancé lors de l'installation de la maladie a été largement rapporté, notamment aux Etats-Unis, au Danemark et au Japon. Il existe peu de données chez le sujet âgé. L'âge au diagnostic a tendance à augmenter, présentant un taux d'incidence biphasique avec un deuxième pic vers 50-60 ans, supérieur au premier. Ce phénomène est bien documenté notamment au Japon et au Proche Orient. Maladie systémique inflammatoire multigénique et multifactorielle d'étiologie indéterminée, elle se traduit par la présence de granulomes non caséux avec une prédilection inexplicquée pour le poumon. Les examens radiologiques et histologiques sont des outils diagnostiques clés. Faire la différence entre une sarcoïdose en tant que maladie autonome et les réactions sarcoïdose-like demeure un dilemme clinique et histopathologie. Les lymphocytes T, les macrophages et les cellules dendritiques sont impliqués dans une réponse immunitaire de type Th1. Les facteurs environnementaux (exposition à divers micro-organismes, insuffisance ovarienne, insuffisance en vitamine D) et les polymorphismes génétiques interagissent à l'échelon moléculaire dans les organes cibles. Le traitement repose sur la corticothérapie systémique au long cours. Un traitement local peut-être envisagé, notamment en cas d'uvéite. Les alternatives thérapeutiques comprennent : les antipaludéens de synthèse, le méthotrexate à faible dose, l'azathioprine et dans les formes graves le cyclophosphamide ou les anti-TNF-alpha. Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une pathologie bénigne de pronostic favorable avec guérison en moins de 5 ans. Cependant, en cas d'atteinte parenchymateuse pulmonaire, l'évolution vers la fibrose pulmonaire est à redouter. **Conclusion :** Les étiologies des hypercalcémies sont multiples. L'âge avancé des patients en service de Gériatrie a tendance à orienter les hypothèses et les recherches diagnostiques vers une étiologie néoplasique. Ce cas clinique nous rappelle la nécessité d'une recherche exhaustive.

A-20-205

Insuffisance rénale aiguë d'origine iatrogène aboutissant à une acidose lactique : un événement indésirable toujours d'actualité!

Auteurs : C. Riffard (1) ; R. Oddou (1) ; A. Grevy (1) ; P. Gibert (1) ; C. Lopez (2) ; P. Bedouch (3) ; G. Gavazzi (2)

(1) Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche; (2) Service universitaire de médecine gériatrique, pôle pluridisciplinaire de médecine, CHU Grenoble Alpes, La Tronche; (3) Pôle pharmacie; université grenoble alpes; themas cnrs/uga timc-imag umr 5525, CHU Grenoble Alpes, La Tronche

Introduction : Bien que les facteurs de risque d'acidose lactique sous metformine soient de nos jours bien connus, l'incidence de cet événement indésirable ne diminue pas depuis 2012. En effet, certaines associations médicamenteuses entraînant des insuffisances rénales aiguës (IRA) à l'origine de surdosage en metformine restent encore trop prescrites, en particulier dans la population gériatrique. **Méthodes :** Nous rapportons un cas typique d'acidose lactique iatrogène évitable pris en charge dans notre service de médecine aiguë gériatrique. **Résultats :** Mme C, 89 ans, présente des douleurs lombaires depuis un mois. Son traitement habituel est constitué de metformine 850mg trois fois par jour pour un diabète de type 2, d'une association valsartan/hydrochlorothiazide et de rilménidine pour une HTA. Pour traiter les douleurs, une prescription d'Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens et un antalgique de palier 2 (meloxicam, diclofenac par voie locale et paracétamol/opium) est instaurée. Devant une recrudescence de la douleur après deux semaines, une prescription de morphine LP 30mg et 10mg est introduite en complément. Trois jours plus tard, Mme C est admise aux urgences pour syndrome confusionnel. Sur le plan clinique, une bradypnée à 7/min et une somnolence sont mises en évidence. Sur le plan biologique, une insuffisance rénale aiguë est retrouvée (créatinémie : 578 μ mol/L, DFG= 5mL/min/1.73m² (CKDEPI), antériorité à 3 mois : 87 μ mol/L, DFG=51mL/min/1.73m² (CKDEPI)) avec une hyperkaliémie à 7.3mmol/L, un surdosage en metformine (28400 μ g/L) ainsi qu'une acidose lactique (pH à 7.2, lactatémie : 4.8mmol/L et trou anionique augmenté). Un diagnostic d'acidose lactique est posé en lien avec un surdosage en metformine dans un contexte d'insuffisance rénale aiguë iatrogène et d'insuffisance respiratoire à la suite d'un surdosage en morphinique. La patiente est transférée en réanimation où elle bénéficiera d'une épuration extrarénale. Trois semaines après l'événement, on note une récupération partielle de la fonction rénale (créatinémie : 124 μ mol/L, soit DFG=34mL/min/1.73m² (CKDEPI)). La metformine n'est pas réintroduite par la suite, les traitements antihypertenseurs sont arrêtés et substitués par un inhibiteur calcique (lercanidipine) et les AINS contre-indiqués chez cette patiente. **Conclusion :** Bien que cet effet indésirable soit connu de tous, ce cas clinique permet de rappeler une fois de plus la nécessité d'adapter la posologie de la metformine à la fonction rénale (depuis 2016 : 2g max pour une clairance entre 45 et 59 mL/min et 1g max entre 30 et 45mL/min (1)), et d'autre part d'éviter la prescription (et d'autant plus les associations) de médicaments à risque d'IRA. Pour rappel, selon le Thesaurus des interactions médicamenteuses, les antihypertenseurs, les diurétiques, les produits de contraste iodés et les AINS peuvent altérer la fonction rénale, il est donc nécessaire de les instaurer avec prudence en particulier dans la population gériatrique. De plus, les AINS sont des médicaments considérés comme potentiellement inappropriés chez la personne âgée présentant une clairance rénale inférieure à 50ml/min selon la liste STOPP/START (2). Des alternatives

thérapeutiques plus adaptées tels que les antalgiques de palier III sont à privilégier dans la mesure du possible en respectant les modalités de titration des morphiniques. Enfin, suite à l'élargissement récent de l'utilisation de la metformine en cas d'insuffisance rénale, un suivi spécifique de pharmacovigilance va être entrepris pour suivre les déclarations de cas d'acidose lactique. Références : (1)- Points d'information – Metformine et risque d'acidose lactique en cas d'insuffisance rénale - ANSM santé; (2)- Lang, P. O., Dramé, M., Guignard, B., Mahmoudi, R., Payot, I., Latour, J., et al. (2015). Les critères STOPP/START.v2: Adaptation en langue française. NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie, 15(90), 323–336

A-20-206

Insuffisance rénale aigue à la suite de scanners avec injection non désirés de produits de contraste iodés: comment éviter ces erreurs ?

C. Riffard (1) ; A. Grevy (1) ; P. Gibert (1) ; C. Lopez (2) ; N. Mitha (2) ; Z. Nabil (2) ; P. Bedouch (3) ; G. Gavazzi (2)

(1) *Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, La Tronche*; (2) *Service universitaire de médecine gériatrique, pôle pluridisciplinaire de médecine, CHU Grenoble Alpes, La Tronche*; (3) *Pôle pharmacie; université grenoble alpes; themas cnrs/uga timc-imag umr 5525, CHU Grenoble Alpes, La Tronche*

Introduction : La néphropathie induite par les produits de contraste iodé (PDCI) est l'une des principales causes d'insuffisance rénale aigue (IRA) iatrogène. Cela concerne environ 20% des patients qui présentent des facteurs de risques (insuffisance rénale préexistante, néphropathie diabétique, myélome avec protéinurie, médicaments néphrotoxiques). En moins d'un mois dans notre service de médecine aigue gériatrique, deux patients ont développé une IRA suite à des administrations inappropriées de produits de contraste iodés. L'objectif de ce cas clinique est d'analyser les causes de ces erreurs. **Méthodes :** M. F, 81 ans, est hospitalisé pour la mise en place d'une chimiothérapie afin de traiter une amylose à chaînes légères. Durant l'hospitalisation un scanner thoracique/abdomen/pelvis (TAP) est réalisé. Malgré une clairance rénale à 49 mL/min et une amylose, le radiologue injecte des PDCI. Deux jours après, la créatinémie double et atteint un pic 4 jours plus tard à 456µmol/L. Cet événement est déclaré à la pharmacovigilance qui impute cette IRA aux PDCI. Les néphrologues confirment la sévérité de l'événement indésirable du à la précipitation des chaînes tubulaires. Quelques jours plus tard, le patient décède d'un sepsis à E.coli à porte d'entrée urinaire. La deuxième patiente, âgée de 90 ans, est hospitalisée pour une pyélonéphrite. Suite à des mélénas et des troubles de la vigilance un scanner TAP est demandé. Des PDCI sont injectés bien que la patiente présente une insuffisance rénale sévère chronique ce qui engendre une majoration de l'insuffisance rénale (créatinémie : 190µmol/L à J1, 237µmol/L à J3). La patiente décède à J5 suite à une insuffisance cardiaque induite par le protocole d'hyperhydratation entrepris après l'examen. **Résultats :** Sur les deux demandes d'examen, il n'était pas spécifié clairement que l'injection de PDCI n'était pas souhaitée mais la créatinémie et la clairance étaient notifiés. Pour le premier patient, la clairance rénale n'était pas excessivement basse (49mL/mn), l'injection de PDCI aurait donc été possible, cependant l'amylose mentionnée sur la demande d'examen était une contre-indication. De plus, le patient était traité par un médicament néphrotoxique (cyclophosphamide) mais cette information n'était pas indiquée sur la demande d'examen. Concernant le deuxième patient, la clairance rénale à 18mL/mn était suffisante pour contre-indiquer l'injection

de PDCI. **Conclusion :** La balance bénéfique risque et les alternatives au scanner injecté doivent être discutés entre radiologues et prescripteurs lorsque le patient présente des facteurs de risques, en particulier dans la population gériatrique. De plus, selon la société française de radiologie si la clairance est inférieure à 30mL/mn, l'injection de PDCI est récusée en l'absence de nécessité absolue. Pour les patients à risques ou avec une clairance entre 30 et 60 mL/min, les prescripteurs peuvent considérer d'autres alternatives : un scanner sans injection de PDCI, un autre examen ou en dernier lieu si les PDCI sont nécessaires, l'arrêt des médicaments néphrotoxiques et la réalisation d'une hydratation adaptée avant et après l'examen. La sécurité étant la priorité, le parcours de soin (document, communication) doit être réévalué en concertation multidisciplinaire (prescripteurs, radiologues, pharmaciens). Nous avons dès à présent modifier la demande d'examen en ajoutant une case pour laisser la possibilité aux prescripteurs d'informer les radiologues qu'ils ne souhaitent pas d'injection de PDCI.

A-05-207

La chimiosensibilité des Infections Urinaires Bactériennes chez les personnes âgées à Ambert (63600)

GB. Rasoaniary (1) ; D. Verzeaux (2) ; C. Lacroix (2) ; V. Menard (3)

(1) *EHPAD USLD SSR, C.H. Ambert, Ambert*; (2) *Laboratoire, Laboratoire De Biologie Médicale Gen-Bio République, clermont ferand*; (3) *Urgences, C.H. Ambert, Ambert*

Introduction : La Résistance des Infections Urinaires aux Antibiotiques évolue dans le monde. Les émergences des eBLSE/EPC menacent et sont de plus en plus détectées. Les praticiens sont souvent dans une impasse concernant le choix thérapeutique. Le bénéfice risque : Efficacité/Toxicité/Écologie/Coût n'est pas toujours facile à maîtriser et d'autant plus si le sujet est âgé. **Objectif global :** Connaître l'aspect écologique des Infections Urinaires à Ambert. Objectifs principaux: -Détecter les souches bactériennes sources des Résistances et les profils émergences BLSE/EPC; -Optimiser une prise en charge adaptée selon l'écologie. **Méthodes :** -Quantifier la Sensibilité et Résistance des Isolats présents avec l'analyse de Statistique Epidémiologie : dont Fréquence/Prévalence/Incidence/Contingence/SexeRatio. -Qualifier la virulence des souches avec Méthode d'Amber; -Etude des Isolats non BGN exclue; -Etude rétrospective sur 6 mois. Matériels : -Analyse des antibiogrammes urinaires à BGN. -Test aux Antibiotiques standard recommandées par EUCAST. **Résultats :** Résultats Attendus : -Haute Prévalence des Infections Urinaires chez les Personnes Âgées. -Les E coli représentent un taux de 75% +/- 5% vs autres Non Ecoli à 25% +/-5%. -Identification des souches bactériennes urinaires invasives propres d'Ambert. -Prédominance de présence de souches invasives chez le sexe masculin. **Conclusion :** -La connaissance de l'écologie des Infections Urinaires de la commune d'Ambert est une de stratégie permettant de lutter contre la surmortalité, de guider les praticiens aux choix thérapeutique optimisée, d'épargner les Antibiotiques de derniers recours, et de réduire le coût global. -La Significativité/ la validité de résultats s'appuient sur la qualité mathématique de la statistique, sur la cohérence avec les données scientifiques et sur les expériences pratiques. Ainsi, ce travail contribue à la politique nationale de « Alerte contre émergences eBLSE/EPC ».

A-26-208**Coordonner les acteurs du territoire au service du parcours de la personne âgée**

A. Morgoci (1)

(1) ANAP, Paris

Introduction : Dans le but de contribuer au rapprochement et à la mise en cohérence des approches sanitaires, médico-sociale, et sociale, l'un des axes du programme national PAERPA (Personne âgée en risque de perte d'autonomie), initié en 2013 par la Direction de la sécurité sociale, prévoit la reconfiguration des partenariats et les organisations territoriales, autour de l'objectif d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées (PA). Cette reconfiguration passe notamment par la mise en place des coordinations territoriales d'appui (CTA), qui constituent le prototype des futures plateformes territoriales d'appui (PTA). Les CTA s'organisent autour de 4 grandes missions communes : l'information et l'orientation vers les ressources du territoire, l'appui aux coordinations cliniques de proximité (CCP), l'activation des expertises et prestations sanitaires, sociales et médico-sociales, et enfin l'observance des événements de rupture des parcours. Le périmètre d'intervention de la CTA peut légèrement varier sur le plan populationnel et sur le plan territorial.

Méthodes : Les CTA ont été bâties sur des dispositifs existants dans les territoires expérimentaux afin d'éviter la création des structures en doublon. La responsabilité de l'organisation a été confiée à des structures différentes en fonction des territoires. En 2016 l'Anap a réalisé un premier état des lieux sur les modalités d'installation en vue de favoriser la répliquabilité de ce dispositif expérimental. Quatre modalités de recueil d'information ont été utilisées : analyses des documents de travail des territoires, entretiens avec des pilotes des structures porteuses des CTA, questionnaires auprès des chefs de projet en ARS et concertation d'un groupe de travail. **Résultats :** L'évaluation qualitative et d'impact du programme PAERPA, notamment de la mise en place des CTA, est prévue pour la fin de l'année 2018. Néanmoins, les premiers travaux de capitalisation réalisés en 2016 par l'ANAP ont permis de réaliser un point d'étape sur l'installation des CTA, à travers trois dimensions : les objectifs et les modalités pratiques de mise en place, les apports de la CTA sur le territoire au bénéfice des acteurs sur les réalisations majeurs du programme, et les défis permettant de poursuivre la mise en œuvre de ses objectifs. Les retours d'expérience ont montré que le processus générique d'intervention et les outils mobilisés sont en grande partie communs (plateforme téléphonique, équipe pluridisciplinaires, plaquettes d'information sur les dispositifs, fiches pratiques pour les professionnels). D'après les acteurs, les apports sont de trois ordres : le décloisonnement des acteurs sanitaire, médico-social et social, l'amélioration de la lisibilité et la mise en cohérence des dispositifs, ainsi que les changements dans les pratiques professionnelles. Les intérêts souvent évoqués par les professionnels de la CTA sont : une meilleure visibilité de l'offre de coordination pour les professionnels et les personnes âgées (numéro unique et intégration de la CTA avec les MAIA et CLIC), un gain de temps pour les professionnels avec un appui immédiat ou différé au traitement de leur demande, une offre de services variés facilitant l'expertise et l'évaluation à domicile, une émergence de nouvelles actions de communications sur la prévention auprès des PA et leurs aidants. **Conclusion :** Ces plateformes constituent des ressources importantes en termes de coordination sur les territoires, et peuvent favoriser l'émergence de nouveaux projets organisationnels innovants. Enfin, l'intérêt de ce dispositif ne fait aujourd'hui aucun doute puisqu'il a été repris dans la nouvelle loi

de santé par la création des PTA et ouvert à toutes les personnes en situation complexe. Les travaux pour permettre l'évolution des CTA vers la PTA sont d'ores et déjà engagés par les territoires.

A-25-209**Rôle de l'IDE de l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) au SAU de l'Hôpital E. Herriot Lyon**

E. Brocard (1) ; M. Ducroz (2) ; A. Cleux (3) ; V. Profit (4) ; S. Do Adro (3) ; MG. G. (5) ; A. Vincent (3) ; BA. Kim (4) ; E. Castel-Kremer (6)

(1) *Equipe mobile de gériatrie, Hôpital Édouard Herriot - HCL, Lyon;* (2) *Equipe mobile de gériatrie pavillon k3, Hôpital Édouard Herriot - HCL, Lyon;* (3) *Equipe mobile de gériatrie, Hôpital Édouard Herriot - HCL, Lyon;* (4) *Service de médecine gériatrique du pavillon k, Hôpital Édouard Herriot, Lyon;* (5) *Service de médecine gériatrie, Groupement Hospitalier Edouard Herriot, Lyon;* Institut du Vieillessement., Lyon; (6) *Equipe mobile intra hospitalière, Hôpital Édouard Herriot, Lyon*

Introduction : Les missions des EMG définies par circulaire (DHOS 2007), intègrent une activité régulière dans les services d'accueil et d'urgence (SAU). A l'aide d'outils d'expertise validés, l'équipe pluridisciplinaire (médecin, IDE, ergothérapeute) émet des recommandations pour la prise en charge des personnes âgées (PA). **Méthodes :** Avant d'évaluer le patient avec le gériatre, l'IDE enquête sur l'état antérieur du patient et le contexte de l'hospitalisation. Le recueil des informations nécessaires se fait par le biais informatique et téléphonique: contact avec l'entourage (famille, aidants), récupération des coordonnées du médecin traitant autonomie, aides en place syndromes gériatriques (perte d'autonomie, état cognitif, chute, continence, ...), le parcours médical notamment dans la filière gériatrique. Une mise à jour informatique des coordonnées des aidants et du plan d'aide est systématique. L'examen clinique du patient avec le gériatre est complété par un échange avec l'IDE et l'aide-soignant du SAU, renseignant l'état actuel: traitement administré, autonomie, état confusionnel, comportement, déglutition... Puis une synthèse avec le gériatre et l'urgentiste est réalisée pour préciser les conseils de prise en charge et décider d'une orientation adaptée. Ceux-ci sont transmis à l'infirmière du SAU. Un accord préalable avec les proches aidants, les professionnels de santé et le médecin traitant est toujours recherché lors d'un retour à domicile. Nous proposons régulièrement l'intégration du patient dans la filière gériatrique. L'IDE rappelle les patients(ou leur entourage) à 48h pour connaître son évolution et à distance elle s'assure de l'entrée dans la filière gériatrique. Depuis une quinzaine d'années, une collaboration avec le SAU a permis de donner des conseils au lit des patients ainsi que la mise en place d'actions pédagogiques à l'équipe soignante (ex: gestion de l'agitation, manutention ...). Nous avons mené une enquête auprès du personnel paramédical pour recenser les besoins en formation pour la prise en charge des PA. **Résultats :** En 2016, le SAU de l'hôpital E. Herriot, a reçu 34 201 patients dont 6986 personnes de plus de 75 ans. Pour ces derniers, le médecin urgentiste signale à l'EMG: soit les retours à domicile perçus comme précaires, soit les polyopathologies intriquées, soit les troubles du comportement. 321 patients ont été évalués par l'EMG. Pour 38% des interventions, nous avons organisé un retour à domicile (RAD) ; avec, pour 28% d'entre eux une orientation dans la filière gériatrique. D'après le suivi téléphonique à 48h, seuls 7% des patients RAD ont été ré hospitalisés. L'enquête paramédicale auprès de 120 soignants a montré l'ordre de priorité

des thèmes de formations souhaitées: l'état cutané, les troubles du comportement, la douleur, la nutrition et les troubles de la déglutition, la mobilisation et enfin la communication. 25% de soignants ont répondu. 94% ont été favorables à l'idée d'un binôme gériatrique référent (IDE/AS) avec 40% d'accord pour investir ce rôle. 70% souhaitait avoir plus de renseignements sur les filières gériatriques. **Conclusion** : L'IDE de l'EMG a un rôle pivot dans l'évaluation du patient âgé aux urgences et dans l'organisation de leur retour à domicile. Elle a également un rôle de formation au quotidien et d'une manière formalisée pour transmettre les bonnes pratiques aux équipes des SAU. Notre enquête a montré l'intérêt de ces équipes pour l'amélioration de leur pratique et leur souhait de collaboration par l'instauration de personnes référentes. Ce rôle spécifique de l'IDE de l'EMG pourra évoluer avec l'instauration du statut d'Infirmière en pratique avancée (loi sur la modernisation de notre système de santé- janvier 2016).

A-20-210

Création et évaluation d'un outil d'optimisation des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée polypathologique en médecine générale

L. Bourdin (1) ; C. Camille (2) ; N. Bernard (3) ; F. Bonnet (4)
 (1) *médecin généraliste, Bordeaux*; (2) -, *Médecin généraliste, Bordeaux*; (3) *Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Hôpital Saint-André, Bordeaux*; (4) *Médecine interne et maladies infectieuses, Hôpital Saint-André - Groupe hospitalier Saint-André - CHU de Bordeaux, Bordeaux*

Introduction : Les « 10 Commandements », outil d'aide à l'optimisation thérapeutique des ordonnances des personnes âgées, est adapté au milieu hospitalier, alors qu'il pourrait être un outil efficace à la revue des prescriptions par le médecin généraliste en situation de soins primaires. L'objectif de notre étude est d'adapter cet outil à la pratique ambulatoire puis de l'évaluer. **Méthodes** : Une étude qualitative par méthode de consensus Delphi a permis d'adapter l'outil à la médecine générale. Deux rondes Delphi ont été conduites par un groupe de 17 experts de septembre 2016 à mai 2017. Une échelle de Likert à 9 entrées a permis de noter 10 items. Chaque item noté > à 8 était d'emblée sélectionné pour l'outil. Les items ayant une note entre 6 et 8 étaient remis à avis d'experts. Puis une évaluation avant/après a été réalisée auprès de 56 médecins généralistes en Aquitaine en comparant la fréquence des prescriptions potentiellement inappropriées, sur 2 cas cliniques fictifs, avant et après la présentation et la diffusion de l'outil, au moyen de points attribués pour chaque PPI citée et pour chaque justification adaptée.

Résultats : Un consensus a été trouvé en 2 tours. Les 10 items ont été modifiés et adaptés à la lumière des commentaires des experts. La diffusion du nouvel outil "Optimisation thérapeutique chez la personne âgée - Les 10 Bonnes Pratiques du Médecin Généraliste" a permis une augmentation significative ($p < 0,05$) de la fréquence de détection des PPI présentée entre le 1er cas clinique (score de 14 sur 23) et le 2nd cas clinique (score de 17 sur 23). Cette amélioration portait sur la majorité des prescriptions en excès et inappropriées, et sur l'ensemble des prescriptions manquantes. **Conclusion** : L'outil « Les 10 Bonnes pratiques du Médecin Généraliste » a été adapté à la médecine générale ambulatoire. Cette étude montre une amélioration de la détection des PPI par les médecins généralistes l'utilisant. La diffusion de l'outil pourrait être étendue et intégrée à des formations type DPC sur la prescription médicamenteuse chez la personne âgée.

A-20-211

Analyse des prescriptions inappropriées et évaluation de la dépendance aux benzodiazépines et apparentées chez les sujets âgés de plus de 65 ans au sein du pôle de gériatrie du Centre Hospitalier de Tourcoing

M. Vosgin-Dinclaux (1) ; S. Dambricourt (1) ; A. Lizio (1) ; K. Gallouj (1)

(1) *Médecine gériatrique, C.H. de Tourcoing, Tourcoing*

Introduction : Malgré la publication de diverses recommandations à la fois de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), la consommation de benzodiazépines et apparentées (BZD) reste encore trop élevée et souvent inappropriée. Notre étude a pour objet l'analyse de la consommation de BZD chez les sujets de plus de 65 ans au sein du pôle de gériatrie du Centre Hospitalier de Tourcoing. Notre critère de jugement principal est un critère composite évaluant les prescriptions inappropriées et la dépendance. L'objectif secondaire recherche s'il existe des facteurs favorisant la dépendance aux BZD. **Méthodes** : Notre étude est observationnelle prospective, monocentrique, non interventionnelle. Elle s'est déroulée sur le pôle de gériatrie du Centre Hospitalier Dron. Les patients ont répondu à un questionnaire, à partir duquel différentes analyses statistiques ont été réalisées. **Résultats** : Selon les critères de Laroche, 60,7% des prescriptions sont inappropriées. Selon la durée de prescription en fonction de l'indication, 100% des prescriptions sont inappropriées. Concernant la dépendance, à la question « vous sentez-vous dépendant ? », les patients ont répondu oui à 80%. Selon le score DSMV, 45,9% ont une addiction légère. Cependant, ce score semble peu adapté à la dépendance aux BZD des sujets âgés. Selon le score ECAB, 55,7% des patients sont dépendants. Enfin, la polymédication, le fait d'être institutionnalisé et une longue durée de consommation des BZD constituent des facteurs de risques de dépendance. **Conclusion** : Les prescriptions de BZD sont globalement inappropriées. La durée moyenne de consommation de BZD s'élève à 17,6 ans. Les principales consommatrices sont des femmes, polymédiquées avec plusieurs comorbidités. Les BZD sont prescrites à 78,7% pour des insomnies alors qu'elles sont inefficaces et entraînent une dépendance et des effets secondaires néfastes. Par ailleurs, si 80,3% des patients se sentent dépendants, seulement 55,7% le sont d'après le score ECAB. Le lieu de vie, la durée de consommation et la polymédication sont des facteurs de risques de dépendance. Il est donc primordial d'être vigilant quant à la prescription de BZD, notamment dans les EHPAD, où les patients sont plus exposés au risque de dépendance aux BZD. De plus, une attention particulière sera portée sur la polymédication qui est un risque de dépendance aux BZD, en plus d'être un risque iatrogène majeur.

A-15-212**Rédaction d'un document regroupant les recommandations de prévention et de traitement de la grippe saisonnière**

A. Gioanni (1) ; C. Roubaud Baudron (2) ; E. Forestier (3) ; G. Gavazzi (4) ; M. Verry (1) ; B. de Wazieres (5)

(1) *Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*; (2) *Pôle de Gériatrie Clinique, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux*; (3) *Maladies infectieuses, CH Métropole Savoie, Chambéry*; (4) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, C.H.U Grenoble-Alpes, Grenoble*; (5) *Médecine gériatrique, CHRU de NÎMES, Nîmes*

Introduction : Le grippe saisonnière est responsable d'épidémies hivernales avec une morbi-mortalité notable parmi les personnes âgées de plus de 65 ans. La vaccination est recommandée pour les personnes à risque de grippe grave dont font partie les patients âgés de plus de 65 ans. **Méthodes :** Concernant la prévention et la prise en charge des patients atteints de grippe, des recommandations existent. Cependant, les informations sont situées au sein de plusieurs documents rédigés par différentes instances françaises de santé publique (Santé Publique France, Haut Conseil de Santé Publique). Afin d'améliorer l'accès aux informations et la lisibilité des recommandations pour les soignants en milieu gériatrique, nous avons réalisé un document regroupant les recommandations de prévention et de prise en charge pour les patients gériatriques.

Résultats : Nous avons réalisé un volet pour la prise en charge en milieu hospitalier (court séjour, soins de suite et réadaptation) et un volet tenant compte des particularités en collectivité (unités de long séjour et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)). Chaque volet reprend les principaux axes de prévention et détaille la prise en charge des cas objectivés ou suspectés : les mesures complémentaires gouttelettes et contacts, la durée et la posologie de l'oseltamivir (inhibiteur de la neuraminidase). La prise en charge des cas contacts est également détaillée. **Conclusion :** La diffusion du document a été réalisée à l'aide de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France et des groupes d'intérêts gériatriques hospitaliers et en EHPAD.

A-04-213**Comment améliorer la prise en charge de la douleur péri-opératoire du sujet âgé ? Mise en place de protocoles spécifiques dans les services de traumatologie**

K. Muller (1) ; G. Dusabe (1) ; F. Leborgne (2) ; V. Mailland-Putegnât (3) ; I. Bereder (2) ; O. Guérin (4) ; R. Collomp (1) ; F. Capriz (5)

(1) *Pharmacie, CHU de Nice - Hôpital Pasteur, Nice*; (2) *EMG, Hopital de Cimiez, Nice*; (3) *Hdj, Hopital de Cimiez, Nice*; (4) *Ucog, Hopital de Cimiez, Nice*; (5) *Ssr c2, Hôpital Cimiez, Nice*

Introduction : Le patient âgé, de par les modifications physiologiques, les polypathologies et la polymédication est un sujet à haut risque de survenue d'évènements indésirables médicamenteux (EIM). La prise en charge (PEC) de la douleur péri-opératoire est fondamentale. Dans les services de traumatologie, les protocoles sont le plus fréquemment standardisés et de fait non adaptés aux spécificités de cette population et engendrent donc un risque accru d'EIM. **Méthodes :** La sous-commission "douleur et sujet âgé (SA)" du CLUD de notre CHU a identifié parmi les axes prioritaires la PEC de la douleur péri-opératoire. L'objectif était de réadapter les protocoles existants aux SA de plus de 75 ans. Pour se faire, un groupe de travail collaboratif pluridisciplinaire

composé de gériatres, algologues, anesthésistes et pharmacien a été constitué. Les protocoles de PEC de la douleur utilisés dans les services de traumatologie ont été recensés. Les thérapeutiques utilisées ont été réévaluées au regard des spécificités du SA: identification des médicaments non recommandés, remplacement par des médicaments adaptés et/ou adaptations posologiques.

Résultats : 5 protocoles de PEC de la douleur péri-opératoire utilisés dans les services de traumatologie ont été recensés. Ces protocoles ont été réévalués lors de réunions pluridisciplinaires programmées. Les médicaments utilisés ont été classés selon 3 catégories: 1/les médicaments à éviter du fait du risque d'effets indésirables importants chez le SA: a-le nefopam ayant des effets secondaires atropiniques (rétention urinaire, hallucinations, états confusionnels, risque de glaucome par fermeture de l'angle...), molécule déconseillée chez le SA b-le tramadol, métabolisé par les cytochrome P450 engendrant de nombreuses interactions médicamenteuses et dont la puissance analgésique et la tolérance sont influencées par le phénotype génétique du CYP4502D6 aboutissant à une variabilité individuelle difficile à anticiper et présentant un risque de syndrome serotoninergique 2/médicaments à adapter: a-kétoprofène, posologie à adapter au SA: 1/2 dose par rapport à la dose recommandée chez l'adulte jeune, durée de traitement maximale de 48H, contre-indication si le calcul de la clairance de Cockcroft et Gault est inférieure à 50ml/min, à associer avec un IPP b-paracétamol, dose maximale recommandée chez le SA: 3gr/24H. 3/médicaments à rajouter: a-association paracétamol/opium présentant une bonne tolérance chez le SA, b-sulfate de morphine en gouttes buvables (1 goutte = 1,25mg) permettant une titration ou une utilisation de doses plus faibles au regard des spécialités à doses fixes. Suite à cette classification, les protocoles existants ont été réadaptés au SA: le nefopam et le tramadol ont été supprimés, les doses de kétoprofène et de paracétamol ont été adaptées, l'association paracétamol 500mg/opium 25mg et le sulfate de morphine en gouttes buvables (si évaluation de la douleur selon l'échelle numérique>3 ou selon algoplus>2 - en dose de secours) ont été rajoutés. Des dotations spécifiques (sulfate de morphine en gouttes buvables et paracétamol/opium 500mg/25mg) ont été créées dans les unités de traumatologie. La mise en place de ces protocoles spécifiques au SA dans les unités de traumatologie s'est faite en juillet 2017. Afin de présenter ces protocoles aux équipes soignantes et de les accompagner dans ces nouvelles pratiques, une formation ciblée effectuée par un duo algologue-pharmacien a été programmée. Cette formation abordait l'évaluation de la douleur, les spécificités des nouveaux protocoles ainsi que des recommandations de bon usage. Une évaluation de l'utilisation de ces protocoles à 1 an est en cours de réalisation selon des critères déterminés par le groupe de travail pluridisciplinaire (taux de pénétration du protocole, évaluation de la douleur, recours aux doses de secours de sulfate de morphine, recours aux psychotropes). Parallèlement à cette évaluation, une enquête de satisfaction va être menée auprès des prescripteurs et des équipes soignantes. Ces résultats feront l'objet de cette communication. **Conclusion :** Les spécificités du SA doivent être prises en compte dans la PEC de la douleur péri-opératoire. La réadaptation des protocoles existants à cette population est essentielle, l'objectif étant de proposer des thérapeutiques efficaces en termes de PEC de la douleur mais également non délétères chez le SA. L'évaluation en cours de ces protocoles est une étape importante pour connaître les points forts et les freins à l'utilisation de ces protocoles. La démarche sera ensuite étendue aux autres services de chirurgie.

A-08-214**Syndrome de fragilité: étude transversale sur les connaissances et les outils de dépistage chez les Internes de Médecine Générale de Rouen. Résultats préliminaires**

JB. Piedallu (1) ; AA. Zulfiqar (2) ; M. Schuers (1) ; P. Chassagne (3)

(1) Département de médecine générale, CHU Rouen, Rouen; (2) Médecine interne - gériatrie - thérapeutique, CHU Rouen, Rouen; (3) Médecine interne gériatrique, C.H.U Rouen, Rouen

Introduction : Le dépistage et la prise en charge de la fragilité fait partie des actions du médecin généraliste impliqué dans le parcours de soins des personnes âgées. Le but de cette enquête était de décrire dans une cohorte d'étudiants du DES de Médecine Générale les connaissances relative à la fragilité en particulier dans les domaines de son dépistage et de sa prise en charge.

Méthodes : Étude prospective descriptive mono-centrique basée sur l'usage d'un questionnaire (réponses ouvertes et semi-ouvertes) adressé à l'ensemble des internes de DES de médecine générale de Rouen. Identification des connaissances générales sur le thème (ex : modalités de dépistage de la Fragilité, critères diagnostics), des connaissances individuelles du syndrome (en distinguant les critères majeurs telle la dénutrition et mineur comme la fatigue ressentie) et des modalités de sa prise en charge (ex : adressage secondaire vers une consultation de proximité gériatrique en appui).

Résultats : 90 questionnaires exploitables émanant des internes de médecine générale toutes promotions confondues. Concernant les connaissances 10 internes déclaraient pouvoir citer au moins un outil de dépistage ou énoncer les critères majeurs constitutifs de Fragilité, 34 internes connaissaient au moins 4 critères pertinents (majeurs ou mineurs) et 46 avaient des connaissances très partielles. Le phénotype de Fried était le plus connu. Pourtant 75 internes (83,33% de l'échantillon) déclaraient connaître le concept de fragilité. Dans les faits, 88% des internes se situaient cependant à un niveau de connaissance plutôt bas. Concernant la prise en charge de la fragilité, 78% des internes (70 sur 90) interrogés déclaraient avoir des compétences permettant de dépister et traiter en 1ère intention en cas de fragilité. Parmi eux, 31 sauront en plus réévaluer leur prise en charge. Dans 59 cas (soit 65,55 %) l'identification d'une fragilité aurait fait (en dehors de l'urgence) l'objet d'une potentielle consultation d'appui auprès d'un gériatre. Concernant les besoins de formation sur la fragilité : 79 sur 90 (87,78 %) des internes y étaient favorables. **Conclusion :** Chez les internes de médecine générale, les compétences permettant de prendre en charge une fragilité semblent acquises séparément mais les connaissances et la synthèse des symptômes en un syndrome plus large demeurent insuffisantes. L'intégration de ce concept dans une prise en charge globale en milieu de soins communautaires justifie d'actions de formation complémentaires.

A-13-215**Les leviers et freins relevés par les acteurs hospitaliers participant au projet PAERPA-conciliation médicamenteuse**

R. Naessens (1) ; JB. Beuscart (2) ; CM. Dr (3) ; M. Lotin (4)
(1) court séjour gériatrique, CH DENAIN, Denain; (2) Médecine aigue gériatrique, C.H.R.U. - Lille, Avenue Oscar Lambret, Lille, France, Lille; (3) Médecine générale, University of Lille Faculty Of Medicine Henri Warembourg, Loos; (4) Unité de médecine aigue gériatrique, CH de Valenciennes, Valenciennes

Introduction : Les principales causes de rupture dans la continuité des soins des personnes âgées résultent d'une insuffisance de coordination dans la prise en charge médico-sociale, associées à un recours abusif à l'hospitalisation. Le projet PAERPA s'inscrit dans une démarche de soins intégrés, dont l'objectif est d'atteindre par une participation active des personnes soignées et une pratique plus coopérative entre professionnels une qualité de soins. Dans le cadre de ce projet, une spécificité innovante a été mise en place au sein du centre hospitalier de Denain : la conciliation médicamenteuse. Nous nous sommes donc intéressés aux leviers et freins relevés par les acteurs hospitaliers dans le cadre du projet PAERPA. **Méthodes:** Étude observationnelle par méthode qualitative avec approche par théorisation ancrée, réalisée à partir de 11 entretiens semi-dirigés auprès de praticiens hospitaliers. Les entretiens semi-directifs ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien et enregistrés par dictaphone. Les entretiens ont été retranscrits sous forme de verbatims puis analysés par le logiciel NVIVO. Quand l'analyse n'apporte plus de nouveaux éléments: c'est la saturation des données, qui a été obtenue après 9 entretiens puis confirmé au 10e et 11e entretien de notre étude. L'ensemble des entretiens ont été analysés en double aveugle permettant de renforcer la validité interne de notre étude.

L'analyse appelée codage permet de dégager des concepts, afin de formuler une théorie. **Résultats :** La population concernée par l'étude était l'ensemble des praticiens hospitaliers exerçant au sein de l'hôpital de Denain et pouvant être amenés à travailler avec l'équipe mobile gériatrique. Une liste de 20 praticiens hospitaliers a été obtenue: ont été inclus les praticiens hospitaliers de l'hôpital de Denain exerçant en service dit conventionnel, ont été exclus les urgentistes, radiologues et les chirurgiens puisque ces derniers n'étaient pas concernés par l'intervention de l'équipe mobile gériatrique dédiée au projet PAERPA. De l'analyse qualitative par NVIVO, plusieurs résultats émergent: La conciliation médicamenteuse réalisée par l'équipe mobile gériatrique est un travail apprécié par les acteurs hospitaliers. Les leviers relevés concernent la sécurisation de l'ordonnance par la prise en compte du risque iatrogène, la prise en charge pluridisciplinaire, la coordination de travail permettant des décisions collégiales et une amélioration des connaissances. Néanmoins, elle est limitée par le défaut de communication initial notamment sur le bénéfice d'un tel projet à long terme, par l'absence de retour sur les patients une fois au domicile dans un souci d'amélioration de leurs pratiques, et par une culture gériatrique qui reste limitée dans le monde hospitalier. Certains souhaits ont été formulés par les acteurs hospitaliers: prendre connaissance des erreurs thérapeutiques et potentiellement iatrogène relevés par l'équipe mobile de gériatrie, mutualiser les informations médicales du patient avec la médecine ambulatoire dans un souci de continuité des soins. **Conclusion :** Le PAERPA est une expérimentation qui a permis d'explorer le lien ville-hôpital autour du médicament. Les praticiens hospitaliers, acteurs de la conciliation médicamenteuse sont sensibles à l'action de l'EMG. Les différents leviers mis en évidence par les praticiens hospitaliers

permettent de constituer un socle dans la poursuite de ce projet: la prise en compte du risque iatrogène, l'expertise apportée par l'EMG et cette coordination de travail sont de véritables atouts dans l'implantation d'un tel projet dans le monde hospitalier. Néanmoins, il semble nécessaire de concentrer les efforts sur la communication hospitalière du PAERPA. En effet l'absence d'information sur le bénéfice de l'action de l'EMG et la visibilité de ces effets au long cours tendent à freiner le développement du PAERPA au sein de l'hôpital. La mise en place de ce projet laisse entrevoir la volonté des professionnels de santé de renforcer leur collaboration, dans le but d'améliorer leur pratique et la prise en charge du sujet âgé

A-13-216

Emergence d'un nouveau métier d'Infirmière Coordinatrice en télémédecine : Retour d'expérience sur le projet Vallée de la Gorre

M. Malichier (1) ; C. Gayot (1) ; TB. N Guyen (2) ; B. Hiez (3) ; T. Dantoine (4) ; A. Tchalla (5)

(1) *Pôle HU Gériatrie Clinique, Unité de Recherche Clinique et d'Innovation de Gériatrie, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges;* (2) *Docteur, C.H.U de Limoges Dupuytren, Pôle HU Gériatrie Clinique, Médecine Gériatrique, Limoges;* (3) *Pôle de gériatrie clinique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges;* (4) *Professeur, Université De Limoges, Limoges;* (5) *Chef de pôle, C.H.U de Limoges Dupuytren, Pôle de Gériatrie, Limoges*

Introduction : La télémédecine (TLM), depuis le décret HPST du 19/10/2010, s'intègre dans le parcours de soins du patient, répondant à la désertification médicale et l'accès difficile aux spécialistes. Elle bouleverse l'organisation de la pratique médicale. Des expérimentations se mettent en place, les médecins étant les principaux acteurs mais les paramédicaux ont aussi un rôle à saisir. Des infirmières libérales participent à des programmes de téléconsultations sur des patients « monopathologiques » en diabétologie, cardiologie, néphrologie, dermatologie... Pour répondre à la polypathologie de la personne âgée, le service de gériatrie du CHU de Limoges a mis en place depuis Août 2016, des téléconsultations destinées aux résidents d'EHPAD de la Vallée de la Gorre (87). **Méthodes :** La mise en place de la TLM au sein de 4 EHPAD en Haute Vienne, avec des téléconsultations (Tcs) géronto-préventives programmées a nécessité la création d'un poste d'infirmière coordinatrice (IDEC) afin de gérer leur déroulement. Des Tcs spontanées sont également organisées, souvent dans le cadre de « recours rapide », (organisation d'une Tcs dans les 72 heures post demande). La demande de Tcs par l'EHPAD requérant est orientée par l'IDEC du centre requis (CHU), auprès de médecins gériatres, ou de médecins d'autres spécialités (dermatologue, psychiatre). L'IDEC s'assure du bon déroulement de la Tcs (obtention du consentement, connexion, édition du compte-rendu, programmation de Tcs de suivi). **Résultats :** A ce jour, 675 téléconsultations gériatriques de prévention et diagnostic ont été organisées par l'IDEC. Le temps consacré à la programmation de RDV est estimé à 15 minutes par demande. Les problèmes rencontrés sont principalement d'ordre technique et organisationnel, pouvant se révéler chronophages. Des formations ont dû être dispensées (soit 12h/ soignant), adaptées à chaque professionnel selon son affinité pour la technologie et l'informatique. Malgré ces formations, des réticences persistent face à la TLM, les soignants la trouvant chronophage et complexe dans sa mise en œuvre (accompagnements des résidents, préparation dossier, participation à la Tcs). Paradoxalement, ils apprécient d'être des interlocuteurs

actifs à la Tcs. Au terme de cette expérience, il en ressort que l'IDEC hospitalière en TLM occupe une place privilégiée dans le déploiement de cette nouvelle pratique de soins. En plus de son sens rigoureux de l'organisation, elle doit pouvoir faire face aux dysfonctionnements techniques (problèmes de workflow, connexion, utilisation d'outils connectés) et organisationnels (changement de planning) et s'adapter aux nouvelles technologies toujours en évolution. Elle participe à la formation d'IDE des EHPAD, formation indispensable, permettant de favoriser l'acceptabilité de ses pairs à cette nouvelle pratique de soin. La télémédecine est pluriprofessionnelle. L'IDEC hospitalière est le lien entre le soin, la technologie et le relationnel. Ses compétences habituelles sont ainsi élargies. Elle reste une interlocutrice de choix dans l'intégration de la TLM au sein des EHPAD mais aussi des groupements hospitaliers territoriaux. L'article 51 prévoyant la délégation de tâches, et le développement des pratiques avancées, vont intensifier son rôle et lui permettre de devenir une participante active de la TLM. **Conclusion :** L'IDEC hospitalière en TLM occupe une place clé en facilitant les échanges entre les centres requis et requérants, tant dans la mise en place, la coordination et la formation en TLM. Le living'lab (TéléMedLab) permettra d'identifier les missions de l'IDEC en TLM, son expertise en gériatrie étant une valeur ajoutée dans le développement de la télémédecine en gériatrie. Un nouveau métier se profile : l'e-Infirmière, experte paramédicale en TLM, dont les nouvelles compétences spécifiques et valorisantes pourraient être développées et validées par un PHRIP.

A-15-2217

La réactivation d'une infection à EBV, un diagnostic différentiel de cytopénie à ne pas méconnaître

C. Dumain (1) ; V. Autieri (1) ; C. Le Guillou (2) ; B. de Wazières (2)

(1) *Médecine gériatrique, C.H.U de Nîmes (CHU), Nîmes;* (2) *Médecine Gériatrique, CHRU de NÎMES, Nîmes*

Introduction : De transmission salivaire l'infection à EBV est une pathologie ubiquitaire, touchant principalement l'adolescent et l'adulte jeune. La primo-infection est fréquente tandis que les réactivations sont rares et surviennent généralement dans un contexte d'immunodépression. **Méthodes :** Nous rapportons le cas d'un malade de 93 ans qui consultait pour anorexie fébrile et asthénie évoluant depuis 5 jours. L'absence de amélioration après traitement symptomatique et l'apparition d'une douleur de l'hypochondre gauche motivaient une hospitalisation. En ville le bilan objectivait un syndrome inflammatoire (CRP 31mg/L), une cytolysé hépatique (2N), une lymphopénie (0.85G/L) et une thrombopénie (44 G/L). Ancien pilote dans l'armée de l'air, le patient était indépendant (ADL : 5.5/6) mais en perte d'autonomie (IADL 1.5/8). Ses antécédents étaient un AVC, une HTA, une insuffisance rénale chronique stade 3B, une néoplasie prostatique traitée par radiothérapie puis hormonothérapie en 2003 ainsi que plusieurs néoplasies cutanées (mélanome de Dubreuilh 2011, carcinome épidermoïde 2016). L'examen clinique objectivait des crépitations en base gauche, une diminution du murmure vésiculaire à droite et des œdèmes des membres inférieurs. Il n'y avait pas d'hépatosplénomégalie ou d'adénopathies, pas de rash cutané, de purpura ou d'arthralgies. A noter un début de xanthelasma bilatéral et une aphtose buccale. **Résultats :** Le bilan complémentaire retrouvait une anémie normocytaire arégénérative modérée, une thrombopénie en aggravation (30G/L) sans anomalie de la lignée leucocytaire (absence de syndrome mononucléosique). La fonction

rénale était stable sans protéinurie ou hématurie. Les PSA étaient négatifs et la TSH normale. Il n'y avait pas de carence vitaminique. Le syndrome inflammatoire était stable. Les sérologies VIH/CMV/hépatites A-B-C, les hémocultures et l'ECBU étaient négatifs. L'électrophorèse des protéines sériques ne retrouvait pas de pic monoclonal mais une hypogammaglobulinémie modérée. Le myélogramme mettait en évidence la présence d'un petit clone lymphoïde B (lambda+, CD5+, CD20 faible) représentant environ 40% des lymphocytes médullaires sans signe d'hémophagocytose. Les mégacaryocytes étaient présents sans anomalie franche. Le complément d'exploration par un phénotypage lymphocytaire confirmait l'existence d'un clone B (score de Matutes à 4/5). Le tout étant en faveur d'une lymphocytose monoclonale B en faible quantité (<0.5G/L) de type LLC. Le rôle pathogène du clone B était infirmé par l'hématologue du fait de son caractère modéré. La sérologie EBV était quant à elle positive en IgM-anti VCA et IgG-anti VCA et EBNA avec confirmation par PCR sanguine avec un taux de 4246 copies/mL. Le scanner abdomino-pelvien ne retrouvait pas de signe de malignité, pas d'organomégalie ou d'infarctus splénique, la suspicion de cholécystite évoquée en raison d'une infiltration péri-vésiculaire et d'une paroi un peu épaissie a été infirmée par une échographie dédiée. Les coupes hautes permettaient toutefois de déceler un épanchement pleural droit de moyenne abondance. L'évolution fût spontanément favorable avec amélioration du bilan hématologique avec un taux plaquettaire > 100G/L. **Conclusion :** La réactivation EBV est à envisager en diagnostic différentiel de cytopénies avec des signes généraux dans un contexte d'immunodépression. Toutefois ce diagnostic est possible chez un sujet immunocompétent. L'EBV est également associé aux hémopathies lymphoïdes. Dans ce contexte une surveillance du clone B semble nécessaire.

A-05-218

Méthodologie de création du "Parcours Longévité" pour la promotion du vieillissement actif : Centre Prévention Santé Longévité (CPSL), Institut Pasteur de Lille & CHU de Lille

C. Vincent (1) ; P. Cassagnaud (1) ; E. Boulanger (1) ; M. Barthoulot (1)

(1) *Centre prévention santé longévité, Institut Pasteur de Lille, Lille*

Introduction : Face au « geriatric boom » notre système de santé doit explorer le potentiel de la prévention. Le CPSL propose de détecter les premiers signes de fragilité à partir de 45 ans et de promouvoir le vieillissement actif au travers du Parcours Longévité (PL). **Méthodes :** Le PL est le fruit d'une collaboration étroite entre les professionnels du CPSL et un panel d'experts hospitaliers et/ou universitaires incluant médecins spécialistes, psychologues, sociologues, économistes et représentants des usagers. Sur la base des priorités retenues par le CPSL des groupes de travail thématiques ont été définis (alimentation, sommeil, vision-audition...), au sein desquels des experts sont intervenus pour contribuer à l'élaboration de l'auto-questionnaire, l'identification des examens cliniques, paracliniques et dispositifs médicaux les plus pertinents et la construction du programme de coaching. **Résultats :** Le PL comprend : 1/ Un auto-questionnaire médico-psycho-social permettant d'appréhender l'état de santé (selon la définition de l'OMS) 2/ Un bilan de santé multidisciplinaire d'une demi-journée incluant des explorations systématiques, comme l'audition dans le bruit, la rigidité artérielle ou la densitométrie minérale osseuse, suivi d'une synthèse sur « l'état de vieillissement ». 3/ Enfin, et en fonction de cette synthèse et de la motivation de

l'individu, un coaching personnalisé est proposé. **Conclusion :** Le CPSL adopte une approche de prévention, d'éducation à la santé et d'accompagnement pour un vieillissement réussi unique en France. Il accueille des individus depuis avril 2018. L'ensemble des données recueillies dans le cadre du PL pourront être exploitées dans le cadre de travaux de recherche.

A-12-219

Infirmière en équipe mobile en Onco-Gériatrie

S. Benyahia (1) ; T. Cudennec (1) ; L. Teillet (2)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt;* (2) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

Introduction : L'équipe mobile d'onco-gériatrie (EMOG) assure une prise en charge transversale des personnes âgées de plus de 75 ans, fragiles, atteintes de cancer. Son objectif premier est d'optimiser l'organisation et la qualité de soins. **Méthodes :** Face au nombre toujours croissant de patients âgés pris en charge dans ces services, et afin d'optimiser la qualité de la prise en charge des malades atteints de cancer, une équipe mobile oncogériatrique (Emog) a été créée. Elle exerce une activité transversale, uniquement au sein de l'établissement, en intervenant dans différents services de l'hôpital à la demande et en collaboration des services prenant en charge des patients âgés atteints de cancer. Selon l'INCa, il est recommandé dans un premier temps de réaliser un dépistage des patients qui consiste en l'utilisation de la grille G8. La mission principale d'une Emog est d'aider à l'élaboration d'un plan de soins personnalisé adapté à chaque patient et maintenir la qualité de vie. Pour cela, elle doit identifier 3 types de patients : les sujets âgés pouvant bénéficier d'un traitement oncologique standard ; les patients nécessitant une adaptation des thérapeutiques oncologiques spécifiques ; les patients relevant d'une prise en charge symptomatique et palliative. L'estimation des réserves physiologiques est déterminante en oncogériatrie. Pour cela, il est important de connaître et d'analyser certains items : • les conditions sociales et économiques de la personne (statut marital, condition de logement, condition financière ...) ; • les thérapeutiques (analyse des médicaments, études des interactions, identification des effets indésirables...) ; • les antécédents et les comorbidités ; • l'état psychologique (Mini Geriatric Depression Scale) ; • l'état cognitif (Mini Mental Score Examination, test des 5 mots de Dubois, test de l'horloge) ; • l'autonomie (Activities of Daily Living ou ADL, Instrumental Activities of Daily Living ou IADL) ; • l'équilibre et la marche (notion de chute, Timed Get up and Go, appui unipodal) ; • la qualité de vie ; • la nutrition (Mini Nutritional Assessment, poids, indice de masse corporelle (IMC), bilan nutritionnel). **Résultats :** L'équipe mobile d'oncogériatrie est composée d'une infirmière à temps plein qui travaille en binôme avec un gériatre. Dans le cadre de sa fonction, l'infirmière s'occupe principalement du screening et de l'évaluation des patients âgés de plus de 75 ans atteints d'un cancer. Le binôme consiste en la réalisation d'une évaluation gériatrique approfondie et la passation d'échelles d'évaluation et de tests par l'infirmière, qui sont ensuite revus en synthèse par le gériatre. Ces évaluations peuvent être réalisées dans les services de spécialités (oncologie thoracique, oncologie digestive, onco-dermatologie et hématologie), en hospitalisation conventionnelle, en hôpital de jour ou en consultation. L'infirmière de l'Emog participe également aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). L'ensemble du dossier étant informatisé sur l'établissement (dossier médical, imagerie, biologie, surveillance, actes de soins), l'équipe travaille

actuellement à l'élaboration d'un logiciel d'évaluation en gériatrie et en oncogériatrie sur des tablettes connectées. **Conclusion** : La mise en place de cette Emog permet d'intervenir à tous les moments de la prise en charge d'un patient âgé atteint de cancer. Son intervention n'est plus limitée à l'évaluation gériatrique pré-RCP, mais bien avant, pendant et après le traitement spécifique. Sa principale mission est d'identifier les sujets âgés fragiles. En plus de son activité clinique, l'Emog occupe également un rôle de formation dans la transmission des règles de bonnes pratiques gériatriques auprès des médecins et des soignants des autres services.

A-03-220

Couleurs et mémoire - Color-a-Memory

M. Sider (1)

(1) *Recherche et Développement, IDSG, Criquetot-l'Esneval*

Introduction : Parce que les couleurs ont des significations psychologiques ou sociétales qui peuvent être exprimées dans des livres à colorier, notre recherche nous a conduit à tester l'impact de ce monde d'expression dans le ressenti des personnes âgées dont la mémoire est fragilisée. **Méthodes** : Ceux d'entre nous qui ont des enfants et des petits-enfants seront bien conscients des avantages des livres à colorier - ils offrent une activité tranquille et donnent de la satisfaction à l'enfant. Cette activité est de plus en plus appréciée comme un intérêt récréatif pour les adultes, comme en témoigne l'importante disponibilité de livres à colorier pour ce groupe d'âge. Cependant, les livres à colorier pour adultes présents sur le marché sont trop complexes, et surtout des occasions de coloriage abstraites, pour être utiles à ceux qui souffrent de pertes de mémoire ou de démences. En termes généraux, les dessins au trait, avec une gamme de difficulté, des objets et des événements quotidiens du milieu des années 1990, permettent une utilisation par ceux qui ont une faible dextérité et / ou une mauvaise vue. Chaque page du concept expérimental de la recherche contient non seulement le dessin, mais également une photographie connexe, par ex. chien, mariage, maison, avec une liste de mots rapides en anglais et en français. Les mots d'invite sont le point de départ pour mettre en avant des souvenirs et les mots français / anglais peuvent être utilisés comme un exercice de traduction de mémoire dans un cadre de groupe ou individuel. La photo et les mots peuvent être facilement détachés des dessins et photocopiés pour un usage multiple et pour que les individus conservent en souvenir de leur réalisation une invitation à la mémoire. **Résultats** : Les personnes atteintes de démence ont montré une anxiété et une agitation réduites lorsqu'elles se sont concentrées sur le processus de coloration, ce qui présente un éventail d'avantages supplémentaires pour les personnes âgées. Par exemple: améliorer la dextérité et la coordination œil / main, améliorer la concentration et donner un sentiment d'accomplissement. **Conclusion** : Le concept «COLOR-A-MEMORY», et un projet de thérapie par l'art de la reminiscence, qui rassemble des éléments à l'usage des praticiens, des soignants et des individus pour promouvoir la discussion et susciter des souvenirs, individuellement ou collectivement. L'équipe franco-anglaise (animée par les gérontologues Michel SIDER et David WALDEN) qui a travaillé sur ce sujet serait honorée de la meilleure attention des participants sur la recherche engagée et ses résultats.

A-26-221

L'hygrome sous dural : un diagnostic à ne pas méconnaître

D. Vythilingum (1) ; H. Allart (1) ; M. Robin (1) ; C. Tardy Ellul (1) ; M. Breton (1) ; L. Boujday (1) ; B. Denis (1) ; S. Balesdent (1); L. Lechowski (1) ; L. Teillet (1)

(1) *Médecine gériatrique - pr teillet, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris*

Introduction : L'hygrome sous dural correspond à une collection de liquide céphalo-rachidien dans l'espace sous dural secondaire à une effraction de la couche arachnoïde de la dure-mère. Ce phénomène peut survenir suite à un traumatisme crânien ou après une intervention neurochirurgicale au niveau cérébral. L'hygrome sous dural est le plus souvent asymptomatique, cependant il peut dans certains cas entraîner un engagement cérébral. **Méthodes** : Nous rapportons le cas d'un patient de 80 ans hospitalisé en soins de suite et réadaptation gériatrique dans les suites d'un hématomе sous dural hémisphérique gauche trépané. Il avait comme principaux antécédents un syndrome dépressif et une hernie inguinale réductible à droite. Il présentait depuis plusieurs mois, 3 à 4 chutes par jour, dans un contexte de troubles de la marche. Il avait été retrouvé au sol, dans des circonstances peu claires, alors qu'il était en vacances au Maroc. Le scanner cérébral réalisé retrouvait alors un volumineux hématomе sous dural hémisphérique gauche. Une trépanation a été réalisée dans les heures suivantes. Il a ensuite été transféré à Paris en court séjour gériatrique. L'hospitalisation avait été marquée par un syndrome confusionnel. Des scanners cérébraux montraient une stabilité de l'hématomе sous dural hémisphérique gauche. Un mois plus tard, en soins de suite et réadaptation, le patient avait chuté de nombreuses fois. Un scanner cérébral réalisé au décours d'une chute avec traumatisme crânien et troubles de la vigilance, mettait en évidence une régression complète de l'hématomе sous dural mais montrait l'apparition d'un hygrome sous dural hémisphérique droit de 13 mm de plus grande épaisseur, réalisant un effet de masse sur les sillons corticaux adjacents avec déviation de la ligne médiane de 8 mm. Les neurochirurgiens n'ont pas retenu d'indication chirurgicale. **Résultats** : L'hygrome sous-dural est dû à l'effraction de l'arachnoïde, avec fuite de liquide céphalo-rachidien dans l'espace sous-dural. L'apparition d'un hygrome sous dural est retardé par rapport au traumatisme crânien et est le plus souvent bilatéral. La survenue d'un hygrome sous-dural contro-latéral à la trépanation est fréquente, une étude ayant montré une incidence de 55% (1). Le scanner cérébral met alors en évidence une hypodensité juxta osseuse en forme de croissant dans l'espace sous dural, de même densité que le liquide ventriculaire. L'absence d'évolution de cette collection de liquide céphalo-rachidien, après la survenue d'un hématomе sous dural antérieur, est primordiale. Le principal diagnostic différentiel est l'hématomе sous-dural chronique. Une étude a montré que l'hygrome sous dural peut se transformer en hématomе sous dural chronique dans 44 % des cas (2), le mécanisme restant peu clair. **Conclusion** : Les hygromes sous duraux sont opérés s'ils se manifestent par un retentissement clinique, ce qui reste exceptionnel. L'évolution est le plus souvent favorable. Des études récentes ont suggéré que l'hygrome sous dural permet de stabiliser voire de limiter la dilatation ventriculaire, retrouvée en cas d'atrophie cérébrale dans certaines pathologies avec démence. L'hygrome pourrait alors constituer un élément protecteur pour le cerveau. (1) The Risk Factors for Hydrocephalus and Subdural Hygroma after Decompressive Craniectomy in Head Injured Patients. 2015. Ki HJ, Lee HJ, Lee HJ, Yi JS, Yang JH, Lee IW. (2) Analysis of Risk Factor for the Development of Chronic

Subdural Hematoma in Patients with Traumatic Subdural Hygroma. 2016. Ahn JH, Jun HS, Kim JH, Oh JK, Song JH, Chang IB.

A-20-222

Usage des médicaments psychotropes chez les séniors : implication dans les chutes graves et dans les troubles cognitifs et de la mobilité

G. Loggia (1) ; E. Attoh-Mensah (2) ; R. Morello (3) ; P. Descatoire (1) ; P. Lescure (1) ; C. Chavoix (2)

(1) *Médecine gériatrique, C.H.U de Caen Normandie, Caen*; (2) *Umr-s 1075 inserm/unicaen comete, Université de Caen Normandie, Caen*; (3) *Unité de biostatistique et recherche clinique, C.H.U de Caen Normandie, Caen*

Introduction : Avec l'avancée en âge, la population devient plus susceptible de présenter un risque de fragilité et de vulnérabilité responsable de polyopathologies. Cette conséquence est intimement liée à une augmentation de la consommation médicamenteuse dans cette tranche d'âge. Les psychotropes sont l'une de ces molécules les plus consommées et peuvent être responsable d'effets indésirables importants. Le risque sur la mobilité et la cognition est connu mais n'a pas été étudié de manière conjointe en lien avec la consommation de psychotropes. Aucune étude ne s'est également intéressée au seuil de médicaments psychotropes à partir duquel ces risques sont observés. L'objectif de ce travail est d'étudier la relation entre la consommation de médicaments psychotropes et les déficiences cognitives et de la mobilité à la fois, et déterminer statistiquement à l'aide de courbe ROC, s'il existe un nombre seuil de médicaments psychotropes à partir duquel on observe des troubles cognitifs et/ou de la mobilité. **Méthodes :** 177 participants vivants à domicile, âgés de 55 ans et plus ont été inclus dans cette étude avec un antécédent de chute, bénigne ou avec fracture, au cours de l'année précédente. Le traitement médicamenteux quotidien a été soigneusement recueilli. Les participants ont été soumis à différentes épreuves cognitives globales (MMSE, « Mini Mental State Examination » ; MoCA, « Montreal Cognitive Assesement »), vitesse de traitement de l'information (TMT-A) et fonctions exécutives (TMT-B, TMT B-A, TMT B/A) et de la mobilité (TUG « Time-Up-and-Go » ; vitesse de marche). **Résultats :** Les résultats confirment l'existence de corrélations significatives entre la consommation journalière de molécules psychotropes et les performances cognitives et montrent également des corrélations avec celles de mobilité. Nous avons en outre identifié un seuil du nombre de molécules psychotropes à risque d'entraîner des performances déficitaires, qui est de deux molécules pour le MMSE ($p < 10^{-3}$) et le TUG ($p = 0,03$) et d'une seule molécule psychotrope pour le MoCA, le TMT-B et le TMT B-A ($p = 0,02$). **Conclusion :** Cette étude montre que la consommation de psychotropes affecte à la fois la cognition et la mobilité. Plus l'on consomme de médicaments psychotropes et plus la mobilité de base et l'efficacité cognitive globale sont réduites. Consommer 2 molécules de psychotropes quotidiennement est à risque de déficits cognitifs et de mobilité. En consommer une seule est même à risque de dysfonctionnement exécutif, suggérant un lien fort entre psychotropes et fonctions exécutives qui pourrait être à l'origine d'altération de la marche.

3-223

Prise en charge de l'agitation avec cri pathologique et agressivité verbale à recrudescence vespérale chez un patient dément

L. Morel (1) ; PE. Cailleaux (2) ; A. Nsamba (1) ; D. Haguenaer (1)

(1) *Service de gériatrie, Hôpital Louis-Mourier (AP-HP), Colombes*; (2) *Gériatrie, Hôpital Louis-Mourier (AP-HP), Rue des Renouillers, Colombes, France, Colombes*

Introduction : Dans le cadre d'une analyse de pratique professionnelle, nous décrivons la prise en charge de l'agitation avec cri pathologique et agressivité verbale à recrudescence vespérale chez un patient dément avec sollicitations des soignants, profération de menaces et d'insultes à l'encontre des autres patients. Les comportements perturbateurs sont fréquents au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Ils sont liés à des facteurs propres au patient (pathologie somatique, désafférentation due à la maladie elle-même, personnalité prémorbide, vécu antérieur), des facteurs environnementaux (architecture inadaptée, contention physique) des facteurs liés aux aidants (attitudes inadaptées, manque d'information et de formation, souffrance physique ou psychique). Le repérage de ces facteurs est primordial. Il constitue le premier point de la prise en charge et va permettre de mettre en place des actions correctives et de prévention. Le cri est un moyen de communication utilisé pour exprimer un mécontentement, un inconfort physique ou un mal être psychique. Il peut être le seul moyen de communication chez un patient présentant une démence évoluée. Les difficultés résident dans le diagnostic étiologique, la thérapeutique et la prise en charge soignante. **Méthodes :** Les références bibliographiques sont rares. Le référentiel de la HAS a été la base de notre réflexion. **Résultats :** Le patient, objet de cette présentation, était agité, angoissé, agressif, criait et exprimait des idées de mort. Les soignants subissaient des cris assourdissants, l'agitation, la souffrance morale du patient, les sollicitations permanentes, les insultes et les menaces physiques et verbales. Malgré la succession des équipes, celles-ci étaient en souffrance. L'équipe soignante, médecins compris, subissait une pression permanente en quête d'un traitement ou de mesures afin que cesse urgemment ce comportement perturbateur du « crieur, agité ». Tout retard ou échec de prise en charge était vécu comme un sentiment d'impuissance et de frustration amplifiés par la souffrance en cascade des autres patients subissant les cris et la violence du patient crieur et perturbateur, facteur de décompensation de leur propre pathologie. Pour toutes ces raisons, la prise en charge était une urgence. Le risque de « lâcher prise » des équipes et de maltraitance a justifié une prescription médicamenteuse sédatrice initialement et à priori inadaptée. L'analyse de notre pratique nous a permis de passer d'une approche initialement et purement médicamenteuse à une approche beaucoup plus large, pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle qui nous a amenés à une prise en charge globale comportementale, environnementale et pharmacologique. La communication et la formation des soignants ont fait partie intégrante de la prise en charge. **Conclusion :** Cette approche large, pluridisciplinaire, pluri-professionnelle et une prise en charge globale comportementale, environnementale et pharmacologique a permis une amélioration des troubles avec une meilleure tolérance au patient crieur, agité et une certaine sérénité dans l'unité. La prise en charge médicamenteuse n'a de sens que si elle est éthiquement bien réfléchie et réévaluée. Elle doit être toujours associée à la prise en charge non médicamenteuse.

A-04-224**Etude de la tolérance du fentanyl intranasal (Pecfent®) dans le traitement des douleurs procédurales chez la personne âgée, avec ou sans traitement de fond**

L. Maljean (1) ; T. Tiffet (2) ; J.L. Cracowski (3) ; S. Drevet (4) ; C. Bioteau (5) ; N. Mitha (6) ; N. Zerhouni (7) ; C. Lopez (8) ; M. Payen (9) ; P. Gibert (9) ; G. Gavazzi (10)

(1) *Clinique universitaire de pharmacie, C.H.U Grenoble Alpes, Grenoble;* (2) *Unité de pharmacologie clinique, inserm cic3, centre d'investigation clinique, CHU Grenoble Alpes, La Tronche;* (3) *Unité de pharmacologie clinique, inserm cic3, centre d'investigation clinique, CHU Grenoble Alpes, Grenoble;* (4) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, La Tronche;* (5) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU de Grenoble, Avenue Maquis du Grésivaudan, La Tronche, France, La Tronche;* (6) *Clinique de gériatrie, CHU Grenoble-Alpes, Grenoble;* (7) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, CHU Grenoble-Alpes, Grenoble;* (8) *Service de gériatrie, CHU Grenoble-Alpes, Grenoble;* (9) *Pôle pharmacie, CHU de Grenoble, Grenoble;* (10) *Clinique universitaire de médecine gériatrique, C.H.U Grenoble-Alpes, Grenoble*

Introduction : Les actes diagnostiques et thérapeutiques sont potentiellement douloureux. Ces douleurs, appelées douleurs provoquées iatrogènes ou douleurs procédurales (DP) sont fréquentes. Une enquête réalisée sur 671 patients dans deux hôpitaux français montre que 55 % des patients éprouvent des douleurs liées aux soins et que ces douleurs provoquées sont d'une intensité forte ou très forte dans 57 % des cas. Cependant, la prise en charge antalgique des DP associées à des soins tels que plaies et rééducation, ne fait pas l'objet de consensus. Le médicament idéal pour ces douleurs aiguës, posséderait ainsi un délai d'action rapide et une courte durée d'action afin d'être administré juste avant les actes douloureux et permettre une continuité dans les soins et une courte durée d'action afin de soulager le soin et permettre une meilleure exécution du soin. Le fentanyl intranasal (FI) a un profil cinétique qui semble intéressant pour cette situation, mais dont la tolérance peut être faible en raison du risque de surdosage comme le soulignait un rapport récent. Il est en ce sens actuellement seulement autorisé à être utilisé pour les douleurs aiguës de patients atteints de cancer sous morphinique au long cours. **Méthodes :** Nous avons conduit donc une étude monocentrique thérapeutique, ouverte, non contrôlée, non randomisée visant à évaluer la tolérance du Fentanyl Intranasal dans les DP associées aux traitements des escarres et de la réhabilitation précoce entre 2015 et 2017 dans 3 unités de soins gériatriques. Le FI était donné 1 à mn avant le soin, une seconde dose potentiellement donnée en cours de soin si la douleur persistait 5min après le début du soin. Une titration entre les séances de soin selon le profil d'efficacité de l'antalgie était réalisée. Le critère de jugement principal était la tolérance (effet indésirable grave et non grave) dont le surdosage mesuré sur les échelles de sédation de Ramsay (0 à 6) et Respiratoire (R0 à R3) avant (10mn), pendant (15 et 30 mn) et après le soin (90mn). L'efficacité sur la douleur évaluée avant, pendant (15mn, 30mn) et après la séance de soin (90mn) était un objectif secondaire. Une titration de FI (100 ug par 100 ug) était réalisée pendant la séance en cas de persistance douloureuse et d'une séance à l'autre. Tous les EI ont été répertoriés durant la période d'inclusion puis classés et attribués au FI selon les modalités pharmacologiques habituelles. Un EI était grave en cas d'impact sur la durée d'hospitalisation, de surdosage. Les critères d'inclusion étaient, âge > 75 ans, de présenter une DP

avec une EVA > 4 (ou échelle équivalente) pendant une procédure de soins et avoir signé un consentement éclairé. Les mesures se faisaient sur 2 séances avec les antalgiques habituels puis 4 séances avec le FI. **Résultats :** 57 patients ont été inclus, 311 séances ont été analysées (110 séances avant FI, et 201 sous FI) avec l'ensemble des données. 57 EI (18,2%) ont été rapportés sur l'ensemble des séances allant de la pyélonéphrite, grippe nosocomiale, insomnie jusqu'aux vertiges vomissements et confusion, plus classiquement rapporté dans l'utilisation des opiacés; 3 surdosages (1,5%) et 6 EIG (3%) ont été rapportés. Les doses de FI utilisées (n=nombre d'EI) étaient de 100 ug (n=20 pour 108 séances), 200 ug (n=30 pour 81 séances) et 400 ug n=4 pour 11. L'attribution des EI et EIG au FI est en cours; cependant seul un EIG (surdosage, R3 sur échelle respiratoire) semble attribuable au FI; les résultats complets seront communiqués lors de la présentation du travail. **Conclusion :** La tolérance du FI est équivalente à celle des autres formes pendant les phases de titration. Elle devrait permettre son utilisation comme alternative dans les DP des patients devant recevoir des soins douloureux. L'analyse de son efficacité sur la DP évaluée pendant et après les soins, mais aussi son impact sur la qualité des procédures de soins jugé par les soignants seront présentés lors du congrès.

A-20-225**Une TIAH à J20 d'un traitement par HBPM**

S. De La Roche Saint André (1) ; S. Moulia (1) ; MA. Desoutter (1) ; L. Teillet (2)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt;* (2) *Gériatrie, Hôpital Sainte-Périne-Rossini-Chardon Lagache, Paris*

Introduction : Le TIH de type 2 ou thrombopénie immuno-allergique à l'héparine (TIAH) est le résultat d'une liaison entre des anticorps anti-facteur 4 plaquettaire (PF4) et l'héparine, ce qui entraîne une agrégation plaquettaire intense et donc une thrombopénie de consommation. Elle doit être recherchée devant toute thrombopénie inférieure à 100 000/mm³ et/ou devant une chute des plaquettes de plus de 40 % entre 2 NFS, apparaissant entre J5 et J8 après l'introduction d'une héparine, voire jusqu'à J21 pour les HBPM. Elle se confirme par la recherche d'anticorps anti-PF4 par ELISA et par des tests fonctionnels d'agrégation plaquettaire en présence d'héparine. **Méthodes :** Nous rapportons le cas de Monsieur S, 83 ans, qui a présenté une TIAH à J20 de l'introduction d'un traitement par Innohep. **Résultats :** Monsieur S a été hospitalisé initialement en réanimation pour un choc septique avec une bactériémie à E.coli dont la porte d'entrée, probablement digestive, n'a pas été clairement retrouvée. Après stabilisation, Monsieur S est transféré en gériatrie pour suite de la prise en charge. Dans ses antécédents, on note une maladie rythmique de l'oreille avec des troubles de la conduction ayant nécessité la pose d'un pacemaker et de la FA nécessitant un traitement par Previscan au long cours. Au cours de son hospitalisation en réanimation, le Previscan est relayé par de l'Innohep le 14/03 en vue d'une cœlioscopie diagnostique. Le 02/04, à J20 du traitement par Innohep, apparition d'une thrombopénie à 51 000/mm³. Toute TIAH nécessite l'arrêt immédiat et la contre-indication à vie aux héparines, ainsi qu'une déclaration à la pharmacovigilance. Le relais s'est fait par l'Oragan et la réintroduction des AVK, une fois les plaquettes normalisées. **Conclusion :** Afin de prévenir la TIAH, tout traitement par héparine nécessite une surveillance plaquettaire 2 fois par semaine, au minimum, jusqu'à J21.

A-13-226**La télémédecine de recours rapide en EHPAD, est-elle possible?**

C. Gayot (1) ; M. Malichier (2) ; B. Hiez (3) ; T. Mergans (4) ; P. Kajeu (4) ; T. Dantoine (5) ; TB. N Guyen (6) ; A. Tchalla (7)

(1) *Unité de recherche clinique et d'innovation, pôle hu gérontologie clinique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges;* (2) *Pôle hu gérontologie clinique, unité de recherche clinique et d'innovation, chu limoges, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges;* (3) *Pôle hu de gérontologie clinique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges;* (4) *Médecine d'urgence gériatrique de la personne âgée, C.H.U de Limoges, pôle HU gérontologie clinique, Limoges;* (5) *Ea 6310 havae, Université de Limoges, Limoges;* (6) *Pôle hu gérontologie clinique, médecine gériatrique, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges;* (7) *Université de limoges, ea 6310, havae, C.H.U de Limoges dupuytren, pôle hu gérontologie clinique, Limoges*

Introduction : La télémédecine (TLM) bouleverse la pratique médicale actuelle et demande toute une réorganisation du soin autour du patient impactant l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge médicale et paramédicale. D'un point de vue de la recherche clinique, une démarche expérimentale globale de la TLM nécessite une attention particulière adressée à l'ensemble des acteurs afin de faciliter l'intégration de la TLM dans la prise en charge du résident. L'intérêt de la mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire est de permettre une meilleure appréhension des questionnements soulevés par la TLM et un meilleur accompagnement du déploiement de la TLM dans le soin quotidien. **Méthodes :** Pour accompagner le développement du projet de recherche clinique GERONTACCESS (Téléconsultations géronto-préventives en EHPAD), l'URCI (unité de recherche clinique et d'innovation) de gérontologie du CHU de Limoges a proposé de mettre en place un groupe de travail de TLM, ouvert à tous les professionnels (requérants et requis), à raison d'une réunion par mois pendant quatre mois (fin 2017- début 2018). La première réunion a été conduite sous forme de brainstorming pour recueillir de façon spontanée les besoins des professionnels en terme de TLM. Les trois autres ont été abordées sous forme de mise en situation de TLM, de l'écriture conjointe de documents administratifs et d'une réflexion autour de la médecine d'urgence en TLM. **Résultats :** 27 personnes ont participé à ces réunions (14 personnes en moyenne par groupe : 63% femmes, 37% hommes). La majorité des participants sont âgés de 41 à 50 ans : 37%. Il y a autant de jeunes de 21-30 ans que de plus âgés 51-60 ans : 22%. Un seul participant a plus de 60 ans. Le groupe est pluridisciplinaire, constitué d'1 psychologue, de 5 médecins (dont 2 médecins coordonnateurs d'EHPAD), d'1 administratif, de 3 professionnels en recherche clinique et de 17 IDE (dont cadres et cadre supérieur de santé). En plus des besoins déjà connus : consultations de spécialistes, la notion d'intervention semi-urgente a émergé. L'analyse sémantique a permis de comprendre la représentation que chaque utilisateur de la TLM se faisait de la semi-urgence : obtention rapide d'un conseil dans la prise en charge (régulation) pour les professionnels des établissements requérants alors que pour les professionnels du centre requis cette notion renvoie à l'urgence vitale (dont les responsabilités sont impossibles à maîtriser via la TLM). Au décours d'une réflexion commune et consensuelle, le groupe de travail a opté pour le choix du terme « recours rapide » dont les contours organisationnels ont été co-écrits : une demande de prise en charge traitée par TLM dans un délai de 72h maximum complétée par une aide à la saisie du dossier médical dans le workflow. Le centre 15 reste le recours à l'urgence vitale. La structuration du groupe de travail a permis de

créer un TéléMedLab : laboratoire de réflexion multidimensionnelle constitué des différents corps de métier en lien avec la TLM. **Conclusion :** Le recours rapide en EHPAD est un besoin identifié par les usagers de la TLM. L'approche novatrice de l'analyse du besoin par le TéléMedLab (l'approche globale de la TLM) permet d'associer l'ensemble des acteurs de la TLM à la réflexion de la structuration d'une idée pour obtenir une réponse consensuelle à la fois dans sa dimension médicale et paramédicale. Cette approche a été très appréciée par les usagers car ils sont sollicités de l'idéation jusqu'à sa transposition dans le soin courant.

La prochaine étape du TéléMedLab sera de mettre en place l'approche évaluative du recours rapide afin d'apprécier l'impact réel sur les hospitalisations évitables aux urgences.

A-12-227**Syndrome d'activation macrophagique révélant un lymphome B diffus à grandes cellules**

L. Lorsche (1) ; E. Caltabellotta (1) ; D. Gallo-Imperiale (2) ; C. Suna-Enache (2) ; PE. Gavand (3) ; G. Kaltenbach (4)

(1) *Gériatrie médicale b, Hôpital Civil - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg;* (2) *Gériatrie, HUS, Strasbourg;* (3) *Médecine interne, Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg;* (4) *Médecine interne gériatrique, CHU de Strasbourg, Strasbourg*

Introduction : Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est très rare (une incidence entre 0,9 et 3,6 pour un million est rapporté selon les études) et exceptionnel chez le sujet âgé. Nous rapportons un cas de lymphome B diffus à grandes cellules (LBDGC) révélé par un SAM chez une femme de 89 ans. **Méthodes :** La patiente est adressée pour pneumopathie avec dyspnée aiguë, hyperthermie et altération de l'état général évoluant depuis plusieurs semaines, initialement traité par bi-antibiothérapie. Au cours d'hospitalisation elle présente de nombreuses anomalies biologiques avec : une bi-cytopenie (Plaquettes=82G/L, Hb=8,7g/dl) un syndrome inflammatoire biologique (CRP à 100mg/l, une ferritine à 2109µg/l), une cytolysse hépatique (TGO=58U/l, TGP=64U/l), et une cholestase (PAL=122 U/l, gGT=115). Les bilans biologiques et infectieux sont complétés : l'ECBU, la radiographie de thorax, les trois trains d'hémoculture, le panel respiratoire reviennent négatifs, nous trouvons une hypertriglycéridémie (3.42g/l), il n'y a pas de carence vitaminique. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien est réalisé et retrouve une splénomégalie et des adénopathies médiastinales profondes avec épanchements pleuraux bilatéraux. Un syndrome d'activation macrophagique associé à une hémopathie est suspecté devant : les adénopathies, l'hépatosplénomégalie, le pic monoclonal, les LDH et B2micro-globuline augmentés (respectivement : 1300U/l et 7.95mg/l). Le myélogramme met en évidence un envahissement important de cellules lymphomateuses de grande taille avec prolifération mono/macrophagique et des images d'hémophagocytose. A l'immunophénotypage sur le sang et la moelle, on note la présence d'une population anormale CD45 intermédiaire, CD19+, CD20+ monotypique kappa très faible sur le sang et plus importante dans la moelle. Le diagnostic de lymphome B diffus à grandes cellules est posé. **Résultats :** La patiente est présentée en RCP héματο-oncologie pour le traitement d'un LBDGC révélé par SAM. Elle est traitée par chimiothérapie R-CVéP avec l'étoposide à la place de la vincristine dans le cadre du SAM. La première cure est compliquée d'une neutropénie fébrile d'évolution favorable sous tavanic. Le LBDGC est le lymphome non Hodgkinien le plus fréquent et il est principalement diagnostiqué

chez les sujets âgés de plus de 60 ans. Les associations LBDGC-SAM sont retrouvés dans 23% de cas contre 45% avec le lymphome T. Dans la littérature, les cohortes de SAM chez la personne âgée toutes causes confondues ne montrent que 3 cas de SAM de plus de 70 ans: 2 atteints d'un lymphome T chez des octogénaires, et un présentant un LBDGC âgé de 74 ans. Dans tous les cas, ces associations ont un pronostic effroyable en particulier concernant le lymphome T et elles nécessitent un diagnostic et traitement précoces. **Conclusion :** Malgré la rareté de l'association d'un SAM et d'un LBDGC chez la personne âgée, un diagnostic rapide a pu être effectué chez cette patiente présentant un tableau initial mimant une pneumopathie hypoxémiant.

A-17-228

Découverte fortuite d'une pneumopathie interstitielle

C. Vaquier Reberac (1) ; D. Casciari (1) ; L. Aubert (2) ; L. Teillet (1)

(1) UGA, Hôpital Ambroise-Paré (AP-HP), Boulogne-Billancourt;

(2) Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt

Introduction : Les pneumopathies interstitielles diffuses (PID) sont classées en quatre groupes, les PID secondaires à une cause connue (pneumoconiose, pneumopathie d'hypersensibilité, connectivite, vascularite...), la sarcoïdose, les pneumopathies particulières (histiocytose langheransienne, lymphangioléiomyomatose, lipoprotéïnose alvéolaire, pneumopathie chronique à éosinophile) et les pneumopathies interstitielles idiopathiques (fibrose pulmonaire idiopathique...). La prévalence des PID est d'environ 60-80/100 000 habitants. **Méthodes :** Mme G., âgée de 80 ans, est hospitalisée dans le service, pour des sensations de malaises à domicile. Elle vit en Guyane, mais est venue rendre visite à ses enfants en métropole pour quelques semaines. Elle se déplace en déambulateur, et nécessite des aides pour les activités de la vie quotidienne. Elle n'a que peu d'antécédent, si ce n'est une prothèse totale du genou gauche et un Bricker dont l'indication est floue. Elle ne consomme pas d'alcool, mais prise du tabac. Elle n'a aucune plainte sur le plan pulmonaire mais la radiographie thoracique réalisée de manière systématique aux urgences, met en évidence un syndrome interstitiel marqué. Devant cette découverte fortuite, nous réalisons un scanner thoracique montrant des bronchectasies évoluées ventrales des lobes supérieurs, un épaississement diffus des septas inter-lobulaires associé à des distorsions architecturales en faveur d'une atteinte fibrosante. Discrètes plages de verre dépoli notamment à droite. **Résultats :** Le bilan étiologique ne retient pas d'argument à l'interrogatoire pour une pneumoconiose (Métaux durs, béryllose, silicose, asbestose), ni pour une pneumopathie d'hypersensibilité (poumon éleveur d'oiseau ou fermier), ni pour une origine médicamenteuse. Les marqueurs immunologiques sont négatifs : FR négatif, Ac Anti CCP négatif, ANCA négatif, FAN négatif, Ac anti ADN natif négatif, ECA négative. Le quantiféron et la sérologie VIH sont négatifs. La fibroscopie bronchique n'a pu être réalisée car elle ne tolère mal l'examen avec une désaturation importante au décours. Les explorations fonctionnelles respiratoires concluent à une capacité vitale diminuée, la courbe débit volume est en faveur d'un syndrome restrictif. Le retentissement clinique est très pauvre, car la patiente ne décrit aucune dyspnée au repos ou à l'effort. Les gaz du sang sont dans la normale. Le scanner est en faveur d'une HTAP importante. L'échographie cardiaque met en évidence une insuffisance mitrale et aortique minime. Les cavités droites ne sont pas dilatées. PAPs à 41 mmHg. **Conclusion :** Elle a revu par la suite les pneumologues, qui compte tenu de

la présentation atypique au scanner, ne sont pas catégoriques pour l'étiologie idiopathique de la fibrose pulmonaire. Il serait souhaitable d'obtenir une preuve histologique par biopsie invasive mais la patiente refuse toutes autres investigations. Comme la patiente conserve une bonne tolérance sur le plan respiratoire, une simple surveillance sera réalisée.

A-14-229

Présentation clinique, paraclinique et sensibilité des scores diagnostiques de l'embolie pulmonaire aux Urgences : étude rétrospective de l'effet de l'âge au CHRU de Strasbourg

A. Boussuge (1) ; A. Boidevézi (1) ; T. Vogel (1) ; E. Schmitt (2) ; F. Lefebvre (3) ; PO. Lang (4)

(1) Gériatrie, Chu Strasbourg, Strasbourg; (2) Médecine interne gériatrique, CHU, Strasbourg; (3) Santé publique, Chu Strasbourg, Strasbourg; (4) gériatrie, CHUV, Lausanne, Suisse

Introduction : La suspicion d'embolie pulmonaire (EP) est un motif fréquent de consultation dans un Service d'Accueil et des Urgences (SAU). Son diagnostic reste difficile et, en l'absence de traitement, le taux de récurrence est élevé avec une mortalité à trois mois pouvant atteindre 30 %. L'EP représente la troisième cause de mortalité cardiovasculaire. L'incidence de la maladie thromboembolique veineuse et de ses complications augmente avec l'âge. L'objectif de cette étude était d'analyser et de comparer les modes de présentations cliniques, paracliniques et la sensibilité des scores diagnostiques, selon l'âge, au SAU. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique réalisée à partir des dossiers médicaux et des codes diagnostics du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information des patients ayant consulté au SAU du CHRU de Strasbourg entre le 1er janvier et le 31 décembre 2013. Tous les patients âgés de 18 ans ou plus et ayant une EP documentée ont été inclus. Nous avons comparé les modes de présentation clinique et paraclinique de l'EP, tout comme les sensibilités des scores de Wells et de Genève modifié. Ces données ont été analysées et comparées selon 4 catégories d'âge (<70, 70-74, 75-80 et >80 ans). En ce qui concerne l'analyse statistique, le seuil de significativité était à 0,05. Les tests statistiques ont été choisis selon la nature des variables et la taille des effectifs considérés. Ainsi les variables qualitatives ont été comparées avec un test du Chi2 ou un test exact de Fisher et les variables quantitatives par un test t de Student ou un test de Mann-Whitney-Wilcoxon. Pour les variables ainsi identifiées comme significativement associées à l'âge, l'Odds ratio et l'intervalle de confiance à 95 % ont été calculés en utilisant la catégorie d'âge « < 70 ans » comme référence. **Résultats :** Au total, 117 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 71,8 ± 13,8 ans (médiane 74,8 ans). Si la répartition par catégories d'âge était homogène en termes d'effectif, on observait une féminisation progressive de cette population avec l'avancée en âge (p < 0,01). Quel que soit le groupe d'âge, la majorité des patients vivait à domicile ; 20% résidaient en EHPAD après 80 ans. Concernant les facteurs de risque il y avait plus de comorbidités cardiaques après 75 ans (OR75-80= 19,5 ; OR>80= 9,4). Pour le mode de présentation clinique, la douleur thoracique était moins fréquente après 80 ans (p < 0,05) ; aucune différence n'a été observée concernant la syncope ou la dyspnée. Le tracé ECG était moins souvent considéré comme normal après 80 ans (p < 0,05). Un patient sur quatre a eu une scintigraphie pulmonaire, avec une majoration du recours avec l'âge. L'angiogramme thoracique concernait 79% des patients avec une diminution significative de son utilisation avec l'âge (p < 0,05). Avec le score de Wells, seuls

10 à 15 % des cas étaient classés en « probabilité forte », sauf après 80 ans où la sensibilité s'élevait à 70 %. Avec le score de Genève modifié, les patients étaient globalement plus fréquemment classés en « probabilité élevée », la sensibilité était de 25 à 35 % quel que soit l'âge. Que ce soit pour le score de Wells ou le score de Genève modifié, en cumulant les probabilités « moyenne et forte » et « intermédiaire et élevée », la sensibilité augmentait significativement avec la catégorie d'âge ($p < 0,05$). **Conclusion :** Cette étude, bien que rétrospective, est à notre connaissance la seule à avoir comparé plus de deux groupes d'âge. Elle confirme que le diagnostic d'EP reste un diagnostic délicat dans la population âgée avec des modes de présentation très hétérogènes à la phase aiguë. Par ailleurs dans le grand âge l'apport des scores de probabilité diagnostique apparaît inégal avec majoritairement des probabilités faibles à intermédiaires aux scores de Wells ou de Genève modifié.

A-07-230

Dosage de la 25 OH vitamine D et supplémentation en vitamine D dans les EHPAD/USLD du Nord-Pas-de-Calais : analyse des pratiques professionnelles

A. Moraud (1) ; M. Blanchard (1) ; C. Gaxatte (1) ; Comité Scientifique de la Société Septentrionale de Gérontologie Clinique (1) *Pôle de gérontologie, CHU de Lille, Lille*

Introduction : Plusieurs études ont objectivé un lien entre déficit en vitamine D et le risque de chutes, de fractures, mais également un lien sur l'incidence de pathologies comme l'HTA, la dépression, ou certains cancers... Les résidents d'EHPAD/USLD représentent une population particulièrement à risque de carence ou d'insuffisance en vitamine D. Pour autant, il existe une controverse sur l'utilité du dosage de la 25 OH vitamine D dans cette population âgée et sur les schémas de supplémentation. L'objectif de ce travail est d'analyser les pratiques de dosage et de supplémentation en vitamine D dans un échantillon représentatif d'EHPAD/USLD du Nord-Pas-de-Calais. **Méthodes :** Travail proposé par le Comité Scientifique de la Société Septentrionale de Gérontologie Clinique (SSGC). Enquête transmise par voie électronique en juin 2017 (avec 2 relances) via le listing des médecins adhérents à la SSGC et aux médecins coordonnateurs d'EHPAD du Nord-Pas-de-Calais. Recueil de données sur la réalisation ou non d'un dosage de 25 OH vitamine D chez les résidents, sur la proportion de résidents recevant au jour de l'enquête une supplémentation en vitamine D (et en calcium), et sur les modalités de supplémentation. **Résultats :** Nous avons reçu 74 réponses (73 analysables) sur les 317 questionnaires envoyés (23%) ; 20 concernent un établissement rattaché à un centre hospitalier (27%). Les réponses proviennent d'un établissement du département du Nord (61%), du Pas-de-Calais (36%), et de l'Aisne (3%). Les médecins coordonnateurs (72 réponses/73) ont déclaré réaliser le dosage : chez tous les résidents à l'admission ($n=28$, 39%), selon les critères HAS ($n=8$, 11%), selon les recommandations du Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses (GRIO) ($n=11$, 15%), sur avis des médecins traitants ($n=16$, 22%), jamais ($n=5$, 7%). 4 réponses sont ambiguës (6%), les médecins ayant répondu suivre à la fois les recommandations du GRIO et de la HAS. 46 des 73 médecins (63%) ont renseigné l'existence d'un protocole de supplémentation en vitamine D dans leur établissement. Dans 21 EHPAD/USLD, il s'agissait d'un protocole de supplémentation séquentielle conditionnelle (tenant compte du dosage de la 25OH vitamine D) ; dans 24 EHPAD/USLD, il s'agissait d'un protocole de supplémentation séquentielle systématique. Dans 1 EHPAD, 2 protocoles coexistaient : un

séquentiel systématique et une supplémentation quotidienne. Le protocole était à base de colécalciférol dans 36 établissements, d'ergocalciférol dans 3 établissements ; la molécule n'était pas précisée pour 7 établissements. Aucun médecin répondeur n'a rapporté utiliser exclusivement un protocole de supplémentation quotidienne dans son établissement. Enfin, le jour de l'enquête (données sur 70 des 73 EHPAD/USLD – $n=5777$ résidents), 3419 sont supplémentés en vitamine D (59%), et 748 en calcium (13%). **Conclusion :** Ce travail indique que la question de la vitamine D est une préoccupation significative des médecins coordonnateurs d'EHPAD, et 60% des résidents sont supplémentés. Faute de recommandations consensuelles, la pratique du dosage de la 25 OH vitamine D reste variable d'un établissement à l'autre. Les modalités de supplémentation ne prennent pas en considération le dosage de la vitamine D dans un peu plus de la moitié des établissements disposant d'un protocole. De manière attendue, aucun EHPAD/USLD ne propose de supplémentation quotidienne en vitamine D à tous ses résidents.

A-20-231

Une cause très inattendue d'hypercalcémie maligne récidivante « familiale »

A. Michaud (1) ; L. Lorsche (2) ; D. Gallo-Imperiale (1) ; C. Suna-Enache (1) ; G. Kaltenbach (3)

(1) *Gériatrie, HUS, Strasbourg*; (2) *Gériatrie médicale b, Hôpital Civil - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg*; (3) *Médecine interne gériatrique, CHU de Strasbourg, Strasbourg*

Introduction : L'hypercalcémie est un trouble métabolique grave aux complications potentiellement létales. Nous présentons un cas d'hypercalcémie maligne symptomatique qui aborde la complexité de l'automédication et de ses conséquences chez la personne âgée. **Méthodes :** Nous rapportons le cas d'une patiente de 86 ans adressée initialement aux urgences par son médecin traitant pour pneumopathie en septembre 2017. Le bilan biologique montre une hypercalcémie sévère à 3,73 mmol/l (2,20 - 2,70 mmol/l) avec une PTH initiale normale à 26,1 ng/l (18,5 - 88 ng/l). Elle présentait également une insuffisance rénale d'allure fonctionnelle et une hypokaliémie modérée. Elle est traitée par hydratation, calcitonine et furosémide avec correction progressive de la calcémie sur 4 jours. Le bilan de contrôle montre une élévation de la PTH à 238 ng/l pour une calcémie à 2,18 mmol/l. Par élimination, le diagnostic retenu à tort est celui d'une hyperparathyroïdie primaire malgré une PTH initiale adaptée à la calcémie et la normalité des examens complémentaires (scintigraphie I123/Cardiolite, échographie et scanner cervicaux) et après élimination des causes tumorales. Un traitement par cinacalcet (Mimpara) 30 mg 1/j est mis en route. Elle est réhospitalisée fin janvier avec un tableau superposable à celui de septembre, mais la PTH n'a pas été dosée d'emblée : hypercalcémie sévère, insuffisance rénale sévère avec DFG à 25 ml/mn, hypokaliémie profonde, alcalose métabolique, hypophosphorémie et hypomagnésémie. L'examen clinique révèle un syndrome confusionnel dans un contexte de troubles cognitifs modérés (MMSE à 24/30), ainsi qu'une douleur abdominale intense sans défense ni contracture. L'ECG pratiqué s'inscrit en rythme sinusal, avec une déviation axiale gauche, sans trouble de conduction atrio-ventriculaire mais un aspect cupuliforme du segment QT en V6. Le bilan biologique se corrige avec une simple hydratation et traitement par furosémide, avec une normalisation de la calcémie et du dosage de la PTH. Le cinacalcet n'était plus administré pendant le séjour. Après reprise de l'interrogatoire

avec la famille, nous apprenons que le mari dément administrait à la patiente jusqu'à dix fois par jour des pastilles Rennie antiacide fournies par le fils pharmacien. Une analyse de la composition du médicament nous apprend que chaque comprimé contient 680mg de carbonate de calcium. **Résultats** : Devant l'absence d'arguments pour une hyperparathyroïdie primaire, d'hypervitaminose D ou d'atteinte néoplasique, nous concluons à une hypercalcémie médicamenteuse majeure symptomatique par mésusage de Rennie antiacide. **Conclusion** : La iatrogénie est une cause bien connue d'hospitalisation pour les personnes âgées. Ce cas d'hypercalcémie maligne dément l'innocuité des thérapeutiques vendues en libre accès en pharmacie. Une anamnèse complète incluant la recherche d'une iatrogénie par mésusage médicamenteux a été fondamentale pour aboutir au diagnostic. En sortie d'hospitalisation, le pharmacien d'officine a été alerté et inclus en tant que partenaire de soins en ambulatoire.

A-25-232

Une suspicion d'insuffisance surrénalienne aiguë

S. De La Roche Saint André (1) ; S. Moulias (1) ; MA. Desoutter (1) ; L. Teillet (2)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (2) *Gériatrie, Hôpital Sainte-Périne-Rossini-Chardon Lagache, Paris*

Introduction : L'insuffisance surrénalienne aiguë est une urgence diagnostique et thérapeutique. Le tableau clinique n'est pas spécifique et associe souvent une hypothermie ou une fièvre à des symptômes digestifs et des troubles de la vigilance ou un syndrome confusionnel. Biologiquement, on retrouve des signes de déshydratation extra cellulaire, une hyponatrémie avec une natriurèse conservée, une hyperkaliémie et une hypoglycémie. La confirmation diagnostique se fait avec le bilan hormonal, mettant en évidence une cortisolémie effondrée et une ACTH augmentée. Le traitement, qui doit être débuté en urgence devant toute suspicion d'insuffisance surrénalienne aiguë, comprend l'hydrocortisone, associée à une réhydratation importante et une correction des troubles hydro électrolytiques. **Méthodes** : Nous rapportons le cas de Madame H, 95 ans, présentant un tableau clinico-biologique compatible avec une insuffisance surrénalienne aiguë. **Résultats** : Madame H est hospitalisée en gériatrie pour l'apparition rapide, sur 3 jours, de troubles de la vigilance, associés à une symptomatologie digestive associant diarrhées, nausées et vomissements. Le bilan biologique réalisé aux urgences révèle une hyponatrémie à 112 mmol/l et une hyperkaliémie à 6.5 mmol/l. Devant ce tableau, nous évoquons une insuffisance surrénalienne aiguë. Un traitement par hydrocortisone est débuté en urgence, après prélèvement de la cortisolémie, associé à une hyperhydratation par sérum physiologique. La cortisolémie de Madame H est revenue anormalement élevée, infirmant l'hypothèse évoquée. L'étiologie retenue devant ce tableau est iatrogène avec la notion d'introduction récente d'aldactone et la correction progressive des signes cliniques et biologiques après l'arrêt de celui-ci. **Conclusion** : L'insuffisance surrénalienne aiguë est une urgence thérapeutique. La confirmation diagnostique ne doit pas retarder l'administration d'hydrocortisone.

A-13-233

Le dispositif d'astreinte d'IDE de nuit mutualisée en EHPAD le soir et le week-end

C. Martinaud (1)

(1) *Equipe paerpa, ANAP, Paris*

Introduction : L'insuffisance de coordination entre les différentes prises en charge, sanitaire, sociales et médico-sociales, ainsi que le recours excessif à l'hospitalisation sont les causes principales de ruptures dans le parcours de santé des personnes âgées. Afin de permettre l'amélioration de la prise en charge des résidents, le programme PAERPA (Personne âgée en risque de perte d'autonomie), initié en 2013 par la Direction de la sécurité sociale, a permis aux EHPAD, dans le cadre de l'expérimentation, d'organiser la présence d'un.e infirmier.e (IDE) de nuit mutualisée le soir et le week-end. Cela doit permettre de réduire ou retarder le recours au médecin traitant, médecin de garde, à SOS médecin, au centre 15 et aux hospitalisations en urgence grâce à l'intervention d'un.e IDE en premier lieu. **Méthodes** : Un travail de capitalisation a été réalisé auprès de six territoires PAERPA afin d'analyser les modalités pratiques de mise en œuvre et de fonctionnement des différents acteurs participants au dispositif. Le recueil d'informations a été effectué par le biais d'entretiens avec une quarantaine d'acteurs (IDE, hôpital, EHPAD) et d'une enquête en ligne. **Résultats** : Le portage du dispositif est la première question qui s'est posée aux ARS, et la plus difficile à traiter sur de nombreux territoires. Certains territoires ont choisi un modèle de garde (avec un portage par le centre hospitalier ou l'EHPAD) et d'autres ont choisi un modèle d'astreinte (avec un portage par le centre hospitalier ou l'EHPAD ou un groupement d'IDE libéraux). Les retours d'expériences ont montré que les territoires ayant opté pour un modèle de garde d'IDE enregistrent une activité plus importante que ceux ayant opté pour un modèle d'astreinte. Les IDE réalisant l'astreinte sont des IDE travaillant de jour ce qui rend la gestion des temps de récupération difficile. De plus, les employés des EHPAD publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif sont soumis à des conventions collectives différentes, et donc à des règles de rémunération différentes. D'autres enjeux apparaissent comme le manque d'expérience en gestion de situations inconnues ou encore la réticence de certains EHPAD à faire entrer dans leurs locaux des IDE d'autres EHPAD. Le portage de l'astreinte par un centre hospitalier permet de mobiliser un nombre conséquent d'IDE et d'assurer la neutralité et légitimité véhiculée par les IDE hospitalières auprès des équipes de nuit. Par ailleurs, le choix du modèle influe directement sur le type d'interventions réalisées par les IDE et donc sur les objectifs du dispositif. Dans le cas de la garde, l'IDE effectue des interventions d'urgence non vitales mais aussi et surtout des interventions programmées dans la majeure partie des cas. Ces dernières bénéficient essentiellement aux usagers de l'établissement où est posté l'IDE. D'autres résultats ont été observés, liés notamment à l'importance de la connaissance mutuelle entre équipes, la mobilisation des IDE, l'enjeu de la communication auprès des équipes de nuit et la formation. **Conclusion** : Malgré les obstacles rencontrés lors du déploiement et du fonctionnement du dispositif, ses bénéfices sont clairs et salués de façon unanime par les acteurs. Quel que soit le modèle adopté, ils mettent en avant l'aspect sécurisant du dispositif pour les équipes de nuit. De plus, l'arrivée de l'IDE de nuit a eu un effet bénéfique d'apaisement des relations entre les EHPAD et le SAMU la nuit. Ce dernier est désormais sollicité pour des urgences « véritables », et parfois par les IDE de nuit qui sont davantage en capacité de communiquer

les informations médicales pertinentes et nécessaires au diagnostic.

A-02-234

Parcours de soins de 3 patients âgés avec fracture de C2

A. Lissajoux (1) ; J. Cohen Bittan (1) ; R. Haddad (1) ; L. Zerah (1) ; V. Hélène (1) ; J. Boddaert (1)

(1) *Unité péri-opératoire gériatrique, centre de gériatrie, GH Pitié-Salpêtrière, Paris, APHP. Sorbonne Université. DHU FAST, Paris*

Introduction : La fracture C2 est la plus fréquente des fractures du rachis cervical chez le sujet âgé, représentant 10% de ces fractures. Elle peut survenir lors de traumatisme à faible cinétique, engager le pronostic vital, et son évolution peut être émaillée de nombreuses complications. Nous présentons les cas cliniques de 3 patientes prises en charge pour fractures de C2. **Méthodes :** Description de trois cas cliniques. **Résultats :** La première patiente, âgée de 89 ans, autonome au domicile, aux antécédents d'hypertension artérielle et de reflux gastro-oesophagien, a été hospitalisée pour fracture de C2 instable, sur chute de sa hauteur, ayant nécessité une arthrodèse C1-C2. A J1 post-opératoire, l'apparition d'apnées justifiait une tomodensitométrie qui révélait un déplacement du matériel avec bascule postérieure du fragment de l'odontoïde. L'apparition d'un syndrome confusionnel et d'une pneumopathie de la base droite bactériémique à *Staphylococcus aureus* ne permettait pas l'intervention initialement. Devant l'évolution favorable en UPOG, une reprise chirurgicale était réalisée à J4, avec une reprise de la marche difficile au décours. La patiente était ensuite transférée en SSR 33 jours après la fracture. La deuxième patiente, âgée de 92 ans, autonome au domicile, aux antécédents de diabète de type 2 traité, d'hypertension artérielle traitée et d'hypothyroïdie substituée, a été hospitalisée pour fracture de C2 déplacée avec recul du mur postérieur de 6mm, à la suite d'une chute de sa hauteur sur syncope et arrêt cardio-respiratoire. A l'examen clinique initial, la patiente présentait une tétraparésie, justifiant une arthrodèse C1-C2 en urgence. Les suites opératoires étaient simples avec une évolution favorable de l'examen neurologique et reprise de la marche avec aides. La patiente était ensuite transférée en SSR 18 jours après la fracture. La troisième patiente, âgée de 75 ans, dépendante dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer sévère évoluant depuis 2 ans, a été hospitalisée pour une fracture entorse C1-C2, sur chute de sa hauteur, ayant nécessité une arthrodèse C1-C2 avec greffe osseuse. Les suites opératoires étaient marquées par un syndrome confusionnel et des troubles du comportement empêchant le respect des consignes post-opératoires (retrait du collier mousse, du pansement). Deux contrôles TDM confirmaient un déplacement de matériel à 4 et à 6 semaines post-opératoires justifiant deux reprises chirurgicales. Malgré la persistance d'un syndrome confusionnel, la patiente retrouvait un marche autonome et était transférée en SSR à 60 jours de sa fracture, puis un retour à l'EHPAD était organisé à 80 jours de sa fracture. **Conclusion :** Le parcours de soins de patients âgés avec fracture de C2 peut être complexe, justifiant une prise en charge conjointe orthopédique et gériatrique.

A-02-235

Chute à faible cinétique compliquée d'une rupture de rate

L. Boutitie (1) ; A. Gioanni (1) ; C. Villain (1) ; M. Verny (1) ; J. Cohen Bittan (1) ; J. Boddaert (1)

(1) *Unité péri-opératoire gériatrique, centre de gériatrie, GH Pitié-Salpêtrière, Paris, APHP. Sorbonne Université. DHU FAST, Paris*

Introduction : Chez le sujet âgé, les chutes de sa hauteur représentent un événement fréquent et souvent banalisé, responsable de plaies superficielles, d'hématomes et de fractures. Malgré la faible cinétique, ces chutes peuvent plus rarement se compliquer de traumatismes abdominaux plus difficiles à diagnostiquer. Ces traumatismes abdominaux, affectant le plus souvent le foie et la rate, doivent être systématiquement recherchés en raison de la mortalité importante associée. **Méthodes :** Nous présentons le cas d'une patiente de 78 ans hospitalisée pour chutes à répétition. Dans ses antécédents, on notait des troubles cognitifs en cours d'exploration avec suspicion d'hydrocéphalie à pression normale et une ostéoporose fracturaire. Elle était sous anticoagulation préventive dans le contexte de l'hospitalisation pour bilan de chute et n'avait pas d'antiagrégant plaquettaire. Après une nouvelle chute pendant l'hospitalisation, la patiente a présenté des douleurs abdominales avec une défense en hypochondre gauche et une fièvre à 38,5°C, accompagnées d'une rapide dégradation hémodynamique. Elle a présenté un choc hémorragique, avec une anémie à 7g/dL. Le scanner abdomino-pelvien demandé en urgence retrouvait un volumineux hématome sous-capsulaire splénique de 46mm d'épaisseur maximale et étendu sur une hauteur de 11cm rompu en intra-péritonéal avec hémopéritoine pelvien et de la gouttière para-colique droite de moyenne abondance. La patiente était alors transfusée de 2 culots globulaires puis prise en charge immédiatement au bloc opératoire pour une splénectomie d'hémostase avec drainage de la cavité abdominale par 2 drains de Blake. **Résultats :** Dans les suites, la patiente a repris rapidement la marche avec déambulateur. Les mesures de prévention post splénectomie étaient mises en place (Oracilline et vaccination anti-pneumocoque, haemophilus et méningocoque). La patiente a été institutionnalisée suite à un séjour de 2 mois en service de réadaptation, elle a repris la marche sans aide. **Conclusion :** Malgré une faible cinétique, une chute de hauteur chez le sujet âgé peut se compliquer d'une rupture de rate, qu'il faut évoquer devant tout syndrome douloureux abdominal ou toute déglobulisation. Son diagnostic difficile et souvent retardé en raison d'une présentation clinique peu spécifique, doit être fait en urgence en raison de sa gravité.

A-20-236

Mise en place de conciliations médicamenteuses et d'une consultation pharmaceutique en gériatrie : quels bénéfices ?

N. Mellouki (1) ; J. Lemmonier (1) ; V. Petre (2) ; N. Schauer (2) ; MC. Sagnier (1) ; O. Bouillanne (3) ; V. Brunie (1)

(1) *Pharmacie, Hôpital Emile-Roux (AP-HP), Limeil-Brévannes;*
(2) *Département de gérontologie, Hôpital Emile-Roux (AP-HP), Limeil-Brévannes;*
(3) *Département de gérontologie, Hôpital Emile-Roux, Limeil-Brévannes*

Introduction : De nombreuses erreurs médicamenteuses surviennent lors des transitions ville/hôpital. Afin de les réduire et de garantir au patient un parcours de santé de qualité et sécurisé, une conciliation médicamenteuse à l'entrée (CME) et à la sortie (CMS) du patient associée à une consultation pharmaceutique (CP) ont été

mises en place par le pharmacien en collaboration avec le médecin. L'objectif de cette étude est d'évaluer la mise en place d'une CME et d'une CMS associée à une CP, pour des patients hospitalisés en gériatrie aiguë et rentrant au domicile sans aide. **Méthodes :** Etude prospective de soins courants incluant les patients hospitalisés dans une unité de gériatrie aiguë (UGA) non atteints de troubles cognitifs sévères et rentrant au domicile. Une sortie non programmée 24 heures à l'avance est un critère d'exclusion. Une CME est réalisée à l'entrée du patient en UGA et une CMS associée à une CP ont lieu à sa sortie. Lors de la CP, le patient élabore un plan de prise (PDP) et remplit un questionnaire de satisfaction (QS). Quatre documents (fiche de CMS, résumé de la CP, PDP et QS destiné aux professionnels de santé) sont envoyés au pharmacien d'officine (PO) et au médecin traitant (MT). Neuf critères d'évaluation ont été définis: nombre de discordances intentionnelles (DI) et non intentionnelles (DNI) lors de la CME et la CMS, durées de la CME et de la CMS associée à la CP, satisfaction des patients, des PO et des MT. **Résultats :** Sept patients ont été inclus sur une période de 4 mois. La moyenne d'âge était de 81,4±4,1 ans, le sex ratio (H/F) était de 0,75. Le nombre moyen de médicaments par patient à l'entrée était de 8,8±3,4 et à la sortie de 11,2±2,2. Quatre DNI et aucune DI avaient été détectées lors de la CME. Aucune discordance n'avait été détectée lors de la CMS. Le temps moyen d'une CME était de 47,5±10,2 minutes, et celui de la CMS associée à la CP était de 50,8±12,7 minutes. Cinq patients avaient répondu au QS. Tous trouvaient que la durée de la CP était adaptée et que cette démarche devait être poursuivie à l'hôpital. Ils jugeaient aussi qu'elle était bénéfique. Quatre patients considéraient que les informations données étaient claires. Trois patients étaient plutôt satisfaits de cette prise en charge et deux étaient très satisfaits ou totalement satisfaits. Un patient ressentait le besoin de revoir certaines notions avec son PO. Deux PO avaient répondu au QS. Ils étaient très satisfaits du délai de réception, trouvaient le contenu des documents transmis adapté et cette démarche très importante pour le suivi du patient. Aucun MT n'avait répondu. **Conclusion :** Ces résultats préliminaires montrent que cette démarche mérite d'être poursuivie malgré le temps nécessaire à sa pratique. En effet, la mise en évidence de DNI prouve son utilité et son efficacité. De plus, les patients et les PO sont satisfaits de cette prise en charge. Un meilleur retour des QS par les PO et les MT permettrait d'apporter les améliorations nécessaires à chaque acteur. Ainsi, une réflexion sur l'optimisation du lien avec la ville est en cours afin de trouver les solutions pour renforcer cet échange. Une évaluation de la pertinence de cette démarche sera également réalisée par les médecins hospitaliers.

A-26-237

Le PET- scan peut-il aider au diagnostic de maladie de Horton?

A. Tiboul (1) ; D. Vythilingum (1) ; M. Breton (1) ; S. Balesdent (1); L. Lechowski (1) ; L. Teillet (1)

(1) Médecine gériatrique - pr teillet, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris

Introduction : La maladie de Horton, artérite à cellules géantes de l'aorte et de ses principales branches, se manifeste par une altération majeure de l'état général. Elle est par ailleurs à l'origine d'un risque vasculaire, essentiellement ophtalmologique ou cérébral. Son diagnostic repose en règle sur la biopsie des artères temporales et son traitement sur une corticothérapie prolongée à forte dose. L'enjeu d'un diagnostic robuste est donc majeur, notamment chez le sujet âgé. Le PET-scan (Positron Emission Tomography) au

18FDG (Fluoro Desoxy Glucose) peut contribuer au diagnostic mais n'est pas recommandé aujourd'hui en première intention. **Méthodes :** Monsieur K., âgé de 89 ans avait pour antécédents une fibrillation auriculaire paroxystique sous Apixaban et Amiodarone, un psoriasis traité par Méthotrexate et un syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST en 1973 traité médicalement. Il était hospitalisé pour une altération de l'état général associée à des douleurs d'horaires mixtes des épaules prédominant à droite, avec une diminution des amplitudes à droite. Il lui a été prescrit de la morphine orale, du Paracétamol, et du Tramadol à titre antalgique. Il existait au moment de l'admission un syndrome inflammatoire avec une CRP à 263 mg/L, une hyperleucocytose à 20G/L avec hyperneutrophilie. Il n'y avait pas de syndrome septique et l'examen clinique n'apportait aucun autre élément que les arthralgies et un épanchement non douloureux du genou gauche avec choc rotulien. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste a été réalisé. Il ne montrait pas d'argument pour une néoplasie profonde ni pour un foyer infectieux profond. La radiographie de l'épaule droite ne révélait pas de lésion osseuse. En revanche, une échographie des épaules montrait un épanchement intra-articulaire bilatéral ainsi qu'une synoviale inflammatoire évoquant fortement une bursite sous acromio-deltoidienne bilatérale. Une ponction du genou gauche a permis d'isoler un liquide inflammatoire sans microcristaux. **Résultats :** Dans l'hypothèse d'une pseudopolyarthrite rhizomélisque, un PET-scan corps entier a été pratiqué. Celui-ci montrait un hypermétabolisme péri-articulaire intense des ceintures scapulaire et pelvienne avec un SUV max (Standard Uptake Value Maximale) à 7,1, ainsi qu'un hypermétabolisme bilatéral très intense à l'étage cervical le long des axes artériels carotidiens et vertébraux (SUV max à 9,5). L'interprétation concluait à une pseudo polyarthrite rhizomélisque et une possible maladie de Horton. Le diagnostic de pseudo polyarthrite rhizomélisque associée à une maladie de Horton a été retenu. Un traitement par corticoïdes à 0,7 mg/kg/j a été débuté. Cependant, devant la fragilité du patient et l'enjeu d'une corticothérapie à forte dose, la biopsie d'une artère temporale a été pratiquée, deux semaines après le début de la corticothérapie, pour conforter le diagnostic. L'analyse anatomopathologique est revenue négative. Quelques jours après le début du traitement, il a été noté une nette amélioration de l'état général avec régression des douleurs au niveau des épaules, des amplitudes articulaires retrouvées et une régression complète du syndrome inflammatoire en 2 semaines. **Conclusion :** Selon les recommandations de bonnes pratiques du protocole national de diagnostic et de soins des maladies auto-immunes et auto inflammatoires, lorsqu'il existe une suspicion d'artérite à cellules géantes avec une atteinte ophtalmique ou vasculaire, il faut débiter sans délai une corticothérapie à la dose de 1mg/kg/j. En première intention, il est recommandé de réaliser une biopsie d'une artère temporale. Cette biopsie peut être guidée par une échographie des artères temporales. En l'absence de confirmation histologique du diagnostic, il est alors discuté une biopsie de l'autre artère temporale, un angioscanner cervico-thoraco-abdominal ou une IRM thoraco-abdominale à la recherche d'une atteinte de l'aorte ou de ses branches, ou bien encore un PET-scan corps entier à la recherche d'une aorto-artérite. Les indications du PET-scan 18FDG sont reconnues en oncologie, notamment pour la détection des lésions osseuses du cancer de la prostate à haut risque, pour la détection des lésions du carcinome hépatocellulaire bien différencié, ou bien dans le bilan d'extension des lymphomes, des cancers de la sphère ORL, ou encore du cancer du sein. Le PET-scan 18FDG n'est pas l'examen de première intention pour

faire le diagnostic d'une artérite à cellules géantes. En effet, il est difficile de distinguer dans certains cas une atteinte inflammatoire d'une athérosclérose, fréquente chez les malades âgés. Cependant il est possible d'y recourir en deuxième intention lorsque la première biopsie est non contributive.

A-18-238

L'apport de l'isocinétisme dans la rééducation des patients post AVC âgés ?

F. Chorin (1) ; O. Guérin (2) ; G. Sacco (3) ; A. Marteu (4)

(1) *Pôle Réhabilitation Autonomie Vieillesse, Hôpital de Cimiez, Nice*; (2) *Ucog, Hôpital de Cimiez, Nice*; (3) *Ssr-post avc mossa4sud, Hôpital de Cimiez, Nice*; (4) *rééducation, Hôpital Cimiez, Nice*

Introduction : L'accident vasculaire cérébral (AVC) est la première cause de handicap acquis de l'adulte dans les pays occidentaux. La survenue d'un AVC engendre des séquelles cognitives et/ou sensorimotrices pour plus d'un tiers des patients. Parmi les séquelles sensorimotrices, la capacité de marche des patients est très souvent altérée et sa récupération est un objectif majeur de la rééducation. C'est pourquoi la rééducation motrice doit être initiée le plus tôt possible (HAS, 2012). La prise en charge rééducative tout en s'adaptant aux déficits et incapacités de chaque patient a évolué depuis ces dernières années. Alors que les techniques de renforcement musculaire ont été longtemps délaissées dans la rééducation de l'hémiplégie ou utilisées uniquement en phase chronique, l'entraînement en force fait maintenant partie des programmes régulièrement proposés à ces patients du fait de son absence d'effet sur la spasticité (Abdollahi et al, 2015). Pour autant, la diversité des études rapportées ne permet pas d'élaborer des recommandations précises quant à la façon de mettre en œuvre ces programmes. L'utilisation d'ergomètre isocinétique est de plus en plus utilisée dans les affections de l'appareil locomoteur et constitue une technique intéressante dans la rééducation des patients post AVC (Chen et al, 2015). Pourtant, les publications faisant état de l'utilisation du renforcement musculaire isocinétique dans la rééducation du membre inférieur du patient hémiplégique sont rares et n'établissent pas de consensus sur les protocoles à appliquer. L'objectif de cette étude est de proposer une méthodologie d'évaluation, déjà validée chez le sportif, permettant de créer un programme de renforcement musculaire individualisé basé sur les déficits du patient AVC âgé en couplant les techniques de rééducation de la fonction motrice et d'isocinétisme. **Méthodes :** Pour évaluer le déficit moteur, les masseurs kinésithérapeutes utilisent généralement l'échelle de Held et Pierrot-Deseilligny ; puis proposent après établissement du bilan diagnostique une rééducation manuelle individualisée et ce quelque soit le stade de la prise en charge. Même si l'efficacité de certaines techniques reste à prouver, il existe un grand nombre de méthodes en rééducation permettant une récupération de la fonction motrice notamment du membre inférieur : neurophysiologique (Bobath, Kabat, Brunström), électrostimulation, répétition de tâches, imagerie mentale ou réalité virtuelle. L'ergomètre isocinétique permet d'établir des relations force(ou moment) -vitesse et puissance-vitesse utiles pour fournir les informations quantitatives importantes sur les facteurs musculaires (Clémenton et al., 2008) et définit les zones de travail (adapté de Jidovtseff et al. 2009) pour optimiser la prise en charge. Une évaluation isocinétique à 6 vitesses prédéfinies (180, 150, 120, 90, 60, et 30 °/s) évaluant des extenseurs de jambe à l'aide d'un ergomètre isocinétique permet de recueillir la puissance maximale

(Pmax), la force maximale (Mmax), la vitesse maximale (Vmax) et la vitesse optimale (Vopt). Quelques patients ont actuellement pu bénéficier de cette prise en charge complémentaire. **Résultats :** Malgré une charge supplémentaire de temps de rééducation, l'apport de l'isocinétisme est une véritable plus value dans la prise en charge rééducative du patient âgé en post AVC. La reprise d'une marche plus sûre en termes de mise en charge doit être mise en corrélation avec les résultats obtenus. Quel que soit le patient considéré, la relation puissance-vitesse est conforme à celle obtenue pour les populations âgées, et le même groupe musculaire (Callahan et al., 2011). Nous avons montré que les paramètres Mmax(+40%), Pmax (+63 %), Vmax (+33.8 %) et Vopt (+39.3 %) se sont significativement améliorés avec la prise en charge. De plus, le patient en se « mesurant à la machine » se conforte davantage dans une posture d'acteur de sa rééducation, posture nécessaire à son autonomie physique et psychique. **Conclusion :** L'isocinétisme constitue une technique intéressante dans la rééducation des patients post AVC de par sa reproductibilité, la précision du réglage du programme de travail, et le biofeedback visuel en temps réel. Ces informations nous permettent d'individualiser les programmes de réentraînement pour une meilleure optimisation du processus de récupération. Néanmoins, l'utilité de ces nouveaux paramètres isocinétiques doit être confirmée avec une population d'étude plus grande afin de mesurer statistiquement son intérêt diagnostique.

A-25-239

Résultats d'une étude pilote sur l'évaluation de l'efficacité de la Médecine d'Urgence de la Personne Agée (MUPA) sur la prise en charge des personnes âgées aux urgences

A. Bosetti (1) ; AR. Sawadogo (2) ; T. Mergans (3) ; A. Lacour (3) ; M. Castelli (3) ; P. Kajeu (3) ; A. Tchalla (4)

(1) *Médecine gériatrique, C.H.U. de Limoges, Limoges*; (2) *Observatoire des Mutations Institutionnelles et Juridiques (OMIJ), Université de Limoges, Limoges Cedex 1*; (3) *Médecine d'urgence gériatrique de la personne âgée, C.H.U de Limoges, Limoges*; (4) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges, Limoges*

Introduction : Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 15 à 25% des admissions aux urgences. La MUPA a amélioré la prise en charge de ces patients grâce à une évaluation gériatrique globale réalisée dès les urgences. Le nombre d'hospitalisations à l'issue des urgences et le nombre de réadmissions à 30 jours ont significativement diminué. Le contexte médico-économique actuel impose de maîtriser les dépenses de santé sans nuire à la qualité des soins. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'efficacité de la MUPA comparativement à l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG), stratégie de prise en charge antérieure. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude de cohorte avant/après, avec une période d'inclusion de 1 mois et un suivi à 1 mois. Nous avons réalisé une analyse de coût-efficacité, rétrospective, du point de vue de l'assurance maladie. Le calcul du ratio coût-efficacité incrémentiel (ICER) est le critère de jugement principal. La proportion de réadmissions à 30 jours et le coût moyen par patient sont les critères de jugement secondaires. Les données ont été actualisées à un taux de 4% par an. **Résultats :** 338 patients ont été inclus, 236 dans le groupe MUPA et 102 dans le groupe EMG. La proportion de réadmissions à 30 jours, actualisée à 4%, était de 8% dans le groupe MUPA et 11.1% dans le groupe EMG, $p < 0.05$. Le coût moyen du dispositif par patient, actualisé à 4%, était de 5107€ pour la MUPA et 5696€ pour l'EMG. L'ICER est de 19381€.

Conclusion : La prise en charge des personnes âgées par la MUPA

aux urgences est plus efficace que celle réalisée par l'EMG. Du point de vue de l'assurance maladie, la MUPA serait coût-efficace. D'autres études d'un meilleur niveau de preuve sont nécessaires afin de conforter ces résultats et d'envisager une généralisation de cette prise en charge.

A-07-240

Amélioration des prescriptions médicamenteuses du sujet âgé institutionnalisé

L. Delannoy (1) ; V. Dehondt (2) ; A. Dondeyne (3) ; A. Berteloot (4) ; P. Guillaïn (2)

(1) Pôle de gériatrie, C.H. de Douai, Douai; (2) Pharmacie, C.H. De Douai, Douai; (3) Pôle de gériatrie, C.H. De Douai, Douai; (4) Chef du pôle gériatrie, C.H. de Douai, Douai

Introduction : Le sujet âgé en institution est fréquemment polypathologique et donc polymédiqué. Le risque iatrogénique est majeur. La diminution des thérapeutiques inadaptées dans cette population est un enjeu de santé publique. **Méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective observationnelle des ordonnances de l'ensemble des résidents de l'EHPAD-USLD du Centre Hospitalier de Douai à M0, M10 et M30 (entre 2015 et 2017) dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Notre objectif, en nous basant sur les recommandations de la HAS, était de limiter le nombre de médicaments à 5 par jour, de limiter à 2 le nombre de psychotropes et d'éviter la prise de médicament le midi, pour favoriser la prise alimentaire. Ont été exclues les thérapeutiques en lien avec une pathologie aiguë. Après l'état des lieux effectué lors du premier tour, les recommandations ont été mises en place et soutenues grâce à l'outil START and STOPP par le binôme gériatre-pharmacien. **Résultats :** L'analyse des 240 ordonnances a permis les résultats ci-dessous :

Indicateurs	M0	M10	M30
Pas plus de 5 médicaments	49,60%	58,20%	66,10%
Pas plus de 2 psychotropes	78,80%	85,90%	90,60%
Pas de médicament le midi	17,10%	17,10%	37,90%

Une réduction du nombre de médicaments a été obtenue pour 47.1% des ordonnances entre M0 et M10 et 51.4% entre M10 et M30. De même, la réduction du nombre de psychotropes a été obtenue pour 29.7% et 31.5% des ordonnances. **Conclusion :** Les résultats du 2ème tour nous ont conduits à renforcer nos actions, notamment sur la prise médicamenteuse du midi. Celle-ci reste néanmoins limitée par les prescriptions conditionnelles d'antalgiques. La réduction du nombre de médicaments et de psychotropes était notable, tout de même limitée par la proportion importante de maladies neuro-dégénératives au sein de notre établissement comprenant 3 secteurs UVA et une UHR soit 60 lits. Cette EPP a permis la systématisation et la réévaluation régulière de nos prescriptions en respectant les recommandations de la HAS, de façon pluridisciplinaire.

A-26-241

« EHPAD AIDANT : quelle est ma place ? » Les nouvelles technologies au service d'un programme psycho-éducatif

S. Damnée Meziane (1) ; B. Catherine (1) ; L. Romy (1)

(1) Pr RIGAUT, Hôpital Broca, Paris

Introduction : Depuis plus de 2 ans le programme « EHPAD Aidant », un programme psycho-éducatif de 7 ateliers, sur différentes thématiques en format présentiel a montré son efficacité dans l'accompagnement de plus de 100 aidants familiaux ayant un proche en institution sur 11 parcours. Les professionnels (directeurs d'EHPAD, médecins coordonnateurs, psychologues) sont convaincus de l'utilité des ateliers du programme EHPAD AIDANT pour les aidants à l'entrée en EHPAD mais ils manquent de temps et de moyens pour mettre en œuvre le programme sur leur territoire au long cours pour un grand nombre d'aidants familiaux.

Objectif : Afin de répondre à ce besoin du terrain, le programme « EHPAD Aidant » diversifie son offre en intégrant le format numérique à l'aide de vidéos. Il pourra s'adapter ainsi aux diverses situations des aidants. Il se présentera sous plusieurs formats : en présentiel, en présentiel avec le support vidéo, au format numérique à distance (vidéos pouvant être visionnées à l'heure souhaitée par la personne). Nous allons évaluer la faisabilité de ces différents modes de diffusion du programme et leurs impacts sur les difficultés, les stratégies de gestion, les niveaux de satisfaction et la symptomatologie anxio-dépressive chez un groupe d'aidants. **Méthodes :** Mettre en place des parcours sous ces différents formats : le présentiel, le présentiel/vidéo et le parcours en ligne. Chaque parcours est composé de 7 ateliers incluant le fonctionnement de l'institution, les démences, les enjeux psychiques de l'entrée en institution, la problématique de l'alimentation et de l'accompagnement de fin de vie. Cent vingt aidants seront accompagnés par l'un des trois formats du programme. Ils bénéficieront d'un accompagnement pluridisciplinaire sous forme de séance hebdomadaire de 2 heures ou de visionnage de vidéo à distance. Les évaluations seront réalisées à l'aide d'un entretien individuel en pré et post-parcours permettant de mesurer l'anxiété, la dépression, le fardeau la satisfaction à l'aide de différentes échelles (CAMI.....). **Résultats :** Les résultats des parcours en présentiel co-animé par un professionnel de l'EHPAD et un professionnel de l'EMGE ont montré une grande satisfaction et un apaisement des aidants. Les autres formats seront mis en place prochainement. Les vidéos ont été filmées et sont en cours de montage. Les résultats définitifs seront disponibles à l'issue des évaluations des parcours mixte ou en ligne fin 2018. **Conclusion :** Comparer différents formats de notre programme EHPAD AIDANT (présentiel, mixte et numérique) nous permettra de mesurer l'impact sur un plus grand nombre d'aidant et de diversifier notre offre pour satisfaire tout le monde. Ce programme offre un espace de cheminement, permet de faire évoluer le regard sur la maladie, sur la relation d'aide pour leur permettre de redéfinir leur rôle d'aidant au sein de l'institution.

A-20-242

Freins à la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons chez le sujet âgé de plus de 75 ans suivi en médecine générale

D. pille dit ducamp (1) ; A. Hiance Delahaye (2)

(1) , Montigny-le-Bretonneux; (2) Gériatrie, Hôpital Sainte-Périne-Rossini-Chardon Lagache, Paris

Introduction : Les prescriptions inappropriées d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont très fréquentes malgré les

recommandations de bon usage. La littérature s'enrichit de plus en plus d'effets indésirables au long cours de ce médicament, longtemps considéré comme bénin, et ce particulièrement chez le sujet âgé. Certaines recommandations semblent discutables comme la réalisation de fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD) systématique hors prévention d'un traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien et la coprescription IPP- antiagrégant plaquettaire (AAP). L'objectif principal de notre étude est de définir le(s) principal(aux) frein(s) à la déprescription des IPP chez le sujet âgé de plus de 75 ans suivi en médecine générale. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude quantitative transversale prospective via un auto-questionnaire en ligne destiné aux médecins généralistes (MG) exerçant en France. **Résultats :** Au total 132 questionnaires ont été remplis entièrement. Le principal frein à la déprescription des IPP au long cours chez le sujet âgé est, pour plus d'un tiers des médecins généralistes (37%), l'existence d'une symptomatologie évocatrice d'un reflux gastro-œsophagien et/ou d'une œsophagite sévère sans diagnostic initial. Pour 24% un traitement par AAP, anti-vitamine K ou anticoagulants oraux directs. La difficulté de réalisation d'une FOGD est le deuxième frein le plus important pour 20% des médecins généralistes. **Conclusion :** Les principaux freins à la déprescription des IPP chez le sujet âgé relevés par les MG interrogés concernent des situations fréquentes qui sont peu ou mal spécifiées dans les recommandations actuelles. Un outil d'aide à la déprescription semble être une solution envisageable pour limiter l'utilisation non justifiée des IPP au long cours.

A-18-243

Effets d'un programme d'activité physique adaptée inspiré du Tai-Chi dans le processus de ré-autonomisation de personnes âgées admises en SSR gériatrique

L. Hugueny (1) ; F. Robach (1) ; P. Flore (2) ; S. Maziere (1)

(1) Pôle de gériatrie, Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble, Grenoble; (2) Laboratoire hp2, uga, inserm u 1042, CHU Grenoble Alpes, La Tronche

Introduction : Plusieurs études mettent en évidence les bienfaits de la pratique du Tai-Chi pour les personnes âgées. En agissant sur de nombreux paramètres du vieillissement tels que la proprioception, l'équilibre, le risque de chute, le bien être, c'est plus globalement la qualité de vie du pratiquant qui est améliorée au travers de cette pratique. L'objectif principal de la présente étude est de déterminer si un programme de mouvements inspirés de Tai-Chi peut avoir un effet complémentaire dans la prise en charge pluridisciplinaire de personnes âgées hospitalisées en service de rééducation. L'objectif secondaire est de savoir si la peur de chuter peut être diminuée par la pratique du Tai-Chi adapté. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective monocentrique interventionnelle randomisée comparative versus gold standard en ouvert. Les patients hospitalisés dans le service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) gériatrique du GHM entre le 15/02/2018 et le 15/05/2018 et présentant un Short Physical Performance Battery (SPPB) <7 ont été inclus dans l'étude par échantillonnage aléatoire. Étaient exclus les patients grabataires, dans l'incapacité de se verticaliser, présentant des troubles cognitifs stade sévère. Chaque patient était affecté à un groupe par tirage au sort : un groupe contrôle (groupe C) recevant uniquement des soins de rééducation de la part de kinésithérapeute, considérés comme prise en charge standard, et un groupe interventionnel (groupe I) bénéficiant de séances de Tai-Chi adapté prodigué par un enseignant en Activité Physique Adaptée (APA) en individuel en plus du suivi par des kinésithérapeutes. Le programme de Tai-

Chi adapté s'est étalé sur une période de 3 semaines, soit 1 séance de 30 minutes par jour, 5 fois par semaine. Les patients étaient évalués une fois par semaine : le niveau de performance physique était évalué par le Short Physical Performance Battery (SPPB) ; les troubles de l'équilibre et de la marche par le score de Tinetti ; la peur de chuter avec le Fall Efficacy Scale International (FES-I). Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne \pm écart-type, et ont été analysées avec le test non paramétrique de Mann Whitney. Le seuil de significativité retenu est $p=0.05$. **Résultats :** 18 patients ont été inclus dans l'étude ($n=9$ pour le groupe contrôle et le groupe interventionnel). L'âge moyen était de 81.4 ± 6.6 ans, 72.2% étaient des femmes. Plus de la moitié des patients inclus (55.5%) étaient hospitalisés dans le service dans les suites d'une chute (4 dans le groupe contrôle et 6 dans le groupe interventionnel). Les patients du groupe contrôle présentaient à l'inclusion un meilleur score de Tinetti que le groupe interventionnel ($p=0.04$), ils n'étaient pas différents concernant le Tinetti et le FES-I. À la fin du programme, le SPPB était significativement plus amélioré chez les patients du groupe interventionnel comparé à ceux du groupe contrôle (GI : $+3.7 \pm 1.3$, GC : $+2.1 \pm 1.1$; $p=0.02$), tout comme le Tinetti (GI : $+7.4 \pm 4.3$, GC : $+3.1 \pm 2.3$; $p=0.04$.) et le FES-I (GI : -5.6 ± 4.8 , GC -0.8 ± 3.1 , $p=0.03$). **Conclusion :** La combinaison de prise en charge entre l'approche fonctionnelle du kinésithérapeute et l'approche bio-psycho-sociale de l'enseignant APA semble améliorer la performance physique des patients, leurs troubles de la marche et de l'équilibre et diminuer leur peur de tomber comparé à une prise en charge kinésithérapeutique simple. Des études à plus grande échelle sont nécessaires pour confirmer cette tendance. Cependant l'intégration d'un enseignant APA dans un service SSR gériatrique pourrait être nettement bénéfique en termes de qualité de prise en charge du patient âgé dans l'objectif de ré-autonomisation fonctionnelle et psychologique et de réduction du risque de chute.

A-13-244

Astreinte IDE en EHPAD : retour d'expérience ligérienne

S. Lafargue (1) ; A. Peron (1) ; J. Riviere (1) ; F. Delamarre Damier Racineux (2)

(1) Gériatrie, EHPAD Mer et Pins, Saint-Brevin-les-Pins; (2) gériatrie et ehpad saint laurent sur sevre, CHU de Nantes et Association gérontologique de recherche et d'enseignement en EHPAD (AGREE), Nantes

Introduction :

En 2014, dans le cadre de la signature de la convention tripartite associée à un plan de retour à l'équilibre, il a été demandé à l'EHPAD publique mer et pins de transformer la permanence IDE de nuit en dispositif IDE d'astreinte et ce sur une période de trois ans. **Méthodes :** Un groupe de travail a été constitué avec l'ensemble des IDE de l'EHPAD définissant les modalités d'intervention et de rémunération. L'ensemble des soignants de nuit a été formé aux gestes d'urgence, et à l'entretien téléphonique avec le centre 15 à l'aide d'une fiche d'appel type. Un mémo de conduite à tenir en fonction des urgences a également été créé pour chaque soignant. **Résultats :** L'expérience a été menée sur 3 ans. Au fil des années, le nombre d'appels et de déplacements n'ont pas justifié le maintien du dispositif. L'amélioration de la compétence des soignants a favorisé une meilleure pertinence aux besoins du résident. Par ailleurs, la charge mentale des IDE, assurant les soins de jour et les astreintes de nuit, était très prégnante et augmentait les risques psychosociaux. La signature d'une convention avec l'HAD, essentiellement pour la prise en charge de la douleur et de fin de

vie a permis de prendre le relais de ce dispositif. Aujourd'hui, une dizaine de résidents ont bénéficié de ce dispositif qui sera analysé à 6 mois. **Conclusion :** Notre expérience ne valide pas le besoin d'une permanence (présence ou astreinte) infirmière en EHPAD de nuit. Par contre, il paraît essentiel de former des professionnels qualifiés à la gestion de l'urgence et de travailler le lien avec le centre 15.

A-14-245

Syncope hyperglycémique du sujet âgé une chute révélatrice d'un myxome de l'oreillette : rapport d'un cas

A. Biemann (1) ; E. Ojardias (2) ; A. Buisson (3) ; R. Gonthier (3) ; T. Célarier (3)

(1) *Geriatric, CHU – Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*; (2) *Gériatrie, CHU – Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*; (3) *Gérontologie clinique, Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*

Introduction : La chute chez la personne âgée est fréquente et concerne plus de 20% de la population des plus de 65 ans. Il existe différentes étiologies ; parmi celles-ci la syncope représente 20% des cas. **Méthodes :** Un patient de 85 ans était hospitalisé pour maintien à domicile difficile sur des chutes à répétition en court séjour gériatrique au CHU de Saint Etienne. Ce patient présentait un état polyvasculaire avec une hypertension artérielle, une dyslipidémie, une artériopathie oblitérante des membres inférieurs, une sténose serrée au niveau de la carotide interne gauche opérée par pose de un stent puis endartériectomie ainsi qu'un accident vasculaire cérébral pariétal droit d'origine embolique sur arythmie complète par fibrillation auriculaire. Dans ces autres comorbidités, on retrouvait également une bronchopneumopathie obstructive post tabagique et des troubles neurocognitifs majeurs connus. Dans le service, le patient a présenté une chute sur malaise avec une perte de connaissance. Le patient était retrouvé en sueurs. Les constantes initiales retrouvaient une tension artérielle à 186/94mmHg, un pouls à 99bpm, une saturation à 85%, une glycémie capillaire > 600mg/dL. L'ECG n'apportait pas d'argument pour un syndrome coronarien aigu. Devant ce tableau clinique, un angioscanner thoracique permettait d'éliminer une embolie pulmonaire. De manière fortuite, l'imagerie a révélé une masse de l'oreillette gauche. Le bilan a été complété par une échographie trans-thoracique qui retrouvait une masse arrondie homogène de 22 mm de diamètre appendue au septum interauriculaire très mobile sans prolapsus dans la valve mitrale compatible avec un myxome de l'oreillette gauche. Une indication chirurgicale était retenue mais malheureusement le patient est décédé avant de pouvoir en bénéficier. **Résultats :** Le myxome de l'oreillette est une tumeur cardiaque rare et bénigne. Il concerne en majorité les femmes entre 40 et 60 ans, son incidence diminue avec l'âge et est de découverte exceptionnelle à 85ans. La symptomatologie clinique varie en fonction de la localisation du myxome et de sa taille mais la présentation clinique la plus fréquente est celle d'une insuffisance cardiaque. La syncope représente 14% des manifestations clinique du myxome. La réponse du système nerveux autonome explique la symptomatologie atypique de ce cas et fonctionne comme un signe d'alerte y compris à 85 ans. Le traitement est chirurgical et permet une résolution des symptômes lorsque cette chirurgie peut être encore proposée. **Conclusion :** Le myxome de l'oreillette est une pathologie rare chez la personne âgée. Il n'est pas à évoquer comme diagnostic de première intention. Toutefois il confirme l'intérêt de réaliser un bilan de malaise y compris chez la personne âgée et de réaliser des examens complémentaires justifiés et adaptés lorsque

l'anamnèse est évocatrice d'une syncope.

A-07-246

Facteurs limitant la prise en charge de l'ostéoporose chez les sujets âgés de plus de 75ans

G. Albaret (1) ; L. De Decker (2) ; S. Pichierri (2) ; T. Riaudel (2) ; P. Chevalet (2) ; G. Berrut (2) ; AS. Boureau (2)

(1) *Pôle de gérontologie clinique, C.H.U. de Bordeaux, Pessac*; (2) *Pole de gérontologie clinique, C.H.U de Nantes, Nantes*

Introduction : L'ostéodensitométrie (ODM) est actuellement indiquée dans certaines conditions selon les recommandations de 2006 de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Dans d'autres cas, le diagnostic d'ostéoporose peut être posé à la suite d'une complication grave telle que les fractures sévères (extrémité supérieure du femur, bassin...). Une meta analyse de 2006 conduite par Giangegorio et al. a mis en évidence que moins de 30% des patients suspects d'ostéoporose bénéficiaient d'une démarche diagnostique. L'objectif de notre étude est d'identifier les facteurs limitant la prise en charge de l'ostéoporose (absence de traitement ou absence de prescription d'ODM) des sujets âgés de plus de 75ans. **Méthodes :** Cette analyse de pratique multicentrique rétrospective a été menée dans les services de gériatrie du CHU de Nantes et de Bordeaux de Novembre 2015 à Février 2016. Les sujets, âgés de plus de 75ans, présentant une indication à l'ODM (HAS 2006) ou à un traitement anti ostéoporotique d'emblée (fractures sévères), ont été inclus consécutivement. Les critères d'exclusion étaient une espérance de vie inférieure à 3 mois et un état grabataire. Plusieurs données ont été recueillies : l'âge, le sexe, l'autonomie (Activities of Daily Living), la cognition (Mini-Mental State Examination), l'état nutritionnel (Indice de Masse Corporelle), la comorbidité (indice de Charlson) et les différents types de fracture. **Résultats :** Sur 333 dossiers analysés, 150 sujets ont été inclus dont 82% de femmes. La moyenne d'âge était de 86,6 ±5,7ans, les ADL de 4,8 ±1,4, le MMS de 20,8 ±5,5 et l'indice de Charlson à 1,9 ±1,4. Plus de la moitié des sujets inclus (51,3%) n'avaient pas bénéficié d'une prise en charge de l'ostéoporose (absence d'ODM malgré indication ou absence de traitement sur fracture majeure). Il n'a pas été mis en évidence de facteur limitant cette prise en charge. Néanmoins, l'autonomie conservée ainsi que l'existence de fractures vertébrales étaient significativement associées à une meilleure prise en charge de l'ostéoporose (respectivement OR=0,55 p=0,036 et OR=0,24 p=0,027). **Conclusion :** La prise en charge actuelle de l'ostéoporose chez nos sujets âgés ne semble pas optimale. Cependant, l'autonomie conservée des patients ainsi que la présence de fractures vertébrales semblent favoriser la démarche diagnostique. Cette prise en charge doit néanmoins être améliorée afin de prévenir la survenue de fractures ostéoporotiques grevant le pronostic fonctionnel et vital de nos patients.

A-20-247**Evaluation de l'observance médicamenteuse chez les patients âgés chuteurs admis aux urgences du CHU de LIMOGES : Retour d'expérience des infirmières de la MUPA**

D. Reynaud (1) ; N. Malien (2) ; N. Quincampoix (2) ; S. Lecante (3) ; B. Hiez (4) ; A. Lacour (2) ; T. Mergans (2) ; P. Kajeu (2) ; M. Castelli (2) ; A. Bosetti (5) ; A. Tchalla (6)

(1) *Médecine urgence de la personne âgée, CHU de Limoges, Limoges*; (2) *Médecine d'urgence gériatrique de la personne âgée, C.H.U de Limoges, Limoges*; (3) *Médecine gériatrique, C.H.U de Limoges, Limoges*; (4) *Pôle de gérontologie, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges*; (5) *Médecine gériatrique, Chu, Limoges*; (6) *Pôle de gérontologie, CHU de Limoges, Limoges*

Introduction : Avec le vieillissement de la population, la prévalence des pathologies chroniques augmente. Chez le sujet âgé fragile nous sommes fréquemment confrontés au problème de la polymédication et à l'iatrogénie associée. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact de l'intervention d'une infirmière à domicile dans la gestion de l'observance médicamenteuse chez les sujets âgés admis aux urgences pour chute. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle prospective menée au sein du service de la Médecine d'Urgence de la Personne Agée (MUPA) entre novembre 2016 et février 2017. Nous avons inclus les patients âgés de 75 ans et plus n'étant pas en situation d'urgence vitale et distingué 2 groupes selon la présence ou non d'une IDE à domicile. L'observance était évaluée à l'aide de la grille Morisky Green. Nous avons également évalué la prévalence de la fragilité selon la grille SEGA. **Résultats :** Cent patients admis aux urgences et évalués par la MUPA ont été inclus dans l'étude. La moyenne d'âge des patients était de 88 ans dont 90% étaient polymédiqués, 67% classés fragiles. Sur l'effectif total 47% des patients bénéficiaient de l'intervention d'une infirmière à domicile. Selon le score de MORISKY GREEN, 70% des patients chuteurs ont un défaut d'observance médicamenteuse. **Conclusion :** La polymédication représente un risque accru de chutes et d'hospitalisations du fait du risque iatrogène. On remarque donc l'importance que peut prendre la conciliation médicamenteuse et le suivi de l'observance dans la prise en charge des patients à domicile et dans la limitation du risque de chute.

A-20-248**Intérêt de l'outil STOPP and START dans le cadre de la conciliation médicamenteuse dans un service de soins de suite et réadaptation gériatrique**

F. Habani (1) ; M. Veyrier (2) ; C. Brun (1) ; S. Peiffer (3) ; V. Bloch (2) ; V. Ducasse (4)

(1) *Service de soins de suite et rééducation, Hôpital Fernand Widal, Paris*; (2) *Pharmacie, Hôpital Fernand-Widal (AP-HP), Paris Cedex 10*; (3) *UMGA, APHP et Sorbonne Universités, UPMC Paris 06, DHU FAST, Paris*; (4) *Gériatrie, Hôpital Lariboisière, Paris*

Introduction : La conciliation médicamenteuse (CM) est une démarche qui permet de sécuriser la prise en charge et de garantir la continuité médicamenteuse durant le parcours de soins du patient. Cette démarche, mise en place depuis novembre 2016 dans l'unité de soins de suite gériatrique (SSR), permet de limiter et d'intercepter les erreurs médicamenteuses. Les modifications de traitement et leurs justifications sont communiquées aux professionnels de santé ambulatoires à la sortie du patient. L'objectif de notre étude était de valider l'intérêt de l'outil STOPP and START dans une démarche de CM. **Méthodes :** Lors de l'entrée en SSR de chaque patient,

une CM d'entrée était réalisée. Pour chaque ligne de traitement (traitement habituel et traitement d'entrée), le pharmacien et le gériatre se réunissaient et utilisaient les critères STOPP et START pour identifier les médicaments potentiellement inapproprié (MPI) puis, en fonction des situations, procéder à un arrêt ou à un ajout de traitement. Au cours de l'hospitalisation, au grès de l'évolution clinique, des modifications de traitement selon les critères STOPP et START étaient effectuées par le médecin gériatre. La veille de la sortie du patient, une CM de sortie était réalisée entre pharmacien et médecin. L'ensemble des modifications réalisées au cours de l'hospitalisation était alors renseignées et justifiées sur un bilan comparatif des traitements médicamenteux (avant et après hospitalisation). Ce document, conforme aux attentes de la HAS pour la lettre de sortie, était donné au patient à la sortie et envoyé au médecin traitant, au pharmacien d'officine et à la maison de retraite le cas échéant. Le maintien des modifications de l'ordonnance du patient a été réévalué 3 mois après la sortie du SSR en appelant le médecin traitant ou la maison de retraite. Le nom des médicaments et leurs classes pharmacologiques étaient relevés pour chaque patient. **Résultats :** 30 patients ont été inclus dans l'étude du 15/11/2017 au 30 /03/2018. La population étudiée était composée de 50% de femmes, majoritairement âgés entre 75 et 85 ans. 70 % des patients avaient entre 5 et 10 médicaments à l'entrée. Parmi les patients inclus, 90%, 77%, 64% avaient respectivement une dénutrition, une carence en vitamine D et une fonction rénale altérée. A l'entrée, 17 MPI ont été arrêtés dont 8 inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et 7 psychotropes. 11 médicaments ont été ajoutés fidèlement aux critères START, dont 10 suppléments en vitamine D. Au cours de l'hospitalisation, 9 MPI ont été arrêtés, 8 médicaments cardiovasculaires (dont 4 anticoagulant/antiplaquettaire). 26 médicaments ont été ajoutés : médicament cardiovasculaire 27%, antidépresseur 19%, médicament contre l'ostéoporose 19%, morphiniques 19%. A 3 mois, en ville, seul 2 IPP ont été repris et 1 psychotrope sur 63 modifications. 90 % des ordonnances ne sont pas modifiées. **Conclusion :** La démarche permet de cibler et de limiter la prescription des MPI grâce à une réévaluation systématique et multidisciplinaire. A 3 mois, 95 % des modifications de traitement sont poursuivies. La CM permet une meilleure adhérence des professionnelles de santé lorsqu'une justification exhaustive des modifications de traitement leurs sont exposées. Ainsi, les critères STOPP and START associés à la CM permettent d'optimiser la qualité de la prescription et de garantir la continuité des traitements après l'hospitalisation.

A-06-249**Les droits de l'Homme et le Grand Age**

S. Moulias (1) ; E. Martinet (2)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (2) *Institut de la francophonie, Université Lyon 3, Lyon*

Introduction : « L'éthique pose la question des limites des devoirs de l'homme envers lui-même et envers les autres ». Cette réflexion de Kant nous ouvre le chemin pour réfléchir à l'interaction entre éthique et droit. **Méthodes :** Comment la méthodologie éthique moderne permet d'interroger les droits actuels des âgés ? Quels outils pouvons-nous utiliser dans notre quotidien pour analyser et comprendre les tensions éthiques ? **Résultats :** Comment passer d'une éthique de la sollicitude, fixée sur la reconnaissance et la vulnérabilité à une éthique de l'accompagnement, permettant au respect des droits de chacun ? Comment le champ linguistique, cher au droit et si mal connu des médecins, permet d'affiner nos propos

et d'ouvrir des droits ? **Conclusion :** Une double vision juridique et médicale, permet cette lecture.

A-20-250

Evaluation de l'impact d'un outil d'optimisation des prescriptions médicamenteuses dans la prise en charge du sujet âgé hospitalisé en service de court séjour gériatrique

C. Delmas (1) ; C. Castel (2) ; P. Lescure (3) ; G. Loggia (3)

(1) *Service de médecine interne, CHU de Caen, Caen;* (2) *Pharmacie, C.H.U de Caen, Caen;* (3) *Médecine gériatrique, C.H.U de Caen, Caen*

Introduction : Le nombre de personnes âgées polypathologiques est en augmentation constante. Cette polypathologie entraîne une polymédication, facteur de risque indépendant via la iatrogénie médicamenteuse, de morbi-mortalité, réhospitalisations et perte d'autonomie. L'optimisation médicamenteuse (OM) est donc un enjeu majeur de la prise en charge médicale du sujet âgé, avec l'identification et la correction des prescriptions inappropriées. Dans cette étude, nous avons voulu étudier l'impact d'un outil d'OM original en service de court séjour gériatrique. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude monocentrique non interventionnelle incluant les patients de plus de 75 ans hospitalisés en court séjour gériatrique au CHU de Caen de juillet 2017 à mars 2018. Selon le mois à l'admission dans le service, les patients étaient inclus dans le groupe "soins courants" bénéficiant d'une prise en charge gériatrique standard ou dans le groupe "optimisation médicamenteuse" bénéficiant de la prise en charge standard et de la réalisation à l'admission d'une fiche de conseils d'optimisation médicamenteuse récapitulant les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) prescrits à arrêter et les médicaments potentiellement appropriés (MPA) omis à prescrire, selon les critères STOPP/START.v2. A la sortie de ces patients, une fiche d'OM de synthèse résumant et justifiant les modifications thérapeutiques était adressée au médecin traitant. Le critère de jugement principal était la différentielle de prescriptions inappropriées (MPI et MPA omis) entre l'entrée et la sortie. **Résultats :** Au total, 250 patients ont été inclus soit 125 dans chaque groupe. L'âge moyen était de 87.2 ans et 64% des patients étaient des femmes. Les deux groupes étaient comparables en termes d'âge, de sex-ratio, d'autonomie, d'état cognitif, de mode de vie et de gestion des traitements. Leurs poids, IMC, fonction rénale et le pourcentage de patients dénutris étaient comparables. Le nombre de pathologies actives, de médicaments, de MPI et de MPA omis à l'entrée était comparable entre les deux groupes. La prescription de MPI diminuait pendant l'hospitalisation, néanmoins sans différence significative entre les deux groupes (-0.9±1.2 vs. -1.3±1.4 ; p=0.12), et il en était de même pour les omissions de MPA (-0.2±1 vs. -0.3±1.3 ; p=0.22). Cependant, lors du relevé de la justification de non optimisation dans les comptes-rendus d'hospitalisation, il a été retrouvé une diminution significative des motifs de non optimisation inconnus pour les omissions de MPA dans le groupe « optimisation » par rapport au groupe « soins courants » (61.4% vs. 49.6% ; p=0.048). De plus, on notait une diminution significative des MPI lors de l'hospitalisation dans le groupe « optimisation » chez les patients polymédiqués avec sept médicaments ou plus sur l'ordonnance d'entrée (-1.1±1.2 vs. -1.7±1.5 ; p=0.022). L'analyse de l'impact de la fiche sur certaines classes médicamenteuses en particulier est encore en cours. **Conclusion :** La fiche d'optimisation médicamenteuse mise en place dans notre service de court séjour gériatrique n'a pas permis de diminution significative des prescriptions inappropriées, MPI ou

MPA omis. Cependant, la réalisation de notre étude en service de court séjour gériatrique et non en moyen ou long séjour peut en partie expliquer l'absence d'impact de la FOM. De plus, le groupe « optimisation » était comparé à un groupe « soins courants », pris en charge par une équipe de court séjour gériatrique sensibilisée et formée à l'optimisation médicamenteuse. Il pourrait être intéressant d'étudier l'impact de la FOM sur l'amélioration des prescriptions médicamenteuses dans des unités non gériatriques, par exemple au décours d'une évaluation réalisée par l'unité mobile de gériatrie, ou lors de consultations dédiées à la révision d'ordonnance, en collaboration avec le médecin traitant. Dans le groupe des patients polymédiqués avec plus de 6 médicaments à l'entrée, la FOM permettait une diminution significative des médicaments potentiellement inappropriés, via ar la synthèse thérapeutique réalisée par la FOM, cette action étant d'autant plus intéressante que la liste initiale des traitements est longue. Nous avons développé un outil original d'aide à l'optimisation médicamenteuse via une fiche de conseils établie en fonction des pathologies présentées par le patient, et à l'aide des critères objectifs STOPP/START.v2. Bien que n'ayant pas réussi à montrer un impact de la FOM sur la diminution des prescriptions inappropriées, cet outil reste intéressant chez les patients polymédiqués, et nécessiterait d'être évalué dans des services non gériatriques ou de moyen et long séjour. De plus, il semble nécessaire d'établir des moyens supplémentaires de communication avec le médecin traitant sur le sujet de l'optimisation médicamenteuse et de révision d'ordonnance.

A-17-251

Oxygénation des patients avec un cœur pulmonaire chronique: indications et limites

H. Levassort (1) ; M. Pepin (1) ; L. Teillet (2) ; S. Moulias (1)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt;* (2) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

Introduction : Le cœur pulmonaire chronique est une pathologie du cœur droit liée à une maladie respiratoire chronique sévère, souvent dépistée au stade de cette complication. Cette pathologie ne nécessite pas toujours de l'oxygène au repos, mais fréquemment à l'effort. **Méthodes :** A propos de 2 cas, qui ont présenté l'un une aggravation très rapide, l'autre une évolution très longue, nous proposons une réflexion sur la mise en place de l'oxygène au long cours. L'oxygénation à domicile a en effet des indications reconnues mais pas toujours bien connues des professionnels. **Résultats :** Les différents matériels possibles sont aujourd'hui nombreux et nécessitent de les connaître pour prescrire le plus adapté au patient. Enfin, les limites de ce traitement symptomatique sont souvent mal connues dans cette pathologie. **Conclusion :** Une meilleure maîtrise de l'oxygénation de ces patients est nécessaire et permettra de continuer de les accompagner malgré l'aggravation de leur pathologie.

A-13-252**Vers une pratique avancée en soins infirmiers à l'Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillessement (UPS AV) ?**

C. Roux (1) ; S. Baudu (1) ; MJ. Verger (1) ; G. Hygonnet (1) ; C. Chanadeau-Branthôme (1) ; C. Suran (1) ; F. Mekhiche (1) ; M. Charenton Blavignac (1) ; D. Marchesseau (1) ; J. Trimouillas (1) ; P. Kajeu (1) ; A. Lacour (1) ; N. Cardinaud (1) ; A. Tchalla (2)

(1) Pôle hu gérontologie clinique, unité de prévention, de suivi et d'analyse du vieillissement, CHU de Limoges Dupuytren, Limoges; (2) Pôle hu gérontologie clinique, médecine gériatrique, CHU de Limoges Dupuytren, Limoges

Introduction : La France doit faire face à un vieillissement de la population, une hausse des maladies chroniques, une inégale répartition des professionnels médicaux sur le territoire et une attente des usagers de rester le plus longtemps chez eux.

L'infirmier de pratique avancée (IPA) semble être l'une des réponses aux enjeux actuels de santé publique pour faire évoluer le système de soins français vers une médecine de parcours. L'UPS AV a trois missions : le dépistage précoce de la fragilité, la surveillance des pathologies chroniques et l'éducation thérapeutique de la personne âgée. **Méthodes :** Créée en 2010, cette équipe mobile pluridisciplinaire réalise une évaluation gériatrique globale au sein du milieu de vie à la demande des professionnels de santé libéraux, des usagers et leurs familles, des partenaires sociaux.

L'activité actuelle des infirmiers (IDE) au sein de l'UPS AV pourrait-elle tendre vers une pratique avancée? Afin de répondre à notre question, nous avons comparé l'activité actuelle de l'IDE au sein de l'UPS AV à l'activité prospective que pourrait proposer un IPA à l'UPS AV. **Résultats :** L'IDE à l'UPS AV assure auprès de l'usager, un rôle d'évaluation, d'éducation, de prévention et de coordination de parcours. A cela, nous pouvons ajouter un rôle en tant qu'acteur secondaire de recherche et de formation. Ces domaines d'intervention s'inscrivent dans la pratique avancée. Nous pouvons donc conclure que l'activité actuelle des infirmiers au sein de l'UPS AV tend déjà vers cette pratique. Des connaissances cliniques plus approfondies, des compétences élargies, une autonomisation, et une plus grande responsabilité permettraient à l'infirmier de s'inscrire pleinement dans la pratique avancée. De manière prospective, après l'orientation par le médecin gériatre, l'IPA à l'UPS AV pourrait prendre en charge des personnes aux pathologies chroniques stabilisées. Suite à une formation de niveau Master 2, il serait apte à réaliser des consultations d'évaluation et de dépistage de la fragilité de première et deuxième ligne, à effectuer des conclusions cliniques. Il orienterait l'usager dans notre système de santé, et lui proposerait des consultations de prévention et d'éducation. L'IPA serait un maillon important de la coordination des parcours des personnes âgées. Il travaillerait en transversalité avec le médecin traitant, les personnels de santé libéraux, les acteurs de terrain et les autres services de gériatrie du système hospitalier et permettrait ainsi de favoriser le lien ville/hôpital dans le but d'optimiser le maintien à domicile des usagers. Par son expertise et son «leadership», il assurerait également une fonction support aux autres professionnels et serait acteur de recherche. **Conclusion :** En implantant un IPA au sein de l'UPS AV, nous pourrions émettre l'hypothèse d'une optimisation de l'efficacité de la prise en charge globale des usagers à l'UPS AV. Une étude pourra être ainsi réalisée. Elle aura pour but de montrer que les actions de l'IPA permettent de réduire les coûts de soins en santé et les hospitalisations, d'améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées, et donc à terme d'améliorer leur qualité de vie.

A-17-253**Une légionellose à 83 ans**

L. Royer (1) ; C. Vaquier Reberac (1) ; L. Aubert (2) ; L. Teillet (1) Uga, Hôpital Ambroise-Paré (AP-HP), Boulogne-Billancourt; (2) Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt

Introduction : La légionellose pulmonaire est une pneumopathie infectieuse d'origine bactérienne potentiellement mortelle. Cette infection est secondaire à une bactérie intracellulaire de type Bacille Gram Négatif de la famille des Legionella majoritairement Legionella pneumophila (dans 90 % des cas) et plus de 84% des cas sont occasionnés par des isolats du sérotype 1. Les Legionella font partie de la flore aquatique et sont trouvées dans de nombreuses sources d'eaux douces chaudes (30 à 60°C). On recense en France entre 1200 à 1500 cas par an.

Si certains doutes subsistent sur les différentes voies de dissémination des Legionella depuis leurs sources hydriques vers l'homme, l'hypothèse qui prévaut est celle d'une propagation par le biais d'aérosols émis par les tours aéro-réfrigérantes. Il n'existe à ce jour pas de cas de contamination inter-humaine de légionellose reporté. **Méthodes :** Nous avons hospitalisé en Gériatrie aigue, Mr M. âgé de 83 ans, adressé par les Urgences pour probable pneumopathie infectieuse aigue communautaire. Mr M. est autonome pour toutes les activités quotidiennes malgré une insuffisance cardiaque sur cardiopathie ischémique avec une FEVG à 30%, un anévrisme de l'aorte abdominale, une insuffisance rénale chronique (créatinine à 144 µmol/L), et une pneumopathie interstitielle avec fibrose pulmonaire et emphysème pulmonaire, et un tabagisme sévère à 50 PA. **Résultats :** Le patient était arrivé aux urgences pour une dyspnée aigue fébrile associée à une détresse respiratoire aigue oxygéno-requérante ayant reçu une antibiothérapie par Pyostacine 1 g deux fois par jour prescrite par son médecin traitant 24 heures auparavant. Le bilan sanguin retrouvait une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles avec éosinopénie à 0 /mm³ et un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 213 mg/L. Par ailleurs, une cholestase biologique sans cytolysé hépatique et une insuffisance rénale aigue avec une créatininémie à 203 mmol/L complétaient le tableau clinique. Enfin, les hémocultures prélevées étaient négatives. La radiographie thoracique retrouvait un aspect de syndrome interstitiel bilatéral non symétrique aux bases avec un aspect de condensation mal systématisé en base droite. Une modification de l'antibiothérapie est débutée avec de l'Augmentin 1g trois fois par jour per os.

Conclusion : Après 48h d'hospitalisation, le patient restait toujours fébrile entre 39 et 40°C et oxygéno-dépendant. Une antigénurie revient positive à Legionella pneumophila de sérotype 1 et un ECBC non contributif. Nous switchons donc l'augmentin pour de la Rovamycine 3 MUI x 3/jour per os. Après 3 jours, malgré la persistance de la fièvre à 38,5°C l'évolution sur le plan respiratoire semblait favorable mais un gaz du sang après tentative de sevrage en oxygène retrouve une hypoxémie à 40mmHg avec alcalose respiratoire 7,47 sans signe de tresse respiratoire en dehors d'une polypnée à 26 /min. Le bilan infectieux était peu contributif avec de nouvelles hémocultures négatives et des ECBC non contributif (culture légionnelle en cours). Associé à ces explorations, on notait la stabilité de l'hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles avec une majoration du syndrome inflammatoire (la CRP étant à 311 mg/L) et stabilité de l'insuffisance rénale aigue. Par ailleurs, la recherche d'un autre foyer infectieux digestif, urinaire, ostéo-articulaire, cutané, neurologique et dentaire était négative tout autant que la suspicion d'un processus thromboembolique ou de

maladie inflammatoire. En accord avec l'équipe d'infectiologie nous ajoutons de la Rifampicine à 900 mg par jour. La TDM thoracique retrouve un aspect de pneumopathie interstitielle diffuse fibrosante (PIC certaine) avec des plages de condensation alvéolaire surajoutée aux deux lobes inférieurs et du segment postérieur de la lingua, compatible avec des foyers infectieux évolutifs sans signes de complications. Après 2 jours de bi-antibiothérapie, on note une évolution favorable sur le plan clinico-biologique.

A-09-254

La technopénie : naissance d'un nouveau handicap

S. Moulias (1)

(1) Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt

Introduction : L'absence d'accès aux technologies « nouvelles » est la source d'un nouveau handicap, qui altère l'accès à la vie sociale d'une partie de la population, notamment la population âgée. **Méthodes :** Cette technopénie frappe aussi une partie des équipes d'aide et de soin et encore plus certains prestataires, qui ignorent indications, contre-indications, non-indications, adaptations au multi-handicap, à la polypathologie, à l'isolement social... **Résultats :** Que ce soit la domotique, la compensation du handicap ou la télémédecine, la population âgée devrait être une des premières bénéficiaires de ces technologies, pouvant faciliter la vie quotidienne et la communication entre les personnes. L'âge n'est pas une barrière à leur accès. L'avancée en âge est au contraire une source de besoins technologiques, parfois spécifiques. Les nouvelles technologies peuvent devenir des outils puissants de lutte contre l'isolement physique et la solitude morale, de compensation des handicaps, de diagnostic à distance, de télésurveillance, etc. à condition de respecter une éthique du service, de l'assistance et du soin, de ne pas supprimer l'accompagnement humain mais au contraire de le libérer des tâches automatiques. **Conclusion :** Réduire le handicap technopénique nécessitera un développement des formations et des études en technologie appliquée.

A-25-255

Caractéristiques populationnelles comparées de patients admis aux Urgences adultes du CHU de Limoges

V. Ratsimbazafy (1) ; J. Jost (1) ; S. Hérioux (2) ; A. Clementz (2) ; H. Karam (3) ; L. Champmartin (2) ; J. Sodji (2) ; F. Julia (4) ; JF. Cueille (5) ; A. Tchalla (6)

(1) Pharmacie, CHU de Limoges, Limoges; (2) Pharmacie, CHU de Limoges, Limoges; (3) Service des urgences adultes, C.H.U de Limoges, Limoges; (4) Urgences, CHU de Limoges, Limoges; (5) Urgences adultes, CHU de Limoges, Limoges; (6) Médecine d'urgence de la personne âgée, CHU de Limoges, Limoges

Introduction : L'ex-Région Limousin possède un des indices de vieillissement les plus élevés de France. Ce fait a conduit à la mise en place d'une Unité spécifique, la Médecine d'Urgence de la Personne Agée, au sein des Urgences adultes de son CHRU. Il nous a paru intéressant de préciser les caractéristiques populationnelles de patients admis pour lesquels des pharmaciens participent à la prise en charge médicamenteuse. **Objectifs :** établir l'âge médian de ces patients pour constituer 2 groupes, de part et d'autre de cet âge afin de comparer leurs caractéristiques populationnelles. **Méthodes :** Étude rétrospective descriptive comparative sur les éléments : sex ratio H/F (SR), motifs d'admission et traitement médicamenteux d'entrée. Classification CIM 10 des maladies, ATC des médicaments. Période d'étude : 4 mois (31/10/2017 –

02/03/2018).

Résultats : Effectif de 387 patients avec un âge médian de 83 ans, répartis comme suit : 191 patients de moins de 83 ans de SR = 0,87 et, avec le sujet le plus jeune âgé de 18 ans, l'âge moyen dans ce groupe était de 69,7 ans (le nombre moyen de médicaments par ordonnance était de 9,3 [2 ; 19] dans ce groupe) ; 196 patients de 83 ans et plus, de SR = 0,78 et, avec le sujet le plus âgé, de 104 ans, l'âge moyen était de 88,4 ans (nombre moyen de médicaments / ordonnance = 8,6 [2 ; 17]). Motifs d'hospitalisation par ordre décroissant de fréquences : d'ordre cardiaque en général chez les 83 ans et plus, et de proportion significativement supérieure à celle observée chez les 82 ans et moins (18,4% vs 11%), sous la forme d'une insuffisance cardiaque en particulier (14,3% vs 6,3%), un œdème aigu du poumon (9,2% vs 2,6%), une dyspnée (8,2% vs 3,7%). De même pour les chutes : 9,7% vs 5,2%. A l'inverse, le motif d'hospitalisation « IV » : maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques était significativement plus fréquent chez les 82 ans et moins que les + 83 ans (respectivement 9,2% et 2,5%). Médicaments : en cohérence avec les pathologies, les médicaments les plus prescrits sont cardiovasculaires (45,8% chez les +83 ans et 32,6% chez les -82 ans) en général, et significativement différents pour les diurétiques en particulier (8,7% vs 6,2%) ; idem pour les antithrombotiques, 17,4% vs 11,5%. La différence observée au niveau des troubles endocriniens, nutritionnels et métaboliques est retrouvée sur le plan médicamenteux : 22,0% vs 28,0% pour les médicaments de la classe ATC « A » voie digestive et métabolisme en général, et des antidiabétiques en particulier : 3,7% vs 7,9%. **Conclusion :** Les 2 groupes de patients de part et d'autre de l'âge médian des adultes admis aux Urgences – âge élevé, comme attendu, en Limousin – ont des caractéristiques populationnelles significativement différentes sur tous les points étudiés. Pour la stratégie de prise en charge médicamenteuse, elles permettront de mieux cibler les patients auprès de qui déployer en priorité les actions de pharmacie clinique.

A-15-256

La colite à CMV chez la personne âgée: une entité émergente à évoquer

D. Jaafar (1) ; B. Wyplosz (1) ; N. Brunetti (2) ; B. Faiz (2) ; AL. Vetillard (1) ; R. Collarino (1)

(1) Smit, Hôpital Bicêtre AP-HP, Le Kremlin-Bicêtre; (2) Gériatrie, Hôpital Paul-Brousse (AP-HP), Villejuif

Introduction : La colite à CMV est une infection opportuniste survenant habituellement chez des patients très immunodéprimés. Dans les dix dernières années, 17 cas de colite à CMV ont été rapportés dans la population gériatrique dans la tranche d'âge de 76 à 88 ans sans autre facteur d'immunodépression connu que l'âge. Nous rapportons le premier cas de colite à CMV chez une femme de 96 ans sans immunodéficience connue. **Méthodes :** Cas clinique. **Résultats :** Une femme de 96 ans est adressée aux urgences de notre hôpital pour dyspnée, diarrhées glairo-sanglantes et fièvre à 39°C évoluant depuis 72 heures. Elle vivait à domicile avec son fils dans les suites d'un accident ischémique cérébral grave compliqué d'une hémiplégie et d'une démence évoluée. Elle avait une hypertension artérielle maîtrisée par du péridopril, une insuffisance cardiaque congestive avec FEVG 33% traitée par furosémide et clopidogrel, et un diabète de type 2 traité par régime seul. A l'arrivée aux urgences, l'examen a montré un état de détresse respiratoire avec tirage et balancement thoraco-abdominal. Son abdomen est souple. Les examens biologiques ont montré un hémogramme normal, une CRP

à 120 mg/L, une PCT à 9.4 µg/L, une créatinine plasmatique à 281 µmol/L. Malgré un traitement par ceftriaxone et métronidazole, son état hémodynamique s'aggrave. Elle est traitée avec succès par un remplissage vasculaire, et un relais par imipenem/cilastatin et amikacine. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien sans injection est normal. Les hémocultures, culture des urines, coproculture, recherche de toxines de clostridium sont stériles ou négatives. Cependant, la persistance d'abondantes diarrhées glairo-sanglantes et d'une CRP > 200 mg/L font réaliser une nouvelle série d'examen biologiques (coprocultures, recherche de toxine de Clostridium difficile, parasitologie des selles) qui n'apporte pas de diagnostic. Un 2e scanner abdomino-pelvien a visualisé un épaississement isolé de la paroi du sigmoïde à 5 mm qui n'évoque pas une colite ischémique ni une atteinte néoplasique. Une rectosigmoïdoscopie a montré une colite ulcérée grave jusqu'à 40 cm de la marge anale qui a été biopsiée. Les résultats de l'examen anatomopathologique ont montré des inclusions d'allure virales et l'immunohistochimie a affirmé la présence de cytomégalovirus, établissant avec certitude le diagnostic de colite à CMV. Une PCR CMV sérique quantitative était positive à 4,1 log10/mm3. Un immunophénotypage des lymphocytes circulants était en faveur d'une activation majeure des lymphocytes T CD4 et CD8 avec une lymphopénie T CD4 à 241/mm3 et un rapport T CD4/CD8 inversé, typique d'une réactivation virale. Un fond d'œil réalisé de façon systématique était normal. Après 7 jours de GANCICLOVIR intraveineux à la dose de 2.5 mg/Kg/24h adaptée à la fonction rénale, la température s'est normalisée, les diarrhées se sont amendées, la quantification du CMV par PCR est devenue indétectable et la CRP a diminué à 40 mg/L. Malgré une évolution favorable, des troubles de déglutitions préexistants à l'épisode infectieux ont conduit à une pneumopathie d'inhalation rapidement fatale. **Conclusion :** Nous rapportons le premier cas d'une colite à CMV, confirmée par une étude anatomopathologique, chez une femme très âgée sans facteur d'immunodépression connu, autre que son grand âge. L'évolution de l'infection a été favorable sous ganciclovir mais la décompensation de comorbidité sous-jacente a entraîné le décès. La colite à CMV est grave, avec un taux de mortalité rapporté de 21%, mais curable. Le processus d'immuno-sénescence s'accompagne d'une diminution de la réponse immunitaire cellulaire qui est impliquée dans la réponse immunitaire au CMV. Notre cas renforce l'hypothèse d'un lien entre immuno-sénescence et colite à CMV. Par conséquent, ce diagnostic devrait être évoqué chez les patients âgés présentant une diarrhée glairo-sanglante fébrile dont la cause n'est pas retrouvée par les moyens usuels. Devant la suspicion de colite à CMV, une endoscopie digestive devrait être effectuée afin de poser le diagnostic de certitude histologique et d'instaurer un traitement efficace.

A-26-257

Equipe pluridisciplinaire : focus sur les psychologues

C. Le Bivic (1) ; N. Alarcon (2)

(1) *Emsp, Hôpital Saint-Louis, Paris*; (2) *Ucc, Hôpital Emile-Roux (AP-HP), Limeil-Brévannes*

Introduction : Le dysfonctionnement du travail en équipe est identifié comme la première cause d'un événement porteur de risque selon l'HAS (2014). Le travail en équipe pluridisciplinaires se révèle être indispensable aux bonnes pratiques. Les psychologues exercent dans différents services de gériatrie mais leur métier reste malgré tout peu connu des autres professionnels. En effet, il y a une méconnaissance du statut du psychologue (comment se situe-t-il

dans l'organigramme ? Quels sont ses liens hiérarchiques directs et fonctionnels ? Est-il un paramédical ? A-t-il un numéro Adeli ?). Une méconnaissance de la formation du psychologue (Quel cursus ? Combien d'année d'étude ? Existe-t-il des spécialités ? Il y a-t-il des orientations théoriques ?). Une méconnaissance des apports possibles du psychologue (Quelles activités ? Quels bénéfices ? Pour qui ? Quand le faire intervenir ?). Par ailleurs, le psychologue est victime de représentations qui peuvent être des freins à la rencontre (Voyant extralucide ? Instabilité psychique ? Charlatan ?) Mieux comprendre le métier de psychologue ne permettrait-il pas une meilleure adhésion avec les patients, les familles, les professionnels et les institutions ? **Méthodes :** Nous partirons des méconnaissances et malentendus rencontrés sur le terrain pour éclairer les professionnels sur le métier du psychologue. Il nous faudra distinguer les différents professionnels du psychisme ainsi que les différents apports possibles. Nous suivrons Mme Patiente (et sa famille) dans son parcours de vie et de soin pour expliquer concrètement comment peut intervenir un psychologue avec l'équipe pluridisciplinaire. Nous accompagnerons Mme Patiente depuis son entrée en grand âge jusqu'à sa mort. **Résultats :** Les bénéfices et limites du travail du psychologue seront observés et critiqués à partir de l'accompagnement de Mme Patiente et sa famille. Nous verrons comment elle et sa famille ont pu profiter des apports du psychologue. Mme Patiente n'est pas seulement un objet de soin mais aussi une personne avec une dimension psychologique reconnue. **Conclusion :** Cette intervention a pour ambition de mieux faire connaître le métier des psychologues en gériatrie afin de faciliter le partenariat entre les différents professionnels et ainsi mieux prendre soin des patients.

A-04-258

Prise de décision thérapeutique en UPOG chez une patiente de 105 ans

C. Sellier (1) ; T. Cudennec (2) ; L. Aubert (2) ; S. Moulias (3) ; L. Teillet (4)

(1) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Avenue Charles de Gaulle, Boulogne-Billancourt, France, Boulogne-Billancourt*; (2) *Gériatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (3) *Laboratoire d'éthique médicale, ea 4569, Université Sorbonne Nouvelle - Paris 3, Paris*; (4) *Médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest, Site Sainte-Périne, APHP, Paris*

Introduction : L'attitude classique de la prise en charge d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur conduit à la réalisation d'un geste chirurgical d'ostéosynthèse. De rares situations conduisent à s'interroger sur une limitation thérapeutique au vu du bénéfice apporter par le geste chirurgical sur le plan de la morbi-mortalité. Les patients en fin de vie à court terme remettent clairement en cause cette démarche de soin. Certaines situations complexes spécifiques au grand âge peuvent également conduire à une prise en charge erronée. **Méthodes :** Mme D., âgée de 105 ans est hospitalisée pour une Fracture de l'Extrémité Supérieure du Fémur (FESF) droit suite à une chute à l'EHPAD. A son arrivée à l'hôpital, la patiente est somnolente, difficilement réveillable, opposante aux soins. Elle vit depuis 7 ans en EHPAD, a pour antécédent un syndrome démentiel non étiqueté, MMSE 23/30, un carcinome baso-cellulaire jugal droit et une PTH droite avec luxation 2017. Les premiers éléments de l'examen clinique retrouve une patiente cachectique, très douloureuse aux mobilisations sur sa fracture, opposante au soins, ne répondant pas aux questions, mais capable de signaler qu'elle a froid. Plusieurs indices laissant

supposer qu'elle est opposante aux soins aussi à son EHPAD (hygiène corporelle, lésion du cuir chevelu occipitale gauche avec sérosités collées nauséabondes). Le projet de chirurgie orthopédique est dès lors remis en question. Une réunion multidisciplinaire entre Chirurgien orthopédique, Anesthésistes, Gériatre et Soins palliatifs est organisée. Cette réunion conclue à une absence de chirurgie et nécessité d'une antalgie et des sédatifs à posologies élevées pour les soins qui induiraient une sédation continue et un décès consécutif. Dans un second temps, des informations contradictoires sont obtenues de la maison de retraite. Mme D. était autonome dans sa chambre, malgré une tendance aux chutes. Elle était réticente aux toilettes mais se laissant convaincre, et n'ayant jamais exprimé de lassitude de la vie. Devant ces nouveaux éléments, il est décidé d'opérer la patiente au moins à visée antalgique, avec réduction et synthèse par clou proximal Zimmer. **Résultats** : Au lendemain de l'intervention, la patiente est transformée, souriante, la communication est possible. Mme D. n'est plus opposante aux soins, s'alimente de nouveau. Elle va au fauteuil avec aide dès le lendemain de la chirurgie. La reprise de la marche est possible en fin d'hospitalisation. **Conclusion** : L'expression de la douleur chez les patients très âgés peut être très diverses et peut conduire à des prises en charge erronées. Une enquête poussée devant des troubles de conscience et du comportement est indispensable avant toutes décisions de limitation thérapeutique et ceux quelque soit l'âge et mode de vie du patient et d'autant plus aux âges extrêmes.

A-11-259

Dynamique de la longueur des télomères et obésité

S. Toupance (1) ; M. Chahine (2) ; I. Tzanetakou (3) ; C. Labat (4) ; S. Gautier (1) ; C. Lakomy (4) ; P. Rossi (5) ; T. Moussallem (6) ; P. Yared (6) ; D. Quilliot (7) ; E. Menenakos (8) ; R. Asmar (2) ; A. Benetos (1)

(1) Pôle "maladies du vieillissement, gérontologie et soins palliatifs", CHRU Nancy, Nancy; (2) Foundation-medical research institutes, Lebanese University, Beyrouth, Liban; (3) Laboratory for experimental surgery and surgical research "n s christeas", National and Kapodistrian University of Athens, Athènes, Grèce; (4) Umr 1116, INSERM, Vandœuvre-lès-Nancy; (5) Médecine interne, Hôpital Nord, Marseille; (6) Faculty of medical sciences, Lebanese University, Beyrouth, Liban; (7) Unité d'assistance nutritionnelle, CHRU Nancy, Nancy; (8) Medical school of Athens, National and Kapodistrian University of Athens, Athènes, Grèce

Introduction : La relation entre la longueur des télomères (LT) et l'obésité reste floue. Des études transversales ont révélé des associations entre une LT dans les leucocytes (LTL) courte et un indice de masse corporelle (IMC) élevé, mais les études longitudinales n'ont trouvé aucune association entre le raccourcissement de la LTL et l'IMC. Dans deux études parallèles, nous avons cherché à évaluer la relation entre l'obésité et la dynamique de la longueur des télomères dans différents tissus. **Méthodes** : Etude 1: Des mesures de LTL et de LT dans le muscle squelettique (LTM) ont été réalisées chez 53 sujets obèses sévères (IMC>35) appariés selon l'âge et le sexe avec 53 sujets ne présentant pas d'obésité (21<IMC<30). La LTM est un équivalent de la LT à la naissance et le rapport LTL/LTM représente l'attrition des télomères au cours de la vie. Etude 2: Mesures de la LT dans des biopsies de graisse sous-cutanée (GSC), un tissu adipeux à index prolifératif élevé, et de graisse viscérale (GV), un tissu à index prolifératif faible. Les biopsies étaient issues de 50 patients obèses sévères opérés pour chirurgie bariatrique. Les mesures de

LT ont été effectuées par Southern blot. **Résultats** : Etude 1: Pour les sujets jeunes (<55 ans), mais pas pour les sujets plus âgés, LTL et LTL/LTM sont plus courts chez les patients obèses vs témoins (7,16 kb vs 7,54 kb, p <0,05 pour LTL et 81% vs 84%, p <0,05 pour LTL/LTM). Etude 2: Chez les patients obèses sévères, le rapport LT(GSC)/LT(GV) est plus faible chez ceux présentant une obésité précoce (96% pour l'obésité depuis l'enfance vs 97% depuis l'adolescence vs 100% pour le développement de l'obésité à l'âge adulte; p<0.05). **Conclusion** : Le développement précoce de l'obésité est associé à une attrition de la LT plus élevée conduisant à une LT plus courte dans les tissus à forte prolifération cellulaire.

A-11-260

Traitement et prévention du syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire du sujet âgé hospitalisé ou en institution

V. Petre (1) ; J.L. Thomas (2) ; O. Bouillanne (1)

(1) Service de gérontologie 2, Hôpital Emile-Roux, Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Limeil-Brevannes; (2) Service d'endocrinologie-diabétologie, Hôpital Henri-Mondor, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Créteil

Introduction : Le syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire (SHH) est une décompensation métabolique potentiellement mortelle du diabète qui se définit par une hyperglycémie sévère, supérieure à 33 mmol/l (6 g/l) et une hyperosmolarité plasmatique (supérieure à 320 mOsm/kg). La mortalité du SHH chez le sujet âgé varie de 16 % à 18 %. L'installation du SHH est le plus souvent insidieuse et progressive faisant porter le diagnostic tardivement, quelques jours à plusieurs semaines après son début. Le traitement curatif du SHH consiste en une réhydratation massive, une correction de l'hyperglycémie par une perfusion intraveineuse continue d'insuline, ainsi que d'une surveillance clinique et biologique rapprochée par un personnel entraîné. Compte tenu des complications potentielles graves (état de choc, coma, décès) ainsi que de la surveillance étroite que nécessitent les patients présentant un SHH avéré, il est recommandé de les hospitaliser en unité de soins continus ou en service de réanimation, en fonction de l'évaluation globale du patient et du sens des soins. **Méthodes** : Nous proposons un protocole de traitement et de prévention du SHH chez le sujet âgé hospitalisé ou en institution (soins de longue durée ou établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Ce travail a été mené dans le cadre d'une revue de morbi-mortalité et d'un comité de retour d'expérience. **Résultats** : Ce protocole s'applique sous prescription médicale dès que la glycémie capillaire atteinte 22 mmol/l (4 g/l) : Injecter en sous-cutané 8 unités d'un analogue rapide de l'insuline (NovoRapid®, Fiasp® Humalog® ou Apidra®) ; Hydrater le patient par voie parentérale (utiliser du NaCl 0,9 % initialement). Adapter à la tolérance cardiaque et éviter la surcharge volémique ; Rechercher la cause du déséquilibre et la traiter (infection, infarctus,...) ; Faire un bilan biologique : glycémie veineuse, ionogramme sanguin et créatininémie et calculer l'osmolarité plasmatique efficace [2 x (natrémie en mmol/l) + glycémie en mmol/l] ; Contrôler la glycémie capillaire toutes les 3 heures (y compris la nuit) et adapter la dose d'analogue rapide d'insuline en fonction de la glycémie : Dose d'analogue rapide de l'insuline (NovoRapid®, Fiasp®, Humalog® ou Apidra®) à administrer en sous-cutané: Si glycémie (mmol/l) >14 et ≤ 16 injecter 4 U ; >16 et ≤ 19 : 6 U ; >19 et ≤ 22 : 8 U ; >22 et ≤ 25 : 10 U ; >25 : 12 (ou Insulinothérapie intraveineuse à la seringue électrique 0,1 U/kg/h). Discuter le transfert du patient

en réanimation en fonction de l'évaluation globale du patient dans les éventualités suivantes : glycémie capillaire > 30 mmol/l à deux contrôles successifs, osmolarité plasmatique efficace > 320 mOsm/kg ou apparition d'une complication (collapsus, crise comitiale, anurie). **Conclusion** : En raison de la gravité du SHH, il est important d'agir préventivement dès que la glycémie s'élève de façon importante et prolongée. C'est le but du protocole de prise en charge que nous proposons dès que la glycémie atteint 22 mmol/l (4 g/l).

A-26-261

Pseudo-obstruction colique aiguë traitée par caecostomie chez un patient de 91 ans

M. Gourdon (1) ; H. Abiadh (1) ; A. Ginet (1) ; M. Tardivel (1) ; JL. Le Quintec (2)

(1) *Service de médecine gériatrique, Hôpital Sainte-Périne (AP-HP), Paris*; (2) *Service de Médecine Gériatrique 3, AP-HP, Hôpital Sainte Périne, Paris*

Introduction : La pseudo-occlusion colique aiguë (POCA) ou syndrome d'Ogilvie correspond à une dilatation aiguë du colon, antérieurement sain survenant en l'absence d'obstruction mécanique. Il a été décrit par Sir William Ogilvie en 1948. **Méthodes** : Nous rapportons le cas d'un patient de 91 ans, actuellement institutionnalisé en USLD. Dans ses antécédents, on note une maladie d'Alzheimer évoluant depuis plusieurs années, à un stade avancé ; un cancer de prostate métastasé, en abstention thérapeutique ; une hypertension artérielle traitée. Le 11/11/17, le patient est adressé aux urgences pour suspicion de syndrome d'Ogilvie associé à des vomissements et une hypokaliémie. Aux urgences, mise en place d'une sonde naso-gastrique, d'un tube de Faucher et supplémentation en potassium. Transfert en gériatrie aiguë. Le patient présente plusieurs épisodes de sub-occlusion. Le scanner abdominal montre une distension colique sans obstacle. La symptomatologie évoque une constipation d'allure terminale associée à des douleurs anales importantes. Une recto-sigmoidoscopie retrouve un prolapsus hémorroïdaire. La sonde naso-gastrique et la sonde rectale sont retirées deux jours après leur pose. Le 22/11/17, le patient est transféré en SSR : il bénéficie toujours de sondages rectaux 2 à 3 fois par semaine, les exonérations étant difficiles sans sondage. En SSR, persistance d'un météorisme avec exonération à la stimulation rectale uniquement. Un nouveau scanner est réalisé qui retrouve une dilatation du côlon sigmoïde, du côlon transverse et du caecum, sans signe d'obstacle (caecum mesuré à 9 cm de grand axe dans le plan axial). Il n'y a pas de signe de souffrance digestive. Un traitement par Mestinon per os et Néostigmine sous-cutanée est mis en place. Devant l'absence d'efficacité des thérapeutiques, un nouveau tube de Faucher est posé, mal toléré et peu efficace. Il est donc décidé de réaliser une caecostomie chirurgicale, qui est effectuée le 31/01/18. Les suites sont compliquées d'une inflammation péri-orificielle sans abcès péristomial, qui retarde de plusieurs semaines la mise en service de la caecostomie. Fin février, la caecostomie étant fonctionnelle, début des irrigations coliques 1x/j avec Normacol associée à 200ml d'eau. Le 08/03/18 transfert en USLD : poursuite des lavements quotidiens par la sonde de caecostomie mais depuis fin avril majoration franche du météorisme abdominal nécessitant la reprise de la Néostigmine en association avec des lavages par voie rectale, si besoin. **Résultats** : La prévalence de la POCA est inconnue. Ce syndrome est surtout fréquent chez les hommes de plus de 60 ans (60%). La mortalité est estimée entre 25 et 30%. La physiopathologie de la POCA est

mal connue. Il s'agit probablement d'un déséquilibre entre le tonus sympathique et parasympathique : diminution de la motilité colique par le sympathique et augmentation de la contractilité colique par le parasympathique. Avant de conclure à une POCA, il convient d'éliminer une cause mécanique ou un mégacôlon à Clostridium difficile. De plus, il est important de rechercher une complication (3-15%) : ischémie ou perforation, péritonite stercorale (mortalité 50%).

Le scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste confirme la dilatation proximale du côlon et l'absence de lésion organique intrinsèque ou extrinsèque. En l'absence de critères de gravité, le traitement à privilégier en premier lieu est le traitement conservateur : sonde naso-gastrique en aspiration douce, mise à jeun du patient, pose d'une sonde rectale (tube de Faucher) si la distension atteint le sigmoïde ou le rectum, correction de l'hypokaliémie. De plus, si cela est possible, arrêt des traitements favorisants (anticholinergiques, antidépresseurs et neuroleptiques, clonidine et morphiniques). En cas d'échec, il faut essayer la Néostigmine qui entraîne une levée du bloc parasympathique aboutissant à la reprise de la motricité colique. Il existe des moyens thérapeutiques alternatifs : la colo-exsufflation endoscopique ou la pose d'une caecostomie. La caecostomie est mise en place grâce à la technique chirurgicale de Malone : elle consiste à fixer l'appendice à la peau afin de l'utiliser comme canal d'irrigation, permettant ainsi des irrigations coliques antérogrades. Ce procédé est le traitement de choix malgré son efficacité inconstante sur la distension colique. La voie endoscopique est de plus en plus utilisée, malgré certains effets secondaires spécifiques (douleurs, abcès de paroi).

Conclusion : Le traitement de référence de la POCA est la Néostigmine. La caecostomie n'est à envisager qu'en cas d'échec du traitement conservateur.

A-07-262

Ostéoporose de l'homme âgé : Repérage des étiologies en consultation gériatrique au CHRU de Lille

R. Litke (1) ; I. Delabriere (2)

(1) *Gériatrie, CHU de Lille, Lille*; (2) *Geriatric, CHU, Lille*

Introduction : L'ostéoporose de l'homme âgé est une pathologie fréquente, et à l'origine d'une morbi-mortalité importante [Walsh et al. Nature Rev Endoc 2013]. Des données suggèrent que l'ostéoporose est sous-diagnostiquée et insuffisamment prise en charge chez l'homme [Kanis et al. J. Bone Miner. Res. 2014], alors que, pour ce sexe, 50% des ostéoporoses ont une cause secondaire [Gielen et al. Best Pract. Res Clin Endoc Metab 2011]. C'est dans ce contexte qu'en 2012, l'Endocrine Society a émis des recommandations proposant des explorations biologiques complémentaires pour les hommes ostéoporotiques afin de mieux les prendre en charge [Watts et al. JCEM 2012]. L'objectif principal de ce travail était de déterminer si les patients ostéoporotiques pris en charge en consultation gériatrique au CHRU de Lille bénéficiaient d'explorations à visée étiologique. Nos objectifs secondaires étaient d'identifier les différentes étiologies secondaires repérées chez ces patients et d'évaluer s'il y avait des variables influençant la réalisation ou non d'explorations étiologiques de l'ostéoporose. **Méthodes** : Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, incluant tous les hommes ostéoporotiques pris en charge à la consultation gériatrique du CHRU de Lille en 2016 (du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2016) Pour chaque patient, nous avons évalué nos pratiques cliniques, déterminé si des explorations à visée étiologique avaient été réalisées et quelles

étaient les étiologies identifiées. **Résultats :** Parmi les 121 hommes ostéoporotiques venus en consultation gériatrique au CHRU de Lille en 2016, 51 ont eu un bilan à visée étiologique. Les 3 étiologies principales identifiées chez ces patients étaient : une ostéoporose cortico-induite dans 17,6% des cas, un hypogonadisme iatrogène dans 13,7% des cas, un déficit en androgènes lié à l'âge (DALA) dans 11,7% des cas. **Conclusion :** Les investigations étiologiques réalisées chez nos patients ostéoporotiques sont insuffisantes alors que les recommandations des sociétés savantes de rhumatologie et d'endocrinologie fournissent un cadre précis pour le diagnostic et la prise en charge de l'ostéoporose masculine. Nous devons essayer de comprendre pourquoi le nombre de bilans réalisés dans notre population masculine ostéoporotique est si faible et nous efforcer de les réaliser plus régulièrement.

A-18-263

Éducation thérapeutique du sujet âgé chuteur de plus de 75 ans vivant à domicile

L. Martinez (1) ; N. Lacour (2) ; MA. Blanchon (1) ; M. Sarazin (3) ; T. Célarier (4) ; E. Ojardias (1) ; R. Jugang(1)

(1) *Gérontologie clinique, CHU – Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*; (2) *Gérontologie clinique, C.H., Firminy*; (3) *Gestion dim, Clinique Mutualiste Chirurgicale, Saint-Étienne*; (4) *Gérontologie clinique, Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*

Introduction : L'éducation thérapeutique des patients (ETP) permet chez le sujet âgé comme chez l'adulte jeune, d'évaluer les compétences d'autosoins et d'adaptation du patient à sa maladie. La chute est un symptôme présent dans différentes maladies chroniques entraînant perte d'autonomie, peur de la récurrence et de fréquentes entrées en institution. L'objectif de ce travail a été d'évaluer à 3 et 6 mois, l'impact de l'ETP sur la survenue de nouvelle chute, la qualité de vie perçue et la peur de chuter dans une population âgée de 75 ans vivant à domicile suivie en hôpital de jour (HdJ) vis à vis d'un groupe témoin chuteur non suivi en ETP. **Méthodes :** Etude prospective suivant deux groupes de manière parallèle non appariés : un groupe participant à l'ETP en HdJ (groupe « ETP ») et un groupe témoin (groupe « Hospitalisé ») recruté dans des courts séjours gériatriques suite à une chute à domicile. Les groupes ont été suivis à 3 et 6 mois. **Résultats :** 28 patients dans le groupe « ETP » et 20 patients dans le groupe « Hospitalisé » ont été inclus, comparables sur les critères d'inclusions. A 3 et 6 mois, la qualité de vie du groupe « ETP » était significativement perçue comme meilleure par rapport au groupe « Hospitalisé ». A 6 mois, la peur de chuter était retrouvée significativement plus élevée dans le groupe « Hospitalisé » par rapport au groupe « ETP » ($p=0,047$). Le nombre de chute est diminué dans les deux groupes sans différence statistiquement significative. **Conclusion :** Le groupe des sujets chuteurs qui ont pu bénéficier d'une éducation thérapeutique ont eu une qualité de vie à 3 et 6 mois améliorée associée à une diminution de la peur de chuter à 6 mois avec un maintien à domicile supérieur au groupe témoin.

A-07-264

Pertinence des soins chez les patients en fin de vie hospitalisés dans la filière gériatrique 93 Sud-Est

S. Brahimi (1) ; A. Sebouai, (1) ; R. Aikpa, (2) ; N. Barth (3) ; ML. Gaubert-Dahan (1)

(1) *Soins de suite et réadaptation, Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil, Montfermeil*; (2) *Soins de longue durée, Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil, Montfermeil*; (3) *Pôle gériatrie-ssr, Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil, Montfermeil*

Introduction : Dans le cadre d'une formation proposée aux aides-soignants, infirmiers, cadres de santé et médecins des services de Gériatrie aigue (UGA), Soins de Suite et Réadaptation (SSR), Soins de Longue Durée (SLD) du pôle Gériatrie-SSR du Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil (GHI LRM), la question de la pertinence des soins des patients en fin de vie a été soulevée et le constat a été fait que les pratiques professionnelles n'étaient pas homogènes au sein des services. Ainsi certains soignants avaient le sentiment que les soins réalisés auprès des patients avant leur décès n'étaient pas pertinents. L'objectif de ce travail était d'améliorer la pertinence des soins des patients en fin de vie en vérifiant la traçabilité de la décision collégiale de soins palliatifs. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective incluant les patients hospitalisés en UGA, SSR, SLD, à Montfermeil, le jour de leur décès. Les patients ont été exclus si le décès survenait moins de 24 heures après leur admission dans le service où ils étaient décédés. Un audit clinique, réalisé après chaque décès, à l'aide d'une part d'une enquête auprès de 3 professionnels (aide-soignant, infirmier et médecin) ayant pris en charge le patient décédé et d'autre part d'une analyse du dossier, permettait de savoir si le décès était attendu. Si le décès était attendu, la traçabilité du formulaire institutionnel « Limitation et Arrêt des Thérapeutiques / Soins Palliatifs / Fin de vie » (formulaire LATA) était vérifiée. **Résultats :** Vingt-six patients (âge moyen 85 ± 7 ans ; 50% de femmes) ont été inclus, 11 en UGA, 9 en SSR et 6 en SLD de juin à septembre 2017. Vingt-quatre décès (92%) étaient attendus. Le formulaire LATA était rempli dans 50% des dossiers des patients dont le décès était attendu : 25% en UGA, 57% en SSR et 83% en SLD. **Conclusion :** Plusieurs axes d'amélioration ont été proposés : (1) sensibiliser les professionnels à l'utilisation du formulaire LATA, (2) prioriser les patients en fin de vie au moment des staffs pluridisciplinaires, (3) initier le formulaire LATA au moment du staff et le compléter dans la journée suivant le staff, (4) participer aux réunions de concertation pluridisciplinaire « Soins Palliatifs » du pôle Oncologie-Hématologie du GHI LRM. Un prochain audit a été programmé 6 mois après le précédent et le taux cible de remplissage du formulaire LATA a été fixé pour chaque service : 50% en UGA ; 75% en SSR et 90% en SLD.

A-09-265**Amélioration de l'observance des recommandations d'activité physique chez une population gériatrique institutionnalisée grâce à un environnement virtuel**

F. Lemière (1) ; A. Ruet (2) ; A. Desvergée (2) ; P. Leconte (3) ; A. Gauthier (3) ; G. Loggia (4)

(1) *Master staps apas, Université de Caen Normandie, Caen;* (2) *Médecine physique et de réadaptation, C.H.U de Caen Normandie, Caen;* (3) *Ufr staps & laboratoire comete umr u1075, Université de Caen Normandie, Caen;* (4) *Médecine gériatrique, C.H.U de Caen Normandie, Caen*

Introduction : Depuis plus de 20 ans, les bienfaits de l'Activité Physique sur la santé des personnes âgées ont été largement démontrés. Tant concernant le maintien des capacités fonctionnelles que les capacités cognitives, l'impact de la pratique a un tel bénéfice qu'elle est inscrite dans les recommandations sanitaires de l'OMS concernant cette population. Pour autant, deux des difficultés principales concernant le respect de ces recommandations sont à mettre en exergue : La motivation à pratiquer régulièrement et la difficulté à initier une pratique physique. Les approches motivationnelles ont, ces dernières années, beaucoup évoluées. En effet, le développement exponentiel de la technologie, avec notamment avec l'apparition des objets connectés et de la réalité virtuelle, ont fait évolués les pratiques d'activités physiques ainsi que le regard des pratiquants vis-à-vis de ces dernières. Ces techniques novatrices impactent, de manière positive, la qualité de l'activité physique pratiquée ainsi que la régularité des séances effectuées grâce à un mode de pratique interactif et nouveau pour la personne. Dans le but de lutter contre la sédentarisation et l'inactivité physique inhérentes à l'avancée en âge, l'utilisation de ces moyens apparait comme une réponse supplémentaire contre ces problématiques de santé publique. Nous proposons une étude visant à évaluer l'efficacité d'un environnement virtuel dans le traitement de l'inactivité physique afin d'améliorer l'observance des recommandations liées à la pratique d'activité physique. **Méthodes:** Une étude monocentrique, ouverte en crossover a été menée entre avril et juin 2018 dans un EHPAD. Tous les participants éligibles devaient être âgés de plus de 65 ans et être capable de tourner les pédales d'un vélo et ne présentant pas une pathologie altérant la pratique du vélo. Chaque participant devait passer sur un ergocycle classique, un ergocycle adapté couplé avec un environnement virtuel (CYCLEO ®) et le même ergocycle sans environnement virtuel. La mesure de l'aspect motivationnel était évaluée par le temps resté sur l'appareil utilisé (temps de pédalage total) et le choix final de l'ergocycle choisi pour la quatrième et dernière séance de pratique. Une évaluation de la satisfaction, de la perception de l'effort et des paramètres physiques de la pratique du vélo (vitesse, RPM, distance, puissance) dans les différents environnements ont également été recueillis. **Résultats :** 12 participants ont été inclus dans cette étude. La pratique de l'ergocycle couplé avec un environnement virtuel n'est pas significativement plus motivante au regard du temps de pédalage total ($p=0,1686$) mais il reste le choix préférentiel pour la dernière séance d'exercice (66%). L'exercice couplé à l'environnement virtuel est significativement plus efficace par rapport aux autres groupes sur la vitesse produite ($p=0,012$) et la distance parcourue ($p=0,00376$). **Conclusion :** Cette étude montre l'intérêt grandissant des personnes âgées pour les nouvelles technologies et notamment les environnements virtuels et peut s'avérer utile pour envisager d'initier la pratique d'une activité physique chez les seniors et la maintenir en entretenant leur

motivation.

A-12-266**Evaluation de la qualité de vie et des paramètres gériatriques dans l'étude SiFEBI: Etude de phase I/II portant sur l'irradiation partielle monofractionnée des patientes âgées de plus de 70 ans atteintes d'un cancer à faible risque de rechute locale**

R. Boulhassass (1) ; ME. Chand (2) ; J. Gal (3) ; C. Dittlot (4) ; D. Saja (5) ; C. Rambaud-Collet (6) ; S. Gonfrier (7) ; J. Doyen (2) ; E. Barranger (8) ; N. Champigny (4) ; C. Arlaud (9) ; JM. Ferrero (10); O. Guérin (5) ; JM. Hannoun-Levi (2)

(1) *Ucog paca est ,oncoage, Hopital de Cimiez, Nice;* (2) *Pôle de radiothérapie, Centre Antoine Lacassagne, Nice;* (3) *Service de biostatistiques, Centre Antoine Lacassagne, Nice;* (4) *Ucog paca est, Hôpital Cimiez, Nice;* (5) *Ucog paca est, Hopital de Cimiez, Nice;* (6) *SSR C3, Hopital de Cimiez, Nice;* (7) *Ssr, Hopital de Cimiez, Nice;* (8) *Pôle de chirurgie, Centre Antoine Lacassagne, Nice;* (9) *Court Séjour Gériatrique, Hôpital Cimiez, Nice;* (10) *Pôle de médecine oncologique, Centre Antoine Lacassagne, Nice*

Introduction : Les résultats préliminaires de l'étude SiFEBI publiés récemment (Hannoun Levi et al Brachytherapy Avril 2018) ont montré une toxicité acceptable et une bonne faisabilité de cette procédure (70% de patientes ont observé une toxicité mais seulement 4% de grade 3 et surtout 76% de grade 1. Le suivi médian était de 37.2 mois la survie globale à 3 ans de 95.2 %). Les objectifs secondaires de l'étude étaient d'évaluer la qualité de vie et les paramètres gériatriques ce qui a fait l'objet d'une collaboration avec l'équipe de l'UCOG PACA EST dès la conception de cet essai, ces résultats sont présentés dans ce travail. **Méthodes :** De novembre 2012 à Septembre 2014, 47 patients ont été screenés, 26 ont été inclus dans l'étude. Ces patients avaient plus de 70 ans, classées Balducci 1 ou 2 et un cancer à faible risque de rechute locale. Cet essai est un essai prospectif de phase I/II (NCT01727011). Après la tumorectomie et en peri-opératoire, les patients reçoivent des tubes vecteurs pour la curiathérapie interstitielle. L'irradiation est faite à J8, J10 post opératoire après avoir une cicatrisation du lit opératoire et après les résultats anatomopathologiques. Une évaluation de la qualité de vie et une évaluation gériatrique est réalisée en baseline, à 1,3 et 6 mois. Le déclin de l'autonomie a été défini comme une perte de 1 point au ADL ou IADL. Pour les autres paramètres gériatriques, le déclin a été défini sur les cut-offs communément admis dans cette population. **Résultats :** Les patientes avaient un âge moyen de 77 ans. En baseline, le G8 moyen était de 14, MMS moyen de 27, MNA moyen de 25, 50% des patientes avaient un PS :0 et 46% à 1, 4 patientes avaient une vitesse de marche inférieure à 0,8m/s. 2 patientes n'ont pas complété l'évaluation gériatrique en prospectif. Pendant les premiers 6 mois de suivi (suivi médian de 37,2 mois), (n=24), il n'a pas été observé de déclin sur les ADL, 3 patientes ont perdu 1 point au IADL, 1 patiente a présenté une vitesse de marche ralentie inférieure à 0,8m/s, 4 ont augmenté leurs échelles numériques douleur >5, enfin une seule a eu un niveau de fragilité en dégradation passant de Balducci 1 à 2. Concernant la qualité de vie (QIQC30), la qualité de vie globale moyenne observée est stable en baseline et à 1,3 et 6 mois (respectivement 77,5/75,6/76,2/76). Il n'a pas été observé de différence pour les items fonctionnels (physique, humeur, cognitif, social). Dans les items symptômes, la fatigue a augmenté puis diminué pour revenir à son niveau initial à 6 mois. (Respectivement 15,8/25,6/21,7/15,5). **Conclusion :** La radiothérapie monofractionnée selon le protocole SiFEBI semble

avoir une bonne faisabilité. Elle est sans impact sur les ADL, avec un impact modéré sur les autres paramètres gériatriques évalués et elle semble sans impact sur la qualité de vie globale

A-11-267

Réflexions sur l'indication d'une gastrostomie chez les plus de 70 ans : étude prospective chez 26 patients

A. Mey (1) ; A. Devun (1) ; T. Célarier (2) ; R. Gonther (2)

(1) *Gérontologie Clinique, CHU – Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*; (2) *Gérontologie clinique, Hôpital de la Charité, Saint-Étienne*

Introduction : Les stratégies de prises en charge de la dénutrition sont écrites à partir d'études menées chez l'adulte jeune. Pourtant, la discussion de nutrition entérale intervient principalement chez la personne âgée. Le but de ce travail était d'analyser les éléments aidant la réflexion pour la pose de gastrostomie en gériatrie.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive, prospective, menée sur le territoire ligérien, de 2014 à 2016, dans les services de gériatries et les unités palliatives. Étaient inclus tous les patients de plus de 70 ans, pour lesquels l'indication de gastrostomie était discutée. Le parcours décisionnel a été analysé en recueillant les caractéristiques influant la réflexion. Les patients étaient suivis à six semaines et trois mois. **Résultats :** Vingt-six patients ont été inclus avec un âge moyen de 81,5 ans. Leur albuminémie moyenne était à 29,2g/L. Ils étaient à un stade sévère de leur pathologie avec 85% de dénutris, 73% de grabataires et 27% porteurs d'escarres. L'antécédent de pneumopathie de déglutition était retrouvé chez 46% des patients. Les diagnostics principaux étaient les AVC (38%) et la démence (23%). Après un parcours décisionnel singulier, seul 15% des candidats ont bénéficié de la gastrostomie. A trois mois, 69% des patients étaient décédés. **Conclusion :** Les patients de plus de 70 ans, dont le pronostic est engagé à court terme, ne sont pas de bons candidats à la gastrostomie. En gériatrie, les recommandations parfois contradictoires, rendent la prise de décision complexe. Elle nécessite une évaluation globale des patients pour repérer les situations à risque. La détection précoce de la dénutrition est la clé d'une prise en charge réussie des patients ayant une indication de gastrostomie.

A-20-268

Under-use des bisphosphonates dans le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique fracturaire : analyse des raisons

O. Guetat Lazaar (1) ; A. Sebouai, (1) ; D. Bonnet-Zamponi (2) ; Z. Abrous (1) ; ML. Gaubert-Dahan (1)

(1) *Soins de suite et réadaptation, Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil, Montfermeil*; (2) *Observatoire des médicaments des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Paris*

Introduction : Les personnes âgées bénéficient le plus des traitements anti-ostéoporotiques, car leur risque de fracture étant plus élevé, la réduction du risque sous traitement est plus grande. Après 70 ans, les traitements anti-ostéoporotiques recommandés en 2015 en première ligne après une fracture sévère étaient les bisphosphonates. L'objectif principal de cette étude était de vérifier si ces recommandations étaient respectées, et le cas échéant d'en comprendre les raisons. **Méthodes :** Les patientes âgées de 70 ans et plus, hospitalisées suite à une chute compliquée d'une fracture

sévère ont été consécutivement incluses du 01/02 au 31/10/2015. Les patientes ayant une ostéoporose secondaire ont été exclues. Les médecins traitants ont été contactés 3 mois après la fracture pour s'assurer que le traitement par bisphosphonate avait été instauré chez les patientes incluses et discuter les raisons de non prescription le cas échéant. **Résultats :** Six patientes sur les 36 incluses prenaient un traitement par bisphosphonate à 3 mois. L'absence de traitement était justifiée dans 13 cas (insuffisance rénale sévère, perte totale d'autonomie avec impossibilité de tenir debout ou assis, rapport bénéfice/risque défavorable). Dans 17 cas, il s'agissait d'un oubli de prescription. **Conclusion :** L'underuse des traitements anti-ostéoporotiques en prévention secondaire est connue et ses déterminants sont décrits dans la littérature. Un nouveau déterminant de l'underuse des bisphosphonates chez les personnes âgées apparaît dans cette étude : la raison "oubli de prescription" renvoie aux stratégies de priorisation des thérapeutiques des médecins traitants.

A-13-269

Parcours de soin des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer à début précoce

I. Binot (1) ; L. Luquel (2)

(1) *Ballainvilliers*; (2) *Gériatrie, Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias, Ballainvilliers*

Introduction : Avec une prévalence estimée à 4 538 personnes de moins de 60 ans dans le Nord de la France en 2010, 550 nouveaux cas par an en Grande-Bretagne, la maladie d'Alzheimer à début précoce justifie la mise en place des recommandations de la Haute Autorité de santé, « un parcours de soin dédié ». Lorsque les troubles cognitifs de la maladie d'Alzheimer (MA) débutent avant l'âge de 65 ans, une personne sur cinq aura reçu dans les deux ans et demi qui précèdent, un diagnostic de troubles psychiatriques. Plus conscientes de leurs troubles débutants, ces personnes plus jeunes expriment plutôt une souffrance morale. Les troubles mnésiques sont souvent au second plan d'un syndrome dysexécutif plus précoce ou d'une présentation comportementale. Le diagnostic plus difficile de la MA, donc l'entrée dans un parcours de soin spécifique, est retardée en moyenne de deux ans. Pourtant, atteintes d'une forme typique, ou moins souvent, d'une forme focale de la MA, ces personnes plus jeunes présentent un déclin cognitif plus rapide. Les troubles du comportement chronique (TCC) tels que l'apathie, la dépression, les comportements moteurs aberrants sont aussi fréquents lorsque la MA est tardive ou précoce. Les TCC ne sont pas plus sévères chez les personnes de moins de 65 ans mais les aidants naturels sont également plus jeunes et peuvent encore exercer une profession et avoir des enfants à charge au foyer. La perte d'autonomie plus précoce pour la toilette, l'habillage, les troubles de la compréhension et du langage concourent à l'épuisement de l'aidant principal. Le maintien des capacités préservées de la personne atteinte de MA précoce est difficile en ambulatoire. Les personnes de moins de 65 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer du sujet sont institutionnalisées plus précocement au cours de la maladie. L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la pertinence de la mise en place d'un parcours de soin dédié à la prise en charge en ambulatoire et à l'hôpital de personnes jeunes atteintes de la maladie d'Alzheimer. **Méthodes :** A partir de septembre 2018, élaboration d'un panel d'experts (neurologues, psychiatres, gériatres, médecin généraliste, cadres de santé, IDE de coordination, assistantes sociales, représentants plateforme de répit, SSIAD, MAÏA, HAD, neuropsychologues, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes) parmi les

principaux collaborateurs des 5 ESPIC du GPS91, groupement de coopération sanitaire de cinq établissements à but non lucratif ESPIC (Etablissements de santé privés d'intérêt collectif) de l'Essonne (centre hospitalier de Bligny, l'hôpital Les Magnolias, l'établissement de santé La Martinière, le centre hospitalier Manhès et le groupe hospitalier Les Cheminots). De septembre à décembre 2018, identification par le panel d'expert des réseaux médicaux et soignants existants à la ville et à l'hôpital en capacité de prendre en soin les personnes de moins de 65 ans atteintes de MA et des réseaux médicaux et soignants à la ville et à l'hôpital en demande de formation, de moyens humains ou techniques voir d'aménagements spécifiques. En janvier 2019 enquête transversale rétrospective multicentrique avec comme critère principal de jugement l'épuisement de l'aidant principal (échelle ZARIT) réalisé lors de la dernière consultation dans les 6 derniers mois par l'un des membres du panel d'expert et comme critère secondaire l'entrée en institution. Juin 2020 étude comparative de l'épuisement de l'aidant principal et l'âge de l'entrée en institution à 1 an de la mise en place du parcours de soins dédiés aux personnes atteintes de MA de moins de 65 ans. **Résultats :** En attente. **Conclusion :** La mise en place d'un parcours de soin dédié à la maladie d'Alzheimer du sujet jeune permet de soulager l'épuisement de l'aidant principal et retarde l'entrée en institution.

A-15-270

Histoire d'un anévrisme de l'aorte infectieux : à propos d'un cas

L. Sebaste (1) ; L. Parnet (1) ; Q. Gillebert (2) ; A. Bornand (1)
 (1) *Gériatrie aigue, C.H. de Versailles André Mignot, Le Chesnay;*
 (2) *Médecine nucléaire, C.H. de Versailles André Mignot, Le Chesnay*

Introduction : Les anévrismes infectieux de l'aorte (AIA) sont rares, représentent 0.7% à 1.3% des anévrismes des l'aorte. Les signes d'appel cliniques sont variables et aspécifiques et peuvent inclure une fièvre prolongée, un syndrome inflammatoire biologique persistant, des douleurs thoraciques ou abdominales atypiques. L'imagerie est indispensable au diagnostic. **Méthodes :** Homme de 85 ans, hospitalisé pour troubles de l'équilibre, aphasie et chutes à répétition, dans une contexte d'antécédents AVC ischémiques et porteur d'un Pace Maker pour une maladie de l'oreille. Les hémocultures prélevées suite à une pic fébrile et une syndrome inflammatoire biologique CRP 242 mg/l et une hyperleucocytose à 11 G/l ; étaient positives à une bactériémie à *Staphylococcus Aureus MétiS* Par ailleurs l'ECBU était négatif. Antibiothérapie par Cloxacilline et Gentamicine débutée dans une suspicion d'une

endocardite. Le bilan étiologique de cette septicémie retrouve une échographie trans-thoracique normal et un échec de l'ETO non supporté par le patient. Dans ce contexte le TEP Scanner au 18-FDG a été demandé. Celui ci retrouve trois fixations compatibles avec un anévrisme infectieux au niveau de la crosse de l'aorte, de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale à hauteur e T12-L1. Pas d'indication opératoires dans ce contexte infectieux aigu, selon les neurochirurgiens. L'IRM cérébrale retrouve les séquelles d'AVC connus, sans nouvelle lésion. Bonne réponse clinique initiale au traitement mais recrudescence de la syndrome inflammatoire à J10 qui pose l'indication à la réalisation d'un TDM thoraco-abdomino-pelvien retrouvant une poche anévrismale partiellement thrombosée de l'aorte abdominale de 6 cm environ de grand axe horizontal et un anévrisme sacciforme circulant de l'aorte en regard de l'origine du tronc cœliaque. Poursuite de traitement par Cloxacilline et introduction de Rifampicine pour une durée totale de 6 semaines et introduction d'une anti-coagulation efficace selon les recommandations (recommandations ESC 2015) le patient s'est amélioré en SSR et est sorti pour un RAD. **Résultats :** La prise en charge de ce patient montre l'intérêt de réaliser des images, même de façons itérative devant la résistance d'un syndrome inflammatoire et d'une altération de l'état générale. Par ailleurs, dans le 7% des cas l'AIA est asymptomatique, ou peut se révéler dans le cadre d'une sepsis ou une rupture anévrismale. Le pronostic est variable en raison de la précocité du diagnostic et la mise en place d'un traitement thérapeutique approprié. Le scanner est l'examen de choix devant une syndrome inflammatoire biologique inexplicable et représente un rôle central dans le diagnostic des AIA qui permet l'évaluation de l'anévrisme. Les signes pathognomoniques des AIA sont une dilatation sacciforme à contours lobulés qui présente une augmentation rapide du diamètre anévrismale et une atteinte inflammatoire des espaces péri-aortiques comme la présence d'une infiltration liquidienne, un infiltration de la graisse, la présence d'un abcès, des adénopathies réactionnelles et la présence de gaz dans la paroi aortique. Des études, montrent que le 18FDG-TEP-TDM peut aider dans le diagnostic des AIA et dans le suivi après l'antibiothérapie en permettant de confirmer la bonne diminution du foyer ou son éradication. **Conclusion :** Le Pet Scanner est l'examen de choix à réaliser devant un syndrome inflammatoire sans porte d'entrée évidente, ou persistante malgré une antibiothérapie bien conduite.

Ce case report met encore une fois en évidence le caractère indispensable de cet examen qui a permis le diagnostic précoce de l'anévrisme infectieux de aorte et la survie du patient qui est rentré à domicile avec HAD.