

10^e congrès international francophone de gérontologie et gériatrie Les défis de la longévité : créativité et innovations

Palais des Congrès, Liège, Belgique, 14-16 mai 2014

S001

Droits de l'homme âgé et avancée en âge

Modérateur :

R. Moulías - Présidence - ALMA (allo maltraitance) - Paris - France

Les Droits de l'Homme ne peuvent varier avec l'âge. Il serait impossible de définir autrement que de façon arbitraire et absurde un âge chronologique auquel on perdrait des droits ou pourrait en acquérir. De plus ce serait nier le principe même que tous les hommes sont égaux en Droits et en Devoirs. Cependant cette égalité n'est que théorique pour les aînés. L'avancée en âge peut entraîner des déficiences physiques ou psychiques, un isolement social qui altèrent l'accès aux droits ou l'exercice des droits. Mais aucune de ces éventuelles déficiences n'est spécifique de la vieillesse. Par contre, des entraves abusives sont apportées aux droits et aux libertés des aînés par des lois (!), des réglementations, des traditions. Souvent ses limitations ont été apportées dans un souci de précautions, oubliant qu'une majorité croissante des « personnes âgées » sont lucides et valides. Chaque fois que le critère toujours arbitraire de l'âge chronologique limite un droit ou une liberté, il devrait y avoir inconstitutionnalité. A ces obstacles s'ajoute l'âgisme le plus ancien est le mieux ancré des racismes.

Le vieillard invisible. A. Stuckelberger - Genève, Suisse. Médias et politiciens ne voient la vieillesse que sous deux aspects. L'irréel « senior », jeune (??) retraité riche qui a gardé la forme de ses vingt ans n'est qu'un fantasme publicitaire. À côté de ce personnage rêvé, tout vieillard est présenté comme « dépendant » ou à la rigueur « fragile ». C'est oublier que l'augmentation de l'espérance de vie est le résultat d'une meilleure santé, d'une meilleure validité, d'une meilleure lucidité, y compris des plus âgés. Les augmentations de l'espérance de vie les plus importantes sont celles de la vie sans déficit majeur (quatre mois/an) et, encore plus, celle des malades chroniques (5 mois/an). Aujourd'hui, une large majorité de vieillards est faite de personnes valides, lucides, prenant des médicaments dans un but de prévention ciblée. Cette majorité est croissante. Seule une minorité passe par une période de dépendance, (sauf pour la période terminale, mais ce n'est pas propre à la vieillesse). Cette majorité silencieuse reste invisible. Cette population, puisque invisible, reste frappée d'exclusion sociale. Pour celui qui n'a pas une profession intellectuelle ou artistique ou un métier où l'on puisse travailler « au noir », la retraite reste souvent une « mort sociale » conduisant à un isolement progressif avec ses conséquences psychologiques et médicales. Les pouvoirs publics ne voient pas cette population, ou trop tard quand les conséquences de l'isolement, de la précarité ou de la maladie ont fait passer

la personne vers coûteux versant de la dépendance. Ces nouveaux « vieux valides » ont plus besoin de rejoindre la vie de la cité, que d'être considérés comme des objets d'assistance systématisée. Le XXI^e siècle aura l'obligation économique et sociale de réintégrer ces vieillards invisibles à la vie de la cité.

Obstacles aux droits, abus de précautions, abus de protection.

M. Ferry - *comm droits et liberté* - fng - France. De nombreux obstacles s'opposent à l'accès aux droits des aînés. Ce peuvent être des déficiences fonctionnelles (marche, vision, audition) qui limitent leur accès à la vie sociale et l'exercice de leurs droits. Ce n'est pas spécifique de la vieillesse, mais les vieillards ne bénéficient pas partout des législations sur le handicap. Ces déficiences sont des sources de difficultés d'accès à la vie de la cité. Ce peut être une limitation de l'autonomie décisionnelle. La protection juridique est partout pensée pour faire mieux respecter droits et liberté et non pour en priver la personne protégée. Chez le vieillard, c'est cependant la protection la plus complète qui est décidée alors que toutes les nuances sont possibles. La vieillesse est aussi l'âge des maladies et de la mort. L'accès aux soins n'est pas toujours respecté. Le Droit à un soin compétent est encore moins respecté. Sous la vision réductrice et inexacte que tous les vieillards sont lourdement déficitaires, un grand nombre de « protections » abusives se sont mises en place limitant les possibilités de circuler (conduite automobile), de réparer sa maison (emprunt), de louer un logement, de gérer le budget de son service public, de se faire rembourser des frais pour une activité publique, etc., voire pour avoir accès à la compensation d'un handicap. Ces obstacles aux Droits sont liés à des Lois (!!), d'autres à des réglementations, d'autres à des traditions. Tous devraient être considérés comme anticonstitutionnels car en contradiction avec le protocole de Madrid 2002 et disparaître de nos pays. Il y a là une priorité politique.

L'âgisme, le pus enraciné des racismes. A. Franco - *sfgg* - Nice - France. L'âgisme a toujours existé. Il se renforce après des catastrophes : après guerre 14-18, crises. Il montre différents visages. Comme tous les racismes, chacun a « ses vieux », ... qui ne sont pas comme les autres. L'âgisme, comme tout racisme, enferme une population cible aussi disparate que « les vieux » dans une catégorisation où s'accumulent des stéréotypes inexactes et contradictoires. Certains stéréotypes datent de la nuit des temps, d'autres sont plus récents et dangereux : « ils sont riches », « ils prennent la place des jeunes au travail », etc. L'âgisme est bien plus virulent chez les 50 -60 ans que chez les jeunes : peur de rentrer dans les stéréotypes ? Chaque population a son âgisme, y compris les vieux eux-mêmes. Dans certaines catégories, il est plus dangereux. Exemples : chez les démographes qui n'expliquent pas que le « vieillissement des populations » est dû au recul de l'âge

de la vieillesse « physiologique » des individus, chez les médecins qui refusent des soins en raison de l'âge et non des contre-indications et chez les administrateurs hospitaliers qui refusent ou retardent les structures gériatriques nécessaires, chez les journalistes dont certains mènent de virulentes campagnes anti-vieux, chez quelques politiques qui n'ont sur les citoyens âgés qu'un regard clientéliste d'assistance systématique et dont certains proposent de limiter leurs droits civiques. L'âgisme des gériatres et des gérontologues est rare, mais existe aussi : ils ne voient que des vieillards fragiles, malades, dépendants. L'âgisme a un coût financier et médical. Il favorise l'exclusion sociale et le repli des aînés, retarde les actions d'adaptation de la société au vieillissement. Il existe des outils pour lutter contre l'âgisme : l'utilisation de la Loi qui est claire, l'utilisation de l'humour. Rendre ridicule l'auteur frappe mieux que la sanction.

La dépendance : un autre regard, un autre droit ? R. Moulia - *commission droits et liberté - fng - Paris - France*. Perdre son indépendance fonctionnelle, devoir dépendre d'autrui pour ses Activités de la Vie Quotidienne (Katz) est une situation de rapports humains unique entre plusieurs acteurs. Cette situation ne peut se voir confondue avec celle du Handicap où l'objectif est la compensation, la récupération de l'indépendance. La dépendance n'est pas le propre de la vieillesse, mais son incidence croît avec l'âge. La personne devenue dépendante n'est plus libre, elle doit passer par autrui. Elle reste autonome, capable de décider. Elle devrait pouvoir faire respecter cette autonomie. Si il existe en plus une limitation (sauf coma ou confusion, il n'y a jamais « perte ») (totale) d'autonomie, les capacités restantes doivent être respectées et non niées. Préserver son accès aux droits et à la liberté ne peut se faire qu'à travers ses aidants. Le Proche-aidant se retrouve chargé d'une extraordinaire responsabilité qu'il n'a pas demandé et auquel il (elle) n'est pas préparé. Il décharge la société d'une mission. Il doit être reconnu, assisté, soutenu. Il devrait relever d'un statut spécifique dans cette responsabilité qu'il accepte mais dans laquelle il perd indépendance et ressources. Le professionnel de l'aide a un rôle vital. La personne dépendante ne peut vivre sans son action. Sa responsabilité n'a rien à voir avec celle du professionnel d'un service à la personne (indépendante). Sa formation, sa rémunération et son financement ne peuvent rester confondus avec ceux d'un simple service à la personne. Cette valorisation statutaire faciliterait les recrutements. La reconnaissance d'un « statut de la dépendance » reconnaissant ces différents rôles permettrait qu'enfin « la dépendance ne soit plus vécue comme une déchéance ». Un progrès éthique accessible dès aujourd'hui ?

S002

Nouvelles approches de la Maladie d'Alzheimer

Modérateurs :

C. Dumont - Pôle gériatrique - GHdC - Charleroi - Belgique

B. Vellas - CHU de Toulouse, Gérontopole, F-31000 Toulouse ; Université Paul Sabatier - Toulouse - France

La maladie d'Alzheimer reste une pathologie neurodégénérative évolutive pour laquelle les avancées thérapeutiques restent encore assez minces. En dehors du traitement promnésiologique connu, d'autres alternatives émergent en pratique clinique, certaines encore en développement, d'autres à l'essai sur le terrain.

Cette session entreprendra l'apport des thérapeutiques nouvelles, pharmacologiques ou non. Des nouveaux essais thérapeutiques jusqu'à la technologie au service de la maladie, nous parcourons aussi la place de la prise en charge des aidants et soignants ainsi que les premiers projets pilotes de réhabilitation cognitive personnalisée pour le malade souffrant de démence. Les premiers résultats sont encourageants et soulignent l'importance de soutenir cette énergie à mieux comprendre et prendre en charge les démences.

Maladie d'Alzheimer (MA) : la place des technologies. A. Piau - CHU de Toulouse, Gérontopole, Université Paul Sabatier, F-31000 Toulouse - Université de Toulouse ; UTM ; LAAS ; F-31400 Toulouse - CNRS ; LAAS ; F-31400 Toulouse, France

Introduction : Les technologies de l'information et de la communication (TIC) représentent un outil puissant pour alléger le poids de la dépendance voire prévenir son évolution et répondre à des attentes d'organisation des soins en gériatrie. Elles peuvent aider au diagnostic positif et à l'appréciation du retentissement des symptômes sur la vie quotidienne. Dans la MA, elles peuvent permettre le développement d'outils de rééducation et de stimulation pour compenser le déficit cognitif. Enfin, des outils technologiques pourraient être conçus pour soutenir le patient et sa famille. Notre objectif est de faire un état des lieux de ces techniques utilisées dans la MA.

Résultats : Les publications sur le thème des technologies appliquées aux personnes âgées présentant des pathologies neuro-dégénératives sont nombreuses et couvrent de nombreux domaines tels que le dépistage et le diagnostic, la prise en charge des déficits cognitifs et fonctionnels (stimulation cognitive et reminiscence, systèmes de prompting pour les activités instrumentales de la vie quotidienne, orthèses affectives), la surveillance (géolocalisation, détecteurs de chutes, monitoring de la déambulation), le lien social (communication visiophonique), la coordination des soins, ou encore accès à l'information de santé et soutien aux aidants. Ces études remplissent rarement les standards de qualités habituels dans le domaine de la santé mais elles apportent néanmoins des pistes pour des solutions à venir dans ce domaine.

Discussion : Les technologies ont des difficultés à intégrer notre pratique quotidienne, mais l'accompagnement médical de plus en plus précoce au cours du processus de développement technologique et le développement de méthodes d'évaluation adaptées aboutira probablement dans un avenir proche à des produits plus pertinents pour le quotidien. L'impact sur l'organisation du système, la disponibilité des ressources, la réactivité et l'équité sont des éléments qui jouent un rôle déterminant.

Réhabilitation cognitive du patient souffrant de démence en Clinique de Mémoire. E. Salmon - Liège - Belgique.

La maladie d'Alzheimer et les autres types de démence engendrent une perte d'autonomie progressive plus ou moins rapide avec en finalité la nécessité d'un encadrement de plus en plus conséquent voire d'une institutionnalisation toujours difficile pour le malade et la famille. Le maintien à domicile s'effectue souvent grâce à l'énergie des aidants principaux entourés de coordination ou d'aides professionnelles. Une fois le fardeau trop lourd, un placement devient malheureusement indispensable. On oublie souvent que le patient cache des réserves d'autonomie non exploitées pouvant alléger ce fardeau et dès lors prolonger le maintien à domicile.

Un projet pilote belge, encouragé par les instances ministérielles, a privilégié cette piste en implémentant 12 Cliniques de Mémoire

réparties sur le territoire national. Celles-ci accueillent les patients atteints de démence légère, encore à domicile, en chargeant des équipes spécifiques d'optimiser cette autonomie individuelle. Un bilan avant la prise en charge établit une liste très précise des capacités du patient en utilisant l'échelle « Profinteg ». Sur base de cet outil et du profil cognitif complet du patient, 25 séances d'une heure organisées sur maximum un an permettent de prendre en charge individuellement le malade souffrant de démence.

Nous exposerons l'intérêt de la réhabilitation cognitive sur base de la littérature, ses bénéfices mais aussi ses limites. L'objectif premier de cette prise en charge est d'aider le patient à garder un potentiel d'autonomie optimisé et d'alléger la charge nécessaire fournie par l'aidant. Le maintien à domicile sera d'autant plus facilité.

Psychoéducation dans la maladie d'Alzheimer: fantasme ou réalité? Ch. Dumont - Médecin Gériatre, Pôle gériatrique, Grand Hôpital de Charleroi, Belgique

Introduction: La maladie d'Alzheimer est une pathologie neuro-dégénérative progressive engendrant chez le patient une altération de ses facultés cognitives et de son autonomie avec apparition chez la plupart d'entre eux de troubles psycho-comportementaux. Le malade nécessitera un accompagnement de plus en plus complexe au fur et à mesure de l'évolution de sa maladie. Cet accompagnement se résume souvent à un aidant qui se retrouve démuné face à la pathologie mais aussi perdu pour aider la personne à laquelle il tient.

Discussion: Les publications concernant la psychoéducation dans la démence objectivent des effets bénéfiques, que ce soit pour l'aidant mais aussi envers les professionnels de santé. Les proches aidants sont souvent trop peu assistés par les professionnels experts et restent donc livrés à leur propre expérience, pauvre en ce domaine. Même si la bienveillance est une base indiscutable d'une relation malade, aidant et corps médical, l'expérience nous montre que quelques conseils ou échanges ponctuels lors de rencontres s'avèrent peu porteurs dans une prise en charge optimale. En dehors de ces aidants, les soignants de premières lignes, certes professionnels, commencent seulement à l'heure actuelle à bénéficier de formations spécifiques. Les experts savent que la simple empathie et l'instinct du professionnel de santé ne suffisent pas à résoudre nombreux problèmes notamment de type psycho-comportementaux. Parmi les nombreuses approches proposées, l'éducation ou plus précisément la psycho-éducation reste parmi les plus efficaces. Plusieurs questions peuvent dès lors surgir d'une réflexion collective: Qu'entend-on par psycho-éducation? Pour qui? En quoi est-elle efficace? Autant de questions pour lesquelles nous vous proposons des pistes de réponses sur base de la littérature et des premières expériences régionales.

Conclusion: La psychoéducation est une arme thérapeutique efficace à fournir aux aidants mais aussi aux professionnels de santé dont nous détaillerons l'utilité mais aussi les limites.

Maladie d'Alzheimer et apparentés et prise en charge des troubles comportementaux: Retombées en France du plan Alzheimer. Dr J. Roche - Clinique de Gérontologie, Hôpital Fontan 2 – CHRU de Lille - Lille - France.

En France, dans le cadre du 3e plan Alzheimer ont été développées des structures hospitalières pour prendre en charge les troubles comportementaux qui peuvent se développer au décours de cette maladie. Soixante-douze unités de type UCC Alzheimer

(Unité Cognitivo-Comportementale Alzheimer) ont ainsi été ouvertes pour faciliter notamment le développement des soins non-médicamenteux. Au sein de ces structures sont pris en charge des troubles comportementaux en relation avec des dysfonctionnements cognitifs (Troubles du langage, des praxies, desgnosies, syndromes frontaux, troubles mnésiques...), mais aussi en lien avec des pathologies organiques. L'intrication avec des troubles de personnalité antérieure à la maladie d'Alzheimer ainsi que des comorbidités avec de véritables pathologies psychiatriques y sont également recherchés. Lors de cette intervention, il sera repris l'intérêt et les limites de ces unités spécifiques notamment au travers de spécificités liées au niveau d'évolution de la maladie et de dépendance physique. Il sera aussi développé comment ces unités doivent s'insérer dans une filière médicale, gériatrique, psychiatrique, sociale. Ce dispositif est par ailleurs complété, dans certaines villes ou régions, par le développement d'équipe mobile de Psycho-gériatrie.

Il sera intéressant, lors de la discussion, de pouvoir échanger sur les expériences des différents pays francophones dans ce domaine.

S003

Le muscle: une cible privilégiée pour la prévention du vieillissement pathologique?

Modérateurs:

A. Raynaud Simon - Unité de Gériatrie - Hôpital Bichat - Paris - France

C. Gazzotti - Gériatrie - CHR Citadelle Liège - Liège - Belgique

La perte de masse et de fonction musculaire représente un élément important dans la fragilité des personnes âgées. Les causes de la sarcopénie sont multiples et intriquées, mais quelques stratégies de prévention et de traitement ont été plus particulièrement étudiées: les apports alimentaires (particulièrement les protéines et certains acides aminés), l'activité physique, la vitamine D, et les traitements hormonaux. Ce symposium a pour ambition de faire un état des lieux de ces quatre aspects thérapeutiques de la sarcopénie. L'objectif est de diffuser certaines pratiques utiles et peu coûteuses comme une alimentation suffisante, une supplémentation en vitamine D, l'activité physique et le contrôle des glycémies en cas de diabète. Les traitements hormonaux par hormone de croissance et testostérone ne sont pas recommandés en pratique clinique mais certains travaux suggèrent que sur les périodes limitées en convalescence, ils pourraient accélérer la récupération fonctionnelle. Programme proposé: Muscle et nutrition – Christian Aussel, Paris Muscle et activité physique – Marc Bonnefoy, Lyon Muscle et vitamine D – Pauline Coti, Lausanne Muscle et hormones – Agathe Raynaud-Simon, Paris

Muscle et Nutrition. C. Aussel, Unité de Nutrition, Hôpital Henri-Mondor, Créteil, France. Le vieillissement du système musculo-squelettique se manifeste par une perte osseuse et une perte musculaire appelée sarcopénie. Cette dernière joue un rôle important dans le syndrome de fragilité du sujet âgé. La sarcopénie correspond à une perte de masse, de force et de la fonction musculaire. Ainsi, elle augmente le risque de chute, ce qui chez une personne fragile sur le plan osseux, conduira à des fractures et à l'entrée dans la dépendance avec une perte importante de la qualité de vie et un coût pour la société. Il existe des stratégies

thérapeutiques qui ont montré leur efficacité sur la prévention de la sarcopénie. Il s'agit notamment de l'exercice physique contre résistance et de la renutrition. Chez le sujet âgé il existe une diminution de la stimulation de la synthèse des protéines musculaires par les stimuli anabolisants comme l'alimentation. Ceci conduit à une résistance à la renutrition chez le sujet âgé. Celle-ci est liée à une augmentation de l'utilisation des acides aminés dans le territoire splanchnique, après un repas, conduisant à la diminution de la biodisponibilité des acides aminés. Il faut mettre en place des stratégies nutritionnelles capables d'augmenter cette biodisponibilité pour retrouver une stimulation de l'anabolisme protéique comparable à celle du sujet jeune. Pour cela différentes approches existent : quantitatives en augmentant la quantité de protéines journalière, qualitatives en utilisant des protéines lentes ou rapides et la chrononutrition qui modifie les modalités d'ingestion des protéines en apportant 75 % de l'apport protéique au cours du repas de midi. Par ailleurs, des acides aminés, utilisés comme pharmanutriments, ont aussi fait preuve de leur efficacité sur la synthèse protéique musculaire. Il reste des preuves à apporter mais la nutrition devrait lutter efficacement contre la perte d'autonomie fonctionnelle des sujets âgés induite par la sarcopénie.

Muscle et activité physique. Pr M. Bonnefoy - Service Universitaire de Gériatrie Groupement Hospitalier Sud - HCL Université Claude Bernard Unité Inserm 1060 Pierre-Benite cedex - France.

L'activité physique décline avec l'âge, et la majorité des sujets âgés peuvent être considérés comme insuffisamment actifs. L'inactivité est prédictive d'une morbi-mortalité accrue, d'une aggravation de la perte de masse musculaire et du déclin de la fonction musculaire liés à l'âge (sarcopénie), et expose à un risque accru de dépendance. L'activité physique doit être favorisée. Les données épidémiologiques mettent en évidence une influence favorable de l'activité physique sur la sarcopénie pour les patients vivant dans la communauté. Les programmes d'intervention y compris pour des sujets fragiles ont aussi montré leur efficacité. Des travaux récents ont mis en évidence une moindre fréquence de la sarcopénie chez des patients en EHPAD. L'entraînement en force est efficace pour améliorer les paramètres de la sarcopénie. Les données disponibles autorisent les méta-analyses ; celles-ci permettent des recommandations avec un très haut niveau de preuve, pour promouvoir des programmes d'entraînement progressifs et adaptés. Des stratégies doivent cependant être développées pour lever les nombreux freins qui existent pour généraliser de tels programmes d'entraînement. L'activité physique doit être une composante essentielle des programmes de prévention, de par son action favorable sur le muscle et ses multiples bénéfices. Le développement de programmes adaptés constitue un enjeu majeur de santé publique. Ref. Amigues I, Schott AM, Amine M, Gelas-Dore B, Veerabudun K, Paillaud E, Beauchet O, Rolland Y, Canoui-Poitrine F, Bonnefoy M. Low skeletal muscle mass and risk of functional decline in elderly community-dwelling women: the prospective EPIDOS Study. *J Am Med Dir Assoc* 2013 ; 14 (5) : 352-7. Bonnefoy M, et al. Efficacy of a home-based intervention programme on the physical activity level and functional ability of older people using domestic services : a randomised study. *J Nutr Health Aging* 2012 ; 16 (4) : 370-7. Bonnefoy M. Activité physique et prévention de la fragilité. *Cah. Année Gérontol* 2011 ; 3 : S28-S31.

Muscle et vitamine D. P. Coti - Responsable Nutrition Clinique - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Lausanne - Suisse.

La carence en vitamine D est extrêmement fréquente chez nos patients âgés, qui s'exposent peu au soleil et chez qui la capacité à photosynthétiser la vitamine D diminue. Les sources alimentaires de vitamine D sont souvent insuffisantes. L'efficacité de la supplémentation en vitamine D sur le risque fracturaire osseux est bien démontrée. Son rôle dans la force et la fonction musculaire ont récemment fait l'objet de nombreuses recherches. En effet, le calcitriol agit au niveau des muscles en se liant au VDR des cellules musculaires squelettiques. Il a un effet direct sur la taille des cellules musculaires squelettiques, déclenche des synthèses protéiques et active la Protéine Kinase C qui libère du calcium dans la cellule et permet la contraction musculaire. La myopathie proximale et les myalgies sont des signes de carence grave en vitamine D et peuvent régresser après supplémentation. Les études cliniques montrent que la force et les performances musculaires des personnes âgées carencées sont améliorées après correction du déficit en vitamine D. Une méta analyse (Bischoff-Ferrari, 2009) montre que la supplémentation en vitamine réduit significativement le risque de chute chez les personnes âgées, et que cet effet est dose dépendant, nécessitant une posologie de 800 à 1000 UI/jour au minimum. Ainsi, la supplémentation en vitamine D chez les personnes âgées représente une intervention simple, peu coûteuse et susceptible de réduire significativement les chutes, ce qui pourrait avoir un impact important en terme de santé publique.

Muscle et Hormones. A. Raynaud-Simon - Département de Gériatrie Bichat-Beaujon-Secteur ambulatoire de Bretonneau APHP Paris - France. La diminution de la sécrétion hormonale d'hormones de croissance (GH et IGF 1) et des androgènes (testostérone) au cours du vieillissement est impliquée dans le développement de la sarcopénie. De même, l'insulinorésistance aggrave la perte de masse musculaire. La question est : dans quelle mesure, et à quel prix (en terme de risque clinique et de finances), y a-t-il un bénéfice à administrer ces hormones à des sujets âgés, soit dans un objectif de prévention, sur le long terme, soit dans un objectif de renutrition et de convalescence après un épisode médico-chirurgical aigu ? Les données de la littérature concernant la prévention hormonale de la sarcopénie ne sont pas encourageantes. En revanche, certaines études concernant l'administration d'hormone de croissance à des personnes âgées après une fracture du col du fémur suggèrent une récupération plus fréquente et plus rapide de l'autonomie. L'administration de testostérone a permis d'améliorer la masse musculaire chez des patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique. Ces traitements nécessitent des études complémentaires avant d'être envisagés pour la pratique clinique. Enfin, le contrôle des glycémies et la prise en charge de l'insulinorésistance sont applicables chez nos malades âgés dont 20 % environ présentent un diabète.

S004

La recherche de demain sur le vieillissement - Vision canadienne et occasions de collaboration entre pays francophones

Modérateur :

Y. Joannette - Stratégie internationale de recherche concertée sur la maladie d'Alzheimer des IRSC - Université de Montréal - Québec - Canada

Les changements démographiques vécus par les pays francophones sont ceux-là même qui offrent défis et occasions à l'ensemble des pays du globe. Le Canada fait partie des pays où ce changement s'opère de manière accélérée. Après une décennie de mise en place de la capacité de recherche requise et d'implantation d'une véritable culture interdisciplinaire sur le vieillissement, l'Institut du vieillissement des IRSC a récemment adopté son plan stratégique pour les prochaines années. Après une tournée pan-canadienne ayant permis de mieux saisir les besoins exprimés par le grand public, les décideurs publics, les associations communautaires, l'industrie, les cliniciens de même que les chercheurs et étudiants du domaine de la recherche sur le vieillissement comme des domaines connexes, l'Institut du vieillissement des IRSC a adopté un plan stratégique en 5 priorités regroupées autour de deux grands axes : Optimiser la santé et le mieux-être de la population au cours de la trajectoire du vieillissement et Faire face à la complexité des défis liés à la santé des aînés. Ces deux grandes orientations se déclinent en quatre priorités soutenues par une cinquième incluant l'importance de la recherche sur l'appropriation (empowerment) des conditions de santé et de mieux-être au cours de la trajectoire de la vie, et l'importance de la recherche sur la formation optimale des professionnels de la santé et sociaux œuvrant auprès des personnes âgées. La perspective canadienne met beaucoup d'importance sur la nécessité des collaborations trans-nationales. À cet égard, l'Institut du vieillissement des IRSC a été pionnier dans son insertion au sein des grands regroupements européens (ERA-Age2, COEN, JPND, JPI-MYBL). Un échange permettra de discuter de l'importance de ces plateformes européennes afin d'accroître l'ampleur des collaborations entre pays francophones dans les domaines de la gérontologie et de la gériatrie.

S005

Vitamine D et sujet âgé

Modérateurs :

O. Bruyere - Santé Publique - Université de Liège - Liège - Belgique

J.-Y. Reginster - Département des Sciences de la Santé Publique, Epidémiologie et Economie de la Santé - Université de Liège - Liège - Belgique

L'objectif de cette session est d'évaluer l'intérêt de la vitamine D chez le sujet âgé. Outre la particularité du dosage de la vitamine D en gériatrie, les notions classiques d'effet sur le tissu osseux et le métabolisme phosphocalcique seront abordées. En plus, les effets sur le muscle feront l'objet d'une communication et les effets potentiels non classiques de la vitamine D (cancer, immunité, inflammation...) seront discutés. La vitamine D et ses effets potentiels étant de plus en plus débattus au sein de la communauté scientifique (chercheurs et cliniciens), mais aussi du grand public, nous pensons que cette session aura un intérêt très particulier pour l'ensemble des participants.

Supplémentation, statut optimal et détermination analytique de la vitamine D. La vitamine D (VTD) est une hormone dont les propriétés sur le métabolisme phospho-calcique sont largement connues. La VTD possède également de nombreuses actions sur d'autres métabolismes et pas moins de 3 % du génome humain

est directement ou indirectement sous son contrôle. Les réserves en VTD s'évaluent en dosant la 25-hydroxyvitamine D (25VTD). S'il est clair qu'il ne faut pas utiliser des valeurs de référence établies sur une population « en bonne santé » pour définir les valeurs cibles en 25VTD, les experts ne sont pas tous d'accord sur le seuil à atteindre : 20, 30, voire 40 ng/mL. Cependant, même avec le seuil le plus conservateur, la déficience en VTD est un problème mondial. Cela s'explique par les faibles apports alimentaires en VTD et par une faible synthèse cutanée. Pour arriver à ce que 97,5 % de la population présente des taux de 25VTD d'au moins 20 ng/mL il faudra donc compléter les individus, en s'assurant qu'ils aient au minimum des apports en VTD égaux à 600 UI/jour. Cette dose pourra être plus importante dans certaines conditions (comme l'ostéoporose) où des taux plus élevés de VTD ont été associés à un meilleur pronostic. Le dosage de la 25VTD, quant à lui, ne doit pas être utilisé comme un « screening », mais comme un « monitoring » thérapeutique chez un patient traité. Il doit être prescrit après trois mois de traitement pour surveiller la bonne compliance, évaluer une malabsorption éventuelle et ajuster la dose pour la cible à atteindre et ensuite être répété toutes les années. Enfin, il ne faut pas oublier que les concentrations à atteindre ont été définies en se basant sur un seul kit de dosage et ne sont pas nécessairement transposables à toutes les troupes disponibles sur le marché. Une standardisation est cependant en cours.

Effets de la vitamine D sur les fractures et les chutes. Une carence en vitamine D est fréquente chez les personnes âgées principalement chez les sujets qui présentent le plus de risque de chute ou de fracture. De plus, de nombreuses études épidémiologiques suggèrent qu'un faible taux de vitamine D est associé à une augmentation du risque de chute et/ou de fracture ostéoporotique. Les effets d'une supplémentation en vitamine D ont été évalués dans de nombreuses études randomisées contrôlées en double aveugle mais avec des résultats contradictoires qui sont probablement dus à une grande variabilité dans les méthodologies utilisées. Les principales méta-analyses publiées récemment suggèrent cependant un effet de la vitamine D pour réduire le risque de chute et de fracture. Cependant, les effets semblent plus importants lorsqu'une dose supérieure ou égale à 800 UI/jour est donnée ainsi que lorsque la vitamine D est associée à une administration concomitante de calcium. Le taux sanguin minimal de 25 OH vitamine D à atteindre pour avoir un effet optimal sur la santé osseuse est de 50 nmol/l, mais il semble que chez les personnes âgées fragiles qui sont à risque élevé de chute ou de fracture, un taux minimal de 75 nmol/L soit recommandé.

Effets de la vitamine D sur le muscle de la personne âgée. De nombreuses études cliniques et précliniques suggèrent un effet de la vitamine D sur le muscle. En effet, les cellules musculaires possèdent un récepteur à la vitamine D sur lequel la vitamine D peut avoir un effet génomique responsable d'une augmentation de surface des fibres musculaires de type II mais aussi non génomique en augmentant la disponibilité du calcium cytotolique et en favorisant l'activation de la protéine kinase-c. Certaines études épidémiologiques suggèrent qu'un faible taux de vitamine D sanguin est associé à une diminution de la masse et de la force musculaire. Cependant, les études cliniques évaluant les effets d'une supplémentation en vitamine D donnent des résultats contradictoires probablement dus au fait de l'utilisation de différents dosages, de différents types de vitamine D ou de durées d'études

différentes entre les essais thérapeutiques. Cependant, certaines méta-analyses très récentes semblent suggérer un effet de la vitamine D sur la force et la masse musculaire du sujet âgé. L'effet sur la force musculaire semble plus important lorsque l'on utilise la vitamine D3 à une dose minimale de 1 600 UI/jour et chez les personnes présentant un faible taux sanguin de vitamine D à l'inclusion (<35 nmol/L). Cependant, d'autres études devraient confirmer les modalités thérapeutiques optimales de la vitamine D sur la fonction musculaire.

Effets non classiques de la vitamine D : intérêts potentiels en gériatrie. À côté de ses effets classiques sur le tissu osseux, le muscle et le métabolisme phospho-calcique, la vitamine D semble influencer d'autres fonctions importantes de l'organisme. De très nombreux organes expriment le récepteur de la vitamine D ainsi que les enzymes qui activent et inactivent la 25-hydroxy vitamine D, métabolite circulant principal produit par le foie. Parmi ces effets « non-classiques » de la vitamine D, certains sont potentiellement bénéfiques pour le sujet âgé. La vitamine D est un immunomodulateur qui exerce à la fois des actions sur l'immunité innée en stimulant la synthèse par les monocytes et macrophages de différents peptides anti-microbiens, ainsi que sur l'immunité adaptative en modulant la présentation des antigènes par les cellules dendritiques et en favorisant les phénotypes « anti-inflammatoires » des lymphocytes T (Th2 et Treg) aux dépens des lymphocytes sécrétant des cytokines pro-inflammatoires (Th1, Th17). En plus de ses actions sur l'inflammation et sur le contrôle de la sécrétion d'hormone parathyroïdienne, la vitamine D a des effets pouvant contribuer à la « santé cardio-vasculaire », comme l'inhibition du système rénine-angiotensine-aldostérone et la préservation de la fonction endothéliale. Elle semble aussi avoir un rôle protecteur contre certains cancers fréquents (Colorectal, sein, prostate) ainsi qu'un rôle néphroprotecteur en réduisant la protéinurie. Il faut souligner que ces effets « non-classiques » de la vitamine D sont principalement documentés par des études observationnelles qui ont retrouvé une association, persistant après ajustement pour de nombreux facteurs confondants, entre déficit en vitamine D et incidence et/ou sévérité de nombreuses pathologies. Bien les mécanismes potentiels de ces effets soient expliqués par des études expérimentales (modèles animaux, cellules en culture), des grands essais d'intervention randomisés contre placebo et démontrant que la vitamine D peut réduire l'incidence ou les complications de ces pathologies sont nécessaires avant de tirer des conclusions de causalité définitive.

S006

Les chutes dans les aventures de Tintin : Quels facteurs de risque et quelles conséquences ?

Modérateurs :

O. Beauchet - Gériatologie Clinique - Centre Hospitalo-Universitaire d'Angers - Angers - France

C. Cyr - Faculté de médecine et des sciences de la santé - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

Les Aventures de Tintin est l'une des séries d'albums de bandes dessinées les plus populaires du vingtième siècle en Europe. Le héros, Tintin, est un jeune reporter d'investigation qui prend part à une série d'aventures où il rétablit la justice et confond les « méchants ». Il est accompagné dans ses aventures de son

fidèle fox-terrier Milou et de plusieurs personnages récurrents, dont les principaux sont le Capitaine de marine Haddock et son majordome Nestor, deux jumeaux détectives Dupont & Dupond, le professeur Tournesol et la cantatrice d'opéra « la Castafiore ». L'une des caractéristiques de cette série est son réalisme qui porte aussi bien sur les caractéristiques physiques des personnages et l'environnement que sur les faits d'actualité de la société du vingtième siècle en Europe qui servent de point de départ et de toiles de fond aux aventures successives. Une lecture médico-épidémiologique des Aventures de Tintin met en lumière une forte incidence des chutes tout au long de la série. Ce symposium a pour objectif de proposer une analyse épidémiologique et physiopathologique des chutes dans la série des albums, en s'intéressant tout particulièrement aux facteurs de risque des chutes récurrentes et à leur gravité.

Tintin, ses compagnons et le vingtième siècle : de la fiction à la réalité des chutes. P. Goddin

Tintin est probablement le personnage de bandes dessinées du vingtième siècle le plus connu en Europe. Le naturel de ce héros au physique d'adolescent éternel, à la morale irréprochable, affrontant les « méchants » avec brio et rétablissant toujours les injustices explique en bonne partie le succès populaire de cette série d'albums. Son créateur Hergé a su au travers des aventures de son personnage et de ses compagnons mélanger réalité et fiction avec un esprit visionnaire. Le symposium proposé nous offre une lecture originale des Aventures de Tintin. Les différents orateurs, experts dans leur domaine respectif allant de la gériatrie à la pédiatrie en passant par les biostatistiques, à la fois cliniciens et chercheurs, nous permettent dans un esprit d'interdisciplinarité de redécouvrir les Aventures de Tintin sous un angle gérontologique en s'intéressant à la problématique de la récurrence des chutes et de leurs conséquences qui impactent fortement la qualité et la survie des personnes âgées.

Les Aventures de Tintin : qui est à risque de chutes récurrentes ? O. Beauchet - Angers - France.

La chute est un événement récurrent dans la série des albums de Tintin. Puisqu'il s'agit d'une bande dessinée dont le réalisme porte aussi bien sur les caractéristiques physiques des personnages que sur l'environnement, nous avons émis l'hypothèse que les facteurs de risques de chutes récurrentes chez les personnages primaires et secondaires suivaient les règles de l'épidémiologie clinique, et qu'il était donc possible d'identifier les facteurs de risque de chutes récurrentes. À partir d'un plan d'étude de type cohorte observationnelle, une analyse exhaustive des chutes (nombre par album, causes classées en accidentelles, bagarres et autres, moment de survenue calculé à partir du nombre de cases dans l'album) et de leur gravité (nombre d'objets tournant au-dessus de la tête des personnages suite à une chute et/ou traumatisme physique grave) a été conduite. L'incidence des chutes récurrentes a été calculée à 22,1 %. Les principales causes des chutes étaient respectivement accidentelles (68,2 %) et les bagarres (28,4 %). Les chuteurs récurrents étaient plus jeunes que les non-récurrents ($P < 0.03$). Tintin et le Capitaine Haddock étaient les deux personnages qui chutaient le plus de manière récurrente (Hazard Ratio [HR] > 5.0 avec $P < 0.01$). Enfin, la courbe de survie de Kaplan-Meier a montré que Tintin chutait plus que le Capitaine Haddock ($P < 0.05$). La prise de risque inhérente aux bagarres pour Tintin, et les complications d'un alcoolisme chronique pour le Capitaine Haddock sont des explications probables.

La chute grave dans les aventures de Tintin : quelles approches biostatistiques ? F. Herrmann - Genève - Suisse.

Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé pour la conduite à tenir sur l'évaluation et la prise en charge de la chute à répétition chez la personne âgée de 65 ans et plus a mis en lumière que l'identification de la gravité des chutes était centrale pour une prise en charge efficiente. Prédire la chute grave est donc une dimension importante des programmes de préventions des chutes chez la personne âgée. À partir d'un plan d'étude observationnel et des données recueillies dans la série des albums des Aventures de Tintin, c'est-à-dire leur nombre, leurs causes (accidentelles, bagarres et autres), leur moment de survenue calculé à partir du nombre de cases dans l'album, et leur gravité (nombre d'objets tournant au-dessus de la tête des personnages suite à une chute et/ou traumatisme physique grave), nous rapportons les différentes manières statistiques de prédire les chutes graves. Les différents modèles de régressions (logistique, logistique ordonnée, de Poisson, binomiale négative, de Cox, ainsi que linéaires généralisés) utiles pour décrire les facteurs de risques associés aux chutes graves sont illustrés et commentés à partir de l'analyse des chutes graves dans la série des albums de Tintin. Si les résultats obtenus sont comparables, nous recommandons l'utilisation des méthodes multivariées qui tiennent compte de la survenue des chutes graves tout en considérant la répétition des événements chez les mêmes individus.

Les chutes graves chez Tintin : Déficit acquis en hormone de croissance et hypogonadisme hypogonadotrophique chez un patient avec traumatismes crâniens à répétition ou pourquoi Tintin ne vieillit pas. Pr Cyr-Sherbrooke - Canada.

Nous ne connaissons pas l'histoire médicale de Tintin. Selon Hergé, Tintin avait 14 ou 15 ans au moment de sa création. Il aurait donc été âgé d'au moins 60 ans lors de sa dernière aventure chez les Picaros. Dans cet album, malgré le fait qu'il ait atteint l'âge adulte, Tintin ne présente aucun signe de vieillissement. À partir d'un plan d'étude transversal, une évaluation exhaustive des traumatismes crâniens (cause, durée nombre d'objets tournant au-dessus de la tête de Tintin) a permis d'identifier 50 pertes de conscience significatives. 43 de ces événements correspondaient à des traumatismes crâniens avec commotions cérébrales. 26 de ses commotions cérébrales étaient secondaires à un coup reçu par un objet contondant. L'objet le plus fréquemment utilisé était la matraque (8 fois). Les chutes graves étaient aussi une cause expliquant la perte de connaissance. En moyenne la durée de la perte de connaissance était de 7,5 cases et 7,5 objets tournaient en moyenne au-dessus de la tête de Tintin lors de l'impact. Nous émettons l'hypothèse que l'absence de vieillissement de Tintin pourrait être due à un déficit en hormone de croissance et un hypogonadisme hypogonadotrophique secondaires aux traumatismes crâniens à répétition.

S007

Pression artérielle optimale chez le sujet âgé

Modérateurs :

A. Benetos - Gériatrie - CHU de Nancy - Vandoeuvre-lès-nancy - France

O. Hanon - Paris - France

Les résultats de l'étude HYVET ont montré l'intérêt de traiter l'hypertension chez les sujets âgés ambulatoires > 80 ans. Cet essai thérapeutique a été réalisé dans une population âgée très sélectionnée composée de sujets robustes avec un peu de comorbidités. Cependant, les résultats des études observationnelles chez des sujets très âgés et fragiles sont beaucoup plus nuancés. Cette population qui présente plusieurs co-morbidités et consomme beaucoup de médicaments doit être étudiée à part. Il est ainsi important d'évaluer les bénéfices et les risques du traitement antihypertenseur et d'essayer de fixer un seuil tensionnel optimal afin d'éviter les risques d'une baisse trop importante. Le workshop proposé abordera ces questions en faisant le point sur les principales connaissances scientifiques et les recommandations pratiques actuelles.

La courbe en J : mythe ou réalité. C. Swine - Bruxelles - Belgique.

Objectifs thérapeutiques chez le sujet fragile, diabétique, hypertendu. D. Tessier - Sherbrooke - Canada.

La présence simultanée du diabète de type 2 et d'hypertension artérielle (HTA) est très fréquente chez le sujet âgé. Le bénéfice de traiter l'HTA dans ce contexte a été démontré dans la littérature médicale. Le consensus canadien sur l'hypertension recommande de viser une tension artérielle en bas de 130/80 en général en présence de diabète. En examinant les études d'intervention randomisée en HTA chez le sujet âgé diabétique ou non, la cible moyenne atteinte était plutôt aux environs de 135-140 au niveau systolique dans les groupes de type « intervention intensive ». Chez les sujets les plus âgés (> 85 ans), l'étude « Hypertension in the Very Elderly Trial » suggère même une cible thérapeutique en bas de 150 au niveau systolique. La présentation reverra les données pertinentes des études d'intervention en HTA, les cibles thérapeutiques souhaitables en clinique et le concept de « temps pour obtenir un effet » comme principes d'intervention dans la population âgée diabétique et hypertendue.

Hypotension orthostatique : quels risques ? O. Hanon - Paris - France.

La recherche d'une hypotension orthostatique doit être systématique chez la personne âgée. Elle se définit par une diminution de 20 mmHg de la PAS et/ou 10 mmHg de la PAD après une et trois minutes d'orthostatisme. Sa prévalence augmente avec l'âge et atteint 20 % après 80 ans. En effet, le vieillissement s'accompagne d'une baisse de sensibilité des baro-recepteurs qui prédispose à la survenue d'une hypotension orthostatique. Plusieurs facteurs favorisent les hypotensions orthostatiques chez le sujet âgé comme les épisodes de déshydratation, la iatrogénie ou la présence de comorbidités (affections neurologiques, insuffisance cardiaque, anémie...). La répétition des mesures permet d'en optimiser la recherche. L'hypotension orthostatique expose à un risque de mortalité, de chutes, d'accidents vasculaires cérébraux, d'infarctus du myocarde, de troubles cognitifs et de perte d'autonomie. Tous les traitements anti-hypertenseurs peuvent engendrer ou aggraver une hypotension orthostatique, de même que les psychotropes, les anti-parkinsonniens et les anti-cholinergiques. Il est ainsi parfois nécessaire de modifier le traitement antihypertenseur en cas d'hypotension orthostatique soit en diminuant les doses, soit en changeant de classe médicamenteuse, soit en l'arrêtant.

Le rapport bénéfice/risque du traitement anti-HTA : certitudes et interrogations. A. Bénétos - Nancy - France.

S008**Résultats des grandes études : Apports de la cohorte SUVIMAX 2**

Modérateurs :

C. *Jeandel* - Département de gériatrie - CHU Montpellier - Montpellier - France

C. *Swine* - Gériatrie - CHU Dinant Godinne - UCL - Yvoir - Belgique

En décembre 2006, les volontaires de l'étude SU.VI.MAX non perdus de vue en 2004 ont été invités à participer à l'étude SU.VI.MAX 2 afin de recueillir au cours d'un nouveau bilan des informations épidémiologiques, cliniques et biologiques orientées vers l'évaluation de la qualité du vieillissement. Les sujets de la cohorte SU.VI.MAX 2 ont été invités à se rendre dans l'un des 87 centres hospitaliers associés au projet afin de bénéficier d'une consultation clinique standardisée (bilan « longévité »). L'objectif principal est d'étudier les relations entre les comportements alimentaires globaux (typologies alimentaires) et/ou certains facteurs nutritionnels spécifiques (apports et statut en antioxydants, en folates, en AGPI ω -3, apports énergétiques et protéiques, etc.) évalués à partir de données collectées en 1994-1996, sur une large population d'adultes d'âge mûr. La qualité globale du vieillissement de cette population, évaluée 10 à 12 années plus tard (en 2006) au travers d'un indicateur global construit à partir de différentes composantes : fonctions cognitives, humeur, état nutritionnel, état osseux, troubles de l'équilibre, troubles sensoriels, santé ressentie, intégration sociale, mobilité et performances physiques, existence de pathologies.

Chacune des différentes composantes fonctionnelles spécifiques liées à la qualité du vieillissement : fonctions cognitives et dépression, risque de sarcopénie ou d'ostéoporose, insulino-résistance, qualité de vie, maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, cataracte, DMLA). Les contraintes socio-économiques, les préférences alimentaires, et le niveau d'activité physique sont pris en considération en tant que déterminants des comportements alimentaires, du statut nutritionnel et de la qualité du vieillissement.

Effet à long terme d'une supplémentation en vitamines et minéraux antioxydants sur les fonctions cognitives. E. Kesse-Guyot – Paris - France.

La littérature scientifique concernant les mécanismes impliqués dans les processus de vieillissement cognitif suggère que les propriétés antioxydantes de certains nutriments (vitamines, oligo-éléments et autres composés bioactifs nutritionnels) pourraient aider à prévenir le déclin cognitif. Pour autant, les études épidémiologiques n'ont pourtant pas toujours mis en évidence de telles relations. Une étude a été réalisée chez les 4447 sujets de plus de 45 ans en 1994 inclus dans l'étude SU.VI.MAX 2 afin d'évaluer l'impact de la supplémentation à dose nutritionnelle reçue lors de la phase d'intervention de l'étude SU.VI.MAX (pendant 8 ans : 1994-2002) sur les fonctions cognitives évalués lors d'une consultation neuropsychologique en 2007-2009. Une analyse en composantes principales (ACP) a été réalisée sur les scores de performances à 6 tests afin d'identifier des scores composites relatifs à deux domaines cognitifs spécifiques : la mémoire verbale et langage et le fonctionnement exécutif. Les associations entre la supplémentation en antioxydants et les fonctions cognitives ont été estimées globalement et par sous-groupe de stratification sur les facteurs susceptibles d'influencer le statut en antioxydants.

Les sujets du groupe « supplémentation active » présentaient une meilleure mémoire épisodique évaluée par le test du RI-48 (différence moyenne = 0,61, 95% IC = 0,02-1,20). L'étude stratifiée a permis de montrer que les scores du domaine mémoire verbale/langage étaient significativement plus élevés dans le groupe actif seulement chez sujets non-fumeurs ou présentant un statut biologique initial en vitamine C bas, soulignant ainsi l'importance d'un statut en antioxydant adéquat dans la de préservation de la mémoire verbale. Aucune association n'a été mise en évidence concernant le fonctionnement exécutif. French adults' cognitive performance after daily supplementation with antioxidant vitamins and minerals at nutritional doses : a post hoc analysis of the Supplementation in Vitamins and Mineral Antioxidants (SU.VI.MAX) trial.

Effet de l'alimentation globale sur les fonctions cognitives. E. Kesse-Guyot – Paris - France. A l'heure actuelle très peu d'études ont porté sur la relation entre les comportements alimentaires globaux et la cognition.

A partir des données issues du bilan neuropsychologique réalisé dans l'étude SU.VI.MAX 2, deux scores résumés relatant la mémoire verbale et le fonctionnement exécutif ont été identifiés par analyse en composantes principales (ACP) à partir des résultats à 6 tests neuropsychologiques validés. Un score global a également été calculé. Les participants ayant renseigné au moins 3 enregistrements de 24 heures au début de l'étude SU.VI.MAX (soit environ 13 ans avant l'évaluation neuropsychologique) ont été sélectionnés. Plusieurs approches de prise en compte globale de l'alimentation ont été mises en œuvre.

- Un score d'adéquation aux 9 recommandations du PNNS a été calculé pour ces individus. Ce score comporte 12 composantes alimentaires (modération ou adéquation) et une composante sur l'activité physique.

Après ajustement, une meilleure adéquation aux recommandations était associée à une meilleure performance pour la dimension « mémoire et langage » (β = 0.41, 95%IC = 0.17-0.64), alors qu'aucune relation n'a été observée concernant la dimension « attention/fonctions exécutives ».

Les associations entre les performances cognitives et des scores modifiés avec élimination des composantes une par une ont également été estimées afin de s'assurer qu'une composante nutritionnelle particulière n'était pas responsable des associations observées (Kesse-Guyot E et al, Am J Clin Nutr, 2011).

- Deux scores validés d'adéquation au régime méditerranéen (le MDS et MSDPS) ont également été mis en œuvre.

Après prise en compte des facteurs de confusion potentiels, une meilleure adéquation au régime méditerranéen mesurée par le MSDPS était associée positivement à un meilleur score de fluence phonémique et une meilleure mémoire de travail mesurée par le test d'empan inverse. Aucune autre association entre le MDS ou le MSDPS et les fonctions cognitives mesurées 13 ans après n'a été observée en particulier concernant le score cognitif global (Kesse-Guyot E et al, Am J Clin Nutr, 2013).

- Par ailleurs, deux « patterns » alimentaires non corrélés, « santé » et « traditionnel », basés sur 34 groupes d'aliments ont été extraits par analyse en composantes principales. Les modèles multivariés, ajustés sur les facteurs reconnus associés à la cognition, m'ont permis de mettre en évidence une association positive entre le degré d'adéquation à un régime « santé » et les fonctions cognitives

globales (P de tendance = 0,001). Cette relation était largement expliquée par l'association entre ces patterns et la mémoire verbale (P de tendance = 0,01). A l'inverse aucune association avec le fonctionnement exécutif ou le régime traditionnel n'a été observé. Enfin une interaction entre l'apport énergétique et le pattern « santé » sur les performances cognitives a été observée permettant de mettre en évidence un effet favorable uniquement dans le sous-groupe de sujets présentant des apports énergétiques modérés (apports énergétiques < 2 492 kcal/j chez les hommes et < 1 805 kcal/j chez les femmes) (Kesse-Guyot E et al, Am J Clin Nutr, 2012).

Au final, une alimentation plus saine, pourrait jouer un rôle dans la préservation du fonctionnement cognitif même si d'autres études sont nécessaires pour valider ces résultats et estimer l'impact sur le déclin cognitif. A healthy dietary pattern at midlife is associated with subsequent cognitive performance. *Kesse-Guyot E, Andreeva VA, Jeandel C, Ferry M, Hercberg S, Galan P*

Consommation de fruits et légumes et fonction cognitive dans l'étude prospective SU.VI.MAX 2. V. Andreeva - Paris - France.

Les données actuelles suggèrent que la consommation de fruits et légumes (FLs) préviendrait l'apparition des troubles cognitifs liés à l'âge. Nous avons examiné l'association entre la consommation de FLs et la performance cognitive 13 ans plus tard dans un échantillon d'adultes français. Un total de 2 533 sujets âgés de 45 à 60 ans à l'inclusion et participants à l'étude de cohorte SU.VI.MAX 2 ont été sélectionnés. La consommation de FLs a été estimée sur la base d'au moins six enregistrements de 24 heures. La performance cognitive a été évaluée 13 ans après l'inclusion et comprenait une évaluation de la mémoire verbale (test de rappel indicé RI-48, fluidité verbale sémantique et phonémique), et de la fonction exécutive (trail-making test, empan direct et inversé). Une analyse en composantes principales a été effectuée pour prendre en compte les corrélations entre les scores des tests cognitifs. L'association entre les performances cognitives et les quartiles d'apport en FLs a été évaluée par des analyses de régression linéaire. A consommation de FLs (P-tendance = 0,02), de fruits (P = 0,04), de FLs riches en vitamine C (P = 0,03), de vitamine C (P = 0,005), et de vitamine E (P = 0,04) était associée positivement aux scores de mémoire verbale. En revanche, la consommation de FLs (P = 0,006), de légumes (P = 0,03), de FLs riches en b-carotène (P = 0,02) était négativement associée aux scores de fonction exécutive. Les FLs pourraient avoir un effet différentiel sur la cognition selon les groupes de FLs et le type de fonction cognitive considérée. D'autres études utilisant des mesures sensibles et fiables de différentes fonctions cognitives sont nécessaires pour clarifier l'effet de différents groupes de FLs et de nutriments sur la cognition.

Association prospective entre le taux sérique de ferritine et les performances cognitives (analyses secondaires de l'étude SU.VI. MAX 2). V. Andreeva - Paris - France.

Le rôle majeur du fer dans de nombreux processus biochimiques impliqués dans le vieillissement cognitif est bien documenté. La concentration de la ferritine sérique est considérée comme un marqueur de l'état des réserves en fer de l'organisme. Concernant l'association entre le statut en fer et les performances cognitives, le niveau de preuve est élevé chez les enfants, alors que chez les adultes ce lien reste à l'heure actuelle très peu documenté. Dans ce contexte, nous avons évalué, dans un échantillon d'adultes de la cohorte SU.VI.MAX 2, âgés de 35 à 60 ans à l'inclusion, l'association entre la ferritine sérique et les performances cognitives. 1 539 hommes,

1 431 femmes pré-ménopausées, et 962 femmes ménopausées à l'inclusion ont été sélectionnés. Le taux de ferritine sérique et la concentration en hémoglobine ont été mesurés, à l'inclusion, en 1995. Les performances cognitives ont été évaluées 13 années après l'inclusion et comprenaient des tests de mémoire verbale (RI-48, fluence verbale sémantique et phonémique) et de la fonction exécutive (TMT, empan direct et inversé). Les scores standardisés à chaque test ont été sommés afin de calculer un score composite reflétant la fonction cognitive. L'association entre la ferritine sérique et l'hémoglobine et les performances cognitives a été évaluée par des analyses de régression linéaire. Aucune association significative n'a été détectée chez les hommes. En revanche, chez les femmes ménopausées à l'inclusion, nous avons observé une association significative inverse entre la ferritine sérique et la fluence verbale phonémique (β ajusté = -0,11, IC à 95% : -0,21, -0,01). Par ailleurs, chez les femmes pré-ménopausées âgées de plus de 46 ans à l'inclusion, les concentrations de ferritine étaient inversement liées au score composite de performances cognitives (β ajusté = -0,09, IC à 95% : -0,17, -0,00) et au score d'empan direct (β ajusté = -0,13, IC à 95% : -0,22, -0,03). Les concentrations sériques de ferritine pourraient être liées de façon différentielle avec la cognition mesurée à distance selon l'âge, le statut ménopausique et le type de fonction cognitive considérée. D'autres études de prévention utilisant des mesures sensibles de différents domaines cognitifs ainsi que des évaluations répétées du statut en fer sont nécessaires pour clarifier les liens observés.

Relations entre la consommation d'alcool au middle-age et les performances cognitives évaluées 13 ans plus tard dans la cohorte SU.VI.MAX 2. C. Jeandel - Montpellier - France.

Les relations entre la consommation d'alcool et les fonctions cognitives sont discordantes et les données portant sur l'exposition au middle-age sont rares. L'étude porte sur 3 088 sujets adultes inclus au sein de la cohorte SU.VI.MAX en 1994 et ayant fait l'objet d'une évaluation neuropsychologique 13 ans plus tard. Les données sur la consommation d'alcool ont été obtenues à partir du rappel de 24h recueilli en 1994-1996. Les performances cognitives ont été évaluées en 2007-2009 via une batterie de six tests neuropsychologiques. Un score composite a été construit comme la moyenne des scores de tests individuels standardisés. Les femmes abstinentes se caractérisent par des scores cognitifs plus bas que les femmes dont la consommation d'alcool est faible à modérée (1 à 2 verres/jour) (différence = -1,77 signifie; IC à 95% : -3,29 -0,25). Les hommes gros consommateurs (> 3 verres / jour) se caractérisent par des scores cognitifs plus élevés que les hommes à consommation faible à modérée (1 à 3 verres / jour) (différence = 1,05 signifie; IC à 95% : 0,10, 1,99). Cependant, un score cognitif composite inférieur est observé chez les buveurs de sexe masculin consommant ≥ 90 g/j (≈ 8 boissons / j). Ces associations demeurent significatives après ajustement pour l'alimentation, les comorbidités et les facteurs sociodémographiques.

S009

Hôpital aigu et personnes âgées

Modérateurs :

C. Bula- Gériatrie et Réadaptation gériatrique - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Lausanne - Suisse

M.-J. Kergoat - Gériatrie - Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

Cette session a pour objectif de présenter différents modèles et démarches d'adaptation de l'hôpital à la prise en charge des patients âgés et très âgés en soins aigus.

Offrir de meilleurs soins aux personnes âgées : l'implantation d'une approche adaptée dans les hôpitaux de soins généraux et spécialisés du Québec. *M.-J. Kergoat MD, FCFP, FRCPC gériatre Coordonnées : Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada*

Introduction : En janvier 2010, le Cadre de référence ministériel sur l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier a été diffusé à l'ensemble des acteurs concernés du réseau québécois. Le document principal et plusieurs autres, dont des fiches de formation clinique, visent à sensibiliser et outiller le personnel des centres hospitaliers dans la prévention systématique du déclin fonctionnel iatrogène qui touche plus particulièrement les personnes plus âgées ou dépendantes. Objectifs : La planification stratégique 2010-2015 du MSSS stipule que 60 % des établissements devront avoir implanté la majorité des composantes d'ici 2015. Méthodes : Les composantes de l'AAPA à mettre en place selon lesquelles les établissements sont évalués ont été identifiées. Les composantes se déclinent ainsi : un soutien à l'implantation ; une gouvernance clinique ; la formation et les activités de coaching ; un algorithme de soins cliniques à la personne âgée ; les interventions cliniques ; le suivi des indicateurs. Une grille de collecte de données informatisées a été développée et transmise aux chargés de projet avec un calendrier de réalisation. Pour chaque composante et chaque région administrative (16 régions) le résultat est qualifié selon une des catégories : non planifié, planifié, en cours d'implantation, implanté. De plus on statue si des mesures sont mises en place pour assurer la pérennité des composantes implantées. Résultats : À la lumière des résultats obtenus aux grilles de suivis de l'implantation des composantes, le MSSS conclut qu'en décembre 2012, que la composante de soutien au projet est significativement implantée. Au plan national, cette composante est à 41 % à l'état de pérennité et à 44 % implantée. Conclusion : Les composantes de l'AAPA et l'état d'avancement de leur implantation seront présentés et débattus dans une approche réflexive associée à une démarche de gestion du changement.

Le programme de soins pour le patient gériatrique en Belgique.

J. Petermans - Service de gériatrie CHU Liège - Belgique. Mis en place en Belgique en mars 2007, ce programme de soins est imposé à tous les hôpitaux qui souhaitent être accrédités comme hôpital général. Il s'adresse au patient de 75 ans et plus hospitalisé et impose dès l'admission une évaluation du profil de fragilité. Il définit cinq fonctions : l'hospitalisation gériatrique (en lits G), l'hospitalisation de jour, la liaison interne, la liaison externe et la consultation ambulatoire. Il est coordonné par le gériatre chef de service et un cadre infirmier coordinateur. Il doit permettre le fonctionnement d'une équipe infirmière et paramédicale suffisante et nécessaire pour faire face à la spécificité du patient gériatrique. Le financement structurel de ce programme n'est pas encore complet, puisque les fonctions hôpital de jour et liaison interne font toujours l'objet de projets pilotes, mais il semblerait qu'en 2014 ces activités puissent être intégrées dans le financement hospitalier classique, suite à la mise en place récente de modèles financiers approu-

vés par les gériatres et les instances fédérales. Ce programme de soins s'adresse principalement à des patients fragiles. Le but de la communication sera de faire le point, après 6 ans d'existence, sur les modèles de fonctionnement mis en place, leur pertinence, leur difficulté et les barrières persistantes. La place de ce programme dans la filière de soins pour le patient âgé hospitalisé sera aussi discutée.

Programme Soins Aigus aux Seniors (SAS) : Le gériatre aux urgences.

K. Major - Service de gériatrie et réadaptation gériatrique. Contexte : Entre 2005 et 2010, les consultations de patients adultes au service des urgences du CHUV ont augmenté de 22 % alors que cette augmentation était de 46 % pour les patients de 85 ans et plus. Les services d'urgences doivent déjà affronter ce « tsunami gris » et l'arrivée de la cohorte des baby-boomers accentuera encore la pression sur ces services qui n'y sont pas forcément préparés. Leur rôle d'évaluation, prise en charge et orientation de ces patients âgés et très âgés s'accroîtra, impliquant l'acquisition de compétences spécifiques. Méthodes : La filière SAS est une des 4 composantes du programme SAS dont l'objectif global est d'améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées hospitalisées en soins aigus dans le canton de Vaud. Un gériatre, collaborant étroitement avec le service d'orientation-liaison et les urgentistes, effectue une évaluation brève des patients âgés consultant les urgences afin de renforcer le processus d'évaluation, la prise en charge, l'orientation et la coordination avec le suivi per- et post-hospitalier. Résultats : Basé sur des critères explicites, un processus d'évaluation permet d'identifier dès l'admission aux urgences les patients âgés les plus fragiles (N = 1'125), candidats à une admission dans une unité intégrée gériatrie-médecine interne (unité SAS) (43.1 %) ; de proposer une réorientation précoce vers les structures appropriées, notamment en réadaptation, de ceux ne nécessitant pas d'hospitalisation aiguë (15.4 %) ; de proposer une évaluation de suivi par l'équipe de gériatrie communautaire pour renforcer le processus de transition post-hospitalière des patients sortant vers leur domicile (18.3 %). Un soutien à la prise en charge est également proposé pour la prise en charge des patients âgés (N = 317) à haut risque de complications per-hospitalières. Conclusion : L'augmentation du nombre de patients âgés et très âgés aux urgences nécessite d'adapter ces services pour tenter d'en amortir les conséquences. L'intégration de compétences gériatriques peut certainement y contribuer.

Programme Soins Aigus aux Seniors (SAS) : Unité intégrée aiguë de gériatrie-médecine interne.

E. Rubli - Service de gériatrie et réadaptation gériatrique. Contexte : En Suisse, ~70 % des patients hospitalisés dans les services de médecine ont plus de 65 ans, et ~40 % plus de 80 ans. Pour ces patients, l'hospitalisation constitue un facteur de risque de déclin fonctionnel en raison d'un environnement et de processus mal adaptés, associés à la survenue d'événements adverses (état confusionnel aigu, chutes, déconditionnement). L'hôpital aigu doit faire évoluer la prise en charge de ces patients. Méthodes : L'unité SAS est une des 4 composantes du programme SAS dont l'objectif global est d'améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées hospitalisées en soins aigus dans le canton de Vaud. En combinant évaluation gériatrique globale, prise en charge interdisciplinaire, développement et application de protocoles standardisés de prise en charge des syndromes gériatriques, interventions de prévention fonctionnelle (pré-réadaptation), et planification de sortie précoce,

l'unité SAS vise notamment à réduire les risques de déclin fonctionnel des patients y séjournant. Résultats : Depuis son ouverture en 2010, entre 500 et 550 patients ont été admis chaque année dans l'unité SAS du CHUV. Cette unité pilote intégrée, fonctionnant sur un mode partenarial entre services de médecine interne et de gériatrie, prend en charge une majorité de femme (69 %), âgées de plus de 85 ans (méd. 86.0 ans), souffrant d'affections aiguës (infection, décompensation cardiaque, état confusionnel aigu), associées à de multiples comorbidités (troubles cognitifs chez > 50 %) et à une situation sociale complexe. Malgré leur vulnérabilité initiale, la majorité des patients s'améliorent (41.3 %) ou restent stables (46.6 %) du point fonctionnel durant leur séjour, permettant un retour direct à domicile pour 42.1 % d'entre eux après un séjour médian de 11.0 jours en 2012. Conclusion : Ce modèle d'unité intégrée médecine interne-gériatrie semble prometteur en termes de bénéfices pour les patients et d'amélioration des compétences des professionnels.

S010

Les Villes-amies des aînés. Un programme initial, une pluralité d'expériences

Modérateurs :

T. Moulaert - ISHS-ULg / IRSS-UCL - REIACTIS / ULg / UCL - Ramillies - Belgique

M. Paris - Centre de recherche sur le vieillissement - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

Loin d'être un modèle rigide, la démarche de l'OMS en faveur des « Villes-amies des aînés » (VADA) permet une variabilité de traductions que cette session propose de mettre en lumière. Si le Québec est fréquemment cité en exemple, derrière l'ampleur de la démarche en faveur des Villes et dorénavant des Municipalités Amies des Aînés, c'est avant tout une démarche de développement communautaire qui est avancée. Celle-ci vise à assurer l'inclusion des aînés dans l'espace social. En France, l'approche de l'OMS a donné lieu à différentes étapes de réappropriation par les acteurs politiques ; après une première phase portée par le gouvernement et rapidement abandonnée, plusieurs villes se sont unies pour reprendre la démarche. En particulier, nous suivons le passage de la recherche d'un modèle français de développement des VADA aux traductions locales dans six villes françaises. Enfin, en Belgique, la Wallonie a souhaité financer les communes qui s'engageaient dans l'esprit du programme VADA ; sur 60 communes financées, un échantillon de 12 villes sert de base pour mettre en avant, grâce à la place centrale des « Conseils Consultatifs Communaux des Aînés », la participation sociale des aînés au risque du politique.

L'apport du développement des communautés aux projets villes amies des aînés au Québec (Canada). *Mario Paris*. La démarche des Villes amies des aînés au Québec (VADA-QC) poursuit un modèle logique de programmation (Kaplan & Garrett, 2005). Chaque projet est dirigé par un comité de pilotage composé d'aînés et de représentants d'associations d'aînés, ainsi que de leaders et décideurs de la société civile, de l'administration publique et de la scène politique. L'implantation de VADA-QC comprend 3 étapes (Butterfoss, 2007) : 1) un diagnostic social des ressources communautaires et des besoins des aînés ; 2) un plan d'action fondé sur un modèle logique ; et 3) une mise en œuvre des actions réalisée par une concertation et une collaboration intersectorielle. Le

but de notre intervention est d'expliquer la démarche VADA-QC à partir de l'approche du développement des communautés. En effet, l'ensemble de la démarche VADA-QC s'inspire du développement des communautés. Celui-ci se base sur les capacités des individus à contribuer au développement et au mieux-être de leur communauté. Plus explicitement, le développement des communautés constitue une « forme d'action collective structurée sur un territoire donné qui, par la participation démocratique des citoyens et des acteurs sociaux, cible des enjeux collectifs reliés aux conditions et à la qualité de vie » (Bourque, 2008 : 1). Ainsi, au moyen de cette approche, VADA-QC vise non seulement à recourir aux aptitudes et aux compétences des aînés, mais aussi à les reconnaître comme des membres à part entière de la communauté. Par le fait même, VADA-QC tend à rendre l'environnement social plus accessible, respectable et viable aux aînés (Garon et al., 2012) tout en les incluant dans l'espace social.

Villes et communautés amies des aînés : à la recherche d'un modèle français. *P.-M. Chapon & P.-O. Lefebvre*.

Rejoignant le programme de l'organisation mondiale de la santé (OMS) « villes et communautés amies des aînés » en 2010, la France a longtemps cherché un modèle pertinent pour l'application et le déploiement du programme sur son territoire. En 2010 le gouvernement a lancé le label « bien vieillir, vivre ensemble » censé être la déclinaison française de la démarche. Si de nombreuses villes sont entrées dans le programme lors des sessions de 2010 et 2011, le manque de moyens mais surtout le décalage trop important entre la philosophie de l'OMS et l'application trop marketing sur le terrain se traduit aujourd'hui par l'arrêt du label par le nouveau gouvernement. En 2012, des villes françaises engagées et soutenues par l'OMS ont créé le Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés (RFVAA). La dynamique créée incite d'autres villes à rejoindre le mouvement et replace le vieillissement actif et les initiatives locales au cœur de la réflexion. Cette contribution visera à étudier la question de la gouvernance appliquée à la France, les enjeux de pouvoir entre le local et l'Etat mais aussi de comprendre quelles sont les meilleures échelles d'action et d'intervention pour appliquer le programme « villes et communautés amies des aînés » à travers la commune, l'intercommunalité et même les métropoles en cours de création.

Villes et communautés amies des aînés : de la théorie à la pratique. Comparaison de six villes françaises. *J. Duraffourg & J.-P. Viriot Durandal*.

Introduction Sur la base d'un mémoire de Master, nous présentons une comparaison des mises en œuvre locales dans six villes françaises de la démarche « Ville-amie des aînés » de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le but de ce travail est de comprendre comment une démarche se voulant mondiale s'applique dans les réalités locales du contexte français. Contenu Méthodologiquement, nous avons étudié les aspects suivants dans chaque ville : origine de la volonté d'adhérer à la démarche, méthodes utilisées pour l'audit urbain (diagnostic), type(s) de public intégré(s) dans la démarche et enfin les liens entre la démarche VADA et les dispositifs existant avant VADA (notamment les schémas départementaux, le projet régional de santé ou divers documents de planification urbaine). Ensuite, nous recensons les premières réalisations dans chaque ville ainsi que les grands thèmes prioritaires retenus. En termes de résultats, nous insisterons certes sur l'importance d'une coordination solide entre les différents acteurs municipaux comme le suggère l'OMS, mais surtout sur le fait que cette démarche, pour fonctionner, se doit

d'être « élargie » par rapport aux recommandations de base de l'OMS afin de prendre appui sur les forces et les réalités existant localement. Résumé Notre étude compare la manière dont six villes françaises se sont réapproprié la démarche mondiale « Villes-amies des aînés » de l'Organisation Mondiale de la Santé. Notre analyse démontre que, pour exister, une telle démarche se doit de prendre en compte les réalités pratiques et les dispositifs institutionnels existants au niveau municipal et régional. Au final, nous avons alors un outil comparatif pour mieux comprendre les freins et les leviers à la mise en place d'un processus de construction, d'évaluation et de recommandation en matière de gestion et d'adaptation des territoires au vieillissement.

La participation sociale au risque du politique : étude de cas auprès de 12 « communes amies des aînés » en Wallonie. T. Moulaert & G. Houlioux. Inspiré du programme de l'Organisation Mondiale de la Santé en faveur des « Villes-amies des aînés » (VADA), la Région Wallonne de Belgique a lancé en février 2012 un appel à projets en vue de promouvoir les « villes, communes, région amies des aînés » à l'occasion de l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations. Parmi les 60 communes subventionnées durant une année (septembre 2012-septembre 2013), nous en avons sélectionné 12 sur la base de critères géographiques et d'implication de différents acteurs dans le projet afin d'obtenir une variété de configurations possibles ; dans chaque commune, nous avons interviewé au moins 1 acteur politique, 1 acteur administratif et 1 acteur aîné, pour un total de 42 individus. En termes de résultats, nous présenterons 1) la distance paradoxale avec le cadre VADA et, malgré cela, de véritables pratiques de participation sociale des aînés via les « Conseils Consultatifs Communaux des Aînés » (CCCA) en particulier ; 2) en conséquence de cela, la place centrale jouée par les CCCA dans les projets et les rapports multiples qu'ils entretiennent tant avec le pouvoir politique qu'avec les acteurs administratifs ; 3) enfin, une limite des projets observés concerne une grande variabilité dans leurs sources d'informations de base, la question d'un véritable diagnostic des besoins étant soulevée en conclusion. En résumé, cette communication présente les résultats de 42 entretiens réalisés dans 12 communes ayant reçu un financement wallon dans l'esprit du programme VADA. La place des aînés, en particulier via les CCCA, met à l'épreuve la participation sociale au risque du politique.

S011

Rôle de l'inflammation dans les maladies neurodégénératives liées au vieillissement

Modérateurs :

T. Fulop - Gériatrie - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

P. Gaudreau - Laboratoire de Neuroendocrinologie du vieillissement - Université de Montréal - Montréal - Canada

Le vieillissement s'accompagne de changements dans la réponse immune. Les altérations touchent de façon similaire la réponse immune innée et adaptative, bien que cette dernière soit probablement plus touchée. De ce déséquilibre et des stimulations antigéniques découlent un état pro-inflammatoire le plus souvent appelé « inflamm-aging ». Cette inflammation à bas bruit contribue aussi au développement de plusieurs maladies dont les neurode-

generescences sont une des plus importantes. C'est bien connu que pour les démences et la maladie de Parkinson le facteur le plus important est l'âge. Il est maintenant de plus en plus accepté que l'inflammation associée au vieillissement et à une stimulation antigénique chronique comme le CMV, amyloïde beta (A β) ou peut être la synucleïne jouent un rôle pathogénique dans le développement de cette maladie. Ce sujet va être discuté pour les maladies d'Alzheimer et de Parkinson. De plus en plus de molécules sont découvertes pour participer dans l'inflammation liée à la neurodegenerescence et parmi eux les caspases. Ce sujet sera aussi traité durant ce symposium. Finalement, mettant en pratique ces recherches le développement d'un vaccin devint un moyen de traitement futur.

Inflammation, MMSE et maladie d'Alzheimer : consensus et débats. Larbi A. L'inflammation est présente dans la majorité des maladies chroniques. Une affection chronique qui touche de plus en plus de personnes âgées est la démence. MMSE (mini mental state examination), est un moyen de dépistage et de suivi de la maladie d'Alzheimer. Nous avons testé les marqueurs classiques ainsi que d'autres candidats impliqués dans l'inflammation chez des sujets sains et des patients cliniquement identifiés en tant qu'Alzheimer. Nous discuterons de la "signature inflammatoire" de ces différentes catégories et de l'implication de l'inflammation dans ces pathologies.

Neuroinflammation dans la maladie de Parkinson. Hunot S. Dans le domaine des maladies neurodégénératives, le concept de mécanismes pathologiques non-autonomes suggère que le processus dégénératif n'est pas uniquement conduit par des dommages au sein des neurones mais est également influencé par des interactions avec l'environnement glial et les cellules immunitaires. Cette réponse dite "neuroinflammatoire" produit des effets à la fois neurotoxiques et neurotrophiques. Un déséquilibre entre ces effets joue un rôle majeur dans le caractère progressif de la maladie de Parkinson (MP). De nombreuses données expérimentales montrent que des mécanismes immuns de type inné sont à l'œuvre dans cette pathologie et nous avons également rapporté l'existence de mécanismes immuns adaptatifs dans cette pathologie.

Le rôle de la Caspase-6 dans la maladie d'Alzheimer. Leblanc A. La Caspase-6 (Casp6) est une protéase de la famille des caspases impliquées dans la mort cellulaire programmée et l'inflammation. La Caspase-6 est très fortement activée dans les régions du cerveau affectées par toutes les formes, soit héréditaires ou sporadiques de la maladie Alzheimer. On obtient une corrélation négative significative entre la quantité de Caspase-6 active et la performance en mémoire épisodique et sémantique. Nous avons testé l'hypothèse que la Caspase-6 active est suffisante pour causer des problèmes cognitifs dans un nouveau modèle murin. Nos études récentes démontrent la formation d'inflammasomes menant à l'activation de Caspase-1 et conséquemment de Caspase-6 dans des neurones humains en culture.

Vaccin et maladie d'Alzheimer : état des connaissances et perspective. Delrieu J. L'immunisation active et passive dans la maladie d'Alzheimer (MA) avec A β et les anticorps anti-A β permettent une diminution de la charge amyloïde et une amélioration des performances cognitives chez les modèles murins de MA. Cependant le développement du vaccin AN1792 a dû être interrompu car il a été responsable chez 6 % des patients de méningo-encéphalites aseptiques. Les nouveaux vaccins en cours de développement dans la

MA visent à privilégier une réponse immunitaire humorale Th 2 en utilisant des adjuvants Th 2, des vaccins ADN, des vaccins utilisant un vecteur recombinant viral et autres.

S012

Les sciences humaines et sociales au cœur de la gérontologie : Concepts, applications et controverses

Modérateurs :

G. Imbert - Docteur en santé publique - Docteur en anthropologie sociale et culturelle - Chercheur associé - EA 3181 Qualité de vie et cancer - CHRU Besançon - France
J. Gaucher - Université Lyon 2 - Lyon - France

La gérontologie sociale et clinique est un vaste champ disciplinaire qui permet d'appréhender la vieillesse ou l'avancée en âge à partir de concepts et de théories, dont leurs limites et leur mise en pratique suscitent parfois des controverses.

Comment dépasser la surmédicalisation de la vieillesse ? Comment dédramatiser la dépendance des personnes dites "âgées" ou des personnes en situation de handicap vieillissantes ? Comment promouvoir une approche interdisciplinaire cohérente, en faveur des plus vulnérables, mais aussi en faveur de « ces vieux qui vont bien » ?

Cette session internationale, originale, scientifique et pluridisciplinaire, s'intéresse aux sciences humaines et sociales au cœur de la gérontologie. Elle permet de dépasser la vision réductrice de l'approche médicalisée de la vieillesse en donnant une large place aux questionnements issus des sciences humaines et sociales.

Son ambition est de contribuer à l'enrichissement de la réflexion pluridisciplinaire gérontologique francophone à partir du regard et des travaux d'experts en géographie, démographie, santé publique, sociologie, droit, psychologie et psychanalyse, venus de Belgique, du Canada et de France.

Les sciences humaines et sociales au cœur de la gérontologie : Le cas des Belgian Ageing Studies, une étude réalisée par et pour les aînés. Dominique Verté & al. - Docteur en gérontologie - Professeur au département des sciences en éducation des adultes - Vrije Universiteit - Brussel, Belgique.

Cette contribution traite de la « discussion théorique » sur le « rôle public » de la science sociale. Nous discutons l'engagement de la gérontologie à partir des Belgian Ageing Studies (BAS) et présentons également les implications de la « gérontologie-comme-science-engagée ».

Nous examinons la spécificité de la méthode utilisée dans le contexte des 'BAS' pour révéler les besoins des personnes âgées à partir de l'évaluation de la qualité de vie et des conditions de vie des aînés de plus de 60 ans à leur domicile. L'étude décrit les caractéristiques démographiques, la participation civique, le bénévolat, la santé physique, le bien-être, etc.

Menée auprès de plus de 70 000 personnes en Flandre, Belgique, cette recherche a été réalisée en collaboration avec les gouvernements provinciaux, les autorités locales et les membres des associations locales de personnes âgées. Les personnes âgées impliquées dans cette recherche, sont source d'information et groupe de recherche, mais aussi partenaires essentiels du projet (peer-recherche). Chaque échantillon est représentatif pour une

commune spécifique, offrant des outils des gouvernements locaux pour une 'evidenced-based policy'.

Le processus de cette recherche à laquelle les personnes âgées participent activement montre comment la gérontologie peut jouer un rôle dans la sphère publique. En particulier, les aînés sont copropriétaires de la recherche et ont ainsi une 'voix' dans la politique sociale locale.

Reconnaître la gérontologie en tant que science engagée suggère la nécessité de revitaliser la discipline en s'appuyant sur ses connaissances et sur des méthodes pour participer à des débats, non seulement sur ce qui est ou ce qui a été dans la société, mais sur ce que la société peut encore être.

Les sciences humaines et sociales au cœur de la gérontologie : Le point de vue d'un psychologue. Jean Vézina - Professeur de psychologie - Université Laval - Québec - Canada

Bien que des philosophes de la Grèce Antique tenaient déjà des discours sur les vieillards et la vieillesse, la gérontologie - l'étude du vieillissement humain - comme domaine scientifique ou champ d'études est relativement jeune. En Amérique, la gérontologie prend véritablement naissance au siècle dernier avec la création de la Société américaine de gérontologie en 1945. Cette société se définit d'ailleurs comme la plus ancienne et la plus grande organisation interdisciplinaire consacrée à la recherche, à l'éducation et la pratique liée au vieillissement. Par son essence même, le vieillissement interpelle plusieurs disciplines comme la médecine, la biologie, la neurologie, l'épidémiologie, mais également la psychologie, la sociologie, l'économie, l'anthropologie, la démographie, l'architecture, l'urbanisme et plusieurs autres. Preuve de son dynamisme, nous avons été témoins d'une véritable explosion de la production scientifique, qui a donné lieu à une prolifération de revues scientifiques, d'organisations vouées à la promotion de la gérontologie et à l'apparition de sociétés savantes qui organisent périodiquement des colloques, des réunions ou des congrès. Simultanément, et devant la complexité du phénomène, on presse les diverses disciplines intéressées par le vieillissement à un meilleur dialogue, à plus de convergence et à plus de collaboration. Il est alors question d'interdisciplinarité, de pluridisciplinarité ou encore de transdisciplinarité, des expressions fautivement utilisées comme synonymes alors qu'elles ont leurs particularités propres. Dans ce contexte en mouvance, et en toile de fond, la présence d'un corporatisme disciplinaire lourd, il faut se demander si la gérontologie est devenue après toutes ces années interdisciplinaires. Il devient aussi pertinent de se questionner sur l'apport actuel et futur des sciences humaines et sociales à une véritable gérontologie interdisciplinaire, si elle existe. Il faut aussi se demander quelles sont les conditions nécessaires pour établir, dans un véritable esprit d'interdisciplinarité, une coopération fructueuse entre les sciences humaines et sociales et les autres disciplines.

Habiter versus Soigner en EHPAD* : Retour d'expérience d'une équipe pluridisciplinaire sur une approche programmatique sensible d'un EHPAD sur le territoire stéphanois. Emmanuelle Ladet - Architecte DLPG, Spécialisée en neuroarchitecture, Neuron Rehab, France.

Concevoir un habitat adapté aux personnes âgées dépendantes est une question complexe et d'actualité. La mission expérimentale, pour laquelle notre équipe a été désignée en 2011 à l'issue d'un appel à candidature national lancé par le PUCA** et la

Cité du Design de Saint-Etienne, avait pour principal objectif de faire progresser la programmation et la conception des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Il nous a donc été permis de faire ce qui est d'ordinaire impossible pour tout concepteur dans le cadre des marchés publics : aller à la rencontre des usagers et les questionner sur leurs représentations des lieux de leur quotidien.

La réflexion s'est structurée autour de l'observation de l'interaction entre ces habitants singuliers et leurs lieux de vie, de la tension continue entre soigner et habiter, dont les résultats d'enquête ont été confrontés au regard et à l'analyse des professionnels et des différents acteurs du programme expérimental.

Combiner nos disciplines (architecture, ingénierie et design) et confronter nos expériences s'est révélé déterminant dans le cadre de l'analyse. Le designer est notamment plus enclin à partir de l'usage pour concevoir un objet alors que l'architecte part du contexte et de la mobilité du sujet et/ou de l'objet dans l'espace pour en déterminer l'enveloppe.

L'outil de programmation qui a été élaboré à l'issue de cette exploration est le fruit de la combinaison interactive de ces deux approches et du paradoxe que constitue un EHPAD, à la fois lieu de vie, de soins, et de travail. Cet outil a pour objectif de générer une autre manière de questionner le projet en amont de la conception, en recentrant la réflexion autour de l'habitant.

*EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ;

** PUCA : Plan Urbanisme Construction Architecture. Le PUCA est un service interministériel rattaché à la Direction générale de l'Aménagement du Logement et de la Nature (DGALN) au Ministère de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Energie et du Ministère de l'Egalité des territoires et du Logement. C'est une agence nationale de la recherche et de l'expérimentation dans les domaines de l'urbanisme de l'architecture et de la construction.

La pluridisciplinarité : Rhétorique ou pratique ? François Béland - Professeur titulaire - Ecole de Santé publique - Université de Montréal - Québec - Canada

La gérontologie n'est pas une science. Elles agglomèrent dans un champ aux frontières floues des perspectives, des énoncés, des propositions, des problématiques et des « problèmes » sur le vieillissement de la cellule aux populations. Des disciplines, professions et occupations y trouvent un champ d'applications. Certaines s'attardent, par leurs questions de recherche, sur des observations qui semblent communes. En d'autres circonstances, la problématique de recherche engage des points de vue familiers de diverses disciplines. D'où la rhétorique sur différentes façons de concevoir la pluridisciplinarité. Cette rhétorique s'est développée sur deux axes : 1) épistémologique où on a cherché soit une toute nouvelle théorie de la connaissance, soit tenté de créer des liens et passages entre disciplines ; 2) élaborer les caractéristiques psycho-sociales qui favorisent le travail entre collègues de plusieurs disciplines. Des réflexions amusantes, brillantes, ou même utiles ont résulté des travaux autour de ces deux axes, mais l'apport de la pluridisciplinarité se démontre dans la pratique de la recherche, plutôt que dans les discours sur la recherche. Nous utiliserons le concept de « fragilité » pour illustrer les difficultés de la pratique de la pluridisciplinarité en gérontologie, en même temps que ses possibles contributions aux réflexions sur les défis du vieillissement pour les

systèmes de santé et la santé publique. Dans les années récentes, la fragilité a connu un développement exponentiel en gériatrie, suscitant un débat sur sa définition qui est loin d'être terminé. Cette notion, aussi incertaine, a été reprise en santé publique et rapprochée en sciences sociales de la notion de vulnérabilité. Nous montrerons comment gériatrie et gérontologie se sont ignorées dans ce débat et comment gériatrie et sciences sociales savent se mésinterpréter pour soit s'ignorer, soit se pirater. Pour conclure qu'il n'y a pas de pluridisciplinarité sans une connaissance et reconnaissance des fondements des disciplines.

S013

Les multiples aspects du diabète chez le sujet âgé : un défi pour la clinique et la recherche

Modérateurs :

D. Tessier - Gériatrie - Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

C. Swine - Gériatrie - CHU Dinant Godinne - UCL - Yvoir - Belgique

Objectifs session : « Les multiples aspects du diabète chez le sujet âgé : un défi pour la clinique et la recherche ». Après la session ci-haut mentionnée, le(la) participant(e) améliorera ses connaissances dans les domaines suivants : - les principes de l'homéostasie de la glycémie chez le sujet humain. - les particularités pathophysiologiques de l'augmentation de la glycémie chez le sujet âgé - les liens existants entre le diabète et la fragilité - les évidences existantes entre la fragilité et le pronostic vital - les données dans la littérature faisant un lien entre le diabète et les troubles cognitifs, -comment les troubles cognitifs viennent interagir avec la prise en charge de cette maladie. -les données pertinentes à la gériatrie des grandes études d'intervention en diabète (ACCORD, ADVANCE). -la place des anciennes et des nouvelles molécules dans le traitement de l'hyperglycémie

La résistance à l'insuline chez le sujet âgé. José A. Morais, Université McGill, Montréal, Québec Canada. La prévalence du diabète de type 2 est deux fois plus élevée chez les aînés que chez les jeunes, atteignant 20 % de ceux > 75 ans et contribuant à un excès de morbidité et de mortalité. Un autre 20 % de la population âgée souffre d'intolérance au glucose. Le mécanisme le plus important conduisant à un tel état est la résistance à l'insuline (RI), tel que mesuré par le taux de captation de glucose par les tissus périphériques lors d'un test de verrouillage (clamp). Multiple facteurs sont associés à la RI, incluant, l'âge, la sédentarité, la diète, l'adiposité, changements hormonaux, inflammation, dysfonction mitochondriale, certaines maladies et leur traitements. Une fois devenu obèse, le gras viscéral qui est métaboliquement plus actif met en circulation des acides gras libres qui empêchent l'action de l'insuline, mais aussi des adipokines, tels la leptine, interleukines et résistine. Chez un certain nombre d'aînés plus maigres, une baisse de la sécrétion d'insuline pancréatique est responsable de l'apparition du diabète. En général, les diabétiques âgés ont une désorganisation de la sécrétion pulsatile de l'insuline ou répondent moins bien aux effets des incrétines sécrétés par le tractus digestif. L'insuline est la principale hormone anabolisante et la résistance à son action s'étant aussi aux protéines. Nous avons démontré à l'aide d'un clamp maintenant le glucose et les acides aminés au niveau basal que les diabétiques obèses atteignent

un moins grand anabolisme protéique. Cela pourrait expliquer la propension des diabétiques âgés à perdre davantage de masse musculaire que les aînés en santé. Un aspect important de la RI est qu'elle s'améliore par la diète et l'exercice. Il importe de demeurer physiquement actif et de maintenir un poids santé pour prévenir la RI et l'apparition du diabète.

Diabète et cognition chez le sujet âgé. *K. Mondon, Université de Tours, France.* Alors que le diabète de type 2 augmente le risque de syndrome démentiel (risque doublé), de nombreux travaux rapportent l'existence de troubles cognitifs chez les sujets diabétiques de type 2, sans critère de démence. Les domaines les plus particulièrement touchés sont l'attention, la vitesse de traitement de l'information, les fonctions exécutives ou encore la mémoire. Bien qu'une relation existe entre diabète et incidence de la MA, on ignore encore si les changements subtils rapportés dans les différentes études transversales sont précurseurs de la survenue d'un syndrome démentiel ou bien sont le témoin d'un autre processus. Beaucoup de facteurs sont intriqués dans les mécanismes physiopathologiques de la relation diabète/démence : modifications métaboliques et vasculaires liées à l'hyperglycémie mais aussi peut-être un déficit d'action de l'insuline au niveau du tissu cérébral. Le vieillissement pourrait, tout comme la période du développement, constituer une des périodes critiques du sujet diabétique durant laquelle le cerveau serait plus vulnérable aux effets de l'hyperglycémie. Chez le sujet âgé, le diabète reste une pathologie fréquente mais aussi traitable. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre un suivi cognitif du sujet diabétique de type 2 au même titre que le suivi des complications sur d'autres organes. Les enjeux de perturbations cognitives sont nombreux car elles peuvent être à l'origine d'une moindre observance des traitements, d'un moindre contrôle des facteurs de risque vasculaires, d'une augmentation de la dépendance et d'hospitalisations inadaptées chez le sujet âgé. Certaines actions de prévention sont probablement nécessaires, si l'on considère que le sujet âgé diabétique est à risque de déclin cognitif. Le développement récent des marqueurs biologiques et de l'imagerie morphologique ou fonctionnelle, devrait pouvoir contribuer à la connaissance de ce sujet complexe des relations entre diabète et cognition.

L'outil d'évaluation gérontologique complet, un moyen pour améliorer les soins aux personnes âgées diabétiques. *Isabelle Bourdel-Marchasson, Université de Bordeaux, France.* Le diabète chez le sujet âgé prend la plupart du temps la forme d'une maladie chronique qui a comme effet d'accélérer le phénomène du vieillissement. Les sujets âgés diabétiques peuvent présenter des caractéristiques très différentes selon leur âge, leur statut socio-économique, leurs habitudes de vie, le fardeau des complications de la maladie au niveau des différents organes et la présence de comorbidités. Le diabète est associé à la fragilité chez le sujet vieillissant. L'outil d'évaluation gérontologique complet (OEGC) permet de mieux identifier les interventions tant au niveau des cibles que des stratégies thérapeutiques de différents types. Le suivi est ainsi mieux adapté au contexte de chaque sujet dans son environnement psychosocial et dans les domaines connexes au diabète. Différents exemples d'OEGC permettront d'illustrer l'intérêt de cet outil dans des situations cliniques diverses.

La prise en charge du diabète chez le sujet âgé : les aspects particuliers de l'intervention pharmacologique. *Daniel Tessier md, Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sher-*

brooke, Canada. Dans la gestion au quotidien du diabète chez le sujet âgé, chaque prescription médicamenteuse devrait se faire en considérant des facteurs comme la cible glycémique désirée, la capacité du sujet à reconnaître et corriger une hypoglycémie ainsi que le niveau de la fonction rénale. La metformine est fréquemment utilisée en gériatrie : en monothérapie, l'hypoglycémie est exceptionnelle mais l'intolérance digestive peut être préoccupante. Avec un déclin de la fonction rénale, le risque d'acidose lactique doit être présent à l'esprit du clinicien. Parmi les sécrétagogues de l'insuline, d'abord les sulfonylurées sont largement prescrits depuis plusieurs années chez le sujet âgé : l'hypoglycémie est le principal effet secondaire et il y a un risque d'accumulation en présence d'un déclin de la fonction rénale. L'incidence d'hypoglycémie est moindre avec le gliclazide comparativement au glibenclamide. Un autre sécrétagogue de l'insuline, le répaglinide, est utile surtout avec un déclin de la fonction rénale étant donné son excrétion hépatique. Sa courte demi-vie permet une certaine flexibilité des dosages. Il existe plusieurs types de préparation d'insuline injectable : les demi-vies et pic d'action peuvent varier du modèle théorique en fonction de la variabilité, l'absorption sous-cutanée et de la diminution du catabolisme observée avec le vieillissement. Deux types de médicaments avec effet incrétine sont depuis peu sur le marché soit les inhibiteurs DPP4 et les agonistes des récepteurs glucagon-like-peptide 1 (GLP1). Les inhibiteurs DPP4 peuvent être pris par la bouche alors que les agonistes GLP1 doivent être injectés en sous-cutané. Il y a peu de recul avec ces molécules en gériatrie. En conclusion, l'approche pharmacologique du diabète chez le sujet âgé mérite des considérations spécifiques particulières à chaque sujet.

S014

Prévention de la perte d'autonomie et politiques publiques

Modérateurs :

M. Pinville

J.-P. Aquino - Hôpital de gériatrie - Clinique de la Porte Verte - Versailles - France

Cette session a pour objet de comparer les mesures de prévention de la perte d'autonomie mises en place dans quatre pays francophones : Belgique, Suisse, Québec et France

Adaptation du système de santé vaudois aux enjeux du vieillissement : La Politique « Vieillesse et Santé ». *Prof Christophe Büla, au nom du comité expert « Vieillesse et Santé » - Service de gériatrie et réadaptation gériatrique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse.* Contexte : En Suisse, d'ici 2040, la proportion des plus de 65 ans augmentera d'~88 % et celle des plus de 80 ans d'~120 %. Anticiper les effets de ce phénomène démographique est un défi de taille pour son système de santé. Méthodes : Sous l'impulsion de son ministre de la santé et sur la base d'une démarche participative regroupant les réflexions de professionnels de la santé, un comité expert a développé une politique « Vieillesse et Santé » pour adapter système de santé vaudois au vieillissement démographique et à ses répercussions épidémiologiques. Résultats : Cette politique, qui s'articule autour de 5 axes de développement, propose 21 recommandations et 109 mesures : 1) Prévenir pour vieillir en santé : regroupe les actions de prévention et promotion de la santé qui contribuent à vieillir en santé ; 2) Coor-

donner les soins pour mieux vieillir chez soi : regroupe les actions qui renforcent le maintien à domicile, ainsi que celles concernant l'hébergement, soit le dernier «chez soi»; 3) Adapter l'hôpital pour préserver l'indépendance des seniors : regroupe l'ensemble des mesures pour adapter l'hôpital au nouveau contexte épidémiologique et limiter ses effets néfastes sur l'indépendance des patients âgés. Cet axe comprend aussi des mesures d'adaptation de l'offre en réadaptation; 4) Valoriser les compétences pour améliorer les soins aux seniors : regroupe les mesures de renforcement des compétences professionnelles et valorisation des activités auprès des aînés; 5) Renseigner pour piloter la politique « Vieillesse et Santé » : regroupe les mesures pour adapter le système d'information sanitaire afin de fournir les éléments permettant d'alimenter la réflexion des structures de gouvernance. Conclusion : La politique « Vieillesse et Santé » propose aussi bien des orientations conceptuelles que des mesures concrètes. Sa mise en œuvre progressive confirme une excellente appropriation par les professionnels comme les politiques.

Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société.

Dr Jean-Pierre Aquino. Si l'espérance de vie continue d'augmenter chaque année, l'espérance de vie sans incapacité augmente moins vite, et tend même à stagner pour certaines parties de la population : 63,5 ans pour les femmes, et 61,9 ans pour les hommes, alors qu'elle était respectivement 63,3 ans et de 62,7 ans un an plus tôt (chiffres INSERM 2010). Face à ce phénomène, nous devons faire reculer la dépendance dite « évitable », en repérant plus tôt les premiers signes de fragilité des personnes âgées pour mieux les prendre en charge. C'est toute l'importance de l'anticipation par une prévention individuelle et collective de la perte d'autonomie. Avec l'âge apparaissent des fragilités et des pathologies chroniques pouvant entraîner une réduction de l'autonomie et mener peu à peu à la dépendance. Prévenir et dépister ces fragilités est essentiel. Pour notre société, il s'agit d'anticiper, au lieu de subir, le vieillissement de nos concitoyens. Cette action doit s'articuler avec la stratégie nationale de santé. Elle aura un bénéfice tant qualitatif qu'économique. Trente-six mesures concrètes, présentées dans ce rapport, contribuent à relever ces défis. Elles veillent à préserver l'autonomie chaque fois que possible, à prévenir les incapacités ou à éviter leur majoration si elles sont installées, contribuant ainsi à la qualité de vie des personnes concernées. Selon les cas, elles s'appliquent au domicile, à l'hôpital, mais aussi dans les EHPAD. Il faut rappeler que le développement d'une culture de prévention doit débuter le plus tôt possible, dès le plus jeune âge. Si les professionnels de santé sont bien sûr concernés, une mobilisation citoyenne et sociale s'avère nécessaire pour changer les représentations du vieillissement, afin de donner toute la place qui revient aux personnes âgées dans la société.

S015

Les enjeux de la formation des soignants en gériatrie

Modérateurs :

C. Menozzi - Gériatrie - CHU de Liège - Liège - Belgique

I. Narinx - Gériatrie - CHU de Liège - Liège - Belgique

Les enjeux de la formation des soignants en gériatrie. Les objectifs de cette session seront : 1. Réaliser un comparatif des formations en France, en Suisse, au Québec et en Belgique dans le domaine de la gériatrie. a. Recenser les filières de formation concernées : infir-

mière, aide soignant, infirmière chef... b. Faire un état des lieux de la formation initiale des soignants, et l'intégration des cours relatifs à la gérontologie-gériatrie dans cette formation initiale. c. Exposer les éventuelles possibilités de spécialisation, de qualification, de master en gériatrie. 2. Présenter l'éventuel contexte légal quant aux normes de qualification du personnel soignant en gériatrie. 3. Proposer des réflexions/solutions pour augmenter l'attractivité de la gériatrie pour les soignants

La formation relative à la géronto-gériatrie chez les soignants du Québec.

Auteur : Philippe Voyer, inf., Ph.D. Faculté des sciences infirmières, Université Laval. Abrégé.

Introduction : Depuis le début des années 1990, plusieurs études se sont intéressées à la question de la formation du personnel soignant en géronto-gériatrie. Par le biais de sondages nationaux auprès des établissements d'enseignement universitaire, ces études ont permis de mettre en évidence des lacunes de trois types, soit la composition des programmes de formation, la diversité des milieux cliniques offerte pour la formation pratique, ainsi que la formation et l'expertise du corps professoral. Ces constats sont encore d'actualité dans la province de Québec au Canada. Objectif : L'objectif de cette présentation est de décrire l'état des lieux concernant la formation du personnel soignant (infirmières, infirmières auxiliaires et aides-soignants) au Québec. De même, les initiatives porteuses qui ont été entreprises seront décrites. Enfin, une analyse critique de la situation sera exposée. Résultats : Bien qu'il reste encore beaucoup de travail pour rendre attractif le secteur des soins gériatriques, il faut reconnaître que les organismes publics et parapublics ont mis en place plusieurs initiatives positives pour reconnaître l'expertise requise pour prendre soin des aînés. À titre d'exemple, l'examen d'entrée à la profession infirmière pour obtenir un permis de pratique inclut maintenant un minimum requis de questions sur les soins aux aînés. De même, il existe maintenant une formation sur mesure pour les aides-soignants « Formation AGIR » qui vise à préparer ceux-ci à prodiguer des soins aux aînés en perte d'autonomie. Conclusion : Il est évident que des progrès ont été faits au Québec pour préparer les équipes soignantes, mais un problème majeur persiste et il s'agit du faible nombre d'experts en soins gériatriques agissant comme leader dans les différentes institutions décisionnelles.

La formation académique de niveau Master et Doctorat en sciences infirmières en Suisse Romande : Spécialisation en soins infirmiers gériatriques.

D. Morin. Abrégé.

Les besoins changeants de la population Suisse pour des soins qui se complexifient, la présence d'une évidence scientifique croissante démontrant des liens significatifs entre une formation accrue et une meilleure accessibilité, une meilleure continuité tout en maintenant les résultats cliniques attendus chez les personnes âgées et leurs familles, permettent aujourd'hui de développer des partenariats cliniques novateurs allant au-delà des collaborations traditionnelles axées sur la délégation médicale dans des contextes singuliers. Ce sont là les raisons principales qui ont fait que la Suisse propose des formations universitaires de Master et Doctorat en sciences infirmières pour habilitier les infirmiers et infirmières à œuvrer en pratique avancée. Au terme d'une spécialisation au Master universitaire, l'infirmier et infirmière est capable de démontrer du leadership dans les grandes compétences suivantes : (1) Expertise clinique, (2) Consultation, coaching et guidance, (3) Collaboration centrée sur le malade et ses proches, (4) Leadership clinique et

professionnel, (5) Recherche et données probantes, (6) Ethique. Les études démontrent de plus en plus que les infirmiers et infirmières de pratique avancée peuvent améliorer les résultats qui ont trait à l'état de santé, à l'état fonctionnel, à la qualité de vie, à la satisfaction à l'égard des soins. Une récente revue systématique conclut à la plus-value de ces infirmiers et infirmières en termes d'efficacité dans le suivi de personnes souffrant de maladies chroniques telles, l'hypertension, les maladies pulmonaires obstructives ou le diabète. Plus globalement, le niveau d'éducation des infirmières est associé avec une diminution du risque de décès à l'intérieur de 30 jours d'admission. Dans cette présentation, le programme de Master et Doctorat en sciences infirmières en Romandie et leur spécialisation en soins gériatriques seront exposés et discutés au regard des bénéfices pour les patients, les systèmes de soins et la profession infirmière elle-même.

Les enjeux de la formation du personnel soignant en gériatrie.

Auteur: Christel Menozzi, Infirmière chef de service, Coordinatrice du programme de soins pour le patient gériatrique, CHU de Liège. Abstract. Introduction: En regard du vieillissement démographique, la formation du personnel soignant à la prise en charge de nos aînés, est un défi majeur pour notre société. Objectif de la session: Les objectifs de cette session seront doubles: d'une part faire l'état des lieux des formations du personnel soignant travaillant en gériatrie en Belgique; et d'autre part, amener une réflexion sur l'attractivité des services de gériatrie pour le personnel soignant. Résultats: En Belgique, il existe 2 filières de formation pour accéder au métier d'infirmière: le baccalauréat en soins infirmiers et le brevet (infirmière hospitalière). Dans ces 2 filières, le nombre d'heures de cours relatives aux soins gériatriques est restreint. Le leadership infirmier dans l'encadrement des stagiaires prend dès lors une place importante. Une filière unique pour la formation infirmière est en réflexion depuis de nombreuses années. Un autre questionnaire voit le jour, celui d'une formation de type universitaire pour faire face à la complexité et à l'intensification des soins délivrés en milieu hospitalier. Des initiatives en matière prise en charge du patient gériatrique ont vu le jour. Ainsi, depuis l'Arrêté Royal du 29 janvier 2007, les hôpitaux se voient imposer des normes d'organisation. Pour un service, de 24 lits, l'unité doit compter un minimum de 4 équivalents temps plein infirmiers porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ou de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie. En Belgique, il est donc possible d'obtenir, une qualification en gériatrie, moyennant 150 heures de cours; ou une spécialisation en gériatrie accessible exclusivement au baccalauréat en soins infirmiers, moyennant une année de formation de plein exercice.

S016

Perspectives en oncogériatrie

Moderateurs:

O. Guerin - Pôle de Gérontologie - CHU de Nice, Université Nice Sophia-Antipolis - Nice - France
H. Bergman - Service de médecine familiale, médecine et oncologie - Université McGill - Montréal - Canada

Perspectives en oncogériatrie. La thématique oncogériatrique, issue du partage de culture et de connaissances entre les gériatres et les oncologues (chirurgiens, oncologues médicaux, radiothéra-

peutes), correspond à un véritable besoin de santé publique. En effet, l'âge étant un facteur de risque majeur de cancer, le vieillissement de la population européenne, et demain mondiale, fait émerger un enjeu colossal pour la prise en charge des patients âgés atteints de cancer. Depuis une décennie, ce travail collaboratif est une réalité, au service de nos patients. Cette approche partagée est même exemplaire pour l'intérêt que peut avoir notre discipline gériatrique aux côtés de nos autres collègues spécialistes. Nous nous proposons de faire un point sur les perspectives qui s'ouvrent à l'oncogériatrie dans différents domaines, tant cliniques que de recherche ou de santé publique. Le dépistage et la prise en charge de la fragilité, axe de développement de notre discipline, a un véritable intérêt en oncogériatrie qui s'y intéresse depuis son avènement. Les aspects nutritionnels constituent un point critique dans ce contexte, et ont une place particulière au sein de l'évaluation gérontologique approfondie en oncogériatrie. Ce sont ces aspects, notamment, que nous développerons dans notre session avec nos experts francophones.

Etude de la sarcopénie, de la cachexie et de la dénutrition chez le patient âgé cancéreux.

Sandra De Breucker - Hôpital Erasme, service de gériatrie, Université Libre de Bruxelles, Belgique. Le vieillissement est accompagné d'une perte de masse musculaire d'environ 50 % entre 20 et 80 ans, appelée aussi sarcopénie. Selon la définition récente de l'European Working Group on Sarcopenia of Older People (Cruz-Jenthoft, Age Ageing 2010), elle s'accompagne d'une perte de force ou de fonction musculaire qui traduit l'impact clinique de cette fonte musculaire. En outre, la cachexie liée au cancer accroît la fonte musculaire de ces patients âgés de manière plus ou moins importante selon le type de cancer. Celle-ci se définit par une perte de poids intéressant la masse maigre et la masse grasse, et un syndrome inflammatoire. Fearon et al ont proposé une définition basée sur la perte de poids, l'IMC ou la sarcopénie définie par la masse musculaire squelettique appendiculaire (Fearon K, Lancet Oncol 2011). Outre ces deux syndromes, la personne âgée présente un risque plus ou moins important de dénutrition dont les étiologies sont en général multifactorielles. Cependant, il n'existe à ce jour aucune définition claire permettant de différencier la sarcopénie de la cachexie ou de la dénutrition chez les patients âgés cancéreux. Notre recherche en cours a pour objectif primaire l'étude des marqueurs cliniques ou biologiques qui permettraient de mieux définir, voire différencier ces syndromes. L'objectif secondaire étudiera la contribution de l'inflammation et de la malnutrition sur la performance musculaire et la masse musculaire, sur l'indépendance physique, la fatigue et la qualité de vie des patients âgés. Les patients inclus ont plus de 70 ans, sont atteints d'un cancer nouvellement diagnostiqué, et ont fait l'objet d'une évaluation gériatrique standardisée, d'une analyse de la force musculaire par un dynamomètre de force, d'une analyse de la composition corporelle par impédancemétrie et anthropométrie (en vue de mesurer la masse et l'index de masse musculaires) et d'un prélèvement sanguin pour l'analyse des paramètres nutritionnels (alb, prealb, IGF-1) et inflammatoires (CRP, IL1, IL6, HSP70, TNF α , IFN γ). Mots clés: cancer, sarcopénie, cachexie, dénutrition.

Le Programme de Cancer et Vieillesse à McGill: Perspectives clinique, de recherche et d'enseignement.

D. Wan-Chow-Wah, MD, FRCPC Professeure adjointe, Division de Gériatrie et Département d'Oncologie, Université McGill. Les objectifs de cette intervention sont comme suit: 1. Présenter la clinique

d'oncogériatrie du Centre du cancer Segal de l'Hôpital Général Juif, Montréal, Québec, Canada. 2. Comprendre les différents projets de recherche menés par notre groupe sur le cancer chez les personnes âgées. 3. En savoir plus sur les activités d'enseignement et les opportunités en oncogériatrie à l'Université McGill Cette présentation décrira comment la clinique d'oncogériatrie du Centre du cancer Segal de l'Hôpital Général Juif, une des rares cliniques de ce genre au Canada, fut fondée en 2006. À partir de notre base de données de la clinique, je décrirai la population de patients vus à ce jour, y compris les raisons pour lesquelles ils nous sont référés, les résultats de l'évaluation gériatrique approfondie, et les différentes interventions effectuées auprès de cette clientèle. Le rôle important de l'infirmière pivot en oncogériatrie sera aussi discuté. Dans la perspective de recherche, je discuterai de certaines études menées par notre groupe sur l'état de santé et l'état fonctionnel des patients âgés atteints de cancer, ainsi que des études qualitatives sur les pratiques et les attitudes des médecins dans les soins pour les patients cancéreux âgés. Je terminerai en soulignant nos activités d'enseignement et de rayonnement en oncogériatrie.

Fragilité et comorbidités en oncogériatrie. Dr F. Retornaz - Centre Gérontologique Départemental, Marseille, France. La prise en charge optimale du cancer du patient âgé est un véritable défi pour le clinicien. En effet, l'élément majeur guidant la prise en charge du patient est l'estimation de son état de santé. Dans ce cadre, l'évaluation oncogériatrique mesurant l'état de fragilité, le poids du fardeau de comorbidités d'un patient est conseillée. La fragilité traduit une diminution de l'homéostasie et de la résistance face au stress qui augmente la vulnérabilité d'une personne âgée lors d'un stress (par exemple la chimiothérapie) et qui l'exposera à un risque d'évolution défavorable (incapacités, chutes, décès...). Un certain nombre de marqueurs de fragilité sont identifiés et plusieurs modèles sont proposés dans la littérature sans qu'aucun ne fasse actuellement l'objet d'un consensus. Les rares études utilisant les marqueurs de fragilité en oncologie ont montré que la prévalence de ces marqueurs était élevée et que certains d'entre eux pourraient en outre prédire la toxicité des traitements anticancéreux. Les comorbidités sont définies comme «les entités médicales aiguës, chroniques qui interagissent avec une pathologie index». Deux façons complémentaires permettent d'étudier les comorbidités, l'étude de comorbidités individuelles et spécifiques et celle axée sur le fardeau de morbidité. Il existe une relation particulière entre les comorbidités individuelles et le cancer. En effet, des comorbidités spécifiques semblent être associées de façon positive ou négative au cancer. Des comorbidités pourraient donc être des facteurs de risques de cancer quand d'autres seraient des éléments protecteurs. De plus, les études semblent montrer que la taille de l'effet entre les comorbidités et le cancer augmenterait avec l'âge. Enfin, le fardeau de comorbidité semble refléter une plus grande vulnérabilité des patients cancéreux entraînant un impact sur leur niveau de morbidité. L'étude de la fragilité et des comorbidités en oncogériatrie sera donc discutée dans cette communication.

Intérêt de l'Évaluation Gériatrique Approfondie en OncoGériatrie. Pr E. Paillaud - Unité de Coordination en OncoGériatrie Département de médecine interne et gériatrie Groupe Hospitalier Mondor, Créteil, 94010, Cedex, France. Depuis plusieurs années, la littérature internationale recommande la réalisation d'une évaluation gériatrique approfondie (EGA) (ou Comprehensive Geriatric

Assessment (CGA)) chez les patients âgés atteints de cancer. L'EGA est une procédure diagnostique et interventionnelle, multidimensionnelle et pluridisciplinaire, qui permet d'appréhender globalement l'état de santé du patient âgé dans le but de mettre une place une prise en charge adaptée. L'EGA repose sur l'utilisation d'échelles validées qui apprécient différents domaines du sujet âgé : comorbidités et leurs traitements, autonomie physique et psychique, état nutritionnel, état thymique, et environnement socio-économique. En population générale, elle a démontré son intérêt pour améliorer la qualité de vie, favoriser le maintien à domicile, améliorer l'état fonctionnel, réduire le taux d'hospitalisation et même améliorer la survie dans certaines études. Même si l'intérêt de l'EGA n'a pas spécifiquement été démontré chez les malades âgés atteints de cancer, la plupart de ses composants sont corrélés à la toxicité des traitements et à la mortalité. Les objectifs de l'EGA sont multiples : - estimer l'espérance de vie en fonction des comorbidités et des syndromes gériatriques ; - hiérarchiser les comorbidités et leur prise en charge par rapport à celle du cancer ; - déterminer les facteurs gériatriques qui peuvent interférer avec le traitement anticancéreux ; - mettre en place les mesures correctives pour prendre en charge les problèmes réversibles identifiés, dans le cadre d'un plan de soins personnalisé afin de préserver sa qualité de vie ; - assurer un suivi médico-psycho-social tout au long de la prise en charge du cancer. Dans le domaine particulier de l'onco-gériatrie, l'EGA permet de mieux évaluer la balance bénéfice-risque d'un traitement anticancéreux. Elle constitue une aide à la décision thérapeutique oncologique et à la prise en charge globale du patient âgé atteint de cancer.

S017

Quantité, qualité et distribution des protéines alimentaires pour combattre la sarcopénie

Modérateurs :

S. Chevalier - Département de Médecine - Université McGill - Montréal - Canada

Y. Boirie - Unité de Nutrition Humaine - Institut National de la Recherche Agronomique - Clermont-Ferrand - France

La perte de masse musculaire reliée à l'âge, ou sarcopénie, entraîne des conséquences néfastes sur la capacité fonctionnelle et l'autonomie des personnes âgées. Une prise alimentaire insuffisante de protéines compte parmi les causes probables de sarcopénie. Mais au-delà de la quantité, la qualité physico-chimique des protéines, i.e. la digestibilité et la composition en acides aminés, ainsi que la distribution des protéines au cours des repas sont aussi des facteurs importants à considérer. L'objectif principal de la session est de jeter un nouveau regard sur ces aspects, pouvant mener à des recommandations diététiques mieux appropriées aux personnes âgées. Seront exposés spécifiquement : 1) le concept novateur de seuil anabolique élevé avec le vieillissement selon lequel davantage de protéines sont requises pour une réponse anabolique normale, 2) les propriétés anaboliques potentielles de la leucine, 3) l'impact des protéines dites lentes ou rapides quant à leur digestibilité et 4) l'impact de l'ingestion des protéines en bolus (plutôt que répartie au cours de la journée) sur le gain de masse maigre de patients âgés hospitalisés. Ces aspects seront traités dans un contexte de prévalence élevée d'obésité et de lipotoxicité

musculaire associée, d'insulino-résistance et de sédentarisme, et finalement, de dénutrition fréquente en milieu hospitalier.

Concept du seuil anabolique musculaire au cours du vieillissement: la clé pour des stratégies nutritionnelles efficaces contre la sarcopénie ?

D. Dardevet - Clermont-Ferrand - France. La sarcopénie est la perte de masse et de fonctionnalité musculaire associée avec le vieillissement. Celle-ci est le résultat d'une perte de protéines musculaires soit lente et progressive, soit la conséquence d'un défaut de récupération de la masse protéique après un état catabolique. Il est aujourd'hui bien établi que l'anabolisme protéique musculaire devient déficient après la prise alimentaire et ceci malgré un apport protéique considéré comme normal. Les principaux acteurs de cette stimulation protéique postprandiale sont l'insuline mais aussi les acides alimentaires ingérés. Il a été montré aussi bien chez l'Homme que chez l'animal âgé, que la synthèse protéique devenait résistante à l'augmentation des acides aminés alimentaires et que le signal anabolique (voie mTOR) porté par ces acides aminés (notamment la leucine) était altéré. Nous émettons l'hypothèse qu'il existe au niveau musculaire un « seuil anabolique » minimal qui doit être atteint par les facteurs anaboliques (acides aminés) afin que ceux-ci puissent stimuler la synthèse des protéines musculaires après la prise alimentaire. Ce seuil anabolique conditionnerait non seulement l'intensité de la réponse anabolique mais aussi sa durée durant la période post prandiale. Au cours du vieillissement, ce « seuil anabolique » deviendrait plus élevé et ne permettrait donc pas aux acides aminés alimentaires de déclencher un signal anabolique optimal nécessaire à l'anabolisme musculaire. L'origine de cette élévation du seuil anabolique post prandial avec l'âge reste méconnu, cependant le développement de l'inflammation bas bruit et du stress oxydant restent des hypothèses probables et prometteuses. Outre l'effet bénéfique de l'exercice physique, des solutions nutritionnelles ont été étudiées et celles-ci reposent sur deux principales stratégies : 1) la baisse du seuil anabolique par des nutriments antioxydants ou anti-inflammatoires et 2) l'adéquation de l'apport protéique à ce nouveau seuil anabolique.

La leucine: un acide aminé aux propriétés anaboliques. *S. Chevalier - Montréal - Canada.* De tous les acides aminés essentiels (ne pouvant être synthétisés par l'organisme humain) servant de substrats pour la synthèse protéique, la leucine est maintenant reconnue comme régulatrice de cette fonction cellulaire. La leucine agit en stimulant la traduction de l'ARNm par la voie mTOR. Par ailleurs, la leucine est un sécrétagogue d'insuline, l'hormone post prandiale anabolisante par excellence. Ces deux fonctions procurent à la leucine un double potentiel anabolique, en particulier en condition d'insulino-résistance, couramment présente chez la personne âgée. En effet, nous avons démontré que des personnes âgées ayant une sensibilité réduite à l'insuline (mesurée par l'utilisation du glucose durant un clamp hyperinsulinique) ont aussi une moindre réponse anabolique à l'insuline. Cependant, l'infusion d'acides aminés riche en leucine, à des niveaux post prandiaux élevés, normalise ce défaut. Ces observations vont de pair avec celles démontrant une réponse normale à une prise orale élevée en acides aminés essentiels, normalisant ainsi la résistance anabolique à une quantité plus faible. En regard de la leucine spécifiquement, des études à court terme et de supplémentation chronique ont démontré une synthèse protéique musculaire davantage stimulée par la prise de boisson d'acides aminés essentiels ou repas liquides en-

richis en leucine, chez des gens âgés. Par contre, deux études de supplémentation maintenue pendant 3 et 6 mois n'ont pas démontré d'effets notables sur le gain de masse maigre (ou musculaire) chez des hommes âgés en santé (non-sarcopéniques) ou diabétiques. En lien avec le concept de seuil anabolique, il est donc possible que les suppléments de leucine ne soient bénéfiques qu'en situations de besoins élevés, et lorsque combinés à une ingestion suffisante d'autres acides aminés simultanément.

Lipotoxicité musculaire comme facteur de sarcopénie: utilité des protéines rapides ?

Y. Boirie - Unité de Nutrition Humaine - Institut National de la Recherche Agronomique - Clermont-Ferrand - France. Le vieillissement se caractérise par des changements de la composition corporelle associés à une diminution de la sensibilité à l'insuline pouvant affecter de nombreuses activités métaboliques. Au niveau musculaire, l'insulinorésistance contribue à la « résistance anabolique » postprandiale et induit une moindre stimulation de la synthèse protéique musculaire. Des travaux récents indiquent que l'obésité amplifie ces perturbations en raison de l'adiposité centrale mais aussi du fait d'une lipotoxicité accrue dans les muscles squelettiques d'individus âgés. En effet, l'adiposité est inversement liée à la vitesse de synthèse protéique musculaire soulignant le fait qu'une augmentation de l'infiltration lipidique intramusculaire avec l'âge serait impliquée dans l'instauration de l'insulinorésistance. Il a été justement montré que les céramides, métabolites toxiques des acides gras, sont capables de perturber la synthèse protéique musculaire et donc d'être un acteur majeur dans le développement de la sarcopénie. Cette résistance anabolique à l'insuline provient de l'accumulation lipidique, de l'inflammation de bas grade, de l'inactivité mais le déficit en vitamine D peut y contribuer. Toutes ces nouvelles données permettent d'établir des stratégies nutritionnelles visant d'une part à restituer les voies de stimulation de la synthèse protéique liées à l'insuline tout en limitant les facteurs capables de s'y opposer. Ainsi, les pistes de réflexion portent sur l'alimentation, et naturellement sur les protéines mais aussi l'activité physique dont les effets bénéfiques sont synergiques à ceux des protéines. Par ailleurs, il semble que la disponibilité postprandiale des acides aminés soit déterminante pour la stimulation musculaire : c'est la raison pour laquelle l'hypothèse qu'une protéine à digestion rapide peut faciliter l'anabolisme protéique postprandial dans le muscle de sujets âgés résistants est proposée pour limiter le développement de la sarcopénie et améliorer la qualité de vie des sujets âgés.

Impact de l'ingestion de protéines en bolus sur la masse maigre de patients âgés dénutris hospitalisés.

O. Bouillanne - Limeil-Brévannes - France. La résistance anabolique à l'apport protéique pourrait s'expliquer par la disponibilité systémique réduite des acides aminés, due à une séquestration splanchnique. De prendre les protéines alimentaires en bolus (~80 % de l'apport quotidien en un repas) pourrait saturer cette séquestration et permettre la synthèse protéique musculaire. Cette stratégie novatrice a été testée dans une étude contrôlée, randomisée de 66 patients âgés dénutris ou à risque, hébergés en unité de réadaptation. MÉTHODES : Le groupe 1 (n = 36) a reçu une diète avec protéines réparties en quatre repas, et le groupe 2 (n = 30) a reçu 72 % des protéines quotidiennes au déjeuner (total 1,3g/kg/d), pendant 6 semaines. La composition corporelle a été mesurée par DXA et biométrie, la force musculaire, par dynamométrie et les activités de la vie quotidienne (ADL), par questionnaire. RÉSULTATS : La

diète en bolus s'est avérée significativement plus efficace quant à l'amélioration des indices de masse maigre, de masse musculaire appendiculaire et de masse cellulaire corporelle. À l'opposé, les taux d'albumine sérique ont été davantage améliorés par la diète répartie (groupe 1). Aucune différence dans l'amélioration de force musculaire et du score ADL n'a été notée entre des deux groupes. Conclusions : Cette étude, la première à être effectuée à long terme, démontre que l'ingestion de protéines en bolus peut exercer un effet clinique bénéfique sur la masse maigre de personnes âgées dénutries hospitalisées.

S018

Suivi de la population "Belfrail" + Cohorte 65+ : Résultats du suivi longitudinal

Modérateurs :

J. Degryse

C. Büla - Gériatrie et Réadaptation gériatrique - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) – Lausanne - Suisse

S019

Prévention et prise en charge du delirium

Modérateurs :

B. Leruste - Gériatrie - Hôpital Erasme, Université Libre de Bruxelles - Bruxelles - Belgique

E. Lechanteur - Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

Le delirium constitue un problème fréquent au sein des structures gériatriques. Le risque de développer un delirium est particulièrement élevé en gériatrie chez des patients présentant une démence, une comorbidité importante, une exposition à des prescriptions inappropriées. Comme de nombreux syndromes gériatriques une approche multidisciplinaire est essentielle dans la prévention et le traitement du delirium. De nombreux modèles sont proposés pour améliorer la prévention dont la base repose souvent sur l'éducation des équipes soignantes, la reconnaissance des facteurs prédisposant et facilitant, la détection des premiers symptômes et une stratégie d'intervention. Cette session a pour but de partager plusieurs expériences dans ce domaine : celles de *P. Voyer (Canada)*, *A. Gentric, F. Puisieux (France)*, *J-C Lemper (Belgique)*.

RADAR : Un outil valide pour repérer les signes de delirium et applicable à la réalité clinique. *P. Voyer - Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada.* Introduction : Le delirium est souvent sous-détecté par les infirmières. Le RADAR a été développé pour faciliter le repérage des signes du delirium par le personnel infirmier lors de la distribution des médicaments. L'objectif de cette étude était de valider ce nouvel outil de repérage. Méthode : 45 énoncés visant le repérage de signes pouvant indiquer la présence de symptômes de delirium lors de la distribution des médicaments ont été développés et testés auprès du personnel infirmier afin d'évaluer leur clarté. Les 12 meilleurs items ont été sélectionnés pour composer la version initiale du RADAR qui fut aussi évalué par un comité d'experts afin d'assurer sa validité de contenu. Le RADAR a par la suite été testé dans trois cycles d'implantation auprès de plus de 300 patients âgés hospitalisés ou encore hébergés dans les milieux de soins de long séjour. Résultats : La version finale du RADAR ne comprend que 3 items. Il s'administre en moyenne en 7 secondes. Les pourcentages d'accord entre les items du RADAR administrés par le personnel infirmier et ceux administrés par les assistants de recherche varient

de 77 à 100 % alors que les valeurs kappa sont de 0.47 à 1. La sensibilité du RADAR est de 64 % et sa spécificité est de 85 % pour toute population âgée confondue. Pour les aînés sans trouble cognitif antérieur, la sensibilité est de 80 % et sa spécificité est de 86 %. L'outil a été très bien accepté par le personnel infirmier participant ($\geq 95\%$). Conclusion : L'étude a démontré que les propriétés psychométriques du RADAR sont excellentes et que l'implantation de cet outil dans les établissements de soins aigus et de soins de longue durée est faisable.

Prévention du delirium en unité de traumatologie et en unité de gériatrie : une étude comparative.

A. Gentric - Acute geriatric care unit, CHRU Brest EA 4686 University of Bretagne Occidentale, Brest, France. Le syndrome confusionnel est une complication postopératoire fréquente après chirurgie pour fracture de hanche (25 à 65%) avec doublement de la mortalité, du déclin fonctionnel, du déclin cognitif et de l'entrée en institution à un an. Les facteurs de risque du syndrome confusionnel sont bien connus : âge supérieur à 75 ans, altération des fonctions cognitives, déficits sensoriels. En service médecine, une prévention multidimensionnelle non pharmacologique a prouvé son efficacité à réduire de 40 à 89% l'incidence du syndrome confusionnel. Après fracture de hanche, une méta-analyse de 3 études a également montré une réduction de 25% de cette incidence.

Cependant dans toutes ces études, le plan de prévention est élaboré après une évaluation gériatrique multidimensionnelle. En pratique clinique, une telle évaluation préopératoire n'est pas souvent possible. Le but de notre étude était d'évaluer chez des patients de plus de 75 ans, hospitalisés pour fracture de hanche après un traumatisme de faible énergie, l'impact d'une prise en soin gériatrique systématique : protocole d'orientation temporo-spatiale, aide visuelle et/ou auditive, éviction des contentions, respect du cycle de sommeil, mobilisation active précoce. Notre étude comparative a été menée du 31/10/2010 au 01/03/2011 dans deux unités de traumatologie (une unité intervention à Brest, une unité contrôle à Quimper). 83 patients non confus à leur entrée ont été inclus dans le groupe contrôle, 85 dans le groupe intervention. Ils étaient comparables en termes d'âge, de sexe et de comorbidité. Le critère principal de l'étude était l'incidence de la confusion postopératoire de J1 à la sortie. Une CAM (Confusion assessment method) était réalisée chaque jour. Les critères secondaires étaient la durée de l'épisode confusionnel et la durée moyenne de séjour. 51.8% des patients sont devenus confus dans l'unité contrôle versus 28.6% dans l'unité intervention [RR=0.38 (IC 95% 0.19-0.75)], la durée moyenne de l'épisode confusionnel était significativement réduite dans le groupe intervention (6.1 versus 2.46 jours), la durée moyenne de séjour n'était pas différente. Une prise en charge gériatrique systématique permet de réduire l'incidence de la confusion postopératoire de 62% chez des patients âgés, fragiles, hospitalisés pour une fracture de hanche. Une coopération entre orthopédistes et gériatres est nécessaire.

Projet qualité : Prise en charge du delirium. *J-C. Lemper - Collège de Gériatrie, Ministère des Affaires Publiques et de la Santé, Bruxelles - Belgique.* La mission du Collège de Gériatrie est de conduire des projets "qualité" aux sein des services de gériatrie belges. En 2012 le thème choisi du programme qualité a concerné la prise en charge du delirium en raison de sa prévalence élevée en gériatrie, de ses conséquences sévères mais aussi parce que la littérature médicale rend compte de la possibilité de développer des stratégies de prévention et de prise en charge efficaces. Le Collège

de Gériatrie a rassemblé un groupe pluridisciplinaire d'experts pour réaliser un triptyque qui résume de manière simple et opérationnelle les messages à diffuser au sein des équipes à propos de la détection des sujets à risque, de l'implémentation de stratégies de prévention, de prise en charge et de surveillance.

Confusion et dysfonction cognitive postopératoire : deux bonnes raisons pour le gériatre d'entrer en chirurgie. F. Puisieux - Faculté de Médecine Henri Warembourg – Université Lille 2, France

En dépit des progrès des techniques chirurgicales et anesthésiques, un nombre important de personnes âgées développe dans les suites d'une intervention chirurgicale des troubles cognitifs. Ces troubles comprennent principalement la confusion postopératoire survenant lors de la phase postopératoire précoce et la dysfonction cognitive postopératoire (DCPO) pouvant durer plusieurs mois, voire années, et dont la réversibilité totale ou partielle est incertaine. Bien que plusieurs autres facteurs de risque aient été rapportés (bas niveau socio-éducatif, antécédent d'accident vasculaire cérébral, chirurgie cardiaque ou vasculaire,...), l'âge est le seul qui soit constamment retrouvé dans les études. Le rôle propre de la chirurgie et de l'anesthésie fait l'objet de controverses. La physiopathologie de la DCPO est probablement multifactorielle (hypo-perfusion, hypoxie, embolie,...) mais reste en réalité largement inconnue. La DCPO est associée à une perte d'indépendance et de qualité de vie et à une surmortalité. Les liens entre confusion et DCPO, d'une part, et entre DCPO et démence, d'autre part, font aussi l'objet de débats. Il n'y a pas aujourd'hui de traitement préventif ou curatif défini de la DCPO, malgré quelques essais cliniques récemment développés. Le gériatre au sein d'une équipe pluridisciplinaire a un rôle essentiel pour diagnostiquer les troubles cognitifs avant et après la chirurgie, repérer les comorbidités et les facteurs de risque de complications post-opératoires, définir un plan de soins et d'aides adapté pour les personnes âgées fragiles. Il a aussi un rôle important dans le développement des travaux de recherche sur la DCPO, sur laquelle beaucoup de questions restent sans réponse.

S020

La vaccination chez les personnes très âgées

Modérateurs :

J. Belmin - Gériatrie - Hôpital Charles Foix - Ivry-sur-Seine - France

T. Fulop - Gériatrie - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

La médecine préventive est un axe majeur de la médecine des personnes âgées. La vaccination représente une arme importante de la prévention des maladies infectieuses qui sont une cause importante de mortalité et d'hospitalisation chez les personnes très âgées. Cette session fait le point en 2014 sur plusieurs grands sujets qui concernent la vaccination dans le grand âge. Le *Pr Larbi* de Singapour présentera un état des lieux des connaissances sur les réponses immunitaires à la vaccination chez les sujets très âgés en fonction de leur état de santé, à partir de ses travaux personnels et des données de la littérature. Le *Pr de Wazières* de Nîmes abordera la question de la vaccination contre le zona et de ses résultats chez les personnes très âgées et des recommandations vaccinales actuelles pour cette vaccination. Le *Pr Joël Belmin* de Paris, proposera un état des connaissances sur la vaccination

en institution gériatrique et les principales recommandations existantes pour cette population et ce contexte de soin particulier. A partir des recherches en cours et des résultats attendus, le *Pr Lounay* de Paris dressera le panorama des vaccins du futur et de leur intérêt potentiel pour la population très âgée.

La réponse vaccinale chez la personne âgée. A. Larbi Singapore Immunology Network (SIgN), Immunos Building, Biopolis. Agency for Science Technology and Research (A*STAR), Singapore. Un des grands progrès dans l'amélioration de la qualité et durée de vie a été la vaccination. Les personnes vieillissantes étant plus susceptibles aux infections la majorité des pays occidentaux leur fournissent les vaccins contre la grippe systématiquement. Ainsi, une diminution de près de 50 % de la mortalité des personnes âgées lors des pics d'influenza a été atteinte grâce à la vaccination contre la grippe. Cependant, une grande partie des personnes âgées ne répond pas correctement à la vaccination contre la grippe. Pourquoi certaines personnes âgées répondent et d'autres pas ? Qui sont ceux qui ne répondent pas ? Existe-t-il un rapport entre les conditions chroniques (cliniques ou sous-cliniques) et la réponse à la vaccination ? Quel est le rôle de l'inflammation et de l'immunosénescence ? Ces questions seront soulevées et nous discuterons des possibles causes qui expliqueraient des défaillances dans la réponse vaccinale, le rôle du diabète et autres conditions chroniques, comment les infections chroniques telles que les herpes influencent la réponse vaccinale. La discussion de l'implication de certains facteurs d'inflammation et cellules immunitaires dans la non-réponse à la vaccination permettra de suggérer les possibles voies qui permettraient d'améliorer les vaccins actuels.

La vaccination contre le zona : un état des lieux en 2014.

B. de Wazières - Benoit Service de gériatrie, Centre hospitalo-universitaire, Nîmes, France. Le zona est fréquent : 50 % des plus de 80 ans feront un zona et près de 20 % des cas présentent une névralgie post zostérienne (NPZ). Elle peut être sévère lorsqu'elle survient sur un terrain particulier, polyopathologique, fragile, polymédiqué. Dans ce contexte des décompensations en cascade aggravent l'impact d'une maladie initialement locale. Zostavax est un vaccin à virus vivant atténué, administré en une seule dose par injection sous-cutanée, et qui a une autorisation européenne. Il apporte une réponse au problème des NPZ et de la qualité de vie. L'étude pivot SPS (Oxman et al. N Engl J Med. 2005 ; 352 : 2271-84.) portait sur 38 546 hommes et femmes âgées de plus de 60 ans (vaccin vs placebo). L'efficacité du vaccin était de 61,1 % pour le score du fardeau de la maladie, de 51,3 % pour l'incidence du zona et de 66,5 % pour l'incidence des NPZ. La tolérance et la sécurité du vaccin ont été bonnes. La durée de protection se maintient à 10 ans et il n'est pas envisagé de rappel (étude SPS, STPS et LTPS). Dans le suivi de cette cohorte, il n'y a pas eu d'augmentation de zona à un âge plus avancé. Ces bons résultats ont été confirmés en population générale dans une étude américaine portant sur 766 330 adultes âgés de plus de 65 ans, dont 13 112 ont développé un zona (Langan PLoS Med 2013). L'incidence a été de 10 cas pour 1 000 personnes-années chez les non vaccinés et 5,4 pour 1000 chez les vaccinés. Une étude française, l'étude Arizona, montre que malgré une prise en charge initiale optimale, les neuropathies restent fréquentes et altèrent la qualité de vie. Les méthodes de prévention étant limitées, seule la vaccination permettra une diminution du fardeau que représente le zona en gériatrie.

Quelles vaccinations en maisons de retraite et autres institutions gériatriques? J. Belmin - Service de gériatrie, Hôpital Charles Foix et Université Pierre et Marie Curie-Paris 6 (UPMC), Ivry-sur-Seine, France. Les maladies infectieuses représentent la première cause de mortalité dans les institutions gériatriques et compte tenu du mode de vie en collectivité, le risque d'épidémies est omniprésent. La vaccination fait partie des stratégies de prévention des maladies infectieuses. Cette population spécifique est désormais prise en compte dans la plupart des recommandations des politiques vaccinales. La vaccination grippale des résidents est certainement la plus importante, même si leurs réponses immunitaires sont souvent amoindries du fait du grand âge, de la dénutrition et des maladies chroniques. Si la vaccination grippale des personnels de soin permet aussi de réduire la circulation des virus grippaux dans l'établissement et protège les résidents, la proportion de personnel vacciné chaque année est souvent insuffisante. Un essai multicentrique randomisé mené dans des maisons de retraite du Japon a montré que la vaccination pneumococcique à 23 valences diminue le risque de pneumonie. Cette vaccination est encore sous-utilisée dans cette population. Bien que le risque de contracter les maladies correspondantes en maison de retraite soit insignifiant, les rappels de vaccinations tétanique, polio et diphtérie restent recommandés. La vaccination contre le zona n'a pas été étudiée dans cette population spécifique. La coqueluche est un risque émergent et plusieurs épidémies en collectivité gériatrique ont été décrites. Des recommandations vaccinales ont été émises pour certains personnels de soin exposés au risque de contact avec l'agent de cette maladie.

Les vaccins de demain et leur intérêt potentiel pour les personnes âgées. O. Launay - Université Paris Descartes, Paris Sorbonne Cité; Inserm CiC BT505; Hôpital Cochin, Paris, France. Avec l'âge et le vieillissement du système immunitaire, les infections sont plus fréquentes et plus graves chez les personnes âgées et la vaccination prend une importance cruciale pour leur prévention. Les enjeux pour le futur dans cette population sont importants. Il s'agit d'une part d'augmenter la couverture vaccinale pour les vaccins déjà disponibles mais aussi de développer de nouveaux vaccins. Les vaccins de demain ont pour objectifs d'être plus immunogènes et ainsi plus efficaces que les vaccins déjà existants et de prévenir des infections plus fréquentes et/ou plus sévères dans cette population. De plus la vaccination thérapeutique ou « immunothérapie spécifique » vise dans certains cas les personnes âgées. Ainsi au cours des dernières années des vaccins contre le zona, la grippe ou les infections invasives à pneumocoque ont été évalués spécifiquement chez les personnes âgées. Par ailleurs, des vaccins sont en cours de développement spécifiquement dans cette population : un vaccin contre les infections à *Clostridium difficile* ou des vaccins antigrippaux plus immunogènes que les vaccins actuellement disponibles. En thérapeutique, des essais sont en cours avec des vaccins contre le cancer de la prostate ou la maladie d'Alzheimer.

S021

Les enjeux neurocognitifs de la vitamine D chez la personne âgée

Modérateurs :

C. Annweiler - Service de Gérontologie

Clinique - CHU d'Angers - Angers - France

J. A. Morais - Gériatrie - McGill University - Montréal - Canada

Ce symposium vise à rappeler qu'une alimentation saine est un facteur protecteur de la survenue de pathologie démentielle chez la personne âgée, et à élucider les effets neuroprotecteurs de la consommation régulière d'aliments riches en vitamine D. Au-delà de ses propriétés traditionnellement reconnues de régulation du métabolisme phosphocalcique, la vitamine D est une hormone neurostéroïde indispensable au fonctionnement neurophysiologique (régulation de plusieurs neurotransmetteurs et neurotrophines) avec en outre une action neuroprotectrice anti-inflammatoire et anti-oxydante. Au contraire son insuffisance, extrêmement prévalente chez la personne âgée, pourrait engendrer des dysfonctionnements du système nerveux central, expliquant en partie les troubles cognitifs rencontrés dans cette population. L'épidémiologie est cohérente avec cette notion et rapporte une association entre hypovitaminose D et trouble cognitif, que ce soit en population âgée générale ou chez le malade Alzheimer. Les essais d'intervention confirment la relation de causalité et quantifient l'efficacité cognitive de la supplémentation vitaminique D chez la personne âgée, ce qui suscite des perspectives en matière de prévention primo-secondaire des troubles cognitifs chez la personne âgée par un apport exogène de vitamine D, apport dont les modalités et l'impact seront discutés en conclusion de ce symposium.

Nutrition des seniors : impact de la qualité de la diète et de la vitamine D sur la cognition.

J. A. Morais - Montréal - Canada. Les sources alimentaires de vitamine D sont majoritairement les poissons gras, les produits laitiers enrichis, les œufs et la margarine. La plupart des études transversales et longitudinales sur la vitamine D ont montré une association positive indépendante avec la cognition. En particulier, il a été rapporté que le risque de maladie d'Alzheimer était divisé par 5 après 7 ans chez les femmes âgées de 75 ans et plus consommant plus de 800 UI de vitamine D par jour. L'établissement d'un lien entre la vitamine D et la cognition doit impérativement prendre en compte les autres nutriments, car les déficiences alimentaires sont multiples et plusieurs autres vitamines sont impliquées dans la cognition. Il existe aussi d'importantes interactions entre la nutrition, l'âge, la scolarité, le statut socio-économique, le sexe et la cognition. Dans un échantillon de l'étude longitudinale NuAge composée d'une cohorte de seniors de la province du Québec, seulement 50 % des individus avaient un niveau sérique optimal > 75 nmol/L. Nous avons trouvé dans cette population que, en dépit du fait que la qualité de la diète (et en particulier les produits laitiers) fût associée à une meilleure performance cognitive, cette relation disparaissait lors de la prise en compte des cofacteurs. En revanche, la prise régulière de multivitamines avait un effet positif sur la prévention du déclin cognitif. De plus, le rôle de la qualité de la diète et de la participation sociale sur la cognition se faisait sentir seulement chez les individus avec une pauvre scolarité. Malgré l'existence d'indices encourageants en faveur d'un rôle protecteur de la vitamine D contre le déclin cognitif chez la personne âgée, la question de son efficacité ne pourra être définitivement élucidée que par une étude d'intervention conduite sur plusieurs années.

La vitamine D, une hormone neurostéroïde utile aux processus cognitifs.

F. Féron - Marseille - France. La vitamine D contrôle l'expression de l'ARNm et de la synthèse protéique de nombreux gènes au sein des neurones cérébraux. Cette hormone neurostéroïde exerce des rôles immunomodulateur, neuroprotecteur,

anti-oxydant, et neurotrophique. Sa carence a été associée à plusieurs maladies neurodégénératives, dont la maladie d'Alzheimer. En particulier, il a été mis en évidence chez certains patients Alzheimer i) une association entre polymorphismes du récepteur à la vitamine D (VDR) et capacités cognitives, et ii) une diminution des niveaux d'ARNm du VDR dans l'hippocampe. Récemment, il a été montré que la vitamine D i) accroît la clairance du peptide β -amyloïde humain à travers la barrière hémato-encéphalique du cerveau de souris, et ii) prévient les altérations induites par le peptide β -amyloïde dans des cultures de neurones corticaux. D'autres observations expérimentales indiquent qu'une carence en vitamine D3 augmente les déficits d'apprentissage spatial dans un modèle rat de la MA et, qu'à l'inverse, la supplémentation en vitamine D3 réduit certains marqueurs pathologiques de la maladie, telle que l'agrégation du peptide β -amyloïde, dans un modèle murin de la MA. Des travaux menés par notre équipe ont démontré, à l'aide d'un autre modèle de souris transgénique de la MA, qu'une supplémentation de 4 mois en vitamine D3 i) réduit les déficits mnésiques, ii) diminue l'astroglie et l'accumulation de plaques séniles, et iii) induit une sous-expression de certains gènes liés à l'APP (Amyloid Precursor Protein). Suite à une analyse bioinformatique détaillée, nous proposons plusieurs voies métaboliques, cibles potentielles de la vitamine D. L'une d'entre elles fait intervenir l'interféron gamma, les GTPases qui lui sont associées, et le complexe majeur d'histocompatibilité de classe II.

Hypovitaminose D et troubles cognitifs: approche observationnelle chez la personne âgée. D. Llewellyn - Exeter - Royaume-Uni. Les premières études ayant examiné les relations entre la concentration circulante de vitamine D et les fonctions cognitives ou la démence ont montré des résultats contradictoires. Néanmoins, les échantillons inclus étaient généralement sélectionnés et de petite taille, et les potentiels facteurs de confusion insuffisamment pris en compte. Comme l'intérêt pour les effets non-osseux de la vitamine D n'a cessé de croître au cours de la dernière décennie, de nouvelles études plus larges et représentatives ont été récemment conduites et ont montré que les faibles taux de vitamine D chez la personne âgée étaient associés à des troubles cognitifs et à la maladie d'Alzheimer. La possibilité d'une relation causale inverse restait néanmoins une préoccupation importante (en d'autres termes, l'hypovitaminose D précipite-t-elle le déclin cognitif, ou le déclin cognitif entraîne-t-il l'hypovitaminose D?). L'analyse de la cohorte InCHIANTI a permis d'établir la séquence temporelle entre hypovitaminose D et troubles cognitifs, et a rapporté que les personnes âgées souffrant d'hypovitaminose D sévère (< 25 nmol/L) avaient un risque considérablement accru de déclin cognitif global et de syndrome dysexécutif par rapport à celles ayant des concentrations élevées (> 75 nmol/L). Ce résultat a été confirmé par d'autres études prospectives, notamment l'analyse des cohortes MrOS et SOF. Qui plus est, au-delà du simple déclin cognitif, des études préliminaires ont également confirmé que les faibles niveaux de vitamine D étaient associés à un risque accru de maladie d'Alzheimer et de démence toutes causes confondues. Enfin, les études de neuro-imagerie en cours, qu'elles soient transversales ou prospectives, seront susceptibles d'apporter de nouvelles informations sur les mécanismes neurodégénératifs et cérébrovasculaires liés à l'hypovitaminose D. En conclusion, il est maintenant clair que les faibles niveaux de la vitamine D contribuent au risque de déclin cognitif et de démence chez la personne âgée.

Apports vitaminiques D et cognition: que disent les interventions? Implications pour la pratique clinique. C. Annweiler - Angers - France. L'hypovitaminose D augmente le risque de déclin cognitif chez la personne âgée. Il apparaît donc judicieux de maintenir des taux de vitamine D élevés. Ainsi, les apports élevés de vitamine D, qu'ils soient alimentaires, liés à l'exposition solaire ou à la supplémentation, sont associés à un meilleur fonctionnement cognitif dans cette population. Consommer plus de 800 UI de vitamine D par jour permet de diviser le risque de maladie d'Alzheimer (MA) par 5 après 7 ans. Cet effet est confirmé par les essais interventionnels qui rapportent une amélioration de la performance cognitive suite à la supplémentation vitaminique D, et ce en population âgée générale mais aussi chez les patients présentant déjà des symptômes de MA. Le bénéfice cognitif apparaît dès 4 semaines de supplémentation, et concerne particulièrement les fonctions exécutives et la vitesse de traitement. Des doses supra-physiologiques ne semblent pas nécessaires pour obtenir un effet cognitif, et les schémas de supplémentation consensuels, dont l'objectif est de faire remonter la concentration de vitamine D au-dessus de 30 ng/mL (75 nmol/L), paraissent suffisants. Quoiqu'il en soit, alors que la plupart des personnes âgées présentent une hypovitaminose D, toutes ne développeront pas une MA. Il est donc improbable que l'hypovitaminose D puisse expliquer à elle seule la survenue de MA, et que la supplémentation vitaminique D seule soit suffisante pour prévenir cette maladie. Une solution pourrait être de combiner la vitamine D avec une autre molécule, dont les effets protecteurs seraient complémentaires de ceux de la vitamine D, afin de constituer un médicament neuroprotecteur multi-cibles. A titre d'exemple, la vitamine D majore l'efficacité de la mémantine, un traitement anti-démence symptomatique, avec un gain de 4 points au MMSE chez les patients MA traités pendant 6 mois. Ces résultats suscitent des perspectives encourageantes pour la prévention, le ralentissement et/ou la correction des troubles neurologiques à l'origine de la MA.

S022

Activité et cerveau vieillissant: Nature du lien et impact pour la prévention et de l'intervention

Modérateurs:

S. Belleville - Institut Universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

S. Adam - Unité de Psychologie de la Sénescence - Université de Liège - Liège - Belgique

Si de nombreuses études suggèrent que certaines fonctions cognitives déclinent avec l'âge, ce déclin n'apparaît cependant pas uniforme; la nature fournissant dans ce sens des exemples de personnes âgées qui maintiennent leur vitalité cognitive, même à des âges très avancés. Sur base de ces observations, Stern proposent le concept de « réserve cognitive » (RC) pour rendre compte de l'effet différentiel de l'âge ou de pathologies comme la maladie d'Alzheimer (MA) sur le fonctionnement cognitif. Ce concept reflète le fait que l'intelligence innée, ou certains aspects liés aux expériences de la vie tels que le niveau d'éducation et les activités (professionnelles ou non-professionnelles), produisent une forme de « réserve » qui permet de limiter les répercussions du déclin cognitif associé à l'âge ou à la MA. L'objet de ce symposium est

d'approfondir la nature du lien existant entre activité (pris dans un sens large) et cerveau. Nous aborderons également (1) la question de la causalité entre activité et cerveau (est-ce l'activité qui influence le cerveau/la cognition, ou est-ce l'inverse ?), et (2) les répercussions de cette littérature par rapport à la prévention du vieillissement cognitif ou aux interventions cognitives qui peuvent être proposées pour la MA.

Contribution de l'approche épidémiologique au concept de réserve cognitive : 20 ans de suivi de la cohorte PAQUID. *Hélène Amieva Professeur de Psychologie INSERM U.897 « Epidémiologie et Biostatistique », Université Bordeaux Segalen – France.* L'hypothèse de « réserve cognitive » (RC) est née des discordances observées entre la clinique et la neuropathologie dans diverses pathologies et en particulier la maladie d'Alzheimer (MA). Les personnes ayant un haut niveau d'éducation pourraient ne pas présenter de difficulté cognitive significative jusqu'à un âge avancé tout en étant porteuses de lésions cérébrales de MA. Ces quinze dernières années, de nombreuses études de neuropsychologie et neuroimagerie ont permis d'enrichir ce concept. L'approche épidémiologique reposant sur le suivi prospectif de grands échantillons de personnes âgées sélectionnées en population générale offre l'opportunité d'apporter un éclairage complémentaire. Les résultats qui seront présentés sont issus de l'étude française Paquid incluant un échantillon initial de 3777 personnes âgées de 65 ans et plus suivies pendant plus de 20 ans. Ce suivi prospectif associé à une recherche active des cas de MA au sein de la cohorte permet d'appréhender la phase pré-démontielle des sujets qui ont développé la maladie au cours du suivi en modélisant l'évolution des performances cognitives et fonctionnelles au cours des 20 années qui ont précédé le diagnostic. Au cours du suivi de la cohorte Paquid, 442 personnes ont développé une MA. La comparaison des trajectoires d'évolution des sujets de haut niveau d'étude versus bas niveau d'étude montre des différences substantielles. Les sujets de haut niveau d'étude ont présenté des signes très subtils de déclin 17 ans avant le diagnostic clinique de MA. Pour autant, ils ont été capables de maintenir un niveau de performance cognitive globale efficient sans répercussion fonctionnelle ou subjective pendant 10 ans. Les sujets de plus bas niveau d'étude quant à eux ont montré les premiers signes de déclin cognitif 7 à 8 ans avant le diagnostic lesquels ont eu une répercussion immédiate sur le plan fonctionnel. Ces résultats illustrent le concept de RC permettant aux sujets de haut niveau de compenser l'apparition des premières lésions de la MA pendant une dizaine d'années.

Entraînement cognitif et réserve cognitive dans le vieillissement normal et le trouble cognitif léger. *S. Belleville - Centre de recherche, Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal et Département de Psychologie, Université de Montréal.* Les individus varient dans leur capacité à résister aux lésions cérébrales et aux effets du vieillissement sur le cerveau. Ces différences de réserve pourraient être sous-tendues par des variations dans la taille du cerveau (réserve passive) et/ou dans le patron de recrutement cérébral (réserve active). Afin de mieux comprendre comment agit la réserve chez les personnes âgées saines, nous examinerons d'abord les différences d'activation fonctionnelle (réserve active) et d'épaisseur corticale (réserve passive) en fonction du niveau d'éducation, un marqueur de réserve reconnu. Ensuite, nous examinerons si la réserve module l'efficacité des interventions cognitives chez les personnes âgées saines ou chez celles

avec un trouble cognitif léger. En effet, la réserve est en grande partie associée au degré de stimulation cognitive reçu par les individus au cours de leur vie. Parce qu'elles sont des formes de stimulation, les interventions cognitives pourraient donc permettre de compenser une réserve déficiente ou encore, d'en accentuer les effets protecteurs. Nos résultats montrent que les personnes âgées avec une haute réserve ont des activations cérébrales différentes de celles avec une faible réserve et une plus grande épaisseur corticale dans des régions associées au contrôle de l'attention. Nos travaux montrent également que les individus âgés avec une faible vs. une haute réserve ne sont pas sensibles aux mêmes types d'intervention cognitive : les interventions mnésiques sont plus bénéfiques pour les personnes avec une plus haute que pour celles avec une plus faible réserve alors que l'inverse est vrai pour les interventions attentionnelles. Ces résultats confirment que la réserve agit tant par ses effets sur la structure que sur la fonction cérébrale et qu'elle pourrait se révéler critique dans le choix d'une intervention cognitive efficace.

Lien entre retraite et cognition dans le vieillissement normal et pathologique : Exploitation des données des enquêtes SHARE, HRS et ICTUS. *S. Adam. Unité de Psychologie de la Sénescence, Université de Liège, Belgique.* Dans une série de travaux récents, nous avons approfondi la relation entre activité et cerveau en examinant plus particulièrement le rôle d'une variable importante : la retraite. Considérée sous l'angle général de la théorie de la RC, une retraite tardive devrait avoir un effet protecteur sur le niveau de RC des sujets âgés : ils restent plus longtemps dans un milieu « enrichi » et cognitivement stimulant. En exploitant les données de deux larges enquêtes sur le vieillissement (SHARE et HRS), nous avons tout d'abord confirmé l'existence d'un lien entre retraite et cognition : un individu de 60 ans qui continue à exercer son emploi a un fonctionnement cognitif meilleur qu'une personne du même âge à la retraite depuis 0 à 4 ans. Nos analyses apportent surtout deux arguments par rapport à la question de la causalité activité/cerveau ; à savoir que c'est bien la retraite qui influence la cognition et non l'inverse : (1) une analyse par pays montre que les performances cognitives de la population âgée sont meilleures dans les pays où la retraite est tardive par rapport à ceux où la retraite est plus précoce ; et (2) les données HRS montrent un parallèle (avec un décalage d'un an) entre l'évolution cognitive et le taux de départ à la retraite (aux États-Unis, on observe un taux de départ à la retraite plus marqué à 62, 65 et 66 ans, et en parallèle, trois pics de déclin significatif de la mémoire sont observés à 63, 66, et 67 ans). Enfin, l'analyse des données de l'enquête ICTUS suggère l'existence d'un lien entre âge de la retraite et âge d'apparition des 1ers symptômes ou du diagnostic de la MA : chaque année d'activité professionnelle supplémentaire diffère l'âge d'apparition des symptômes de 0,36 année et l'âge du diagnostic de 0,34 année. Ces résultats seront discutés en termes de prévention du vieillissement cognitif et de la MA.

L'effet de l'aide informelle des enfants sur les fonctions cognitives des parents âgés. *Eric Bonsang & V. Bordone - Research Centre for Education and the Labour Market (ROA), Maastricht University, and Netspar. Maastricht, Pays-Bas.* Parmi les différentes dimensions de la relation parent/enfant, les soins informels dispensés par les enfants aux parents âgés sont susceptibles d'avoir un impact sur les fonctions cognitives de ces derniers : l'aide informelle peut favoriser la réserve cognitive et ralentir le déclin

cognitif. La littérature suggère en effet que les relations intergénérationnelles peuvent stimuler les fonctions cognitives grâce aux exigences cognitives induites par les interactions sociales et à l'encouragement réciproque de pratiquer des comportements qui préservent la santé. Bien qu'encourageantes, les études suggérant que l'inclusion sociale facilite la résilience cognitive ne sont pas concluantes. Par ailleurs, la « Théorie de la Rupture Sociale » propose un autre mécanisme par lequel des soins excessifs pourraient entraîner une perte d'autonomie résultant du fait que la personne s'habitue à compter sur les autres pour la satisfaction de ses besoins de base ; ce qui affecterait également négativement les fonctions cognitives. La difficulté d'établir un ordre temporel (à savoir si les changements cognitifs conduisent ou font suite à l'engagement/désengagement à l'intégration sociale) a été la principale critique des précédentes études dans ce domaine. Ce papier examine l'effet des soins informels fournis par les enfants sur les fonctions cognitives des parents âgés. Étant donné que la corrélation entre soins informels et fonctions cognitives est susceptible d'être due à une causalité inverse ou à l'hétérogénéité non observée, nous utilisons l'approche par variables instrumentales (IV) en utilisant le pourcentage de filles parmi les enfants en tant qu'instrument pour la quantité de soins informels que les parents reçoivent de leur enfants. Les résultats des modèles IV sur les données de l'Enquête sur la Santé, le Vieillessement et la Retraite en Europe (SHARE) mettent en évidence un effet négatif significatif des soins informels dispensés par les enfants sur les fonctions cognitives des mères. Ces résultats suggèrent que l'excès de soutien aux parents âgés peut entraîner des comportements passifs des personnes âgées, qui peuvent s'avérer préjudiciables pour leurs fonctions cognitives.

S023

L'usage d'outils de repérage ou de suivi pour lutter contre la maltraitance : bilan réflexif et critique

Modérateurs :

R. Moulias - Age Droits et Liberté - Paris - France

M. Beaulieu - Centre de recherche sur le vieillissement - Sherbrooke - Canada

Les conséquences de la maltraitance sur la santé des aînés justifient de la détecter précocement. À l'instar d'autres domaines d'intervention, le champ de la lutte contre cette maltraitance passe de plus en plus par l'usage de divers outils ayant pour but de faciliter le repérage de situations, leur confirmation et leur suivi. Destinés pour être employés par divers professionnels, dans différents lieux, à divers moments de l'intervention, plusieurs de ces outils ne sont pas nécessairement validés tout en étant en usage. Cette session a pour but de comparer l'usage des outils de repérage et de suivi de situations de maltraitance. Le sujet sera d'abord abordé par un inventaire critique des outils validés de détection disponibles au monde, puis par une description assortie d'un regard critique dans 3 états de la Francophonie. D'emblée nous affirmons que la formation des professionnels côtoyant des aînés s'avère essentielle pour améliorer leurs connaissances et leur capacité à repérer et prendre en charge les aînés qui vivent de telles situations. Toutefois, ni la formation, ni le recours à un outil, ne sont suffisants et

des mesures au niveau organisationnel devraient être aussi mises en place pour soutenir le repérage de cas.

La recherche de cas de maltraitance commise envers des aînés – réflexion critique sur la validité des outils disponibles. M.

Beaulieu - Québec, Canada. Les aînés étant fréquemment en contact avec le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), les intervenants de première ligne doivent être en mesure de rechercher et reconnaître les cas de maltraitance. Nous faisons état des connaissances scientifiques sur la recherche de cas de maltraitance envers des aînés par des professionnels du RSSS de première ligne. Des bases de données en santé publique et en sciences sociales furent interrogées pour répondre à 3 questions : 1) Quels sont les facteurs qui influencent la recherche de cas ? 2) Quels sont les outils de détection disponibles et quelle est leur validité ? 3) Quelle est l'efficacité des interventions visant à augmenter la recherche de cas ? Près de 100 articles furent analysés. Des facteurs liés au contexte organisationnel, aux professionnels et aux aînés furent identifiés comme influençant cette recherche de cas. Le manque de connaissances et certaines pratiques et attitudes des professionnels constituent des barrières à la détection. Le contexte clinique et la présence de conditions organisationnelles facilitant la détection et la prise en charge des aînés maltraités sont aussi des facteurs à considérer. Quinze (15) outils validés spécifiques à la maltraitance envers les aînés furent analysés. Quelques propriétés psychométriques sont connues et on remarque une variabilité dans les types de validité documentés et dans la performance des outils. Sept (7) études démontrent la capacité des interventions éducationnelles à améliorer les connaissances et à modifier les attitudes des professionnels. L'acquisition de connaissances ne se traduit pas par une modification des comportements de recherche de cas. Toute stratégie pour favoriser la recherche de cas de maltraitance auprès de la clientèle aînée devrait agir sur l'ensemble des facteurs l'influençant. L'état actuel des connaissances sur les outils de détection incite à les utiliser comme des outils de sensibilisation plutôt que des tests infaillibles.

Méthodologie de suivi des situations de maltraitance par Respect Seniors et implantation du guide de pratique En Mains à ce contexte. N. Berg - Gériatrie - CHR Citadelle Liège - Liège - Belgique.

Depuis sa création en 2009, pour le suivi des situations de maltraitance, Respect Seniors utilise une méthodologie incluant un photogramme et diverses pratiques psychosociales. Les informations sont recueillies dans une base de données informatisées. Une amélioration des pratiques a été programmée grâce à l'intégration de : 1. l'accompagnement d'un superviseur clinique, 2. la précision des valeurs, 3. les définitions des pratiques psychosociales, 4. les indications et finalités des outils employés (photogramme, triangle professionnel . . .), 5. un travail collaboratif avec la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées (Université de Sherbrooke) en vue d'implanter le guide de pratique En Mains qui propose 3 scénarios de suivi de situation (accompagnement, suspension de suivi, mise en place de mesure de protection). Une étude auprès l'équipe de Respect Seniors a montré un taux élevé (75 %) d'acceptabilité d'En Mains. Des échanges (18 mois) ont permis à l'équipe méthodologique d'adapter l'outil au contexte de pratique, et d'y intégrer les 4 valeurs de base de l'Agence. Parmi les éléments retravaillés figurent les cadres juridiques et l'application du scénario protection adaptée. La méthodologie mise en place peut se résumer ainsi : Avant toute intervention, l'intervenant

procède d'une part à un bilan de la situation qui permet, de cerner s'il s'agit bien d'une situation de maltraitance et d'autre part, à la description de la situation via l'outil « photogramme© ». Ensuite, l'intervenant est invité à réfléchir au cadre professionnel à l'aide de l'outil « le triangle » grâce auquel se posent des questions relatives à la stabilité des sommets (aîné, intervenant et Respect Seniors) et à la cohérence entre ceux-ci. Cette analyse oriente vers le scénario de suivi de situation à proposer. Chaque étape du processus peut bénéficier de « regards croisés », ce qui apporte d'avantage de réflexions et de pistes aux situations.

Traduction et adaptation de l'outil de détection Elder Assessment Instrument (EAI) au contexte suisse romand. D.

Roulet-Schwab - Lausanne, Suisse. Le dépistage des situations de maltraitance envers les personnes âgées représente un enjeu majeur. La littérature montre que la maltraitance reste un sujet tabou et que les aînés osent rarement dénoncer les situations subies. De nombreuses études soulignent également que les professionnels ont une faible capacité de détection des situations de maltraitance. Dans ce contexte, il importe que les professionnels disposent d'outils fiables et faciles à administrer pour guider et étayer leur évaluation des situations de suspicion de maltraitance. Plusieurs outils de détection furent répertoriés dans la littérature. Cependant, peu d'entre eux furent traduits en français et validés au plan psychométrique, et aucun d'entre eux n'a été spécifiquement adapté à la culture suisse romande. Par ailleurs, la plupart de ces outils visent à identifier la présence de facteurs de risque de maltraitance, en dépit du fait que certaines études indiquent que la présence de facteurs de risque et l'existence de maltraitance avérée ne vont pas systématiquement de pair. Dans ce contexte, il a été proposé à des étudiants de Master en sciences infirmières de l'Université de Lausanne de travailler à la traduction, à la validation culturelle et au test de l'outil EAI (Elder Assessment Instrument) de Fulmer (2008), de manière à proposer aux professionnels de Suisse romande un outil de détection précoce des signes de maltraitance correspondant à leur sensibilité culturelle et adapté à leurs besoins. L'outil traduit, renommé SMPA – Outil d'évaluation des situations de suspicion de maltraitance envers une personne âgée – a fait l'objet d'une validation de contenu. Son acceptabilité et la faisabilité de son utilisation en contexte clinique ont également été testées auprès d'infirmières d'un service d'aide et de soins à domicile. Les données récoltées à l'aide de cet outil auprès d'un échantillon plus grand permettront par la suite de vérifier ses propriétés psychométriques.

Outils du dispositif national de lutte contre la maltraitance des aînés et des adultes handicapés vulnérables en France. R.

Moulias - Paris - France. En France, il existe un système national d'alerte avec un N° national et des centres locaux pluridisciplinaires. Ce système est basé sur une organisation associative, un noyau de salariés formés et un large volontariat de professionnels compétents, bénévoles, spécifiquement formés. Ecoute, Analyse pluridisciplinaire des situations, Conseil et Orientation, Signalement, Suivi utilisent des outils, une méthodologie, une Ethique communs. Un premier outil est un logiciel de recueil et de suivi des données qui permet de recueillir la totalité des données nationales (plus de 35 000 dossiers réunis depuis 2008), des analyses statistiques nationales et locales, une description des typologies de maltraitements, du profil des victimes, des auteurs, des témoins appelants, des solutions proposées, des succès et des échecs de

celles-ci. Il est utilisé en commun par les écoutantes du N° national, et par les centres locaux d'écoute qui ont à analyser, conseiller et suivre chaque situation. Un autre outil utilisé dans cette analyse est le « géosociogramme » qui analyse l'environnement humain et matériel de chaque victime et permet d'établir qui peut faire quoi dans les actions à mener pour faire cesser la maltraitance. Le troisième outil est la méthodologie et le « Guide des bonnes pratiques de l'écoute, analyse, conseil et suivi des appels pour maltraitance ». Il précise les règles éthiques, les conditions de l'analyse pluridisciplinaire, les règles du conseil, de l'orientation et du suivi de chaque situation. A partir de ces outils, nous commençons à décrire la typologie des maltraitements, facteurs de risques (souvent structurels et pas seulement humains), profils des victimes et des auteurs, solutions, causes d'échecs.

S024

Anticoagulant

Modérateurs :

O. Hanon - Paris - France

G. Berrut - Nantes - France

Fibrillation auriculaire, nouveaux anticoagulants et comorbidités.

Gilles Berrut, Nantes, France

Que reste-t-il de l'utilisation des anti-vitamines K ?

François Puisieux, Lille, France

Utilisation des nouveaux anticoagulants.

Olivier Hanon, Paris, France

S025

Les grandes études européennes en Gériatrie : principaux résultats des études EPIDOS et MCR

Modérateurs :

H. Blain - Pôle Gériatrie - CHU Montpellier - Montpellier - France

F. Puisieux - Gériatrie - CHRU de Lille - Lille - France

L'objectif de cette session est montrer en quoi les principaux résultats des études EPIDOS et MCR ont modifié et continuent à modifier la prise en charge des patients âgés, dans le domaine de la prévention des fractures, de la démence et la conservation de l'autonomie et l'espérance de vie.

Les déterminants du risque de fracture du col dans l'étude EPIDOS (Patricia Dargent)

Mortalité et composition corporelle dans l'étude EPIDOS (Yves Rolland)

Vitamine D et maladie d'Alzheimer dans l'étude EPIDOS (Cédric Annweiler)

Marche, cognition et risque de démence : résultats préliminaires de l'étude internationale MCR (Olivier Beauchet)

S026

Le processus de fragilité : quels marqueurs biologiques ?

Modérateurs :

J. Petermans - Gériatrie - CHU de Liège - Liège - Belgique

P-O. Lang - Centre de Médecine Préventive Nescens -

Clinique de Genolier - Genolier - Suisse

Trente années de recherche ont permis de mieux préciser la dynamique du processus de fragilisation. S'il s'avère aujourd'hui être un processus « silencieux » et « insidieux », il semble également accepté par tous comme un authentique syndrome gériatrique. Sa physiopathologie apparaît distincte de celle du vieillissement et par là même potentiellement réversible. Seulement, sa définition opérationnelle clinique, bien qu'acceptée, est encore cependant loin d'être univoque car la pertinence des indicateurs utilisés apparaît insuffisante pour permettre de différencier le processus de fragilisation du vieillissement normal. Il apparaît ainsi de plus en plus important de pouvoir identifier la fragilité à un stade plus précoce, préclinique, et cela au travers de l'utilisation de marqueurs biologiques pertinente dont l'identification permettrait également une meilleure compréhension des mécanismes intimes de ce processus. Les rôles joués par le métabolisme oxydatif et l'immunité dans la spirale de la fragilité seront particulièrement présentés.

Veilleissement, comorbidités et fragilité : peut-on faire la différence ? Fülöp T. Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke, Canada. L'espérance de vie a beaucoup augmenté depuis un siècle apportant en même temps des problèmes scientifiques, médicaux, économiques et sociétaux jusque-là insoupçonnés. L'augmentation conséquente du nombre de personnes âgées, surtout dans la tranche d'âge de plus de 80 ans, a été spectaculaire. Cela a grandement accéléré le développement de la gériatrie comme une branche de la médecine et de la recherche. Ceci pose évidemment des défis très importants pour la recherche, la médecine et la prévention des maladies associées au vieillissement. Dans ce contexte est née la notion de fragilité qui conceptualise un état de santé différent du vieillissement « réussit ». La naissance de ce concept n'a pas été sans susciter des questionnements et des controverses. À un tel point que jusqu'à présent, la relation qui existe entre la fragilité et les maladies chroniques n'est pas encore clairement élucidée. Nous allons tenter de faire le point sur nos connaissances actuelles et comment à l'avenir la fragilité comme syndrome de vulnérabilité pourrait être intégré dans la conceptualisation de la prise en charge des personnes âgées pour mieux prévenir et guérir cette population.

Immunité et inflammation chronique. M. de Saint-Hubert - Département de Gériatrie, CHU Mont-Godinne-Dinant, UCLouvain, Namur Research Institute for Life Science, Belgique. L'immunosénescence, qui représente l'ensemble des changements immunitaires liés au vieillissement, résulte de processus multifactoriels qui concernent toutes les composantes de la réponse immunitaire : immunité innée et adaptative, humorale et cellulaire. Les différentes composantes de la réaction immunitaire ne sont cependant pas affectées de la même façon par le vieillissement, ce qui engendre un déséquilibre entre cytokines pro et anti-inflammatoire, en faveur d'un état inflammatoire chronique de bas grade, dénommé « inflamm-ageing ». Cet état inflammatoire chronique interviendrait dans la genèse de différentes maladies associées au vieillissement comme la maladie d'Alzheimer, les maladies cardio-vasculaires, la sarcopénie et la fragilité. L'objectif de cet exposé est présenter les associations établies entre fragilité et immunosénescence, le rôle potentiel de biomarqueurs prédictifs pour identifier les patients fragiles ainsi que les perspectives thérapeutiques ouvertes par ces recherches.

La résistance à l'insuline : nouveau marqueur de fragilité ? F.-O. Lang - Translational medicine research group, Université de

Cranfield, Angleterre Centre Nescens de médecine préventive, Genolier, Suisse. Les études cliniques portant sur le métabolisme ont démontré que l'action périphérique de l'insuline diminuait progressivement avec l'âge. En plus de son étroite association avec le diabète de type 2, la résistance à l'insuline observée lors du vieillissement a été également impliquée dans les mécanismes physiopathologiques de plusieurs maladies associées au vieillissement telles que l'athérosclérose, la démence et les cancers. En conséquence, la résistance à l'insuline pourrait être considérée comme biomarqueur des états pathologiques associés à l'avancée en âge et de la réduction de l'espérance de vie. Cette présentation tentera de démontrer le rôle de l'insulino-résistance dans les mécanismes physiopathologiques du processus de fragilité et son intérêt dans l'identification des sujets âgés fragiles.

Prévention du déclin cognitif chez la personne âgée par les polyphénols des fruits via l'activation du système Keap1/Nrf2/ARE. J. Pincemail - Université de Liège - CHU. Dépts de Chirurgie Cardiovasculaire, de Gériatrie et d'Information Médicale, Liège, Belgique. Plusieurs études ont bien établi que l'adhérence au régime crétois ou méditerranéen est un facteur de longévité mais aussi de prévention des maladies associées au vieillissement. Les effets bénéfiques de ce régime ont été en grande partie attribués à la consommation journalière de 5 fruits et légumes préconisés, d'huile d'olive et d'un verre de vin rouge. Tous ces aliments sont connus pour leur richesse en polyphénols antioxydants qui sont bien connus pour avoir un impact positif sur la santé et le bien-être de la personne âgée (Uysal et al. Curr Pharm Dis, 2013). Dans le cadre du déclin cognitif, les polyphénols peuvent exercer leur action protectrice soit en améliorant la fonctionnalité endothéliale soit en renforçant les défenses enzymatiques antioxydantes via l'activation du système Keap1/Nrf2/ARE (Scapagnini et al. Mol Neurobiol, 2011).

S027

La pharmacie clinique au cœur de la pluridisciplinarité et enjeux de la prescription en gériatrie

Modérateurs :

O. Dalleur - Pharmacie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

L. Mallet - Faculté de pharmacie - Université de Montréal - Montréal - Canada

Le traitement médicamenteux du patient âgé ne se limite pas à la décision de prescrire un médicament pour soigner une pathologie. Lors d'un séjour hospitalier, plusieurs intervenants de l'équipe pluridisciplinaire peuvent avoir une influence déterminante sur le traitement médicamenteux (choix du médicament, modalités de prises, forme, aide dont le patient aura besoin pour la prise de ses médicaments, etc.). Par exemple, le kinésithérapeute peut éduquer le patient à utiliser ses inhalateurs, l'infirmière peut observer des problèmes de déglutition, l'ergothérapeute peut objectiver des problèmes cognitifs qui augmentent les difficultés de compliance. ... Parmi ces intervenants, le pharmacien clinicien a un rôle-clé à jouer dans l'optimisation et la sécurisation globale de l'utilisation des médicaments, et amène à une prise en charge innovante. Cette discipline, encore jeune en Belgique, est déjà bien ancrée à l'étranger. Cette session a pour but d'illustrer l'apport de la pharmacie clinique au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans la gestion

médicamenteuse des patients âgés. Des exemples et des expériences provenant de différents milieux seront présentés. Au terme de cette session, les participants auront une meilleure connaissance de la pharmacie clinique et plus globalement de la gestion pluridisciplinaire des médicaments en gériatrie.

Expérience de pharmacie clinique en France : intégration du pharmacien à l'équipe abstract L'exposé - au travers d'un exemple d'intégration de la pharmacie clinique au sein d'un hôpital de proximité - illustrera la pratique de pharmacie clinique en France. Le pharmacien hospitalier qui souhaite initialiser une activité de pharmacie clinique dans une unité de soins se doit d'organiser son temps et de se fixer des objectifs réalisables pour pouvoir combiner les deux activités : tout à la fois répondre aux impératifs liés à la fonction de pharmacien et remplir une mission d'innovation via des projets cliniques originaux. Des projets de pharmacie cliniques transversaux constituent à cette fin une option à envisager. Des exemples de projets transversaux et de collaborations pluridisciplinaires seront exposés, de l'étape de leur conception à celle de l'obtention des résultats.

Les deux intervenantes suivantes présenteront en parallèle le parcours d'un patient et de son traitement selon les spécificités de la pratique dans leurs milieux. Sujet : Expériences de pharmacie clinique en Belgique et au Québec : parcours du patient et de son traitement abstract Le parcours d'un patient sera exposé, de son admission dans le service de gériatrie à sa sortie. À chaque étape de l'hospitalisation du patient, les moments-clés où le traitement est en jeu seront identifiés et l'impact des différents membres de l'équipe pluridisciplinaire, notamment celui du pharmacien, sur le traitement sera détaillé. Quel membre de l'équipe réalise l'anamnèse médicamenteuse ? Qui éduque le patient à gérer ses insulines ? Qui propose d'utiliser un pilulier ? Qui détecte un effet indésirable ? Autant de questions auxquelles nous apporterons des éléments de réponses. Une comparaison entre les pratiques belge et québécoise sera établie, relevant de la sorte les points forts et les points faibles de chacune de ces approches. Celles-ci mènent-elles à la même prise en charge ? Au terme de cette comparaison et de l'illustration de ce cas, des recommandations pour une gestion pluridisciplinaire efficace et innovante du traitement seront proposées.

L'enseignement de la gériatrie en pharmacie. Cette quatrième communication abordera l'enseignement de la gériatrie auprès des pharmaciens en Europe et au Québec. Une approche pharmaceutique spécifique au patient âgé est primordiale. Cet exposé illustrera la manière dont cette approche est enseignée et intégrée au cursus du pharmacien dans plusieurs pays.

S028

Sarcopénie : rôle de l'inflammation et stratégies interventionnelles

Modérateurs :

I. Beyer - Gériatrie - Universitair Ziekenuis Brussel, Vrije Universiteit Brussel (VUB) - Bruxelles - Belgique

G. Berrut - Service de Gériatrie - CHU de Nantes - Nantes cedex 1 - France

La sarcopénie constitue un élément clef dans la fragilité physique des personnes âgées et l'on peut considérer que la moitié des

personnes âgées de plus de 70 ans présentent une faiblesse musculaire qui justifie une intervention. La sarcopénie menace donc l'autonomie d'une proportion substantielle de la population âgée. Récemment des consensus concernant la détection et le diagnostic ont été publiés au niveau européen et international. Il devient alors impératif de mieux définir les stratégies thérapeutiques pour le clinicien. La littérature souligne de plus en plus le rôle néfaste de l'inflammation dans la genèse de la sarcopénie, et des mécanismes inflammatoires peuvent être impliqués dans différentes causes de la sarcopénie. L'inflammation, qu'elle soit chronique ou aiguë, est donc une cible thérapeutique intéressante pour protéger la masse et la fonction musculaires et l'autonomie de nos patients. L'objectif du symposium est de fournir aux cliniciens une connaissance actualisée des possibilités thérapeutiques, et aux chercheurs une plateforme de discussion, concernant les interventions contre la faiblesse musculaire, avec attention particulière aux aspects inflammatoires sous-jacents.

Profil inflammatoire et sarcopénie : aspects épidémiologiques et cliniques.

G. Berrut - Nantes, France. Le vieillissement est un procès multifactoriel extrêmement complexe caractérisé par des changements physiologiques, génétiques et moléculaires progressifs qui sont responsables de l'augmentation de la morbidité et mortalité. De nombreuses hypothèses ont été avancées pour expliquer ce processus inné qui est commun à toutes les espèces vivantes, mais la théorie du vieillissement lié aux effets des radicaux libres est l'une des théories les plus plausibles et les plus communément acceptées. La perte de masse et de force musculaire liée à l'âge (sarcopénie) apparaît comme une composante inévitable du vieillissement. Après l'âge d'environ 50 ans il existe une diminution progressive de la masse musculaire de 1-2 % par an. De même, mais à date d'apparition et vitesse d'évolution différentes, la force musculaire diminue également d'environ 3 % par an au-delà de l'âge de 60 ans. Le stress oxydatif a été proposé comme étant un des facteurs contributifs majeurs de la sarcopénie. L'identification de radicaux libres comme promoteurs du processus de vieillissement suggère que leur inhibition pourrait limiter leur effet péjoratif sur l'organisme (et, en particulier, sur le muscle squelettique). En d'autres termes, si des molécules anti-oxydantes s'avèrent capables de contrecarrer le dommage oxydatif, ils pourraient également jouer un rôle clef dans la prévention des affections liées à l'âge, y compris la perte d'autonomie. Il apparaît que le stress oxydatif est à la base des mécanismes physiopathologiques responsables de la sarcopénie (et d'autres affections gériatriques) et des interventions qui visent à améliorer les mécanismes de défenses endogènes (p.ex. suppléments d'anti-oxydants alimentaires) pourraient gagner en intérêt.

Effets bénéfiques de l'exercice physique sur l'inflammation et la sarcopénie.

I. Bautmans - Gerontologie VUB, Bruxelles, Belgique. Il y a de plus en plus d'évidence scientifique pour le rôle de processus inflammatoires dans le développement et la progression de différents problèmes liés au vieillissement, comme la sarcopénie (la perte de masse musculaire) et la fragilité. En effet, le vieillissement est couramment accompagné d'une légère augmentation de médiateurs inflammatoires dans la circulation sanguine (comme l'Interleukine (IL)-6 et le Tumor Necrosis Factor (TNF)-alpha) ; un phénomène qui correspond à un profil inflammatoire chronique (low-grade inflammatory profile, CLIP). En particulier les cytokines IL-1, IL-6 et TNF- α sont connus pour leurs capacités

protéolytiques. Le vieillissement du système immunitaire pourrait augmenter la présence de ces cytokines dans la circulation sanguine. Les personnes âgées qui présentent un CLIP plus prononcé ont en effet plus d'atrophie et faiblesse musculaire, et ont plus de risques de devenir fragile. L'entraînement intensif de résistance est le plus approprié pour récupérer une impressionnante partie de la masse et force musculaire chez les seniors affaiblis par la sarcopénie. Ce mode d'exercices physique est, contrairement à l'opinion conservatrice, bénin, même chez des sujets fragiles et présentant des co-morbidités. Les gains fonctionnels dépendent principalement des modalités des exercices prescrits. Des études récentes indiquent que les médiateurs inflammatoires (cytokines) interfèrent avec l'entraînement à la résistance. Plusieurs auteurs suggèrent que l'entraînement musculaire peut normaliser le profil inflammatoire du sujet âgé. À côté des effets anaboliques, l'exercice physique provoque une réaction inflammatoire, accompagnée de libération de plusieurs cytokines (principalement le IL-6 et le IL-10). Dans ce contexte, IL-6 serait libérée par le muscle, et fonctionnerait comme une « myokine », avec des effets bénéfiques, différents du contexte pathologique. L'exercice physique pourrait ainsi combattre la sarcopénie ainsi que le CLIP.

Le dosage optimal de ces exercices est pour l'instant intensivement étudié. J. A. Morais FRCP, CSPQ - Université McGill, Montréal, Québec, Canada. Modalités nutritionnelles pour combattre la sarcopénie. La masse musculaire dépend ultimement de la différence entre ses taux de synthèse et de catabolisme protéique, dont le résultat positif conduit à de l'anabolisme. Les mécanismes cellulaires responsables de la régulation de ces taux commencent à être élucidés et dépendent de plusieurs facteurs hormonaux, inflammatoires et nutritionnels. Parmi ces derniers, les protéines jouent un rôle primordial, surtout les acides aminés essentiels, dont la leucine, qui sert à la fois de substrat et de molécule régulatrice de la synthèse. Or, il s'avère que le vieillissement est associé avec une résistance anabolique aux acides aminés, voilà pourquoi davantage d'acides aminés sont requis chez les aînés pour atteindre une synthèse protéique musculaire similaire aux jeunes. Malgré qu'il existe une résistance à l'insuline avec l'âge, nous avons démontré qu'elle peut être détournée par des apports suffisants en protéines. Il est maintenant reconnu qu'une supplémentation en protéines de 15 g 2x/jr combinée à un programme d'exercice contre résistance contribue à augmenter la masse musculaire et que la supplémentation seule est capable d'induire de la force chez des aînés fragilisés et sarcopéniques. Il a été trouvé que le facteur NFkappaB impliqué dans l'activation de la voie inflammatoire est augmenté dans le muscle avec l'âge, ce qui contribuerait à un moindre anabolisme musculaire. L'administration d'acides gras omega-3 reconnus pour leur action anti-inflammatoire a résulté en une augmentation de la synthèse protéique musculaire. Également, l'administration d'un supplément en antioxydants a réussi à renverser la perte de stimulation de la synthèse par la leucine chez le rat âgé. De plus, plusieurs études relatent les bienfaits d'une supplémentation en antioxydants en association avec de l'exercice pour améliorer la performance musculaire, mais cette littérature est très controversée. Il est temps d'entreprendre une étude d'intervention avec des suppléments antioxydants chez une cohorte de personnes sarcopéniques pour en établir les bénéfices.

Traitements pharmacologiques anti-inflammatoires pour combattre la faiblesse musculaire. I. Beyer - UZ Brussel,

Bruxelles, Belgique. L'hospitalisation liée à une affection aiguë est souvent à l'origine d'une perte d'autonomie chez le patient gériatrique. L'état de fatigue et la faiblesse musculaire contribuent de façon importante à ce déclin fonctionnel et sont liés à la présence d'un état inflammatoire. En outre, la récupération des performances musculaires chez des patients présentant un état inflammatoire est compromise malgré le traitement de la maladie sous-jacente. Ces dernières années des voies de signalisation inflammatoire ont été identifiées, qui mènent à une dissociation entre actine et myosine et à une dégradation des protéines musculaires. Dans deux études randomisées et contrôlées nous avons pu démontrer qu'un traitement anti-inflammatoire de courte durée durant les premiers jours d'une maladie infectieuse favorise une récupération précoce de l'endurance musculaire et de la mobilité chez des patients gériatriques. Une approche pharmacologique durant les premiers jours d'une maladie aiguë est d'autant plus intéressante que les interventions nutritionnelles et l'exercice physique sont difficilement applicable à ce stade et que le déclin fonctionnel est le plus prononcé durant cette période. Par ailleurs il a été démontré chez l'animal qu'un traitement anti-inflammatoire restaure la synthèse protéique postprandiale et diminue la perte de capital musculaire liée à l'âge. Le rôle de l'inflammation dans la perte de masse et de fonction musculaires liée à l'âge et liée aux affections aiguës sera discuté et des résultats d'interventions pharmacologiques seront présentés.

S029

Planification anticipée des soins (Advance care planning) pour les personnes souffrant de troubles cognitifs questionnements pratiques et éthiques

Modérateurs :

F. Loew - Présidence (gériatre et éthicien clinique) - Conseil d'éthique de la Fédération genevoise des EMS (Fegems) - Genève - Suisse

A. Peeters & N. Rigaux - Service de psychogériatrie au Grand Hôpital de Charleroi, site Sainte Thérèse - Médecin psychogériatre - Charleroi - Belgique & Université de Namur - Professeur au département de sciences politiques, sociales et de la communication - Namur - Belgique

C'est en ayant pour perspective un accroissement de l'autonomie des personnes souffrant de troubles cognitifs que sera débattue la question de la pertinence de mettre en place un système de planification anticipé et personnalisé des soins (advance care planning). S'il y a lieu de le faire, selon quelles modalités l'envisager : quels soins doivent faire l'objet de cette planification (des choix de la vie quotidienne aux soins médicaux de fin de vie) ? À quel stade de l'identification des troubles entamer le processus ? Jusqu'à quand une actualisation de la planification est-elle possible et souhaitable ? avec quelle place pour les proches ? Avec quels vis-à-vis ? Donnant lieu à quels documents et à quel mode de transmission ? Les présentations porteront à la fois sur les questions de principe, valant dans tous les contextes nationaux et sur les éventuelles spécificités liées à l'arsenal législatif propre aux différents pays représentés.

Promouvoir l'autonomie par l'anticipation. enjeux et paradoxes. F. Gzil - Responsable du pôle Etudes et recherche, Fondation Médéric Alzheimer, Paris, France. Certains handicaps cognitifs évolutifs, comme la maladie d'Alzheimer, ont pour effet d'altérer

progressivement les capacités de discernement et de jugement. Lorsque les personnes perdent la faculté de prendre les décisions qui les concernent (à propos de leurs biens, de leur santé, de leur lieu de vie, ou des modalités de leur prise en charge), d'autres personnes doivent prendre ces décisions. Il peut s'agir de tiers formellement désignés pour jouer ce rôle (représentant légal, mandataire, personne de confiance) ou de membres de la famille proche ou de professionnels qui exercent pour la personne une sorte de « tutelle informelle ». Ces décisionnaires supplétifs ont le choix entre deux modèles décisionnels. Ils peuvent se demander ce qui est le « meilleur intérêt » de la personne (ce qu'une personne raisonnable choisirait dans cette situation), mais ce raisonnement ne laisse pas beaucoup de place aux valeurs et aux choix de vie personnels qui sont propres à chaque individu. Ils peuvent également raisonner d'après le modèle du « jugement substitué » et se demander ce que la personne elle-même aurait choisi dans cette situation, mais ce modèle conduit souvent à des spéculations hasardeuses sur une situation que la personne n'a jamais véritablement envisagée. Pour éviter ces deux écueils, il peut être proposé aux personnes, lorsqu'elles ont encore les capacités d'exprimer leur volonté, d'exercer leur capacité d'auto-détermination de manière anticipée, en rédigeant des directives ou en réfléchissant à l'avance aux principes ou aux valeurs qui devraient guider les choix qui seront faits par d'autres dans le futur. Mais comment parler à une personne des décisions qui vont peut-être devoir être prises dans le futur ? Comment l'aider à « digérer » cette demande d'anticipation ? Comment l'accompagner dans la clarification de ses valeurs et de ses préférences ? Et comment, le moment venu, utiliser ces directives ? D'ailleurs, comment savoir que « le moment est venu » de s'y référer ?

En quoi la directive anticipée nous interpelle en tant que soignant. A. Peeters - Grand hôpital de Charleroi site Sainte-Thérèse, Belgique. Les soignants sont animés par des valeurs qui ont évolué au fil du temps mais qui laissent toujours des traces en nous. Le soignant est-il in fine le seul à savoir ce qui est bon pour le patient ? Accepte-t-il de se limiter dans sa toute-puissance et dans son désir de bien faire ? Peut-il se mettre simplement au service du malade au risque de se faire violence dans ses valeurs professionnelles ou ses croyances personnelles ?

Les directives anticipées : entre (bonnes) intentions et réalités. F. Loew - Président du Conseil d'éthique de la Fédération genevoise des EMS (Fegems), Genève, Suisse. L'expérience accumulée par les professionnels de santé genevois sur plus de 25 ans permet de porter un regard critique sur l'utilité des DA et les difficultés observées. L'entrée en vigueur du nouveau code civil suisse au 1er janvier 2013 introduit la possibilité de désigner un représentant thérapeutique (RT) aux pouvoirs plus étendus et nous a incités à mieux connaître la réalité du terrain. Les volontés exprimées dans les DA sont-elles « utiles », en d'autres termes sont-elles appliquées (donc « efficaces ») dans la réalité de la situation telle que l'envisageait son rédacteur devenu incapable de discernement ? Les réponses sont peu convaincantes. En revanche, elles suscitent la communication sur la fin de vie, facilitent la définition d'une attitude commune et, globalement, la personne est mieux « respectée ». Mais comment donner l'information de ce « droit-liberté » à une personne âgée qui entre dans un établissement médico-social, sans susciter des incompréhensions, voire l'assimilation des DA à la fin de vie (« Je suis donc en fin de

vie... ») ? Comment éviter que les DA deviennent une obligation administrative, se transformant en outil de gestion et indicateur de qualité ? Les volontés de la personne risquent d'être figées dans ses DA écrites, alors que son regard sur le handicap, sur la dépendance, sur l'évolution de sa maladie change. Prééminence de l'écrit au détriment de la parole ? Les DA posent souvent un problème d'interprétation, source de conflits éthiques chez les professionnels et entre professionnels et proches ou RT. Le RT devient le décideur principal, confronté à des difficultés multiples : conflit de conscience, de loyauté, de compétences. Enfin quelle place les DA laisse-t-elle aux liens familiaux, au contexte culturel ou spirituel ? Ces défis méritent une analyse critique.

Entre dispositif formel et avancée pas à pas : la mise en pratique de projets de soins personnalisés et anticipés (PSPA) en Belgique. S. Carbone ULB et CDCS. A. Sevenants - Lucas, KU Leuven. L'exposé visera à présenter les résultats d'une recherche-action réalisée avec 12 projets-pilote - à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie - pour la Fondation Roi Baudouin. Il interrogera les étapes nécessaires à l'avancement du processus en pointant les difficultés posées à la pratique par le souci du respect de l'autonomie des personnes atteintes de démence.

S030

La mémoire prospective dans le vieillissement normal et pathologique

Modérateurs :

I. Rouleau - Psychologie - Université du Québec à Montréal - Montréal - Canada

C. Bastin - Centre de Recherches du Cyclotron - Université de Liège - Liège - Belgique

Les troubles de la mémoire prospective (MP), qui se manifestent par une difficulté à se rappeler d'effectuer au bon moment une action spécifique telle que prendre ses médicaments, se présenter à un rendez-vous, ou sortir le rôti du four, etc., constituent une des plaintes les plus fréquemment rapportées en clinique gériatrique. Étonnamment, ces troubles n'ont fait l'objet d'études systématiques que tout récemment. Cette session a pour objectif de dresser un tableau des connaissances actuelles concernant le fonctionnement de la MP dans le vieillissement. D'une part, cette session s'intéressera à l'évaluation clinique et à la prise en charge, par des méthodes de remédiation cognitive, des troubles de la MP dans des populations présentant un vieillissement pathologique, dont des individus avec trouble cognitif léger (TCL ou MCI : Mild Cognitive Impairment) et des patients avec maladie d'Alzheimer. D'autre part, nous examinerons les effets délétères du vieillissement normal sur le fonctionnement de la MP, et plus particulièrement sur les habiletés métacognitives, soit sur la capacité des personnes âgées à prédire adéquatement leurs performances en MP. Enfin, à partir des résultats obtenus dans une tâche d'IRM fonctionnelle d'activation, nous nous intéresserons aux substrats cérébraux associés au déclin de la MP dans le vieillissement normal.

Évaluation clinique de la mémoire prospective dans le trouble cognitif léger (MCI : Mild Cognitive Impairment) I. Rouleau - Montréal - Canada. Les déficits de mémoire prospective (MP) font partie des principales plaintes rapportées par des individus présentant un trouble cognitif léger (TCL ou MCI : Mild cognitive impairment). Bien que peu d'études s'y soient intéressées, on

reconnaît généralement que les troubles de la MP pourraient constituer un marqueur précoce permettant d'identifier les individus à risque d'évoluer vers une démence. En dépit de leur fréquence élevée et de leurs conséquences fonctionnelles appréciables, les déficits de MP sont rarement l'objet d'une évaluation formelle en contexte clinique, car il existe peu de tests d'évaluation sensibles, valides et écologiques. Dans un premier temps, la performance de 64 individus avec TCL au test de l'enveloppe, une épreuve toute simple facilement applicable en clinique, sera comparée à celle de 41 patients avec maladie d'Alzheimer débutante et à celle de 49 sujets âgés sains, afin d'en préciser la valeur clinique (examen de la sensibilité et la spécificité). Nous rapporterons ensuite des résultats préliminaires obtenus avec le TEMP, une tâche écologique de MP simulant une activité quotidienne (trajet en voiture durant lequel diverses actions doivent être réalisées) et d'autres tâches de MP encore expérimentales mais prometteuses, construites de façon à mieux comprendre l'influence de certains facteurs dont la saillance de l'indice prospectif et l'importance du lien entre l'indice et l'action dans le fonctionnement de la mémoire prospective. Une attention particulière sera accordée à la différenciation des performances selon le sous-type, amnésique et non amnésique, de TCL. Enfin, nous examinerons les effets de l'application d'un programme d'apprentissage d'une stratégie mnémotechnique utilisant l'imagerie mentale sur la réalisation de tâches de MP. Les résultats de nos études pourront servir de base pour stimuler les cliniciens à évaluer l'intégrité de la MP chez leurs patients âgés.

Etude et prise en charge des troubles de la mémoire prospective dans la maladie d'Alzheimer. A.-M. Ergis - Paris - France. La mémoire prospective est la capacité à penser à réaliser des actions ou des intentions dans le futur. Il n'existe actuellement qu'un nombre encore relativement restreint d'études s'intéressant aux déficits de la mémoire prospective dans la MA, et ce malgré l'impact que peuvent avoir ces déficits sur l'autonomie des patients. Dans une première étude, nous avons tenté de mieux préciser les processus déficitaires dans les différentes étapes de la réalisation d'une action prospective dans une tâche "écologique" chez des patients avec MA, et en manipulant la force du lien entre l'indice et l'action. Les résultats ont montré que les patients avec MA avaient des difficultés importantes pour apprendre les actions à réaliser. Au niveau de la réalisation des tâches prospectives, les performances des patients MA étaient toutes ("event-based" et "time-based") significativement inférieures à celles des sujets âgés témoins, mais les patients ont réalisé significativement plus de tâches "event-based" lorsque le lien entre l'indice et l'action était fort. Les patients ont montré également une sensibilité accrue à la présence des distracteurs. Nous avons pu établir un lien entre le rôle de la mémoire épisodique et des fonctions exécutives, et les différentes phases de l'apprentissage et de la réalisation des tâches prospectives. Notre dernière étude portait sur la prise en charge. L'objectif était de renforcer le lien entre l'indice et l'action en demandant aux patients de générer des phrases ayant du sens, et créant un lien sémantique entre l'indice et l'action, et ce avant la phase d'apprentissage. Les performances d'un petit groupe de patients ont été comparées à celles de patients MA n'ayant pas bénéficié de la prise en charge (PEC). Les résultats ont montré que la prise en charge n'améliorait pas le rappel des actions et des lieux, mais que les patients qui en avaient bénéficié avaient de meilleures performances dans les tâches "event-based" que les patients sans

PEC, surtout celles avec un lien fort. Ces résultats encourageants nous incitent à étendre ce protocole à une population de patients plus importante.

Impact du vieillissement normal sur la capacité à prédire ses performances de mémoire prospective. C. Bastin - Liège - Belgique. De nombreuses actions de la vie de tous les jours ne peuvent être réalisées immédiatement et nous devons nous souvenir de les accomplir à un moment donné dans le futur. Le souvenir des intentions futures, ou mémoire prospective, est altéré par le vieillissement normal, principalement lorsqu'il est nécessaire de contrôler activement l'environnement pour identifier le moment auquel l'action doit être réalisée. Dans la vie quotidienne, la mémoire prospective peut être facilitée par le recours à des stratégies. Savoir si on a besoin d'une stratégie et choisir laquelle nous aidera le mieux en fonction de la situation dépend de nos connaissances sur notre propre fonctionnement (métacognition). Dans cette étude, nous avons examiné si les personnes âgées conservent une bonne connaissance de leur capacité de mémoire prospective ou non. Un groupe de 16 personnes âgées de 65 à 93 ans et un groupe de 18 personnes jeunes ayant entre 19 et 30 ans ont réalisé une tâche de mémoire prospective complexe dans laquelle ils devaient se souvenir de réaliser 13 actions différentes au cours d'une série d'exercices d'arithmétique, de décision lexicale et de dénomination d'images et de personnes célèbres. Avant de réaliser la tâche, les participants indiquaient pour chaque action s'ils pensaient qu'ils allaient se souvenir de la réaliser ou non (prédiction). Les résultats ont montré que les personnes âgées réalisaient moins d'actions prospectives que les personnes jeunes. De plus, une comparaison entre les prédictions et la performance réelle indiquaient que les personnes âgées surestimaient leurs performances de mémoire prospective. Cette étude confirme que le vieillissement normal affecte la mémoire prospective. Par ailleurs, les personnes âgées ont des difficultés à évaluer leur capacité actuelle de mémoire prospective. Une surestimation des capacités de mémoire prospective pourrait limiter l'utilisation spontanée de stratégies pour faire face aux exigences de ce type de situations.

Substrats cérébraux du déclin de la mémoire prospective au cours du vieillissement normal: une étude en IRM fonctionnelle d'activation. J. Gonneaud - Caens - France. La mémoire prospective (MP) correspond à la capacité à se souvenir de faire quelque chose dans le futur. On distingue une forme event-based (la récupération est déclenchée par l'apparition d'un indice/événement) et une forme time-based (la récupération s'effectue à l'issue d'une certaine durée). Les études s'intéressant au vieillissement normal indiquent un déclin de cette mémoire avec l'âge. Toutefois, les substrats cérébraux de ce déclin n'ont pas encore été clairement identifiés. Cette étude vise donc une meilleure connaissance des modifications cérébrales qui accompagnent les effets de l'âge sur la MP. Vingt jeunes adultes (18-35 ans) et 18 adultes âgés (51-76 ans) ont réalisé une épreuve de MP en IRM fonctionnelle. Les participants étaient engagés dans une tâche de catégorisation d'images (naturel vs fabriqué). Pour certaines séries d'images, ils devaient se rappeler d'appuyer sur une touche supplémentaire, soit pour certains items (condition event-based), soit à certains intervalles de temps (condition time-based). Les résultats montrent un déclin de la MP au cours du vieillissement, celui-ci étant plus marqué en condition time-based. Par ailleurs, alors que les sujets jeunes engagent des régions céré-

brales en partie différentes pour les deux conditions de MP – des régions occipitales en event-based, reflétant la recherche visuelle de l'indice, et un réseau plus diffus en time-based, précédemment mis en évidence dans des tâches d'estimation temporelle – les sujets âgés ne montrent pas une telle spécialisation. La comparaison des jeunes et des âgés met en évidence chez ces derniers le recrutement de régions cérébrales supplémentaires, dont l'activité n'est pas compensatoire, ainsi qu'une difficulté à désactiver certaines régions faisant notamment partie du réseau par défaut. Ces résultats, en accord avec l'hypothèse de dédifférenciation dans le vieillissement normal, suggèrent des difficultés pour les sujets âgés dans l'utilisation de stratégies et le recrutement de réseaux adaptés aux tâches de MP.

S031

Innovations pédagogiques en gérontologie

Modérateurs :

J. Belmin - Gériatrie - Hôpital Charles Foix - Ivry-sur-Seine - France

M.-J. Kergoat - Gériatrie - Institut universitaire de gérontologie de Montréal - Montréal - Canada

La formation de personnels travaillant dans le domaine de la gériatrie/gérontologie est un enjeu majeur pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées. Les avancées de technologies de l'information et de la communication appliquées à l'enseignement (TICE) ont apporté des nouveaux supports de formation et induit des nouvelles approches pédagogiques qui viennent enrichir les méthodes d'enseignement. La gérontologie est un domaine où les TICE peuvent apporter des réponses originales à des besoins importants avec un nombre relativement faible d'enseignants. Cette session présente des expériences originales et novatrices utilisant les TICE en gérontologie. Le Dr Crowe présentera les modules de e-learning conçus avec le soutien du Ministère de la Santé du Québec pour améliorer les pratiques des soignants en gériatrie. Le Dr Lafuente de Paris présentera l'utilisation de jeux sérieux (serious games) pour l'apprentissage du raisonnement clinique dans des situations gériatriques complexes. Le Dr Bruneau de Montréal présentera son expérience de téléformation et e-learning à la prise en charge des troubles psycho-comportementaux de la démence. Le Pr Belmin de Paris, présentera le programme inter-université Trans Innov Longévité (TIL) qui met en place un dispositif pédagogique complet pour enseigner la gériatrie/gérontologie au moyen des TICE.

La formation en ligne, nouvelle tendance pour les soins aux personnes âgées. *C. Crowe - Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal, Montréal, Québec.* Le vieillissement de la population est une problématique importante au Québec. Le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) a mandaté les instituts universitaires de gériatrie de Montréal (IUGM) et Sherbrooke (CSSS-IUGS) pour produire un cadre de référence ciblant les meilleures pratiques en soins aux personnes âgées en milieu hospitalier, créer des outils (cliniques et organisationnels) de même qu'un programme de formation en ligne pour soutenir sa mise en application. Le MSSS, par le biais d'ententes de gestion, a rendu obligatoire l'implantation de l'approche adaptée dans tous les hôpitaux québécois. Une structure, comprenant une coordination nationale, régionale et locale, a été mise en place pour soutenir les établissements dans cette démarche de changement de culture. Pour s'assurer d'une large

diffusion et faciliter l'accès au programme de formation, l'approche d'une formation en ligne a été choisie. Le programme comprend 6 modules divisés chacun en leçons (2 à 8 par module) de 20 à 30 minutes. La formation est ainsi disponible à n'importe quel moment, quel que soit le lieu, et ne nécessite pas de remplacement de personnel. C'est une formule adaptée à notre contexte : réductions budgétaires importantes, pénurie de personnel, roulement de personnel. Les modules ont été construits par des groupes de travail composés d'experts cliniques et de technopédagogues. Ils ont été révisés par un comité scientifique, validés par des professionnels du terrain, puis rendus disponibles en ligne, à l'ensemble du réseau québécois de la Santé. La plateforme permet la production de statistiques de niveau national, régional, local et individuel. Pour favoriser l'intégration des connaissances, un mentorat sur le terrain est recommandé. Ainsi, chaque module est accompagné d'un guide pour les coachs et de suggestions d'activités de mentorat. Des crédits de formation sont reconnus.

Jeux sérieux pour l'enseignement de la gériatrie : développement d'une plate-forme de cas cliniques virtuels.

C. Lafuente - Lafuente Service de gériatrie, Hôpital Charles Foix et Université Pierre et Marie Curie-Paris 6 (UPMC), Ivry-sur-Seine, France. Les jeux sérieux (Serious Games) sont des applications informatiques qui s'inspirent des jeux sur ordinateur et jeux vidéo pour faciliter l'apprentissage de connaissances et compétences dans divers métiers et disciplines professionnels, à des fins « sérieuses ». Ils comportent presque toujours une partie de simulation virtuelle, plus ou moins immersive, dans laquelle le joueur peut évoluer, faire des essais multiples et même se tromper sans les conséquences qui existeraient dans la réalité. Ils intègrent aussi une dimension ludique, de divertissement, pour rendre plus attractive l'activité et faciliter l'apprentissage. En médecine, des jeux sérieux ont été créés pour, par exemple, améliorer la formation des paramédicaux de l'armée, mettre des médecins et des infirmières en situation de soigner des patients dans un service d'urgences, préparer les enfants à une hospitalisation avec une visite à un hôpital virtuel, préparer des femmes enceintes à leur accouchement avec une visite à une maternité virtuelle, ou favoriser la rééducation de patients après un accident cérébro-vasculaire. Pourtant, la plupart des applications et logiciels développés jusqu'à présent se sont focalisés surtout sur la création virtuelle de différents environnements médicaux (hôpital, urgences, bloc opératoire, etc.) plutôt que sur le contenu clinique. En outre, les modes d'utilisation, de jeu et de création de nouveaux cas sont spécifiques de chaque application, non homogènes, et non compatibles entre elles. Nous avons créé une application de cas cliniques virtuels, accessibles facilement sur Internet, centrés surtout sur le contenu clinique et les tâches cognitives que le médecin doit réaliser pour trouver le diagnostic correct et choisir le traitement adéquat qui fera bien évoluer le patient virtuel. Cette application comporte une plate-forme ouverte qui permet facilement l'incorporation de nouveaux cas virtuels sur le même moteur de jeu, à partir d'une structure prédéfinie et d'un modèle de base sous forme de classeur ou de feuille XML.

La télépsychogériatrie et le e-learning pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD): l'expérience de l'Institut Universitaire de gériatrie de Montréal.

M.-A. Bruneau - Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal, Montréal, Québec. La quasi-totalité des patients avec démence présentera un ou des symptômes comportementaux et psycho-

logiques de la démence (SCPD) en cours d'évolution. Considérant que 80 % de la clientèle des centres d'hébergement souffre de démence, ces centres réclament de plus en plus un appui expert à la gestion des SCPD. Divers organismes ont souligné les difficultés d'obtenir un tel appui. Les auteurs du rapport Alzheimer québécois déplorent l'absence ou la faiblesse de la formation offerte en ce qui a trait aux SCPD. Cette situation conduit à une prise en charge sous-optimale et à une trop grande utilisation des psychotropes, avec les risques associés. De nombreuses études ont démontré la faisabilité d'évaluer la cognition de personnes âgées par visio-conférence et d'autres appuient la pertinence de la télépsychiatrie pour le suivi de patients déments avec SCPD en hébergement. Ainsi, l'équipe SCPD de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal a mis en place un projet de formation en e-learning et de télépsychogériatrie pour l'évaluation et la prise en charge des SCPD. Nous décrivons les modalités de fonctionnement du projet et les résultats obtenus. Nous concluons que les activités de télépsychogériatrie et de e-learning, selon les modalités que nous avons définies, sont à grande valeur ajoutée pour le réseau de la santé et sont aisément transférables à d'autres partenaires.

Trans Innov Longévité (TIL) : un dispositif pédagogique francophone inter-universitaire pour développer l'enseignement de la gérontologie au moyen des TICE. Joël Belmin Université Pierre et Marie Curie-Paris 6, (UPMC), Paris. En raison de l'évolution démographique, tous les secteurs d'activité concernés par les personnes âgées connaissent une forte croissance. Les créations d'emplois dans ce domaine sont importantes et les besoins en formation sont considérables aussi bien pour la formation initiale que pour la formation tout au long de la vie. Dans une contrainte liée à un nombre d'enseignants relativement faible, nous avons construit un modèle pédagogique innovant faisant largement appel aux TICE. Ce modèle comporte 3 dispositifs. Le premier est une base de ressources numériques d'enseignement de la gériatrie/gérontologie comportant des cours RichMedia, des serious games, des modules d'évaluation et des situations cliniques filmées. Le second est une équipe de professionnels de terrain assurant des fonctions de tuteur formateur formés à la gérontologie et à la pédagogie numérique en gérontologie par le Master inter-université Expertise en gérontologie. Le troisième dispositif consiste à créer des enseignements comportant environ 70 % de formations réalisées à distance asynchrone au moyen des ressources numériques TIL (accessibles 24h/24 via une plateforme internet)/30 % d'enseignement présentiel, placés sous la responsabilité des enseignants. Chaque apprenant est coaché par un tuteur personnel de notre équipe. Nous avons organisé selon ce dispositif plusieurs enseignements : Capacité de Gérontologie, DU Médecin coordonnateur en EHPAD, DU de Gérontologie et DU de Géronto-psychiatrie. D'autres formations sont en préparation selon ce modèle visant une grande variété de publics, incluant les professionnels de l'aide à la personne.

A001

De la marche au véhicule

Modérateurs :

F. Piette - Hôpital Charles Foix - APHP-UPMC-SFTAG - Ivry-sur-Seine - France

S. Baudry - Faculté des Sciences de la Motricité – ULB Erasme – Bruxelles - Belgique

Chez de nombreuses personnes âgées apparaît une réduction du périmètre et déplacement. Celle-ci contribue à des altérations de l'état physique et cognitif (*F. Piette*). L'exercice physique et notamment la marche jouent un rôle essentiel pour lutter contre ce processus, et éviter les chutes graves qui sont un facteur majeur de réduction d'autonomie (*S. Baudry*). Mais la mobilité ne se limite pas à la marche et comporte aussi l'accès à l'ensemble des moyens de transport individuels et collectifs (*C. Dumas*).

A002

De la créativité des personnes âgées à celle des concepteurs : l'innovation en matière de technologies pour l'autonomie, une démarche de nature participative ?

Modérateurs : *J. Bauchet* - Laboratoire AGIM, CNRS FRE3405- Université Joseph Fourier - Grenoble - France

V. Rialle - Laboratoire AGIM, CNRS FRE3405 - Université Joseph Fourier et CHU Grenoble - Grenoble - France

La technologie peut être au service de l'adaptation de la société au vieillissement de la population, de l'amélioration des parcours de vie et de soins pour les personnes âgées, de leur qualité de vie et de leur prise en charge quand survient la perte d'autonomie. Elle le peut si le principal acteur de cette grande aventure n'est pas la technologie mais bien la personne âgée, elle-même considérée dans son environnement physique, social et médical.

Cet atelier, construit autour de cas réels, vise à illustrer le bien-fondé d'une démarche d'accompagnement de la personne âgée incluant une approche technologique. De la question des besoins des personnes à celle de l'évaluation scientifique du service rendu et de son impact sur les pratiques professionnelles, il offrira un regard éclairé sur le potentiel des technologies pour l'autonomie tout en invitant les participants à relater leurs expériences, visions et craintes : la créativité en matière de technologies pour l'autonomie ne peut être considérée comme l'apanage des seuls concepteurs de technologies.

Cet atelier est à destination des professionnels de la gérontologie, du soin ou de l'accompagnement, ou plus largement à tout personne intéressée par les innovations de service fondées sur l'usage des technologies émergentes.

A003

Une ville, un quartier, un logement pour tous

Modérateurs :

C. Mechkat - Mechkat-Bouldin architectes associés SA - Genève - Suisse

L. Corrado - Directeur des Services Généraux - imad – Carouge - Suisse

L'habitat de chacun d'entre nous s'articule entre domicile, lieu de vie intime, quartier, lieu du voisinage et ville, lieu de socialisation. La qualité des rapports entre personnes au sein de ces lieux se développe ou réduit avec le déclin des facultés physiques et cognitives de chacun. Plus ce déclin est grand, plus la qualité des dispositions spatiales peut être déterminante dans la prévention, réduction ou aggravation de déficiences. Avec l'allongement de la vie nous cohabitons à quatre ou cinq générations dans un même

espace-temps. Certains secteurs de la société, dont la santé, ont pris la mesure du phénomène, d'autres, dont le secteur de la production du cadre de vie, restent entravés par leur inertie. Notre spatialité, tributaire du modèle du zoning des «30 glorieuses», est normalisée par fonctions (travailler, consommer, se loger, circuler...) et aménagée pour des populations valides, productives et solvables. Le paysage socio-économique du post-fordisme laisse peu de place pour les cohortes issues du baby-boom et précarise une part de la population âgée, en perte d'autonomie. L'atelier propose un programme d'action habitat-santé pour introduire dans l'environnement construit des personnes âgées des dispositions novatrices pour faciliter les soins, prévenir l'isolement social, les accidents. Ce programme portera sur le parc immobilier existant, là où réside la majorité de la population, et profitera des travaux périodiques de maintenance et mise aux normes. Il s'étendra au parc neuf, pour remplacer les bâtiments vétustes ou palier à la pénurie, à un coût supportable par les partenaires : usagers, institutions propriétaires, collectivités. L'amélioration envisagée de la qualité de vie des personnes âgées s'étendra à celle de l'ensemble de la population, tout comme le bus à plancher surbaissé qui avait été conçu à l'origine pour les personnes à mobilité réduite et qui offre aujourd'hui une plus-value qualitative pour ses autres usagers.

A004

Le soutien des aidants-proches : l'expérience unique francophone de BALUCHON-ALZHEIMER

Modérateurs :

F. Ceulemans - Belgique - Baluchon Alzheimer - Namur - Belgique

J.-P. Baeyens - Faculté des sciences humaines - Université de Luxembourg - Oostende - Belgique

Le soutien des aidants-proches : l'expérience unique francophone de BALUCHON-ALZHEIMER L'institutionnalisation d'un patient souffrant de démence dans un stade modéré ou avancé est souvent la conséquence de l'épuisement du soignant proche. *Marie Gendron* au Québec a découvert que le remplacement de l'aidant proche de temps en temps pour une ou deux semaines par une aide professionnelle formée à cet effet, permettait de postposer provisoirement ou définitivement le placement en institution. L'expertise de ce personnel est tel que en plus des consignes pratiques dans l'accompagnement du malade sont données à l'aidant proche. Cet exemple s'est par la suite développé dans le Luxembourg Belge et ensuite dans toute la Belgique ainsi qu'en plusieurs endroits en France. L'idée semble tenir la route. Au Québec cette activité est remboursée par la sécurité sociale. En Europe beaucoup d'obstacles sont rencontrés : le refus de remboursement par la sécurité sociale, les problèmes avec les lois sociales (travail continu pendant 24/24 et 7/7), etc. L'atelier a pour but de présenter les résultats dans les différents pays francophones et comment ils s'organise pour se conformer aux législations locales et quand même offrir ce service unique. Le but serait de trouver des moyens pour développer ce service partout. Participeront : *Guillaine Martin* (Canada) *Frédérique Lucet* (France) *Françoise Ceulemans* (Belgique) *Jean-Pierre Baeyens* (Belgique et Luxembourg).

A005

Influence des stéréotypes dans les pratiques de soins : Petit guide à l'usage des professionnels

Modérateurs :

M. Masse - Institut de recherche Santé et Société - Université catholique de Louvain - Bruxelles - Belgique

I. De Brauwier - Gériatrie - Université catholique de Louvain - Bruxelles - Belgique

Personne n'ignore le vieillissement de la population qui amène les soignants à rencontrer de plus en plus de personnes âgées et très âgées. Celles-ci ont des besoins en soins particuliers et singuliers mais, alors que cette différenciation de groupe d'âge est nécessaire pour pouvoir répondre correctement à ces besoins, elle peut paradoxalement conduire à des comportements discriminatoires limitant l'accès à des soins adéquats. Ces stéréotypes, préjugés et attitudes stigmatisantes par rapport au grand âge sont l'essence-même de l'âgisme, non sans effet sur la santé, les capacités cognitives et fonctionnelles et le bien-être des aînés concernés. Par exemple, deux études ont montré que l'âge était un facteur prédictif indépendant pour l'abstention d'un traitement indiqué et adéquat en cas d'infarctus myocardique, et ce malgré l'absence de contre-indication (Giuglioma, 1998 ; Magid, 2005). Plusieurs travaux ont montré les mécanismes d'action de l'âgisme, lors de l'évaluation ou de la prise de décision, notamment par le manque de connaissance et de formation des professionnels de la santé (vieillesse pathologique vs. vieillissement normal), mais aussi par le biais des valeurs dominantes de la société au sein de laquelle nous évoluons (Masse&Meire, 2012). Ces manifestations d'âgisme s'immiscent également dans la relation soignant-soigné, avec des attitudes infantilisantes (baby talk), mais également entre pairs, afin d'éviter d'être confronté à un reflet de soi futur redouté (exclusion des personnes les plus dépendantes au sein d'un groupe de personnes institutionnalisées). Le but de cet atelier est de réfléchir à nos pratiques et de concevoir un outil, en version de poche, pointant les principales manifestations d'âgisme dans le contexte des soins de santé. Cet outil permettra de sensibiliser et de changer le regard des divers professionnels travaillant avec les personnes âgées afin d'éviter que la relation de soins et les interventions posées ne soient influencées par une vision biaisée de nos aînés.

A006

La fragilité : concepts et réalités

Modérateurs :

P. Gaudreau - Centre de Recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal - Université de Montréal - Montréal - Canada

J. A. Ávila-Funes - Département de gériatrie - Instituto Nacional de Ciencias, Médicas, y Nutrición Salvador Zubirán, - Mexico - Mexique

Les composantes biologiques du syndrome de fragilité, sa signification et son utilisation dans le but d'identifier des groupes d'individus vulnérables aux événements stressants dans une population âgée sont présentés dans ce symposium. Des bases de données longitudinales et internationales ont été utilisées pour permettre une approche multidisciplinaire et multifacette. L'identification de mar-

queurs biologiques de la fragilité, grâce aux données provenant d'une population âgée de trois régions du Québec, sera d'abord présentée. Cependant, comme les composantes de ce syndrome ne peuvent être restreintes aux dimensions biologiques, l'impact d'une diminution des fonctions cognitives sera évalué grâce aux résultats d'une étude collaborative Mexique-France. De plus, la contribution de la fragilité à la survenue précoce d'incapacités dans une population québécoise âgée vivant à domicile sera discutée. Finalement, la modélisation du syndrome de fragilité sera questionnée. Les conférenciers participant à ce Symposium sont les chercheurs principaux et collaborateurs d'études portant sur la problématique de la fragilité. L'ensemble des présentations fournira des pistes de réflexion utiles à une meilleure compréhension de la fragilité au plan clinique et épidémiologique.

Existe-t-il une signature biologique de la fragilité dans la cohorte NuAge? P. Gaudreau - Montréal et Sherbrooke, QC, Canada. Le vieillissement est associé à la fragilité et à des dérèglements potentiels de biomarqueurs métaboliques, hormonaux et inflammatoires. Toutefois, peu d'évidences existent sur l'identification d'une signature sérique prédictive ou caractéristique de la fragilité. L'objectif de cette étude était donc de quantifier un ensemble de biomarqueurs sériques (ex. glucose, insuline, bilan lipidique, facteur de croissance de type insulinaire 1 (IGF-1) et sa protéine de liaison 3 (IGFBP3), protéine C réactive (CRP), facteur de nécrose tumorale (TNF) alpha, interleukines (IL) 6 et 10) dans un sous-groupe de 366 personnes âgées de la cohorte québécoise NuAge. Un mode de sélection aléatoire a été utilisé pour chaque groupe d'âges d'hommes et de femmes. Les biomarqueurs ont été mesurés au recrutement (année 1) et à l'année 3. Les niveaux de glucose et de CRP ainsi que le bilan lipidique ont été analysés dans un laboratoire de biochimie clinique. Les niveaux immunoréactifs des autres biomarqueurs ont été quantifiés dans nos laboratoires. La modélisation des résultats et les analyses statistiques permettront de déterminer si vraiment une régulation spécifique des niveaux d'un ensemble de biomarqueurs est associée à la fragilité. L'identification d'une signature de biomarqueurs sériques de la fragilité serait d'un grand intérêt clinique. Elle permettrait également de développer des interventions pharmacologiques ou de modifier certaines habitudes de vie afin de prévenir ou réduire les effets de la fragilité sur l'autonomie fonctionnelle.

Fragilité et cognition: une approche épidémiologique. J.A. Ávila-Funes, Mexico, Mexico; Amieva H, Bordeaux, France. Présentement, la fragilité est un des concepts les plus débattus dans le domaine de la gériatrie et la définition opérationnelle de Fried et coll. est celle qui est le plus fréquemment utilisée. Cependant, bien que la validité prédictive de ce phénotype de fragilité s'avère satisfaisante, l'inclusion d'autres composantes non physiques, telles que des performances cognitives faibles, est questionnée. Dans une vision holistique, le statut de fragilité représenterait un risque de déséquilibre entre des éléments physiques, psychiques, sociaux et environnementaux. De même, il est habituel de rencontrer chez ces personnes dites fragiles, des troubles physiques, sensoriels, comportementaux et bien souvent cognitifs. La prise en compte de l'altération des fonctions cognitives est d'un intérêt particulier car il semblerait bien qu'il s'agisse d'un processus universel et inévitable lié au vieillissement. Par conséquent, si on considère la diminution des performances cognitives comme « hallmark » du vieillissement, il semble pertinent de s'interroger sur le lien qu'il

peut exister entre l'altération des performances cognitives et la fragilité: doit-on considérer l'altération des performances cognitives comme l'une des multiples composantes de la fragilité, est-ce deux phénomènes coexistants mais sans lien de causalité, ou bien encore est-ce une conséquence? Cette présentation a pour objectif de mettre en évidence la relation entre le syndrome de fragilité de la personne âgée et la cognition. L'identification d'une contribution ou non de l'altération cognitive à l'installation d'un état de fragilité serait importante pour mieux comprendre le concept de fragilité en soi. De plus, une meilleure compréhension de la relation fragilité-cognition permettrait de mieux estimer la probabilité de récupération/préservation des capacités fonctionnelles ou mentales des personnes âgées fragiles et pourrait aider à cibler une population âgée à risque.

Est-ce que la fragilité est associée à la survenue précoce d'incapacités dans une population âgée vivant à domicile? L'Étude NuAge. H. Payette. La fragilité, définie par des indicateurs physiologiques, a été associée à des effets néfastes sur la santé et le fonctionnement dans diverses populations. L'objectif de cette étude est d'examiner la valeur prédictive d'une définition opérationnelle de la fragilité qui inclut l'humeur et la cognition, en plus des attributs physiques, dans une cohorte de personnes âgées généralement en bonne santé. L'Étude NuAge est une étude observationnelle longitudinale de 1 793 participants âgés de 67 à 84 ans, exempts de problèmes cognitifs et fonctionnels à l'entrée dans l'étude. Un score de fragilité (étendue 1-7) lors de l'entrevue initiale a été calculé selon la présence (1) ou l'absence (0) des critères suivants: perte de poids $\geq 5\%$ ou IMC < 22 ; activité physique (PASE: score $<$ moyenne-1 ÉT); vitalité (SF36: score $<$ moyenne-1 ÉT); vitesse de marche < 1 m/s; force de préhension $<$ moyenne-1 ÉT; cognition (MMSE < 28); humeur (GDS > 10). Les limites fonctionnelles [NAGI: score (0-70); moyenne = 23.6; IC (23.1-24.2)] et l'incapacité (dépendance dans ≥ 1 AVQ = 13.6%) ont été déterminées 4 ans plus tard. Le score moyen de fragilité à l'entrevue initiale était 1.2 [IC (1.1-1.3)]. Après ajustement pour l'âge, le sexe, l'éducation, l'état matrimonial, le tabagisme et les conditions chroniques, le score de fragilité était significativement associé à des limites fonctionnelles plus importantes (régression linéaire multivariée; $\beta = 1.35$; $p < 0.0001$) et à une incidence plus élevée d'incapacité [régression logistique; OR = 1.56; IC (1.26-1.92)]. Des signes précoces de fragilité sont présents chez des personnes âgées apparemment en bonne santé et sont associés à une diminution de l'état fonctionnel.

La fragilité réside-t-elle dans l'œil de celui qui l'observe? F. Béland - Montréal et Sherbrooke, QC, Canada. Au sens classique du terme, un syndrome se définit comme étant un ensemble de signes cliniques et de symptômes qu'un patient est susceptible de présenter. Deux caractéristiques définissent les syndromes gériatriques, une manifestation unifiée d'un phénotype, partagé dans une population par au moins un groupe de personnes alors qu'un moins un autre groupe ne le partage pas et le fait que les mêmes facteurs étiologiques puissent contribuer à plus qu'un syndrome. Un modèle de mesure de la fragilité comme syndrome gériatrique présente deux composantes: 1) l'hétérogénéité parmi les groupes avec et sans fragilité, et 2) les extra-corrélations parmi les composantes de la fragilité attribuables à d'autres syndromes gériatriques. Ces deux composantes sont modélisées ensemble grâce à une analyse de facteurs mixtes où l'analyse de classes latentes capture

la diversité et l'analyse de facteur, les extra-corrélations. Ainsi, un modèle contrefactuel de la fragilité comme syndrome gériatrique implique le refus de diversité (un seul groupe est identifié) ou le refus d'extra-corrélations où les associations parmi les composantes de la fragilité sont entièrement représentées par les classes latentes. Pour évaluer ce modèle, les données de l'étude longitudinale FRèLE (n = 1 643) ont été utilisées. La fragilité a été mesurée selon les cinq composantes de Fried et coll. FRèLE a reproduit des résultats de Fried en utilisant ses mesures et méthodes statistiques. Toutefois, en utilisant des méthodes Monte Carlo (MC), le critère d'information bayésien (CIB) et l'entropie pour identifier le meilleur modèle mènent à une spirale de modèles. Aucun modèle simple ne convient à tous les critères. Le meilleur modèle avec MC n'était pas acceptable pour le CIB, alors que le meilleur modèle basé sur le CIB a été rejeté.

A007

Comment améliorer la marche

Modérateurs :

F. Piette - Hôpital Charles Foix - APHP-UPMC-SFTAG - Ivry-sur-Seine - France

F. Marin - Université de Technologie de Compiègne - Compiègne - France

Diverses technologies peuvent contribuer grandement à reprendre ou développer les activités physiques chez les personnes âgées. Les modèles économiques permettant leur usage doivent accompagner leur mise au point. Il peut s'agir de mesurer les effets de l'exercice et de l'adapter (*F. Marin*). Il peut s'agir d'assurer un monitoring à distance des séances de rééducation par un physiothérapeute (*M. Tousignant et coll.*). Ou encore d'un programme d'activités physiques confié aux auxiliaires de vie avec mise à disposition d'1 kit technologique incluant tablette tactile, matériels d'autoentraînement, de surveillance et de suppléance avec une supervision hebdomadaire par le kinésithérapeute (*F. Piette et coll.*)

A008

La Déglutition, soin et qualité de vie, l'expérience de l'hôpital Charles Foix (Ivry 94)

Modérateur :

F. Marquis - SLD - Hôpital Charles Foix - Paris - France

Chacun sait qu'en gériatrie une prise en charge efficace est une prise en charge pluridisciplinaire. Dans les " arts de la table " il en est de même. A l'hôpital Charles Foix, nous avons coordonné les compétences du médecin gériatre, de la diététicienne, des orthophonistes, des ergothérapeutes pour que l'alimentation soit adaptée et sécurisée. Depuis septembre 2012, nous avons élaboré un projet d'information et de sensibilisation des soignants (infirmiers et aides-soignants) aux troubles de la déglutition. L'originalité de notre démarche réside dans le fait que nous nous intégrons à l'équipe le temps d'un repas. En effet, notre intervention se veut très interactive en étant au cœur des problématiques rencontrées par les soignants. Notre intervention concerne tous les services de l'hôpital. Elle est volontairement de courte durée auprès du personnel afin de lui délivrer des messages pertinents et des conseils pratiques faciles à mémoriser. Nous devenons donc les partenaires de l'équipe soignante : sur le "terrain" avec eux. Cette formation

s'organise en deux sessions : 1-Intervention du médecin et des orthophonistes pour répondre aux questions du personnel et expliquer comment éviter les fausses routes. La réunion se finit par la distribution d'une plaquette récapitulative des points importants. 2- Intervention des ergothérapeutes pour présenter le matériel d'aide aux repas adapté aux personnes âgées à risques, et pour rappeler les bonnes pratiques du positionnement au lit et au fauteuil. La diététicienne s'insère dans cette formation en adaptant les textures alimentaires et les boissons aux troubles répertoriés. Suite à nos interventions, nous avons déjà reçu des appréciations positives, ce qui nous encourage à poursuivre notre projet. En milieu gériatrique, la journée est rythmée par les repas. Il est donc primordial que les soignés et les soignants retrouvent des conditions plus confortables rendant ces moments plus conviviaux. Permettre aux personnes âgées de s'alimenter correctement contribue à réduire le risque de pathologies : pneumopathies, dénutritions, déshydratation, sans parler des autres...

A009

Table ronde - Télémedecine

Modérateurs : *P. Rumeau* - Télémedecine Gérontopôle / Hôpital de Jour 1 - Pôle Gériatrie du CHU de Toulouse - Toulouse - France

C. Schneeberger - Services généraux - imad, institution genevoise de maintien à domicile - Carouge - Suisse

La télémedecine a commencé à se développer dès l'après-guerre comme réponse à des situations de crise médicale à grande distance en absence de personnel médical in situ. Elle a commencé à répondre à des besoins liés à un isolement de nature sociale ou sociétale avec le développement de la télémedecine au profit des populations carcérales. Dès la fin du XXe siècle, des expérimentations ont montré la faisabilité de la télémedecine au profit des structures résidentielles hébergeant des personnes âgées malades et en situation de handicap. L'expérience clinique laisse à supposer que, dans certains cas, la télémedecine serait supérieure à la prise en charge classique par sa prise en compte de l'environnement et son approche pluridisciplinaire. Elle doit s'inscrire dans la filière gériatrique au milieu et en complémentarité des autres modes d'exercice (consultation, visite, hospitalisation de jour ou traditionnelle...). Pour bénéficier au mieux aux patients, la télémedecine doit maintenant rentrer dans un cadre légal propice à son financement, son exercice en toute sérénité et à une évaluation de ses effets. Si tous les praticiens se retrouvent pour définir la télémedecine comme un acte à distance, réalisé avec le consentement du patient, respectant la déontologie, et dont la trace est conservée pour l'inclure dans le projet de soin, les approches réglementaires sont différentes selon les pays. Pour certains pays, le droit commun à la pratique médicale s'applique et la jurisprudence réglera d'éventuelles déviations, pour d'autres, l'irruption du tiers technologique implique un niveau d'information et de consentement spécifiques. Ces choix législatifs et réglementaires sont dictés par les besoins et conditions d'exercice du pays. L'objet de cet atelier est de faire un point en permettant un échange sur les aspects réglementaires de la télémedecine : mise en œuvre des pratiques, définition des actes, consentement, conservation des données, répartition des responsabilités.

A010**Améliorer les soins de fin de vie en démence avancée**

Modérateurs :

M. Arcand - Département de médecine de famille - Université de Sherbrooke / Centre de recherche sur le vieillissement - Sherbrooke - Canada

R. Verreault - Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec - Université Laval - Québec - Canada

Introduction. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivent la plupart du temps leurs dernières années dans un établissement de soins de longue durée. L'approche de soins palliatifs dans ce contexte de maladie terminale est pertinente mais le personnel soignant est souvent mal préparé d'autant plus que l'approche diffère en plusieurs points de celle du cancer: par exemple, le patient peut difficilement exprimer verbalement ses inforts, il ne peut non plus participer activement aux décisions médicales lorsque survient une complication, l'interlocuteur principal est donc le plus souvent un membre de la famille. Par conséquent, les soins palliatifs en démence requièrent une meilleure détection et prise en charge de la douleur de même que des communications claires entre la famille et les soignants en ce qui a trait aux directives anticipées et aux soins appropriés. Enfin, un soutien informatif et émotionnel est nécessaire lors des décisions de fin de vie concernant les difficultés d'alimentation et les infections récurrentes. Contenu Une intervention multidimensionnelle en établissement de soins de longue durée sera décrite lors de cet atelier. L'intervention comprend les composantes suivantes: (a) programme de formation adapté pour les médecins et les membres du personnel soignant, (b) implication d'une infirmière de l'établissement comme agent de changement (c) information verbale et écrite aux familles à propos des enjeux de fin de vie, (d) suivi clinique systématique pour le contrôle des symptômes. L'intervention s'est déroulée pendant une période de 12 mois dans 2 établissements expérimentaux et les effets ont été évalués en comparaison avec deux autres établissements témoins comparables. Les résultats cliniques de ce projet de recherche financé par les Instituts de Recherche en Santé du Canada seront présentés. Résumé. Les composantes et les résultats d'une intervention pour améliorer les soins de fin de vie en démence avancée seront présentés lors de cet atelier.

A011**Innovation gérontechnologie et silver économie**

Modérateurs :

G. Cornet - Gerontologue - SFTAG - Paris - France

B. Zimmer - Recherche Développement - SOLIAGE - Ivry - France

La gérontechnologie est une discipline qui met l'utilisateur au cœur de la conception et de l'évaluation des innovations technologiques qui peuvent servir à l'amélioration de la santé, des capacités fonctionnelles et du lien social des personnes âgées pour leur vie quotidienne. Que ce soit pour la prévention ou la compensation des diminutions fonctionnelles avec l'âge et les pathologies chroniques invalidantes, elle cherche à cerner la valeur de rupture du service rendu par l'innovation, d'abord à l'utilisateur final dans son contexte évolutif global ensuite aux aidants et soignants et

décideurs, dans le respect des exigences éthiques. L'explosion des offres technologiques innovantes due à la révolution numérique et demain aux nanobiotechnologies crée le risque d'un écart grandissant entre ces offres et les besoins et priorités des personnes âgées. La silver économie ou économie du vieillissement concept ombrelle qui englobe l'ensemble des marchés potentiels générés par le vieillissement massif de la population, le considère comme une opportunité nouvelle pour la croissance et non un fardeau pour la collectivité. Deux ateliers successifs proposent 1) de présenter l'approche mythologique de l'innovation en gérontologie, l'état de l'art en francophonie des applications disponibles et émergentes, pour le soutien à l'autonomie à la santé et au lien social dans les différents secteurs de marché 2) de mettre en perspective par rapport aux objectifs européens pour 2020 et au delà les modèles de développement de la Silver économie et les perspectives offertes par les programmes européens.

A012**La recherche en gériatrie et gérontologie : aspects méthodologiques et éthiques**

Modérateurs :

M. Dramé - Pôle Recherche et Innovation, Unité d'aide méthodologique - CHU de Reims - Reims - France

O. Bruyère - Santé Publique, Epidémiologie et Economie de la Santé - Université de Liège - Liège - Belgique

Les résultats des recherches issues de populations d'adultes-jeunes ne sont pas facilement extrapolables à la population gériatrique. Un certain nombre de recommandations de la pratique médicale en gériatrie sont issues d'études n'incluant pas toujours des patients de la « vraie vie » gériatrique (personnes âgées, fragiles, polyopathologiques, polymédiquées...). Faire une recherche de qualité passe avant tout par une recherche bibliographique de qualité, par la connaissance et l'identification des biais méthodologiques potentiels retrouvés dans les études gériatriques, par la levée des barrières entravant une plus grande présence des personnes âgées dans les essais thérapeutiques, et par le respect des règles éthiques dans les recherches en gériatrie. Pour relever le défi de la créativité et de l'innovation cette session se propose d'aborder quatre thèmes, balayant un panorama large des difficultés auxquelles nous devons faire face en matière de recherche gériatrique et gérontologique: 1. Comment faire une recherche de la littérature gériatrique pour une médecine fondée sur les preuves? 2. Quels biais méthodologiques doit-on éviter dans la recherche en gériatrie et gérontologie? 3. Pourquoi les personnes âgées sont sous-représentées dans les études cliniques, et quelles solutions proposer? 4. Quelles questions éthiques à propos des recherches en gériatrie et gérontologie

Comment faire une recherche de la littérature gériatrique pour une médecine fondée sur les preuves? F. Herrmann – Suisse.

Après un rappel historique de la médecine fondée sur les preuves et de l'origine de la bibliothèque nationale (américaine) de médecine à l'origine de la base de données "Medline", cet exposé répondra à trois questions: Pourquoi chercher? Pour répondre aux questions de la pratique clinique, préparer une présentation, rédiger un projet de recherche ou une revue systématique. Comment cela fonctionne? Des bases de données (Aidslite, Medline, Cancerlit, CINAHL, Embase, Healthstar, Psychlit, Cochrane library:

Central, Dare, Jstore) sont alimentées automatiquement ou par des bibliothécaires qui vont lire et indexer les articles scientifiques en fonction de vocabulaire de classification prédéfini. Ces sources d'informations sont ensuite accédées par des moteurs de recherche (Grateful Med, Knowledge Finder, Ovid, PaperChase, Pubmed, Scopus, EndNote, ISI Web of Knowledge/Science, Google Scholar). Comment chercher efficacement? Au moyen d'opérateur booléen ou de texte libre des requêtes seront formulées. Les performances des différentes stratégies de recherche peuvent être quantifiées par des indicateurs de sensibilité et de précision. Enfin, des recommandations seront proposées comme combiner les sources de données ou sauvegarder la syntaxe de ses requêtes.

Biais méthodologiques dans la recherche en gériatrie et en gérontologie. O. Bruyère - Belgique. La recherche en gériatrie ou en gérontologie, qu'elle se base sur des études épidémiologiques observationnelles (études transversales, longitudinales ou cas-témoins) ou interventionnelles (études randomisées et contrôlées) peut être entachée de nombreux biais méthodologiques principalement dus à la population étudiée. L'échantillon de l'étude doit être représentatif de la population étudiée. Or, le recrutement d'un échantillon de population âgée en vue d'une étude risque de surreprésenter soit, le cas le plus fréquent, les plus performants soit, à l'opposé, les plus accessibles, ceux qui résident en institution. Les uns et les autres ne sont pas les plus représentatifs du vieillissement moyen. De plus, ne prendre en considération que des volontaires se rendant à une convocation entraîne une sélection de sujets motivés et en meilleure santé. De plus, un taux élevé de refus est fréquent chez les personnes âgées. D'autres causes d'erreur méthodologique sont liées à la durée de suivi, car le nombre de patients perdus de vue peut être fort important dans cette population âgée et fragile. Il est aussi important de prendre en considération les interactions médicamenteuses, car, même si elles ne sont pas différentes chez le sujet âgé et chez le sujet jeune, elles sont plus fréquentes en gériatrie en raison des prescriptions plurimédicamenteuses. Enfin, les outils d'évaluation utilisés en gériatrie n'ont pas toujours été validés sur la population représentée dans les études. L'ensemble de ces biais méthodologiques doit être pris en compte lors de l'interprétation des résultats.

Sous-représentation des personnes âgées dans les études cliniques : barrières et solutions. M. Dramé - France - Sénégal. Les personnes âgées supportent le plus lourd fardeau des maladies et sont les plus grands consommateurs de soins. Malheureusement, elles sont largement sous-représentées dans les études cliniques. Il y a une discordance entre les participants aux études et les vrais usagers de soins. Or, les résultats des recherches issues de populations d'adultes-jeunes ne sont pas facilement extrapolables en gériatrie. Cette population passe ainsi à côté de traitements potentiellement utiles, mais qui les exposent à des risques, en raison du manque de preuve d'efficacité et ou de tolérance. En effet, un certain nombre de médicaments sont prescrits sans tenir compte des particularités physiopathologiques liées au vieillissement, affectant ainsi la balance bénéfique/risque de ces produits. Éthiquement, ceci est clairement inéquitable et totalement indéfendable. Les raisons de non-inclusion des personnes âgées dans les études cliniques sont parfois explicites (vulnérabilité des personnes, difficultés de prendre en compte l'environnement, complications logistiques...), mais le plus souvent insidieuses (besoin d'avoir une population plus

homogène, moins fragile, permettant d'avoir des résultats plus facilement significatifs...) La solution pour l'amélioration de l'inclusion des personnes âgées de la « vraie vie » passe par l'engagement des cliniciens pour une prise en compte de l'hétérogénéité de cette population, par l'utilisation de personnel de recherche dédié, par une plus grande formation à la conception et à la mise en œuvre de recherches en gériatrie. Cela doit constamment être appuyé par un cadre réglementaire plus contraignant. Il y a quelques années déjà, la Conférence internationale d'harmonisation des recommandations pour l'étude des médicaments, approuvée par l'EMEA, avait fait plusieurs préconisations dans ce sens. Donc, pour une utilisation optimale des traitements, il est nécessaire que les personnes âgées de la « vraie vie » soient incluses dans les essais cliniques. Il semble important de définir des questions de recherche appropriées pour ce groupe d'âge.

Quelques questions éthiques à propos des recherches en gériatrie et gérontologie. F. Blanchard - France. En éthique clinique, il est classique de distinguer les personnes saines et les personnes malades. Mais en gériatrie un troisième groupe, intermédiaire, apparaît : les personnes fragiles qui posent des problèmes spécifiques. Cette catégorisation en trois groupes contient implicitement des jugements négatifs sur ceux qui n'ont réussi à rester en bonne santé, entraînant des problèmes éthiques. La vision inverse voyant la vieillesse comme un déclin progressif, outre son pessimisme, entraîne également des problèmes éthiques. Au départ, une des plus grandes injustices éthiques est l'insuffisance de recherche, voire l'exclusion du champ de la recherche de certains groupes de personnes âgées. L'exemple des essais thérapeutiques est tristement illustratif. En recherche fondamentale, il existe aussi des problèmes, notamment sur le choix des priorités : qui finance? Quelle règle partenariale? Quelle valorisation des résultats? À qui appartiennent-ils?.. Les maladies neurodégénératives centrales très fréquentes avec l'âge, posent aussi des problèmes spécifiques dont l'un des plus ignorés est la stigmatisation sur le diagnostic qui fait perdre confiance dans les capacités du malade, surtout en début d'évolution. On peut aborder d'un point de vue éthique, le problème de la réciprocité dans la recherche, que l'on réduit trop souvent en termes de bénéfices directs. Faire confiance à une personne malade, à ses possibilités de jugement, apporte un bénéfice. La participation à la recherche elle-même peut être valorisante pour le sujet et susciter un sentiment d'utilité sociale recherchée par les personnes face à l'impression d'inutilité de la vieillesse. L'information de la personne, son consentement éclairé, la possibilité de se retirer à tout moment doivent être respectés. Quel que soit l'âge, les mêmes principes de base doivent être vérifiés et respectés. Les questions de recherche doivent être examinées au regard des grands principes de l'éthique : humanité, solidarité, autonomie, équité et justice, bienfaisance, et de non-malfaisance.

A013

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) adaptée aux personnes âgées souffrant d'anxiété et de troubles associés

Modérateur :

S. Grenier - Enseignement et recherche - Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM) - Montréal - Canada

Près d'une personne âgée sur deux souffrant de maladies physiques chroniques ou dégénératives rapporte de l'anxiété pouvant aggraver son état de santé et réduire l'efficacité des traitements en cours. En fait, plusieurs conséquences sont associées aux troubles anxieux gériatriques, dont la perturbation du fonctionnement quotidien, la détérioration du bien-être général, la présence de dépression, la sur utilisation des services de santé (surtout en première ligne) et l'augmentation du risque de mortalité. Comparativement aux médicaments anti-anxiété (comme les anxiolytiques et les antidépresseurs), l'utilisation de la TCC a comme avantage de prévenir les effets secondaires indésirables souvent associés à la prise de ce type de médicaments (p. ex., la confusion, les pertes de mémoire, les risques de chutes, etc.) chez une clientèle déjà polymédicamentée. Qui plus est, lorsqu'on leur donne le choix, plusieurs personnes âgées préfèrent la TCC aux médicaments pour traiter leur anxiété. La TCC serait donc une option envisageable, voire même souhaitable, pour les aînés anxieux. Cependant, plusieurs résultats d'études suggèrent que la TCC serait moins efficace chez les aînés par comparaison aux adultes plus jeunes souffrant d'anxiété. Une des explications avancées est que les stratégies cognitivo-comportementales sont souvent mal adaptées aux caractéristiques du vieillissement (p. ex., présence de maladies physiques, perte de mémoire, etc.). Cet atelier clinique a comme objectif d'illustrer la mise en place d'une TCC chez un patient âgé souffrant d'anxiété et de troubles associés. L'accent sera mis sur les principales modifications à apporter à la TCC pour qu'elle soit mieux adaptée à la réalité des aînés et donc plus efficace. Cette formation s'adresse aux gens qui connaissent les rudiments de la TCC, mais qui veulent en savoir davantage sur les façons de l'adapter à une clientèle âgée présentant des besoins particuliers.

A014

Un modèle de concertation dans la lutte à la maltraitance envers les personnes aînées : une expérience québécoise

Modérateurs :

P. Martel - Agence de la santé et des services sociaux de la région de l'Estrie, Québec, Canada

N. Lachance – Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Québec, Canada

Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées ; partenaires multisectoriels Les sociétés occidentales sont confrontées au vieillissement important de leur population et aux problèmes associés à cette situation. Ainsi, depuis plusieurs années, nous assistons à l'augmentation de la problématique de la maltraitance envers les personnes aînées. Cette réalité suggère que les états doivent repenser et adapter leurs politiques économiques et sociales ainsi que les structures en place afin d'être plus efficaces dans leur réponse aux besoins des personnes aînées victimes de maltraitance. Les actions concertées qui permettent la mise en commun d'analyses et de solutions s'avèrent une réponse essentielle dans la lutte à la maltraitance envers les personnes aînées. L'atelier pratique présente aux participants le modèle de concertation entre les partenaires impliqués dans la lutte pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées qui a été développé au Québec depuis les 25 dernières années. Ce modèle de concertation est présenté sous forme de guide et peut être adapté à la réalité de différentes collectivités. Ce guide de réfé-

rence a été conçu dans une logique d'amélioration de la cohésion, de l'efficacité et de la collaboration entre les organisations qui proviennent de différents secteurs et les intervenants de plusieurs disciplines. Il vient structurer les interventions aux différentes étapes, soit la prévention, le repérage, l'intervention et la coordination auprès des personnes aînées victimes en démontrant qui peut faire quoi et comment. L'objectif de cet atelier est de permettre aux participants de s'approprier le modèle de concertation entre des partenaires qui travaillent directement ou indirectement auprès des personnes aînées victimes de maltraitance et de développer des stratégies qui leur permettront de transposer ces connaissances dans leur milieu. De plus, l'atelier sera une occasion de discuter des enjeux reliés à l'implantation d'un tel modèle de concertation.

O001

Intérêt de l'oxymétrie nocturne pour le dépistage du syndrome d'apnées du sommeil chez le sujet âgé hospitalisé

S. Mazière¹, J.L. Pépin¹, N. Syjanko¹, C. Bioteau¹, S. Launois¹, R. Tamisier¹, N. Arnol¹, P. Lévy¹, P. Couturier¹, J.L. Bosson¹, G. Gavazzi¹

¹Médecine aiguë gériatrique - CHU Grenoble - Grenoble cedex 9 – France

Introduction : La prévalence du syndrome d'apnées du sommeil (SAS) augmente avec l'âge. Les symptômes chez le sujet âgé peuvent être atypiques (troubles cognitifs, chutes). Le diagnostic par polygraphie ventilatoire (PV) pose le problème du coût et de l'accessibilité. L'oxymétrie nocturne est un outil simple d'utilisation et facilement accessible. Cet outil permet d'identifier l'hypoxie intermittente, caractéristique du SAS. Objectif : L'objectif principal était d'évaluer la performance diagnostique de l'index de variabilité de l'oxymétrie nocturne pour le dépistage du SAS modéré à sévère chez les patients de plus de 75 ans hospitalisés en état médical stable. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la performance diagnostique des autres indices de l'oxymétrie nocturne (Oxygen Desaturation Index = ODI), et de déterminer la prévalence du SAS modéré à sévère dans cette population. Méthode : Enregistrement simultané sur une nuit par PV et oxymétrie nocturne. Evaluation des comorbidités par le CIRS-G, données de l'Evaluation Gériatrique Standardisée incluant le statut fonctionnel (Activities of Daily Living). Résultats : Quatre-vingts patients (âge moyen 85.3±5.3 ans) ont été inclus. Soixante-douze pour cent présentaient un SAS modéré à sévère (IC 95% 58.9-82.9), dont 59.5 % étaient sévères (Index d'Apnées-Hypopnées > 30/h). Pour une valeur de l'index de variabilité inférieure à 0.51, les sensibilité et valeur prédictive négative étaient de 100 %. Pour une valeur supérieure à 0.88, la valeur prédictive positive et la spécificité étaient élevées (respectivement 96.6 % et 93.8 %). Les ODI > 3 % et > 4 % étaient très spécifiques mais moins sensibles. Conclusion : La prévalence du SAS modéré à sévère chez le sujet âgé polypathologique hospitalisé est élevée. L'analyse automatique de la variabilité nocturne de la SaO₂ apparaît être un outil simple et fiable pour le gériatre pour dépister et éliminer les SAS modérés à sévères. Cette étude suggère un rôle important de l'oxymétrie nocturne en tant que 1^{re} étape de la stratégie diagnostique du SAS modéré à sévère dans cette population.

O002**Intervention multimodale chez des patients âgés diabétiques de type 2 pour prévenir le déclin fonctionnel et la détérioration de la qualité de vie : Essai clinique randomisé pour évaluer l'efficacité d'une MID-FRAIL study**

I. Bourdel-Marchasson¹, S. Regueme², L. Rodriguez Manas³, A. Sinclair⁴

¹Gériatrie - Univ Bordeaux Segalen/ CHU Bordeaux - Pessac - France

²Gérontologie - CHU de Bordeaux - Pessac - France

³Geriatría - Hospital Universitario de Getafe - Getafe - Espagne

⁴IDOP - Beds & Herts Postgraduate Medical School - Luton - Royaume-Uni

Introduction : En Europe 50 % des diabétiques ont plus de 65 ans. Le diabète est associé au déclin fonctionnel et à une mauvaise qualité de vie. La détérioration de l'état fonctionnel augmente les coûts en soins et en support social. Protocole Cet essai clinique ouvert, international (7 pays) multicentrique doit randomiser 1 700 diabétiques de type 2 âgés (> 70 ans) et fragiles dans un des deux bras parallèles de l'étude : soins usuels ou intervention. L'intervention comprend une évaluation gérontologique standardisée, un programme de suivi optimal, un programme de renforcement musculaire en résistance et une éducation thérapeutique adaptée pendant 2 ans. Objectif principal : évaluer en comparaison avec la pratique clinique usuelle, l'efficacité de l'intervention sur le changement fonctionnel selon le Short Physical Performance Battery à 2 ans. Les objectifs secondaires évaluent coûts associés à la maladie, incidence des hypoglycémies symptomatiques, hospitalisation et entrée en institution, charge des aidants et qualité de vie. L'exploration des mécanismes sous-tendant le processus de déclin fonctionnel au cours du diabète de type 2 et des effets de l'intervention repose sur des sous études réalisées dans des sous-groupes de patients : • Une étude intégrée de la fonction musculaire et de la composition corporelle (SAR-TRAIN Sub-study) • Les effets de l'exercice en résistance sur la puissance musculaire en conditions isométriques et dynamiques (MID-POW Sub-study) • Le rôle du métabolome (MetaboFrail Sub-study) et du polymorphisme génétiques (GeneFrail SubStudy) comme déterminants de la fragilité et de la réponse à l'intervention • L'évaluation de semelles vibratoires (SENSOLE Sub-study) sur l'équilibre et la fonction • Des nouveaux outils de mesure de la qualité de vie adaptés aux personnes âgées fragiles (QoLFrail Sub-study). Conclusion Les résultats de cet essai pourront conduire à changer l'approche clinique de ces patients diabétiques pour l'amélioration de leur état de santé et de leur qualité de vie. Financement : programme européen FP7-HEALTH-2011

O003**La production sanguine d'anion superoxyde par la NADPH oxydase est un facteur prédictif indépendant de mortalité chez les sujets âgés**

G. Baptista¹, N. Kuster², E. Ferreira¹, C. Boubakri¹, J. Lano², A. Dupuy², J. Cristo², C. Jeandel¹

¹Gériatrie - CHU de Montpellier - Montpellier - France

²Biochimie - CHU de Montpellier - Montpellier - France

Introduction : Nous avons montré dans une étude précédente que la production sanguine d'anion superoxyde par la NADPH oxydase était associée à la fragilité du sujet âgé, en utilisant la vitesse de marche comme marqueur clinique. Objectifs : Etudier si la production d'anion superoxyde par la NADPH oxydase est associée à la mortalité toutes causes confondues chez le sujet âgé. Méthodes : De 2003 à 2009, nous avons recruté 500 sujets âgés au sein de l'hôpital de jour gériatrique du Centre Antonin Balmès du CHU de Montpellier, pour lesquels nous avons dénombré les comorbidités grâce au score CIRS-G, analysé les paramètres biologiques de l'inflammation, de la dénutrition, le taux d'hémoglobine. Par ailleurs, nous avons analysé la production sanguine d'anion superoxyde par une technique de chemiluminescence après adjonction de lucigénine. Le statut vital, après accord de la CNIL, a été demandé auprès de l'INSEE. Résultats : Parmi les 500 patients inclus dans l'étude de 2003 à 2009, 155 étaient décédés fin 2009 selon les données de l'INSEE. En analyse multivariée, les facteurs reliés de façon indépendante à la mortalité toutes causes confondues dans notre population sont : l'âge (HR = 3.941, p < 0.001), le sexe masculin HR = 2.548, p < 0.001), le score de comorbidités évalué par le CIRS-G (HR = 1.576, p = 0.013), l'albuminémie (HR = 0.572, p = 0.006), et la production sanguine d'anion superoxyde par la NADPH oxydase (HR = 1.719, p = 0.01). Conclusion : La production sanguine d'anion superoxyde par la NADPH oxydase est un facteur prédictif indépendant de mortalité chez le sujet âgé.

O004**Infection VIH chez les plus de 75 ans : étude de cohorte**

S. Moulías¹, F. Lemesre², S. Pineau³, F. Raffi²

¹Département de gériatrie aiguë - Site Ambroise Paré, GHU Paris Ile de France Ouest, APHP - Boulogne - France

²Infectiologie - CHU Nantes - Nantes - France

³URC - CHU Nantes - Nantes - France

L'avènement des multithérapies antirétrovirales en 1996 a transformé le pronostic de l'infection VIH, sous réserve d'une observance et d'un suivi médical rigoureux. La survie prolongée des patients infectés impose l'évaluation régulière des comorbidités, du fait du vieillissement pathologique lié à l'infection. Devant l'augmentation des contaminations récentes après 75 ans, il est important que les professionnels de santé prennent conscience de cette population en tant que groupe à risque, et renforcent les messages de prévention, et les dépistages. Sur une cohorte de 16 patients de 75 ans à 90 ans, appariés avec 32 patients de moins de 60 ans, sur le sexe et la durée de suivi, les comorbidités sont plus prononcées chez les plus de 75 ans. Les traitements sont commencés plus tardivement et les réponses sont moins satisfaisantes immunologiquement parlant avec plus d'effets indésirables chez les plus de 75 ans. Ces derniers étaient infectés depuis au moins l'âge de 65 ans. Il n'y a pas de recommandation actuelle pour le traitement des personnes de plus de 60 ans atteintes du VIH. Il semble donc important de s'intéresser à cette population, qui grandit d'année en année (5 à 10 % de la file active).

O005**Perte de l'avantage lié au sexe, des femmes algériennes en terme de rigidité artérielle et de statut cardiovasculaire**

G. Watfa¹, M. Temmar², L. Joly³, A. Kearney Schwartz³, Y. Merabia⁴, S. Bensalah⁵, Y. Mustapha⁶, P. Salvi⁷, S. Gautier³, M. Safar³, C. Labat⁹, A. Benetos³

¹Gériatrie - CHU et Faculté de Médecine de Nancy - Vandoeuvre-lès-nancy - France

²Cardiologie - Cardiology Centre - Ghardaia - Algerie

³Gériatrie - CHU de Nancy - Vandoeuvre-lès-nancy - France

⁴Cardiologie - El Menia Hospital - Ghardaia - Algerie

⁵Santé - Directorate of Health - Ghardaia - Algerie

⁶Diabétologie - Diabetes center - Ghardaia - Algerie

⁷Department of Cardiology - IRCCS Istituto Auxologico Italiano - Milano - Italie

⁸Diagnosis and Therapeutic Center, Hôtel-Dieu - Paris Descartes University; AP-HP - Paris - France

⁹INSERM UMR_S1116 - Faculté de Médecine de Nancy - Vandoeuvre-lès-nancy - France

Introduction: Plusieurs études ont démontré que les valeurs de la vélocité de l'onde de pouls carotido-fémorale (VOPcf) étaient plus basses chez les femmes par rapport aux hommes. Cependant, ces études ont été réalisées dans les pays industrialisés alors que peu de données sont disponibles dans les populations des pays émergents. Méthodes: la VOPcf a été étudiée chez 321 Algériens, hommes ($81,2 \pm 5,3$ ans) et femmes ($81,1 \pm 4,4$ ans). Une cohorte de sujets européens ($n = 321$) matchée à l'âge et au sexe a été utilisée comme groupe témoin. Résultats: La VOPcf n'était pas différente entre les hommes algériens ($14,8 \pm 3,3$ m/sec) et les femmes ($14,9 \pm 3,4$ m/sec). En revanche, chez les Européens, les femmes avaient une VOPcf inférieure ($12,7 \pm 2,7$ m/s) à celle des hommes ($14,0 \pm 3,3$ m/sec) ($p < 0,001$). Comparativement aux femmes européennes, les femmes algériennes avaient une VOPcf plus élevée ($p < 0,01$). Dans les deux groupes ethniques, les analyses multivariées ont montré que l'âge, la pression artérielle moyenne (PAM), la fréquence cardiaque (FC) et le diabète étaient associés positivement à la VOPcf, alors que le sexe féminin était associé à des valeurs basses de VOPcf seulement chez les Européens. Conclusions: Les femmes algériennes âgées ont une rigidité artérielle semblable à celle des hommes, tandis que les femmes européennes ont une rigidité artérielle inférieure à celle des hommes. Cette perte de « l'avantage lié au sexe » chez les algériennes pourrait s'expliquer par les valeurs de PA et de FC plus élevées, et un profil métabolique plus perturbé. Des mesures doivent être prises en priorité dans ces pays émergents, en particulier chez les femmes, afin de lutter contre ces facteurs de risque en agissant sur leur mode de vie actuel.

O006**Fibrillation atriale du patient âgé: aide à la décision par les scores CHADS2 et HEMORR2HAGES**

B. Boland¹, S. Marien¹, F. Maes², O. Dalleur³, A. Spinewine³, C. Scavee²

¹Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

²Cardiologie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

³LDRI - Pharmacie - UCLouvain - Bruxelles - Belgique

Introduction: Différents outils prédisent les risques cardio-embolique et hémorragique en présence d'une fibrillation atriale (FA). Ce travail en analyse l'adéquation dans la population âgée, qui concentre deux-tiers des cas de FA. Méthodes: Comparaison des scores de prédiction du risque d'AVC cardio-embolique (CHADS2 vs. CHA2DS2-VASc) et du risque d'hémorragie majeure (HEMORR2HAGES vs. HAS-BLED) en termes de validité (population-cible), précision (intervalles de confiance), prédiction (C statistics), et facilité d'emploi. Résultats: CHADS2 montre des avantages vs. CHA2DS2-VASc (qui a été conçu pour des patients à bas risque cardio-embolique, une situation rare dans la population âgée). En effet, CHADS2 1) provient d'un suivi de personnes âgées (81 vs. 66 ans en moyenne); 2) compte plus d'événements emboliques à un an ($n = 94$ vs. 25), dont l'incidence correspond à la pratique gériatrique (4.4 vs. 2.3 %/an); 3) montre une corrélation plus précise (C statistics 0.82 vs. 0.60) avec le risque d'AVC; et 4) est plus simple à mémoriser et utiliser (5 vs. 7 variables). HEMORR2HAGES, comparé à HA2S-BLED2, offre plusieurs avantages, car HEMORR2HAGES: 1) provient d'un suivi de personnes âgées (80 vs. 66 ans en moyenne); 2) compte plus d'hémorragies majeures à un an (162 vs. 53), dont l'incidence rejoint celle d'une population âgée (4.9 vs. 1.6 %/an); 3) inclut des variables importantes chez les patients âgés (anémie, cancer, risque de chutes, problème neuro-psychiatrique); 4) fournit des intervalles de confiance, ce que HA2S-BLED2 ne fait pas. En termes de facilité d'emploi, ces deux scores sont basés sur de nombreux paramètres (12 vs. 9), de définition plus précise dans HEMORR2HAGES que dans HA2S-BLED2 (ce dernier contenant de plus la variable "INR instable" qui n'est pas connue à l'instauration d'un traitement anti-coagulant). Conclusion: Les scores CHADS2 et HEMORR2HAGES sont les mieux adaptés aux patients de 75 ans et plus en FA. Mis face à face, ils aident les cliniciens à une prise de décision éclairée dans un domaine grave et complexe de la gériatrie.

O007**Importance de l'atteinte précoce des fonctions exécutives dans une population âgée consultant en centre mémoire pour une atteinte cognitive**

C. Sagot¹, B. Dieudonné¹, S. Greffard¹, A. Breining¹, J. Cohen Bittan¹, Z. Barrou¹, L. Mora¹, V. Fauconau¹, J. Boddaert¹, M. Verny¹

¹Médecine gériatrique du Pr Verny, CMRR et DHU FAST - Hôpital Pitié Salpêtrière - Paris - France

Introduction: Chez les patients âgés, une atteinte précoce, parfois marquée des fonctions exécutives, a pu être décrite dans les atteintes cognitives sous corticales mais aussi dans la maladie d'Alzheimer (MA). Notre objectif était d'analyser ce profil d'atteinte dans notre population. Matériel et méthode: analyse rétrospective de patients adressés pour un premier bilan neuropsychologique de 2010 à 2012 dans un CMRR. Batterie Rapide d'Efficiency Frontale (BREF) déficitaire si inférieure ou égale à 14. Pour le RL-R1 16, cut-off pour le rappel libre total (RLT) et le rappel indicé total (RIT) respec-

tivement à 17 et 40. Résultats : 522 patients inclus ; âge moyen 82,1 ans (ET 6,46), à majorité féminine (62 % vs 38 %). La durée d'évolution de la maladie était de 3,5 ans (ET 2,5 ans). Diagnostics prédominants : MA 32 %, DCL 8 % et MA à composante vasculaire 5 %. Le MMS moyen était de 23,2 (ET 4,43). La BREF moyenne était à 11,9 (ET 3,04). Sur les 522 patients inclus, 422 (82 %) avaient une BREF déficitaire. 131 patients (25 %) n'ont pas complété le RLT, et 133 patients (25 %) le RIT. 238 patients (46 %) avaient un RLT inférieur à 17, et 281 (35 %) un RLI inférieur à 40. Pour ces patients et ceux ayant échoué à finir le test, la BREF était déficitaire chez 88 % des patients pour le RLT, et 88,5 % des patients pour le RLI. 153 patients (29 %) avaient un RLT supérieur ou égal à 17 (62 % avec une BREF déficitaire). 208 patients (40 %) avaient un résultat supérieur ou égal à 40 (69 % avec une BREF déficitaire). Conclusion : Il existe une atteinte précoce des fonctions exécutives dans les troubles cognitifs du sujet âgé y compris chez les patients avec syndrome amnésique de type cortical. Cela pourrait être en partie lié à l'altération des fonctions exécutives avec le vieillissement.

O008

Evaluation de la prévalence de la sarcopénie selon différents outils de diagnostic

C. Beaudart¹, C. Slangen¹, F. Buckinx¹, J. Slomian¹, A. Quabron¹, J. Petermans², S. Gillain², J. Reginster¹, O. Bruyère¹

¹Département des Sciences de la Santé Publique, Epidémiologie et Economie de la Santé - Université de Liège - Liège - Belgique

²Service de Gériatrie - Université de Liège - Liège - Belgique

Introduction : La sarcopénie se définit par une perte progressive et généralisée de masse musculaire accompagnée soit d'une perte de force musculaire ou de performance physique. Actuellement, il n'existe pas de recommandation concernant les outils à utiliser pour évaluer ces trois mesures. Dans cette étude transversale, nous avons comparé la prévalence de la sarcopénie en fonction des différents outils de diagnostic utilisés. Méthode Pour mesurer la masse musculaire, la force musculaire et la performance physique, nous avons à chaque fois utilisé deux outils de diagnostic différents. Pour la masse musculaire, nous avons utilisé l'absorptiométrie biphotonique à rayons X (DXA) et la bioimpédancemétrie (BIA) ; pour la force musculaire, nous avons utilisé un dynamomètre hydraulique (DH) et pneumatique (DP) ; pour la performance physique, nous avons utilisé le test du Short Physical Performance Battery (SPPB) et la vitesse de marche (VM). 8 définitions ont ainsi été établies. Résultats 200 sujets ont été recrutés consécutivement au sein d'une polyclinique à Liège (62 % de femmes, âge moyen : 73,8 ans). La prévalence de la sarcopénie variait de 8,72 % (BIA-DH-VM) à 28,5 % (DXA-DP-SPPB) selon les différentes définitions. Concernant la masse musculaire, il semblerait que la BIA sous-estime celle-ci en comparaison à la DXA (moyenne de prévalence avec BIA = 13,4 % ; moyenne de prévalence avec DXA = 21,4 %). Pour la force musculaire, le dynamomètre pneumatique diagnostiquerait deux fois plus de sujets sarcopéniques que le dynamomètre hydraulique (moyenne de prévalence avec DP = 23,2 % ; moyenne de prévalence avec DH = 11,6 %). Finalement, une très faible différence de prévalence de

la sarcopénie a été observée en comparant la vitesse de marche au test SPPB (moyenne de prévalence avec SPPB = 17,6 % ; moyenne de prévalence avec VM = 17,3 %). Conclusion : La prévalence de la sarcopénie semblerait hautement dépendante de l'outil de diagnostic utilisé. Dans le but de rendre les études comparables, il est nécessaire de trouver un consensus de diagnostic.

O009

Pertinence des admissions en urgence des personnes âgées de plus de 80 ans dans 8 CHU français

E. Menand¹, D. Somme², O. Saint Jean³, E. Lenain⁴, C. Lazarovic⁵, G. Chatellier³

¹Gériatrie aiguë - CHU Rennes - Bain de Bretagne - France

²Gériatrie - Professeur - Rennes - France

³Gériatrie - Professeur - Paris - France

⁴Biostatistiques - Paris - France

⁵Gériatrie - Médecin - Paris - France

Parmi les personnes âgées admises aux urgences, celles qui présentent des troubles cognitifs semblent susceptibles d'être plus souvent hospitalisées de façon peu pertinente. L'objectif est d'évaluer la pertinence des admissions des personnes âgées de 80 ans, en France. Secondairement, ont été étudiés les facteurs de risques associés à ces admissions non pertinentes. La pertinence des admissions a été évaluée par la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf). Cette étude épidémiologique, prospective a été conduite au sein de huit CHU français sur deux périodes de quatre semaines non consécutives en 2010. Tous les patients, âgés de 80 ans et plus, admis dans un service hospitalier après un passage au SAU, ont été inclus. L'influence des variables indépendantes sur le risque de non-pertinence a été évaluée par un modèle de régression logistique. Sur les 1577 admissions incluses, le taux d'admissions non pertinentes évalué selon l'AEPf est de 8,8 %, soit 139 admissions. Parmi celles-ci, 18 ont été jugées pertinentes par les médecins en charge. Le taux de non-pertinence des admissions s'élevait donc à 7,7 % (121 admissions). En analyse multivariée, l'existence de pathologies cardiaques (OR = 0,36 [0,23 ; 0,56], p < 0,001), l'origine institutionnelle (OR = 0,53 [0,30 ; 0,87], p = 0,018), la sévérité clinique (OR = 0,97 [0,95, 0,99], p < 0,001) diminuent de façon indépendante et significative la non pertinence des admissions. L'existence d'un diagnostic principal syndromique apparaît comme un facteur de risque de non pertinence (OR = 1,81 [1,13 ; 2,83], p = 0,001). A contrario, les chutes, les troubles de la marche, les déficits cognitifs anciens ou récents ou les troubles du comportement n'influencent pas de taux de non pertinence. Les admissions non pertinentes en urgence des personnes âgées semblent peu fréquentes. Cependant, devant le vieillissement de la population, des alternatives aux admissions aux urgences sont à envisager.

O010

Vérification de la structure factorielle entre 3 versions françaises de l'Échelle d'âgisme de Fraboni à l'aide d'analyses confirmatoires

A. Langis¹, J. Vézina¹

¹Psychologie - Université Laval - Québec - Canada

La Fraboni Scale of Ageism (FSA) mesure les composantes cognitives et affectives de l'âgisme (Fraboni et al., 1990). Trois sous-échelles la composent ; l'empathie, l'orientation à la dominance sociale et le dogmatisme. Actuellement, cette échelle se décline sous 3 formes avec chacune leurs structures factorielles ; la forme originale avec ses 29 questions (FSA) ; la forme révisée à 23 items (FSA-R) venant de la recherche de Rupp et al. (2005) et finalement une version courte émanant de l'étude de Boudjemadi et Gana (2009) avec 14 questions (FSA-C). L'objectif de notre étude est donc de vérifier laquelle de ces trois formes présente les meilleurs indices d'ajustement. Afin d'atteindre cet objectif, trois échantillons indépendants de 350 étudiants chacun provenant de diverses disciplines universitaires ont répondu volontairement à l'une des 3 formes de l'échelle de Fraboni sur l'âgisme à 2 reprises. Le premier échantillon est composé de 273 femmes et 77 hommes ; le deuxième échantillon comprend 261 femmes et 89 hommes alors que 293 femmes et 55 hommes composent le troisième échantillon. Dans les 3 échantillons, l'âge est homogène avec une moyenne de 22 ans. Les données ont été soumises à des analyses factorielles confirmatoires avec le logiciel EQS 6.1. Les résultats obtenus montrent que c'est la forme courte de l'échelle à 14 questions (FSA-C) comprenant 3 dimensions corrélées qui présentent les meilleurs indices d'ajustement (RMSEA, NNFI, CFI) comparativement à l'échelle originale à 29 questions ou la forme révisée à 23 items. De plus, l'indice de cohérence interne obtenu de la FSA-C présente un alpha de Cronbach élevé (0,86) et une stabilité temporelle satisfaisante après 2 semaines (0,75). Bref, à la lumière de ces résultats, quiconque désire évaluer l'âgisme devrait utiliser l'échelle courte à 14 items. D'autres études devront être réalisées, notamment avec des participants avec un profil sociodémographique plus varié.

O011

Comparaison des attitudes envers les personnes âgées d'étudiantes universitaires de programmes de premier cycle

A. Godbout¹, A. Langis¹, J. Vézina¹

¹École de psychologie - Université Laval - Québec - Canada

Introduction : Les attitudes négatives envers les personnes âgées sont à l'origine de comportements et de croyances négatives et discriminatoires ; l'âgisme. Il est donc important de bien comprendre les attitudes entretenues par les étudiants universitaires à l'endroit des personnes âgées puisqu'ils côtoieront cette population au cours de leur parcours professionnel futur. L'objectif de cette étude est de comparer les attitudes envers les personnes âgées d'étudiantes provenant de 4 programmes universitaires de premier cycle (pharmacie, sciences infirmières, psychologie et affaires qui regroupe le droit et l'administration) afin d'évaluer s'il existe des différences entre les attitudes en fonction du programme d'études. Méthode : Les attitudes envers les personnes âgées d'étudiantes en pharmacie (n = 230), en sciences infirmières (n = 428), en psychologie (n = 394) et en affaires (n = 213) ont été évaluées à l'aide du différenciateur sémantique du vieillissement (ASD) et de l'échelle d'âgisme modifié de Fraboni (FSA-R). Afin de contrôler pour la désirabilité sociale, la version abrégée de l'Inventaire de désira-

bilité sociale (BIDR) a été utilisée. Résultats : Des MANCOVAs indiquent qu'il existe une différence statistiquement significative entre les programmes pour chacun des questionnaires lorsque l'on contrôle pour la désirabilité sociale ($p < .05$). Des ANCOVAs montrent qu'il existe des différences statistiquement significatives entre les programmes pour tous les facteurs de chaque questionnaire ($p < .05$). Les comparaisons de moyennes marginalisées subséquentes indiquent que, de façon générale, les groupes se divisent en deux, les étudiantes en pharmacie et en affaires ayant des attitudes plus négatives que les étudiantes en psychologie et en sciences infirmières. Conclusion : D'autres études seront nécessaires afin de mieux comprendre l'origine des différentes attitudes envers les personnes âgées entretenues par les étudiants universitaires. Toutefois, la mise en place dans les milieux universitaires de programmes de sensibilisation structurés concernant l'âgisme apparaît comme une avenue intéressante dans la lutte contre ce phénomène.

O012

Parcours migratoires et vieillissement : des transmissions plurielles. Expériences de femmes aînées immigrées à Montréal

M. Plard¹, A. Quéniart², M. Charpentier³

¹Recherche - CNRS - Université d'Angers - Angers - France

²Département de sociologie - Université du Québec à Montréal - Montréal - Canada

³École de travail social - Université du Québec à Montréal - Montréal - Canada

Dans le cadre d'une étude en cours sur les « femmes aînées immigrantes et leur rapport au vieillissement » menée à Montréal, les expériences du vieillissement et notamment les questions soulevées par les transmissions en fin de vie sont interrogées. Cette communication est l'occasion de présenter un aspect des résultats de cette étude qualitative subventionnée (CRSH 2011-2014). Les données présentées sont issues de 15 focus groupes, soit 90 femmes d'origines et de communautés culturelles différentes et ayant des parcours migratoires variés. Les analyses comparatives des verbatims ont en particulier permis de saisir l'importance accordée aux différentes formes de transmission à cet âge de la vie. Il s'agit là d'un résultat de recherche que l'on retrouve transversalement dans chaque focus-groupes identifié. En effet, quel que soit l'âge de la personne, son autonomie, son origine culturelle, ses pratiques religieuses, son parcours migratoire ou son statut familial, la volonté de « transmettre » est largement affichée. Les transmissions intergénérationnelles, ou « legs » d'après la typologie élaborée par Hunter et Rowles, peuvent être de différents types : biologiques, matériels ou symboliques (valeurs) (Hunter and Rowles, 2005). Les femmes rencontrées ont des trajectoires biographiques mises en mouvement par la migration internationale choisie ou non, aussi, leur pays d'origine diffère-t-il du Canada. Au-delà des transmissions usuelles, ces aînées immigrées témoignent de l'importance de transmettre un héritage affectif, symbolique, et des valeurs au travers l'histoire familiale et leur parcours personnel. Il est question de transmettre « les racines » à travers la langue, la cuisine, etc. Il apparaît en substance que ces femmes transmettent

pour l'essentiel une « attitude face à la vie », et leurs trajectoires biographiques sont autant de témoignages du sens qu'elles leur donnent.

O013

Comprendre l'influence des cinq facteurs de personnalité et de la résilience sur la longévité exceptionnelle : une étude qualitative auprès de centenaires québécois

M. Lagacé¹, A. Tanguay¹, K. Sztajerowska¹

¹Recherche - Université d'Ottawa - Ottawa – Canada

Le nombre de centenaires augmente en flèche au Canada et particulièrement au Québec. Plusieurs études sur la longévité exceptionnelle ciblent les caractéristiques biologiques et physiologiques des centenaires. Pourtant, les facteurs psychosociaux, notamment les traits de personnalité, en ce qu'ils reflètent des composantes stables du comportement, des affects et de la pensée d'un individu, semblent jouer un rôle dans la longévité des individus. Par exemple, Givens et al., (2009) ont évalué des centenaires américains en ce qui concerne les cinq facteurs de personnalité, soit le névrosisme, l'extraversion, l'ouverture à l'expérience, la tendance à être agréable et le fait d'être consciencieux. Leurs résultats suggèrent des niveaux faibles de névrosisme, par comparaison à des personnes d'autres groupes d'âge, et des niveaux plus élevés sur le facteur extraversion. L'objectif de notre étude était celui d'explorer la présence (le degré de présence) des cinq facteurs de personnalité auprès de centenaires québécois. À notre connaissance, aucune étude n'a, à ce jour, circonscrit ces facteurs, dans un contexte québécois. En outre, nous avons étudié le concept de résilience (qui se reflète notamment dans les stratégies de coping mises en œuvre devant l'adversité), lequel a été mis en lien avec la longévité et le vieillissement optimal. Notre étude étant de nature exploratoire, nous avons privilégié une méthodologie qualitative, par le biais d'entrevues semi-dirigées, centrées sur le parcours de vie de 17 centenaires habitant le Québec. L'analyse qualitative des verbatims d'entrevues suggère que l'extraversion est de loin le facteur de personnalité le plus manifeste chez ces centenaires, suivi des facteurs d'agréabilité, de névrosisme, de conscience et d'ouverture à l'expérience. En ce qui a trait aux stratégies de coping, la majorité des centenaires privilégient celles de l'acceptation et de l'évitement. Nos résultats sont discutés dans la continuité des études antérieures montrant l'importance de la personnalité dans la longévité exceptionnelle.

O014

Autour de la plainte somatique du vieillard en Afrique : l'exemple centrafricain

A. Tabo¹

¹Psychiatrie - CNHU/ FACSS - Bangui - République centrafricaine

Le vieillard occupe une place importante dans la société africaine. Ce statut privilégié que lui confère son grand âge lui reconnaît

des droits mais l'astreint à un comportement digne et exemplaire devant toute épreuve y compris la maladie. Sa souffrance mobilise son clan qui recherche le traitement causal adéquat. Partant de 3 cas cliniques, nous avons analysé le vécu et la prise en charge de la plainte somatique du vieillard centrafricain. Trois points forts ressortent de cette analyse : • La plainte somatique du vieillard est perçue comme un signe d'indignité et mal acceptée par l'entourage. • La maladie est presque toujours attribuée à un agent extérieur (sorcier ou ancêtres en colère). • La famille recourt d'abord au devin pour des rites du traitement causal. Interface entre le monde des vivants et celui des morts, le vieillard africain ne doit pas exprimer sa souffrance car ce serait perçu comme l'expression de sa peur de mourir. Il doit rester digne jusqu'à son « départ » dans l'au-delà où l'attendent les siens l'ayant précédé. Fort de la solidarité familiale qui recherche et traite la (les) cause(s) de sa maladie dans une coexistence quasi permanente de la biomédecine et des autres modèles de soins, il doit cacher sa plainte pour ne pas effrayer son clan. Patriarce respecté par tous, dont la maladie concerne sa communauté, le vieillard doit souffrir « en silence ». Son départ pour l'autre monde, attendu et proche, est préparé pour se dérouler dans la quiétude.

O015

Premier rapport luxembourgeois sur les droits des personnes âgées fragiles en institutions

J.C. Leners¹

¹Personnes âgées - CCDH Commission des Droits d'Homme au Luxembourg - Luxembourg – Luxembourg

1) Introduction: La Commission consultative des droits de l'Homme est un organisme indépendant qui veut promouvoir et protéger ces droits. La commission est directement rattachée au Premier Ministre et ses missions sont : soit de donner des avis sur des projets, des textes de loi et autres, soit de faire des rapports par auto-saisine. 2) Méthode : Sachant que le nombre de personnes âgées fragiles et cognitivement atteintes est en constante augmentation dans nos institutions gériatriques, il a paru important à la commission d'évaluer la situation actuelle. Des visites ont été organisées dans certaines maisons de soins, des rencontres eurent lieu avec des organismes travaillant dans le domaine gériatrique : associations de professionnels, de bénévoles, voir même de membres de familles des personnes concernées. Des textes légaux et contrats ont aussi été étudiés en détail. 3) Résultats : Les conclusions du rapport ont été remises au Gouvernement avec une vingtaine de recommandations, dont les plus importantes touchent le fonctionnement dans les institutions : établir un comité éthique, un comité des résidents et membres de famille dans chaque institution ; intégrer dans tous les contrats d'établissement des lignes de conduite claires en rapport avec la gestion des plaintes ; propager des enquêtes de satisfaction par un organisme externe et surtout créer une structure indépendante qui, par visites inopinées, fera constater d'éventuels manquements aux droits de l'Homme dans ces structures. Toutes les autres mesures seront brièvement déclinées. 4) Conclusion : Ce rapport constitue une première au pays en ce qui concerne les droits de l'Homme pour résidents fra-

giles en institutions et les premières mises en application voient actuellement le jour.

O016

La qualité des relations interpersonnelles chez les aînés ayant le désir de mourir

S. Bernier¹, S. Lapierre¹, M. Préville²

¹Département de psychologie - Université du Québec à Trois-Rivières - Trois-rivières - Canada

²Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine - Université de Sherbrooke - Longueuil - Canada

Avec la vieillesse, les aînés doivent s'adapter aux divers changements de leur vie. Ceux qui n'arrivent pas à faire face aux pertes peuvent penser que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue et en arrivent à désirer la mort. Les pensées de mort constituent la première étape du processus suicidaire. Toutefois, peu d'études ont ciblé les facteurs associés au désir de mourir des aînés et aucune, à notre connaissance, n'a examiné le lien avec la qualité des relations interpersonnelles. L'Enquête longitudinale sur la Santé des Aînés (ESA), menée à l'aide d'un devis transversal rétrospectif après de 2 800 personnes âgées du Québec, a permis de comparer les relations sociales des 163 personnes qui exprimaient le désir de mourir avec celles qui n'avaient pas cette pensée. Les analyses comparatives montrent qu'il existe une différence significative entre les deux groupes au niveau du statut matrimonial ($X^2 = 16,95$; $p < 0,001$); les personnes vivant seules ayant plus fréquemment le désir de mourir. Il n'y a pas de différence entre les deux groupes pour le nombre de personnes constituant le réseau social; toutefois, les répondants ayant le désir de mourir ont le sentiment de ne pas avoir quelqu'un à qui se confier ($X^2 = 8,37$; $p < 0,01$). De plus, ils ont davantage de conflits avec leurs enfants ($t(160,2) = 4,07$; $p < 0,001$), mais pas avec leur fratrie ou leurs amis. Par ailleurs, plusieurs aspects de l'isolement différencient les personnes ayant le désir de mourir de celles qui ne l'ont pas. Par exemple, elles ont l'impression d'avoir passé les six derniers mois presque entièrement seules ($t(2776) = 5,55$; $p < 0,001$). Ces résultats indiquent que les perceptions des aînés de la qualité de leurs relations interpersonnelles sont des éléments dont il faut tenir compte dans la prévention du désir de mourir.

O017

Facteurs de vulnérabilité chez les aînés victimes de maltraitance par leur enfant

A. Lemarchand¹, S. Lapierre², M. Préville³

¹Département de psychologie - Université du Québec à Trois-Rivières - Saint-étienne-des-grès - Canada

²Département de psychologie - Université du Québec à Trois-Rivières - Trois-rivières - Canada

³Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine - Université de Sherbrooke - Longueuil - Canada

Bien qu'un grand nombre d'études en gérontologie s'intéresse à la maltraitance des aînés, il est toujours difficile d'obtenir de

l'information directement auprès des victimes, particulièrement lorsque l'abuseur est leur enfant. Une enquête sur la santé des aînés et la qualité des services de santé a été réalisée auprès des aînés vivant dans la communauté afin d'obtenir des données sur divers aspects de leur vie et de leur santé mentale. Les questions portant sur la maltraitance ont permis d'obtenir des données sur la prévalence des abus psychologiques, physiques et financiers commis par les enfants et sur les facteurs de vulnérabilité que présentent les victimes. Les 1 756 participants (750 hommes et 1 006 femmes), âgés de 65 et plus ($M = 73,2$) ont été rencontrés par l'entremise de médecins. L'analyse des résultats indique que la prévalence de la maltraitance des aînés par les enfants est de 7,1 %. La maltraitance psychologique est la principale forme de maltraitance vécue (6,2 %), suivie de la maltraitance financière (1,5 %) et de la maltraitance physique (1 %). En comparant, les aînés victimes d'abus à ceux qui ne le sont pas, on observe que la maltraitance serait plus souvent rencontrée chez les femmes ($\chi^2(1, N = 1 756) = 14,71$, $p < 0,001$), les personnes vivant seules ($\chi^2(1, N = 1 753) = 34,8$, $p < 0,001$) et celles ayant un revenu inférieur à 25 000 \$CDN ($\chi^2(1, N = 1 439) = 8,41$, $p < 0,01$). De plus, on observe significativement plus de dépression majeure (9,8 % vs 3,7 %), de maux de dos (43,4 % vs 28,6 %) et de tracasseries concernant les conflits familiaux (86,3 % vs 48,1 %) chez les aînés maltraités que chez ceux qui ne le sont pas. Les facteurs de vulnérabilité sont différents selon le type de maltraitance vécue et peuvent mettre en évidence des façons d'améliorer le dépistage des abus.

O018

TMG 91 : Expérience de télé-médecine entre un hôpital gériatrique et 6 EHPAD

L. Luquet¹, E. Gaussens²

¹Gériatrie - Hôpital Gériatrique les Magnolias - Ballainvilliers - France

²Directrice Générale - HPGM - Ballainvilliers - France

Le projet télé-médecine TMG 91 a pour objectif d'améliorer la continuité et le parcours de soins des personnes âgées résidant en EHPAD. La finalité de ce projet expérimental porté par l'Agence régionale de santé pour 3 ans est d'éviter les hospitalisations inappropriées, de réduire les transports aux urgences et de favoriser l'accès aux consultations spécialisées dans un contexte de ressources médicales restreintes et d'augmentation des maladies chroniques des résidents. Cette expérimentation a lieu entre l'HPGM, établissement sanitaire spécialisé en gériatrie porteur du projet et 6 EHPAD implantés sur le territoire de l'Essonne (480 résidents). Deux types d'actes de télé-médecine constituent le projet: la régulation médicale 24/7 avec télésurveillance pour la permanence de soins dans les EHPAD et des sessions de téléconsultation de spécialités médicales pour le parcours de soins coordonné (avis médicaux par les praticiens hospitaliers pour les syndromes et pathologies spécifiques gériatriques). L'évaluation médico-économique est réalisée par la méthodologie MAST (Methodology for ASsessment of Telemedicine) selon un cadre d'analyse mesurant l'impact des applications télé-médecine selon sept dimensions. L'objectif de la présentation est de communiquer les premiers résultats de l'expérimentation, le critère de

jugement principal étant de montrer la diminution du nombre de transferts de patients résidant en EHPAD vers les urgences depuis la mise en place de ce projet.

O019

Développement d'un instrument francophone d'évaluation du désir de mort chez les personnes âgées

A. Dürst¹, E. Rochat², C. Büla¹, C. Mazzocato³, B. Spencer⁴, S. Fustini⁴, S. Monod¹

¹Service de Gériatrie et Réadaptation Gériatrique - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Lausanne - Suisse

²Service de l'Aumônerie - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Lausanne - Suisse

³Service des Soins Palliatifs - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Lausanne - Suisse

⁴Institut universitaire de médecine sociale et préventive - Université de Lausanne - Lausanne - Suisse

Introduction : Peu de données existent concernant le désir de mort des personnes âgées. L'échelle d'évaluation de ce désir la plus utilisée – « Schedule of Attitudes Toward Hastened Death » (SAHD) – a été validée uniquement chez des patients jeunes en stade terminal, questionnant son utilisation auprès de personnes âgées polymorbides. Les objectifs étaient 1) d'adapter la SAHD à la population des personnes âgées ; 2) déterminer la prévalence du désir de mort 3) identifier les caractéristiques associées à un désir de mort sévère. Méthode : Une version de la SAHD a été adaptée aux personnes âgées (SAHD-OLD), en modifiant les items pour les rendre pertinents pour cette population. Cet instrument (score 0-20, score élevé indiquant un désir de mort plus sévère) a été utilisé auprès de patients ≥ 65 ans sans trouble cognitif (score MMSE > 20) et une espérance de vie > 6 mois hospitalisés en réadaptation gériatrique. Status fonctionnel, cognitif, affectif, douleur et qualité de vie étaient systématiquement évalués (AVQ de Katz, MMSE, GDS-15, VAS 0-10 et WHOQOL-OLD). Résultats : La SAHD-OLD a été construite en modifiant les items spécifiques aux soins palliatifs et remplaçant systématiquement « maladie » par « problèmes de santé ». Les patients enrôlés (N = 101, 82.6 \pm 7.4 ans, 67.3 % femmes) avaient des scores SAHD-OLD variant entre 0 et 17 (médiane = 3, IQR 1;6). Un désir de mort sévère (SAHD-OLD > 10) était présent chez 12.9 % des patients, et associé (tous les p $< .05$) à une moins bonne qualité de vie (WHOQOL-OLD), de moins bonnes performances cognitives (MMSE), davantage de symptômes dépressifs (GDS) et de douleur. Conclusion : La SAHD-OLD est un instrument prometteur pour évaluer le désir de mort chez les patients âgés polymorbides. Le désir de mort sévère était relativement fréquent dans la population étudiée. L'association observée avec certaines caractéristiques suggère des pistes interventionnelles à investiguer ultérieurement.

O020

La formation académique de niveau Master et Doctorat en sciences infirmières en Suisse Romande Spécialisation en soins infirmiers gériatriques

D. Morin¹

¹Institut universitaire de formation et de recherche en soins - Université de Lausanne - Lausanne - Suisse

Les besoins changeants de la population Suisse pour des soins qui se complexifient, la présence d'une évidence scientifique croissante démontrant des liens significatifs entre une formation accrue et une meilleure accessibilité, une meilleure continuité tout en maintenant les résultats cliniques attendus chez les personnes âgées et leurs familles, permettent aujourd'hui de développer des partenariats cliniques novateurs allant au-delà des collaborations traditionnelles axées sur la délégation médicale dans des contextes singuliers. Ce sont là les raisons principales qui ont fait que la Suisse propose des formations universitaires de Master et Doctorat en sciences infirmières pour habilitier les infirmiers et infirmières à œuvrer en pratique avancée. Au terme d'une spécialisation au Master universitaire, l'infirmier et infirmière est capable de démontrer du leadership dans les grandes compétences suivantes : (1) Expertise clinique, (2) Consultation, coaching et guidance, (3) Collaboration centrée sur le malade et ses proches, (4) Leadership clinique et professionnel, (5) Recherche et données probantes, (6) Ethique. Les études démontrent de plus en plus que les infirmiers et infirmières de pratique avancée peuvent améliorer les résultats qui ont trait à l'état de santé, à l'état fonctionnel, à la qualité de vie, à la satisfaction à l'égard des soins. Une récente revue systématique conclut à la plus value de ces infirmiers et infirmières en termes d'efficacité dans le suivi de personnes souffrant de maladies chroniques telles, l'hypertension, les maladies pulmonaires obstructives ou le diabète. Plus globalement, le niveau d'éducation des infirmières est associé avec une diminution du risque de décès à l'intérieur de 30 jours d'admission. Dans cette présentation, le programme de Master et Doctorat en sciences infirmières en Romandie et leur spécialisation en soins gériatriques seront exposés et discutés au regard des bénéfices pour les patients, les systèmes de soins et la profession infirmière elle-même.

O021

Revalorisation sensorielle et bien-être des aidants

J. Ponticaccia¹, F. Kluk¹, C. Bedos¹, M. Curti¹

¹EHPAD - EHPAD MBV-Les Reflets d'Argent - Palavas les flots - France

La présence de troubles psycho-comportementaux chez les résidents d'EHPAD atteints de maladie d'Alzheimer est fréquente. Dans cette étude nous avons souhaité mesurer l'impact d'une prise en charge non médicamenteuse sur ces symptômes. Notre intérêt s'est porté sur la méthode Snoezelen. Celle-ci consiste en une stimulation multi-sensorielle adaptée aux ressources de chaque sujet et pratiquée au sein d'un environnement prévu à cet effet. Notre étude porte sur seize résidents pris en charge au sein de notre EHPAD MBV-Les Reflets d'Argent à Palavas-les-Flots, âgés de 75 à 97 ans et présentant tous des troubles cognitifs associés à des troubles psycho-comportementaux. Ces derniers ont été évalués à l'aide de l'inventaire neuropsychiatrique (NPIES) à trois reprises (avant et après la prise en charge puis une dernière évaluation plus à distance). La stimulation sensorielle s'est organisée en neuf séances d'une heure réparties sur neuf semaines

consécutives. Les résultats observés démontrent un effet globalement bénéfique de la prise en charge tant au niveau du nombre des symptômes qu'au niveau de leur intensité. L'observation des sous-scores NPI fait notamment apparaître une régression importante de l'apathie. A l'issue de ces résultats notre démarche s'est orientée vers une logique d'aide aux familles par l'accès à de nouveaux supports de communication. Les proches ont été conviés à une formation/sensibilisation à la méthode afin de pouvoir accompagner leur parent en salle Snoezelen. Onze sujets ont répondu favorablement à notre proposition et ont pu bénéficier d'une information en salle, d'une séance de relaxation, puis dans un second temps ont accompagné leur parent en présence de la psychologue. Ils se sont déclarés, en réponse à un questionnaire rédigé par nos soins, satisfaits de la démarche et ont apprécié que leur rôle et place auprès de leur parent institutionnalisé soient soutenus et facilités au mieux.

O022

Spécificités de l'éducation thérapeutique en gériatrie

S. Pariel¹, S. Bernard-Charriere¹, S. Raymond¹, F. Castor¹, F. Castor¹, F. Castor², W. Jarzebowski³, C. Oas³, E. Pautas³, E. Pautas¹, J. Belmin⁴

¹Pôle Gériatrique Paris Val de Marne - Hôpital Pitié Salpêtrière-Charles Foix/APHP - Ivry-sur-Seine - France

²Direction des soins infirmiers et rééducation et médico-technique - Hôpital Pitié Salpêtrière- Charles Foix/APHP - Ivry-sur-Seine - France

³Pôle Gériatrique Paris Val de Marne - Hôpital Pitié Salpêtrière-Charles Foix - Ivry-sur-Seine - France

⁴Pôle Gériatrique Paris Val de Marne - Hôpital Pitié Salpêtrière-Charles Foix/ Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie (UPMC) - Ivry-sur-Seine - France

La prévalence des maladies chroniques augmente fortement avec l'âge, et leur traitement est complexe chez les personnes très âgées du fait de comorbidités multiples, de perte d'autonomie, de fragilité, de troubles cognitifs et/ou de troubles sensoriels. L'éducation thérapeutique devient un élément important de la gestion des maladies chroniques. Les programmes d'éducation aux patients visent à leur fournir de l'information et des compétences pour les aider à vivre avec leurs maladies chroniques. En appliquant l'éducation des patients pour les patients gériatriques, nous avons décrit plusieurs aspects spécifiques. Les programmes doivent impliquer les aidants familiaux, doivent avoir des objectifs spécifiques et utiliser des outils qui sont spécialement adaptés aux personnes très âgées. Le modèle de la maladie d'Alzheimer inclut les aidants familiaux et est un succès. Nous avons identifié 30 programmes d'éducation thérapeutique en France qui sont spécifiquement consacrés aux patients gériatriques. La plupart traitent de la maladie d'Alzheimer, des chutes, des médicaments et de la gestion des comorbidités multiples. Il faut encore développer des programmes dans d'autres maladies chroniques, avec l'adaptation pertinente pour le patient gériatrique et son aidant. Nous avons pu mettre en place sur l'hôpital Charles Foix, cinq programmes d'éducation thérapeutique aux personnes âgées, sur les thématiques, maladie d'Alzheimer, arrêt des benzodiazépines, maniement des anticoagulants, insuffisance cardiaque et prévention des chutes. Pour encourager cette évolution nous avons

aussi créé en 2012, un enseignement spécifique de 72 heures, le Diplôme universitaire Education thérapeutique en gériatrie pour former des acteurs de santé à cette thématique. C'est une formation à la fois générale et pratique, avec des stages, et qui aide concrètement les apprenants à concevoir et mettre en œuvre un programme et/ou des outils d'éducation thérapeutique adaptés aux personnes très âgées. De plus, la Société française de gériatrie et gérontologie a créé un groupe de travail consacré à cette thématique.

O023

Trois années de fonctionnement d'une communauté de pratique en gériatrie au Québec

M. Kergoat¹, J. Latour², J.A. Morais³, M. Dugas⁴, M. Vu², A. Bolduc⁵

¹Département de Médecine spécialisée - Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

²Gériatrie - Centre hospitalier universitaire de Montréal - Montréal - Canada

³Gériatrie - Centre universitaire de santé McGill - Montréal - Canada

⁴Gériatrie - Centre hospitalier universitaire de Québec - Québec - Canada

⁵Centre de recherche - Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

Introduction : Dans plusieurs pays, on retrouve des communautés de pratique composées de professionnels ou de gestionnaires œuvrant dans le domaine de la santé. Ces nouvelles entités, souvent virtuelles, sont créées dans un but d'amélioration continue des pratiques cliniques et organisationnelles. En 2010, les responsables des services hospitaliers de gériatrie du Québec ont formé le Regroupement des unités de courte durée gériatriques (UCDG) et des autres services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ). Objectifs : Présenter l'évolution et les réalisations du regroupement depuis sa création. Méthodes : 1) Établissement du comité exécutif composé de médecins et gestionnaires provenant d'UCDG représentatifs des diverses régions du Québec ; 2) Embauche d'une coordonnatrice ; 3) Développement d'un site internet (www.rushgq.org) incluant un forum de discussion ; 4) Création de sous-comités de travail ; 5) Activités de formation continue en mode de téléconférence. Résultats : 84 % des centres hospitaliers où l'on retrouve une UCDG (n = 61) ont adhéré au RUSHGQ. Quelque 500 professionnels et gestionnaires ont accès au site internet et au forum de discussion. Quatre sous-comités de travail ont été formés, concernant : les troubles de la mobilité, la gestion appropriée de la médication, les outils cliniques et administratifs et les ressources humaines. Un guide clinique portant sur une approche structurée interprofessionnelle des troubles de la mobilité a été publié. Une enquête auprès des responsables médico-administratifs des UCDG a permis d'établir des ratios de professionnels jugés appropriés pour offrir des soins de bonne qualité. Deux téléconférences de formation continue sont offertes mensuellement. Un volet de recherche appliquée est en cours d'élaboration. Conclusion : Depuis sa création, le RUSHGQ a augmenté constamment son membership et a développé divers outils ou activités visant à soutenir l'application des meilleures pratiques cliniques et l'excellence en gériatrie.

O024

Continuum des soins pour les troubles cognitifs, la boîte à outils de la clinique de mémoire du CSSS-IUGS pour les groupes de médecine familiale du RUIS de Sherbrooke

G. Lacombe¹, C. Bocti², C. Létourneau², J. Thibeault², D. Fortier³

¹Gériatre - CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada

²Clinique de mémoire - CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada

³Projets cliniques - Pfizer - Sherbrooke - Canada

La clinique de mémoire de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke bénéficie depuis 1996 d'une programmation multidisciplinaire et standardisée. L'évolution des critères diagnostiques, des instruments d'évaluation clinique ont entraîné des modifications dans les processus. L'expérience de développement de l'implication des infirmières du GMF de Mégantic dans le réseau de la clinique de mémoire du CSSS-IUGS a transformé l'accessibilité aux soins des personnes atteintes de troubles cognitifs en périphérie. Les formations, ateliers sont complétés par le développement d'une boîte à outils qui est maintenant disponible pour tous les GMF du Réseau Universitaire intégré de soins de la Faculté de médecine de Sherbrooke. Cette boîte à outils comprend : le cheminement proposé pour les cas suspectés de troubles cognitifs, un algorithme d'évaluation des troubles cognitifs, un Questionnaire des AVQ/AVD par l'aidant naturel, les MMSE, MoCa, Zarit, GDS et BREF, une guide d'examen physique et bilans sanguins un algorithme de diagnostic différentiel des troubles cognitifs, un tableau du diagnostic différentiel sommaire des démences, les Critères diagnostiques de démence de type Alzheimer, guide de la médication pour le traitement des troubles cognitifs, les critères et demande d'autorisation de remboursement des médicaments, guide de suivi, les actions recommandées après un diagnostic de démence et en surveillance clinique du patient sous traitement médicamenteux, rapports liés à la conduite automobile, rapport d'inaptitude, les ressources régionales pour répit et soutien aux aidants, les formulaires de référence de la Société Alzheimer, au CSSS, aux services de soutien à domicile et aux services gériatriques. Elle devient le document de référence pour le transfert des compétences pour la prise en charge des troubles neurocognitifs en première ligne et est déjà appliquée dans la mise en place des recommandations du rapport « Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence » déposé en mai 2009 par le comité dirigé par Dr Bergman.

O025

Évaluation des effets et du processus d'un programme de répit et d'accompagnement s'adressant aux proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivant à domicile : Baluchon Alzheimer

M. Landry¹, T. Lise², H. Réjean³

¹Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) - Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

²Faculté de médecine et des sciences de la santé - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

³Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) - Centre de santé et services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) - Sherbrooke - Canada

Au Québec, l'aide fournie par les proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie représente 70 à 90 % de l'aide totale qui leur est accordée et il s'avère crucial de poursuivre les efforts pour les soutenir dans leur rôle. Baluchon Alzheimer est un service de répit et d'accompagnement à domicile proposant une ou deux semaines de répit consécutives. Le modèle d'intervention intégré à ce service réfère au modèle de gestion du stress de Folkman et al. (1991). La présente étude visait à évaluer le processus et les effets de ce service chez les proches aidants. Les hypothèses de recherche étaient que l'utilisation du service par les proches aidants diminuerait l'intensité de leurs réactions négatives face aux comportements perturbateurs, leur sentiment de fardeau, leur détresse psychologique et leur intention de recourir à un hébergement permanent et augmenterait leur sentiment d'efficacité et de bien-être. L'hypothèse théorique était à l'effet que plus l'intervention répondrait aux besoins des proches aidants, plus les effets seraient importants. Un dispositif quasi expérimental avec série chronologique a permis de vérifier les hypothèses de recherche auprès d'un échantillon de quarante-quatre participants (n = 44). La mesure de l'autonomie fonctionnelle chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer a démontré de façon significative une diminution de l'autonomie ce qui expliquerait en partie l'absence d'effets sur les variables dépendantes. Aussi, chez les aidants, les niveaux de détresse et de fardeau, entre autres, indiquaient des niveaux très élevés en début d'étude ce qui contribuerait aussi à expliquer les résultats de l'étude.

O026

Soutien les aidants de personnes jeunes et de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées : Quelles différences?

F. Ducharme¹, M. Kergoat², P. Antoine³, F. Pasquier⁴

¹Centre de recherche - Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

²Département de Médecine spécialisée et Clinique de cognition - Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

³Département de psychopathologie et de psychologie clinique de la santé - Université de Lille 3 - Lille - France

⁴Centre national de référence pour les patients jeunes atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées - Université de Lille - Lille - France

Introduction : Peu d'études portent sur l'expérience des proches aidants des personnes jeunes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA). Leur détresse psychologique serait plus élevée que celle des aidants de personnes âgées et les services offerts ne seraient pas ajustés à leurs besoins. L'objectif de ce projet international, réalisé au Québec et en France, était de comparer l'expérience des conjoints aidants de personnes de moins de 60 ans atteintes de MA à celle des conjoints aidants de personnes âgées de plus de 80 ans, sous l'angle de leurs difficultés et de leurs besoins de services.

Matériel et méthode : Une approche qualitative, d'inspiration phénoménologique, a permis d'explorer en profondeur l'expérience de 14 proches de personnes jeunes et de 15 proches de personnes âgées, majoritairement diagnostiquées de la MA ou de démence mixte. Ces aidants ont été recrutés au sein de cliniques de cognition et ont été interviewés à l'aide d'un guide d'entrevue semi-dirigé basé sur une perspective de trajectoire de vie. Résultats : L'analyse thématique des discours souligne des différences entre les deux groupes. La plus longue quête du diagnostic et sa négation à un jeune âge en raison des tabous et mythes, la gestion plus difficile des symptômes comportementaux, notamment dans les cas de démence fronto-temporale, l'importance de la conciliation travail-famille en raison de la présence encore fréquente d'enfants à la maison et la planification d'un avenir bousculé par la maladie imprévue à un jeune âge sont parmi les particularités de l'expérience des aidants de personnes jeunes. Discussion/conclusion : Développer un modèle de soins et services coordonnés, incluant des formules de répit plus flexibles et des programmes psychoéducatifs cohérents avec les besoins des dyades aidants-aidés sont des pistes pour améliorer les mesures d'accompagnement dans un contexte où il est possible de dépister à un plus jeune âge la MA.

O027

PIANO : une plate-forme web innovante pour aider les proches aidants

*J. Vézina*¹

¹École de psychologie - Université Laval - Québec - Canada

Avec l'avancement en âge, les problèmes de santé deviennent plus fréquents, chroniques et sévères. Parmi ceux-ci, la maladie d'Alzheimer, avec ses troubles apparentés, est considérée comme un problème de santé publique qui demande des actions immédiates. Toutefois, on oublie facilement que les personnes atteintes de cette maladie dégénérative et incurable sont accompagnées pendant de nombreuses années par un proche. Les recherches ont largement démontré que cet accompagnement quotidien avait des répercussions importantes sur la qualité de vie des proches aidants. À cet égard, on peut mentionner les problèmes de santé, les difficultés économiques et sociales, la stigmatisation, et dégradation importante du bien-être psychologique. De nombreuses initiatives pour leur venir en aide ont vu le jour ; groupes de parole, intervention psychoéducatrice, consultation individuelle, service de répit, et bien d'autres. Ces interventions légitimes et nécessaires voient leur portée limitée par le fait que plusieurs aidants ne peuvent pas bénéficier de ces services justement en raison de leur isolement social ou géographique. Il devient donc socialement et éthiquement primordial de développer des moyens innovants afin de rejoindre le plus grand nombre d'aidants. C'est l'un des objectifs poursuivis par le Portail intégré d'applications numériques pour ordinateur (PIANO), financé par la Fondation canadienne pour l'innovation. Cette infrastructure web, donc résolument tournée vers les nouvelles technologies de l'information, réunie des applications inédites dont entre autres, la conférence web multi-usagers permettant à des cliniciens de réaliser des interventions de groupe avec des aidants géographiquement dispersés les uns des autres. Depuis 2013, nous utilisons cette plate-forme afin de réaliser des

interventions de nature psychoéducatrice en groupe par conférence web. Le déroulement d'une telle intervention sera exposé et on soulignera les avantages ainsi que les limites du recours aux nouvelles technologies pour soutenir les aidants.

O028

Ne plus se laisser enfermer par les dépenses mais promouvoir l'investissement durable

*A. Franco*¹

¹École de Gériatrie - Université de Nice - Sophia Antipolis - Nice - France

Les systèmes de santé des pays développés font face à une crise chronique et apparemment insoluble de leur financement. L'émergence de l'état providence fait reposer le financement de la santé sur l'activité économique du travail et sur la solidarité nationale. Les caisses sont donc remplies par les cotisations et vidées par les dépensiers que sont les acteurs et professionnels de la santé. On oppose donc ceux qui remplissent les caisses et ceux qui les vident. Les médecins sont classiquement chargés de la dépense. Ils coûtent automatiquement trop cher, ne rapportent rien et la réduction du nombre de médecins va dans le sens de l'économie sur les dépenses. En réalité cette vision, ce paradigme comptable doit être dépassé et laisser place à la réalité d'un nouveau paradigme, d'un système économique vaste et productif où doivent dominer les notions d'investissement, de retour sur investissement, d'évaluation des résultats en termes de santé et d'activité. La démarche européenne de l'EIP-AHA s'inscrit totalement dans la reconnaissance d'une nouvelle économie, que d'aucuns nomment en français la Silver Economy.

O029

Détection de l'hypovitaminose D par des moyens cliniques simples chez les patients d'âge gériatrique

*L. Roussel*¹, *S. Hamdan*¹, *O. Beauchet*², *C. Annweiler*³

¹Faculté de Médecine - Université d'Angers - Angers - France

²Gériatrie - CHU d'Angers - Angers - France

³Service de Gériatrie Clinique - CHU d'Angers - Angers - France

Introduction : L'hypovitaminose D est fréquemment rencontrée chez la personne âgée. La correction la plus efficace repose sur la supplémentation, dont le coût est abordable. Il n'est néanmoins pas recommandé de supplémenter sans un dosage sérique préalable, qui est pour sa part 10 fois plus coûteux. Pour réduire les dépenses liées à ce dosage, nous avons fait l'hypothèse qu'il était possible de prédire l'hypovitaminose D chez la personne âgée au moyen d'une combinaison de facteurs cliniques. Notre objectif était d'identifier le profil clinique des personnes âgées présentant une hypovitaminose D. Matériel et méthode : 156 participants ≥ 75 ans non supplémentés en vitamine D, consultant ou hospitalisés en Gériatrie au CHU d'Angers, France, entre mars et mai 2013 ont été inclus. L'hypovitaminose D était définie pour une concentration de 25-hydroxyvitamine D ≤ 75 nmol/L.

Un arbre de régression (algorithme de CHAID) ajusté sur l'âge a été utilisé pour déterminer le profil clinique des participants ayant une hypovitaminose D à partir du type de visite (hospitalisation ou consultation), des facteurs de risque d'hypovitaminose D (grand âge, genre, exposition solaire, ethnologie, consommation de poisson gras et d'œufs, dénutrition, perte de poids, mycose buccale, insuffisance rénale, polymédication, prise d'anti-épileptiques et glucocorticoïdes, perte d'autonomie, institutionnalisation, isolement) et des manifestations cliniques de l'hypovitaminose D (ostéoporose, chutes, fractures osseuses, fatigue physique, tristesse, troubles cognitifs, multimorbidité). Résultats : 84,6 % des participants présentaient une hypovitaminose D. Les participants avec le profil « caucasien, non triste, IMC > 21 kg/m² » avait le risque le plus bas d'avoir une hypovitaminose D (67,6 %). En comparaison, les profils « caucasien, non triste, IMC ≤ 21 kg/m² », « caucasien, triste, antécédent de fracture vertébrale » et « non caucasien » avaient un risque multiplié par 1,48 d'avoir une hypovitaminose D (100 %), et le profil « caucasien, triste, sans antécédent de fracture vertébrale » avait un risque multiplié par 1,30 (87,6 %). Conclusion : Trois profils cliniques de patients gériatriques présentaient 100 % d'hypovitaminose D dans notre population. Ces patients pourraient bénéficier d'une supplémentation en vitamine D d'emblée, sans dosage sérique préalable.

O030

Fondements théoriques de la gérontologie quantitative : Un modèle intégratif unifiant mathématiques et théories du vieillissement réussi

M. Doyon¹, H. Payette², P. Richard³

¹Département de Gérontologie - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

²Centre de recherche sur le vieillissement - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

³Département d'économie - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

Essentielle au développement de programmes de prévention, l'analyse quantitative représente un outil d'importance à l'étude des déterminants biopsychosociaux de la capacité fonctionnelle des aînés. Malgré une connaissance avancée des statistiques et l'utilisation de données longitudinales de qualité, les hypothèses sous-jacentes à la modélisation quantitative demeurent peu étudiées dans la littérature gérontologique. Objectif : Développer un cadre mathématique intégrant le problème fondamental de la rareté et la perspective du vieillissement réussi. Méthode : La priorité fut accordée à une approche interdisciplinaire unifiant le savoir des sciences économiques et de la gérontologie sociale. Cette recherche intègre les avancées théoriques de la microéconomie de la santé, l'approche longitudinale des études sur le vieillissement, ainsi que les récentes techniques d'optimisation mathématique. Résultats : Cette étude originale propose une extension théorique du modèle non-linéaire de capital humain (Grossman, 1972) soulignant 1) l'hétérogénéité des parcours de vieillissement, 2) les composantes d'un vieillissement réussi, 3) la satisfaction (utilité) liée à la capacité fonctionnelle, et 4) les stratégies de sélection, d'optimisation et de compensation impliquées dans le processus d'adaptation au vieillissement normal. Le cadre mathématique

développé introduit formellement l'effet de persistance de la santé, intègre la probabilité d'incidence de maladie, et souligne l'effort nécessaire à un investissement. Conclusion : Unifiant les sciences économiques et les théories dominantes de la gérontologie sociale, cette recherche s'inscrit dans une approche structurelle et interdisciplinaire de l'étude du vieillissement. Nous proposons un modèle biopsychosocial des déterminants de la santé, basé sur le processus de sélection adaptative et applicable aux données empiriques longitudinales sur le vieillissement.

O031

Prédiction des chutes chez la personne âgée : quel modèle statistique utiliser ?

O. Beauchet¹, A. Kabeshova¹, C. Launay¹, C. Annweiler¹

¹Gérontologie Clinique - Centre Hospitalo-Universitaire d'Angers - Angers - France

Introduction : Les chutes sont à l'origine d'une augmentation de la morbi-mortalité des personnes âgées, ce qui justifie de repérer précocement les individus les plus à risque afin d'instaurer des stratégies efficaces de prévention chez ces individus. La régression logistique et les arbres de décision sont des modèles statistiques les plus utilisés pour prédire la chute. Les réseaux neuronaux et les modèles bayésiens ont été peu utilisés alors qu'ils sont plus adaptés à la prédiction d'événements complexes. L'objectif de cette étude était de déterminer quelle méthode statistique permettait le mieux de prédire la chute unique et à répétition dans une population de personnes âgées vivant à domicile. Matériel/Méthodes : A partir d'un plan d'étude de type cohorte observationnelle avec un suivi d'un an, 1 765 personnes âgées de 65 ans et plus ont été suivies avec un recueil mensuel par téléphone de la survenue des chutes. Neuf modèles statistiques (régression logistique, analyse discriminante, algorithme des K plus proches voisins, algorithme CHAID d'arbre de décision, Random Forest, Boosted Trees, Naive Bayes Net et 2 réseaux neuronaux [Multilayer Perceptron, et Radial Basis Function]) ont été utilisés pour prédire la survenue des chutes. Résultats : Les réseaux neuronaux étaient les plus précis pour prédire les chutes (69,7 % pour la chute unique et 87,3 % pour les chutes multiples), et avaient la sensibilité la plus élevée (99,3 % chute unique et 100 % pour les chutes multiples). Au contraire, le modèle arbres de décision avait une meilleure spécificité (62,0 % pour la chute unique et 59,0 % pour les chutes multiples). Conclusion : Les réseaux neuronaux permettent de prédire la chute avec le plus de précision mais les arbres de décision ont une meilleure spécificité. Ces deux modèles étaient plus efficaces en terme de prédiction que la régression logistique.

O032

Cognition et vieillissement : impact du bilinguisme dans la fonction exécutive

A. Ansaldo¹, D. Adrover-Roig², L. Ghazi-Saidi¹

¹Laboratoire de Plasticité cérébrale, communication et vieillissement - Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

²Pedagogia aplicada y psicología de la educación - Universitat de les Illes Balears - Palma de Mallorca - Espagne

La recherche sur les profils cognitifs des bilingues est en plein essor. Les études portant sur les potentielles avantages cognitives des personnes âgées bilingues ne sont pas concluantes. En particulier, certaines recherches portant sur les habiletés de gestion de l'interférence mettent en relief l'avantage des aînés bilingues comparativement aux aînés unilingues, tandis que d'autres ne retrouvent pas un tel avantage. La présente étude en imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) met en rapport des données comportementales et neurofonctionnelles, cueillies auprès d'un groupe d'aînés unilingues (AU) et un groupe d'aînés bilingues (AB) ayant complété une tâche non-verbale faisant appel à des habiletés de gestion de l'interférence. Les performances comportementales similaires chez les deux groupes étudiés vont à l'encontre de l'hypothèse de l'avantage bilingue ; en revanche, les cartes d'activation y associés sont distinctes. Plus précisément, en plus des aires cérébrales impliquées dans le traitement visuo-spatial recrutées chez les deux groupes, les AU recrutent des aires cérébrales associées aux processus exécutifs d'inhibition, tandis que les AB complètent la tâche aussi bien mais ils recrutent exclusivement des aires impliquées dans le traitement visuo-spatial. En conclusion, à performance égale, les AB n'ont pas recours au circuit contrôle exécutif, contrairement à ce que l'on observe chez les AU. Le fait que les AB soient moins dépendants de ce circuit que leurs homologues unilingues est en soi un avantage, car ce circuit est particulièrement vulnérable au vieillissement. Cette observation pourrait entre autres expliquer l'apparition plus tardive des signes de démence chez les aînés bilingues que chez leurs homologues unilingues. Par ailleurs, les résultats de la présente étude montrent l'intérêt d'examiner la question de l'avantage bilingue en intégrant des données comportementales et neurofonctionnelles, car des performances équivalentes peuvent être sous-tendues par des circuits distincts, mettant en relief des différences en ce qui concerne la nature du traitement effectué.

O033

Effet à long terme du traitement par ventilation en pression positive sur les performances cognitives du sujet âgé. Etude PROOF

E. Crawford-Achour¹, F. Roche², R. Gonthier¹

¹Gerontologie clinique - CHU - Saint-Etienne - France

²Centre VISAS - CHU - Saint-Etienne - France

Introduction : Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) est fréquent chez le sujet âgé et une de ses conséquences est une altération des capacités cognitives touchant notamment la mémoire et le fonctionnement exécutif. Cependant, l'impact du traitement sur ces fonctions cognitives est peu étudié chez le sujet âgé. Méthodologie : L'étude a porté sur une large cohorte de sujets âgés de 65 ans et plus (la cohorte PROOF). Les sujets ont bénéficié d'un enregistrement polygraphique permettant le dépistage d'un SAOS. Les performances cognitives ont été évaluées grâce à un bilan neuropsychologique complet chez tous les sujets, traités ou non. L'impact du traitement sur les fonctions cognitives à long terme a été évalué. Résultats : 126 patients ont pu être inclus dans l'analyse. Les sujets présentant un SAOS sévère étaient majoritairement des hommes. Seulement 26 % des sujets étaient traités,

le traitement étant initié sous la responsabilité du médecin généraliste. Chez les sujets traités, l'observance au traitement était bonne (> à 6 h/nuit) et 66 % des sujets se trouvaient améliorés en terme de qualité de vie. Les patients sous traitement par Pression positive continue (PPC) avaient un index d'apnée-hypopnée plus important ($p = 0.006$), un index de désaturation plus important ($p < 0.001$), et un retentissement diurne plus important ($p = 0.004$). Les sujets traités amélioraient significativement leur flexibilité mentale ($p < 0.0001$) et leur performance mnésique ($p = 0.02$). Conclusion : Le traitement par PPC semble permettre un maintien des performances mnésiques avec le temps. L'observance du sujet âgé apparaît excellente et l'âge ne doit donc pas être un frein pour la mise en place d'un traitement.

O034

Effet sur la tolérance à l'exercice d'un programme de marche active de 6 mois chez des femmes sédentaires âgées de 60 ans ou plus : résultats d'un essai contrôlé randomisé

H. Blain¹, G. Tallon², A. Jaussent³, M. Picot³, A. Bussonne⁴, I. Gaubert⁵, O. Coste⁶, S. Ramdani⁷, P. Bernard⁷

¹Pôle Gériatrie - CHU Montpellier - Montpellier - France

²Euromov, Université Montpellier 1 - Unité de recherche Movement to Health - Montpellier - France

³Département de l'information Médicale - CHU Montpellier - Montpellier - France

⁴Education physique et de gymnastique volontaire - Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire - Montpellier - France

⁵Education physique et de gymnastique volontaire - d'éducation physique et de gymnastique volontaire - Montpellier - France

⁶Société Régionale de Médecine du Sport du Languedoc Roussillon - Direction Régionale de la jeunesse, des sports et de la Cohésion Sociale - Montpellier - France

⁷Euromov - Université Montpellier 1 - Unité de recherche Movement to Health - Montpellier - France

Contexte : Les programmes de marche active (PMA) sont attractifs chez les femmes ménopausées mais les preuves de leur efficacité pour augmenter la tolérance à l'effort manquent quand celle-ci sont très déconditionnées. Objectif : Examiner, chez des femmes ménopausées en bonne santé déconditionnées, les effets sur la distance parcourue au test de 6 minutes de marche (DP6M) d'un PMA. Type d'étude : Essai randomisé contrôlé Participants : Femmes vivant au domicile, de 60 à 76 ans, recrutées lors de réunions publiques, sans contre-indication à l'activité physique (certificat médical) et sédentaires (score Voorips < 9.4 et DP6M < à la valeur attendue, compte tenu de leur sexe, âge, poids et taille). Intervention : Groupe intervention ($n = 51$) : PMA pendant 6 mois (3×60 minutes/semaine, 2 sessions supervisées en groupe et une individuelle non supervisée ; objectif de marche à 70-80 % de la fréquence cardiaque maximale) vs un groupe contrôle ($n = 47$). Résultats : La DP6M augmente plus fortement dans le groupe PMA vs contrôle (+34,8 % vs +9,9 % ; $p < 0,0001$). Après 6 mois, 74,5 % des femmes ont une DP6M supérieure à la valeur attendue dans le groupe PMA contre

10,6 % dans le groupe contrôle ($p < 0,0001$). Les femmes PMA, ayant une amélioration de leur DP6M dans le quartile supérieur (>46%) sont celles qui - en initial ont le DP6M, la force de préhension, la fréquence de travail les plus faibles et le BMI le plus hauts et - qui perdent le plus de masse grasse (mesurée par DXA) (-7,4 % vs -0,02 % en moyenne ; $p < 0,05$). Conclusion : Chez des femmes sédentaires de 60 à 76 ans, un PMA de 6 mois augmente fortement la DP6M, ce d'autant que les femmes sont déconditionnées, ont une masse grasse élevée, et une perte de la masse grasse pendant le programme.

O035

Lutte contre la dénutrition des seniors : nouvelles approches en odontologie

I. Prêcheur¹, P. Brocker², J. Philip³, E. Reichert⁴, L. Lupi-Pégurier¹, V. Pouysségur-Rougier⁵

¹Odontologie - CHU de Nice - Nice - France

²Gérontologie - CHU de Nice - Nice - France

³Gérontologie - Cabinet libéral - Nice - France

⁴Gérontologie - Centre de convalescence la Sérène - Nice - France

⁵Laboratoire Santé Buccale et Vieillesse, UFR Odontologie - Université de Nice - Sophia Antipolis - Nice - France

La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique chez les personnes âgées de plus de 70 ans atteint 4-30 % à domicile, 15-38 % en institution et 50-60 % à l'hôpital (HAS 2007). Elle est aggravée par un mauvais état dentaire. Ce travail est la synthèse de 8 études observationnelles sur l'état bucco-dentaire à l'hôpital et en institution. Les paramètres bucco-dentaires ont été relevés par des chirurgiens-dentistes, lors d'une consultation dentaire initiale. L'objectif de cette analyse transversale était d'identifier des paramètres en lien avec l'état bucco-dentaire susceptibles d'aggraver l'anorexie et la dénutrition des personnes âgées. Les études se sont déroulées de 2005 à 2013, avec 470 patients inclus (âge moyen 83 à 87 ans ; extrêmes 63 à 104 ans ; 63 à 86 % de femmes). Résultats : 1) les personnes qui vivent le mieux en institution sont les édentés complets non appareillés ; 2) les bains de bouche antiseptiques constituent un risque indépendant de sécheresse buccale et d'anorexie, car ils détruisent le biofilm bactérien endogène qui fixe l'eau ; 3) en cas de troubles de la déglutition, les médicaments écrasés dans les aliments aggravent l'anorexie en donnant un mauvais goût aux aliments et par un effet antibactérien direct sur le biofilm oral ; 4) chez les personnes édentées lassées d'une alimentation molle et mixées, des aliments solides à texture adaptée permettent d'augmenter le poids et l'appétit, et de réduire les escarres et les diarrhées ; 5) une supplémentation en protéines et en énergie semble plus efficace sous forme solide que sous forme liquide. Conclusion : si l'accès aux soins dentaires reste souvent difficile pour les personnes âgées (précarité, perte d'autonomie, refus des soins), la priorité des soins dentaires est la lutte contre la dénutrition, basée sur l'hygiène buccale et la réduction des pratiques iatrogènes pour redonner le plaisir de manger.

O036

Prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés et score anticholinergique chez les personnes âgées de 75 ans et plus : une étude en population générale en France dans la région Nord-Pas-de-Calais

J. Beuscart¹, C. Dupont², M. Defebvre², F. Puisieux³

¹Clinique de Gérontologie - CHU Lille - Lille - France

²Direction de la stratégie, des études et de l'évaluation - Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais - Lille - France

³Clinique de Gérontologie - CHRU de Lille - Lille - France

Contexte : Les prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) et de médicaments à effet anticholinergique sont source d'événements indésirables et d'hospitalisations chez le sujet âgé. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des MPI et des prescriptions à effet anticholinergique élevé dans une région française. Matériel et Méthodes : Toutes les ordonnances délivrées en pharmacie de ville chez des patients de 75 ans et plus entre le 1er janvier et le 31 mars 2012 ont été extraites des données du Système Informatique de l'Assurance Maladie du Nord-Pas-de-Calais pour les patients affiliés au régime général. Les prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) étaient définies selon la liste de Laroche. Le score anticholinergique de chaque ordonnance était calculé par l'échelle « Anticholinergique Drug Scale » (ADS). Résultats : 65 % (n = 207 979) des personnes âgées de plus de 75 ans vivant dans le Nord-Pas-de-Calais ont été incluses, dont 4,5 % (n = 9 284) patients vivaient en EHPAD. Les patients ont reçu un nombre moyen de 8,3 médicaments distincts au cours des 3 mois de l'étude. La prescription d'au moins un MPI a été identifiée chez 32,6 % (n = 67 863) patients. Quatre principes actifs représentaient à eux seuls les 2/3 des MPI prescrits : Ginkgo Biloba (19,3 %), Hydroxyzine (15,9 %), Rilmenidine (14,7 %), et Bromazepam (14,7 %). Selon l'échelle ADS, 10,0 % (n = 20 978) des patients ont eu une ordonnance ayant un score anticholinergique élevé ou très élevé (score ADS ≥ 3). L'Hydroxyzine était le principe actif le plus souvent impliqué, prescrit chez 51,4 % (n = 10 792) de ces patients. Discussion/Conclusion : L'étude qui a porté sur 65 % des patients de 75 ans et plus de la région Nord-Pas-de-Calais (France) a révélé que la prescription de MPI et de médicaments à effet anticholinergique fort était très fréquente dans cette population. La prescription massive d'Hydroxyzine et de Bromazepam est particulièrement inadaptée.

P001

Estrogen - facteur de protection aux vieux femmes avec diabète

S. Opris¹, G. Constantiu², A. Valuch²

¹Biology of aging - Nat Inst of Gerontology and Geriatrics "Ana Aslan" - Bucharest - Roumanie

²Biology of aging - Nat Inst of Gerontology and Geriatrics "Ana Aslan" - Caldarusani 9 - Roumanie

Le stress oxydatif chez les non-insulino-dépendant (NIDDM) est considérablement augmenté en raison de l'exposition prolongée à hyperglycémie et dépréciation d'oxydant/antioxydant équilibre.

Dans la présente étude, nous avons évalué l'influence de NIDDM comme le stress oxydatif inducteur sur la protection du système antioxydant - glutathion peroxydase (GPX) chez les femmes âgées. Des échantillons de sang ont été obtenus par des femmes avec NIDDM par rapport au groupe de contrôle, apparemment en bonne santé, sans préjudice important, et comparés avec les hommes avec NIDDM. Concentration de glucose dans le sérum a été déterminée enzymatique à 500 nm, l'activité GPX érythrocytaire avec Paglia et Valentine procédé et de l'hémoglobine par la méthode de Drabkin. Nos données ont montré au groupe de femmes une diminution de GPX dans NIDDM vs contrôle (29,98 %, $p < 0,05$). Au groupe des hommes, l'activité GPX dans NIDDM par rapport au témoin est inférieur de 36,13 % ($p < 0,05$). Équations de régression linéaire a montré une corrélation positive entre l'âge et l'activité GPX à la fois les hommes et le groupe des femmes ($p < 0,001$ respectivement $p < 0,05$). Haute production d'espèces réactives de l'oxygène combiné avec un système anti-oxydant faible causée par une hyperglycémie chronique est un déterminant majeur de la NIDDM. GPX a un rôle important dans la modulation de la différenciation des ostéoclastes induite par les œstrogènes et l'expression de GPX en ostéoclastes. Ce résultats soutiennent la théorie que l'œstrogène augmente l'activité GPX. Tout le deux, les hommes et les femmes avec NIDDM ont une faible activité GPX, mais sont plus importantes dans les hommes. Ainsi, les hommes qui ne sont pas protégés par les œstrogènes, ont une plus prononcer GPX réduction d'activité qui peut accélérer les dommages oxydatifs, un facteur très important dans le développement de NIDDM et des complications pathologiques futures.

P002

Purpura thrombotique thrombocytopénique associé à une gammopathie monoclonale à activité anti MAG, chez un sujet âgé

K. Monnier Murina¹, C. Chatre¹, C. Jeandel¹

¹Gériatrie - CHU Montpellier - Montpellier - France

Introduction : Le purpura thrombotique thrombocytopénique (PTT) est une microangiopathie thrombotique de pronostic sévère, rare, en particulier chez le sujet âgé. Nous rapportons une observation exceptionnelle d'un PTT chez un patient âgé atteint d'une gammopathie monoclonale à activité anti-MAG. Observation clinique : Un patient de 88 ans est adressé en court séjour gériatrique pour confusion aiguë. Sa principale morbidité est une polyneuropathie axonale et démyélinisante dans le cadre d'une gammopathie monoclonale IgM kappa dirigée contre la glycoprotéine associée à la myéline (MAG), sans caractère évolutif. Brutalement il a présenté une confusion avec mutisme et fluctuation de l'état neurologique sans signe de focalisation. L'examen physique relève la présence d'un ictère et d'ecchymoses. Les examens biologiques objectivent une anémie hémolytique (10,6 g/dL, haptoglobine effondrée) avec présence de schizocytes, associée à une thrombopénie à 31 G/L et une insuffisance rénale aiguë organique. Le taux de LDH est augmenté (945 UI/L). Le diagnostic de PTT est confirmé par le dosage de l'activité anti ADAMTS 13 < 5 %. Le bilan étiologique complet est négatif. Le patient est traité par plasmaphèreses et RITUXIMAB qui permettent une stabilisation des plaquettes et une augmentation du taux d'activité de l'ADAMTS 13. L'absence d'étiologie et la

réponse au traitement sont en faveur d'un PTT idiopathique. Discussion : Le PTT a fait l'objet de nombreuses études ayant permis d'identifier son caractère dysimmunitaire et le rôle spécifique de l'ADAMTS 13. Il est parfois associé à des maladies auto-immunes systémiques, mais il n'a jamais été décrit à notre connaissance d'association à une gammopathie monoclonale. Dans notre observation, le patient présente un tableau typique de PTT idiopathique, étiologie organique cependant très rare de syndrome confusionnel chez le sujet âgé. La gammopathie monoclonale de signification indéterminée avec activité anti-MAG peut être le reflet d'un dysfonctionnement de l'immunité qui favoriserait la survenue d'un PTT alors que la maladie est stable.

P003

La longueur des télomères n'est pas associée à la diminution des réponses aux ligands des « Toll like receptor » chez le patient gériatrique

N. Compte¹, S. Goriely², T. Pepersack¹, S. De Breucker¹

¹Gériatrie - Hôpital Erasme - Anderlecht - Belgique

²IMI - IMI - Gosselies - Belgique

Introduction : La diminution de la longueur des télomères est considérée comme un marqueur de la sénescence répllicative et est associée au vieillissement chronologique. Les cellules du système immunitaire inné sont activées par les agents microbiens grâce à des récepteurs spécifiques tels que ceux de la famille Toll (Toll like receptors -TLR). Ces cellules jouent un rôle crucial dans l'inflammation mais également dans l'activation et la différenciation des lymphocytes T. Nous avons récemment montré que la sécrétion de cytokine après activation des TLR était diminuée chez la personne âgée exprimant une condition gériatrique. Ce travail a pour but d'étudier la relation entre la longueur des télomères, les conditions gériatriques et la production de cytokines en réponse à des ligands TLR. Matériel et méthodes : Une évaluation gériatrique globale a été réalisée chez les sujets > 75 ans. La longueur des télomères des cellules mononucléées du sang a été quantifiée par PCR en temps réel. Les cellules du sang total ont été stimulées par des ligands de TLR4 (LPS) et ou de TLR 7/8 (R848). Après 18h de stimulation, les taux de cytokines (IL-6, IL12, IL23...) ont été mesurés par ELISA. Résultats : La longueur des télomères était inversement associée à l'âge (100 sujets de 23 à 96 ans). Nous n'avons pas observé d'association entre la longueur des télomères, les comorbidités, les conditions gériatriques ou la sécrétion de cytokines après stimulation des TLR. Conclusion : Pour les paramètres étudiés, nous n'observons pas d'association entre la réponse à l'activation des TLR et la sénescence répllicative suggérant que plus que le vieillissement chronologique, ce sont plutôt les conditions gériatriques qui sont associées à la diminution de la réponse innée.

P004

Préservation de la thymopoïèse dans le grand âge

C. Ricour¹, M. de Saint-Hubert², S. Mathieu³, C. Renard⁴, J. Petermans⁵, H. Martens⁴

¹Gériatrie - CHU de Liège-ULg - Liège - Belgique

²Gériatrie - UCLouvain, Namur Research Institute for Life Science - Godinne - Belgique

³Gériatrie - Centre Hospitalier Peltzer-La Tourelle de Verviers - Verviers - Belgique

⁴GIGA-I3-CIL - Centre d'Immunologie de Liège - Liège - Belgique

⁵Service de Gériatrie - CHU de Liège-ULg - Liège - Belgique

Introduction : Les patients très âgés (90+) semblent bénéficier d'un meilleur état fonctionnel. Précédemment, nous avons montré que les patients nonagénaires sont moins fragiles et présentent un meilleur statut oxydant. Sachant qu'il existe une relation entre l'état fonctionnel et l'immunosénescence, nous avons étudié la thymopoïèse de patients nonagénaires par le dosage des TREC (T cell Receptor Excision Circles) pour évaluer cet aspect de leur fonction immunitaire. Méthode : 61 patients âgés de 90 ans ou plus (âge moyen : 92.4) admis dans le département de Gériatrie d'un hôpital de soins tertiaires furent recrutés. Chaque patient a bénéficié d'une évaluation gériatrique standardisée. A l'admission, leur fonction thymique fut mesurée par le dosage des TREC. Résultats : La moyenne du taux de TREC/million PBMC est de 113,5 +/- 18,4 alors que la valeur théorique attendue de TREC pour les nonagénaires est de 82 à 85. La valeur des TREC chez nos sujets nonagénaires est significativement supérieure à celle attendue pour des personnes de cet âge sur base de la courbe exponentielle de décroissance de la valeur des TREC avec l'âge ($p < 0,01$; Castermans et al, 2007, Rev Med Liege). Conclusion : Nos résultats montrent que les personnes très âgées (90+) présentent une meilleure thymopoïèse que celle attendue pour leur tranche d'âge. Une explication à la plus grande robustesse des nonagénaires pourrait être liée à cette moindre décroissance de leur taux de TREC.

P005

Apport des dosages de folates et vitamine B12 dans le diagnostic de démence

S. Makdessi¹, M. Noaillon², C. Sagot², A. Breining², J. Cohen-Bittan², S. Greffard², B. Dieudonné³, V. Faucounau², J. Boudaert², M. Verny²

¹Gériatrie. Pr Verny - Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière - Paris - France

²Gériatrie - Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière - Paris - France

Introduction : Les dosages de folates et de vitamine B12 ont longtemps été recommandés dans le diagnostic étiologique des démences. Les dernières recommandations de la HAS française en 2011 proposent de prescrire ces dosages en fonction du contexte clinique, non précisé dans les recommandations. Cependant, ces dosages restent très fréquents dans la pratique gériatrique reposant sur la notion de multimorbidité. Objectif : Analyser la pertinence des dernières recommandations dans une population gériatrique. Méthodes : étude rétrospective à partir d'une base de données de patients adressés pour évaluation cognitive dans un CMRR. Inclusion de tous les patients ayant bénéficié d'un dosage B12/folates. Le critère principal est la fréquence des carences diagnostiquées. Une carence en folates ou vitamine B12 est définie respectivement par un taux ≤ 7 nmol/L (Immunoanalyse ECL par compétition) et ≤ 140 pmol/L (Immunoanalyse ECL sandwich). Résultats : entre 2008 et 2013, 858 patients inclus dans la base

de données (81 ± 6 ans, 59 % femmes, CIRS 7 ± 4 , IADL 10 ± 4). 373 ont bénéficié d'un dosage de folates (19 ± 9 nmol/L) et 386 d'un dosage de vitamine B12 (356 ± 204 pmol/L). On notait une carence en folates chez 3 patients (0,8 %, taux $6,5 \pm 0,5$ nmol/L) ne permettant pas d'analyse statistique, et une carence en B12 chez 15 patients (3,9%, taux 120 ± 19 pmol/L). On ne retrouvait aucune différence significative entre les patients carencés ou non en vitamine B12 pour le CIRS52, l'IADL, le nombre de traitements, l'IMC, le MMS. Deux patients avaient une anémie et aucun une macrocytose. 3 patients étaient sous Metformine. Les troubles cognitifs étaient rapportés à d'autres étiologies et n'étaient pas améliorés par le traitement substitutif. Conclusion : Les dosages de folates et vitamine B12 semblent avoir une faible rentabilité. Leur prescription « selon le contexte » d'après les recommandations devrait être précisée.

P006

Interprétation de la troponine T de haute sensibilité chez le sujet âgé : Evaluation du 99e percentile - Intérêt pronostique

K. Monnier Murina¹, N. Kuster², G. Baptista¹, A. Dupuy², J. Cristof², C. Jeandel¹

¹Gériatrie - CHU Montpellier - Montpellier - France

²Laboratoire de biochimie - CHU Montpellier - Montpellier - France

Introduction : Cette étude a deux objectifs : 1/ identifier les facteurs influençant les taux de troponine T de haute sensibilité (ctnt-hs) dans une population âgée afin de déterminer un 99e percentile spécifique à la population âgée saine, 2/ étudier la place de la ctnt-hs dans la prédiction de la mortalité toutes causes dans cette population. Patients et méthodes : L'étude a porté sur 591 sujets de plus de 65 ans chez lesquels ont été mesurés : la troponine T de haute sensibilité, la CRP, l'orosomucoïde, l'albumine et la créatinine plasmatiques. Les comorbidités ont été évaluées par le Cumulative Illness Rating Score-Gériatric (CIRSG). Les facteurs influençant les taux de ctnt-hs ont été évalués par régression linéaire, le lien entre taux de ctnt-hs et la mortalité a été analysé par le modèle de cox. Résultats : L'analyse multivariée révèle que, en plus de l'âge et du sexe, les atteintes cardiaques (CIRS-G cardiaque $p < 0.001$), rénale (créatinine, $p < 0.001$; CIRS-G rénale, $p = 0.039$), les taux d'albumine ($p < 0.028$) et d'orosomucoïde ($p = 0.002$) sont des facteurs prédictifs indépendants des taux de ctnt-hs. Après sélection séquentielle de cette population, le 99e percentile de notre population âgée apparemment saine est de 50 ng/l. Des valeurs élevées de ctnt-hs sont significativement prédictives d'un sur-risque de mortalité après ajustement sur les biomarqueurs des statuts nutritionnel et inflammatoire. Conclusion : Les taux de ctnt-hs chez les sujets âgés sont influencés par les fonctions cardiaque et rénale, la nutrition et l'inflammation. Le 99e percentile augmente nettement avec l'âge, justifiant l'utilisation d'arbres diagnostiques adaptés à l'âge dans le diagnostic d'infarctus du myocarde. Les taux élevés de ctnt-hs sont prédictifs du risque de mortalité indépendamment de l'inflammation et de la nutrition.

P007**Poly-prescription d'analyses biologiques à l'admission en unité de gériatrie : analyse des pratiques en Belgique**

M. Vanderhofstadt¹, B. Boland², C. Filee³,
M. de Saint-Hubert⁴, D. Schoevaerds⁴

¹Gériatrie - CUSLuc & CUMGodinne - Bruxelles & Yvoir - Belgique

²Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

³Laboratoires cliniques - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

⁴Gériatrie - CUMGodinne - Yvoir - Belgique

Introduction : Dans le contexte socio-économique actuel, il importe de réfléchir aux pratiques de prescription en routine d'examens complémentaires. Le but de la phase actuelle de cette étude est d'identifier des facteurs associés à la poly-prescription de tests biologiques à l'admission en unité d'hospitalisation de gériatrie en Belgique. Méthodes : Etude en trois phases. 1) Enquête nationale diffusée fin 2012 aux 254 gériatres de 130 hôpitaux belges. 2) Calcul en 2013 de la fréquence de prescription de 49 tests usuels, et identification de facteurs associés à la poly-prescription (≥ 30 tests). 3) Consensus national à rechercher en 2014, par un groupe représentatif de 12 gériatres (non-participant à l'enquête), sur une prescription biologique appropriée à l'admission en gériatrie. Résultats : 79 enquêtes (31 %) ont été complétées, provenant de 52 hôpitaux (40 %). Un document standardisé de prescription biologique d'admission est utilisé par 59 médecins (71 %). En moyenne (\pm DS), 32 (± 6.3) tests biologiques sont prescrits à l'admission. Sont fréquemment dosés (> 75 %) ceux décrivant d'importants processus (inflammation, déséquilibres ioniques, lésions cellulaires) et systèmes (filtration rénale, lignées sanguines, équilibres endocrines, état nutritionnel). Une poly-prescription (≥ 30 tests) est pratiquée par 63 % des médecins. Elle est significativement plus fréquente ($p < 0.05$) dans les hôpitaux de Wallonie/Bruxelles que de Flandres (81/75 vs. 28%) et dans les services de gériatrie réalisant moins de 1 000 admissions par an (75 vs. 53 %), alors que le statut général ou universitaire de l'hôpital n'a pas d'influence significative (69 vs. 53 %). La poly-prescription est plus élevée chez les médecins qui, à l'admission, ne prennent pas en compte les récents résultats biologiques du patient (92 vs. 58 %). Conclusion : Cette enquête met en évidence d'importantes différences interrégionales dans la pratique de prescription biologique à l'admission en gériatrie. Elles seront d'ici peu abordées par un groupe de gériatres belges qui recherchera un consensus sur la bonne pratique de prescription biologique dans ce contexte.

P008**Le bénéfice de la pratique d'activité physique chez le senior : une expérience innovante avec la mise en place de la Consultation de l'Aptitude Physique pour la Santé au Pôle de Gériatrie du CHRU de Strasbourg**

T. Vogel¹, E. Schmitt¹, B. Geny², G. Kaltenbach¹

¹Pole de Gériatrie - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - Strasbourg - France

²Explorations fonctionnelles - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - Strasbourg - France

La sédentarité représente un problème de santé publique dans les pays développés qui concerne tout particulièrement les seniors. Pour autant, les bénéfices pour la santé de la pratique d'une activité physique régulière ne sont plus à démontrer. De tels bénéfices ont été rapportés chez les sujets d'âge moyen mais également chez les seniors. Il a ainsi pu être observé une baisse de la mortalité, une prévention de l'intolérance aux hydrates de carbone, une optimisation du bilan lipidique, une diminution des chiffres tensionnels, une réduction des AVC et des syndromes coronariens. Plus novateur, sont les bénéfices de l'activité physique sur la cognition (réduction possible des cas incidents de maladie d'Alzheimer) et en oncologie que ce soit en prévention primaire (prévention possible du cancer du sein et du côlon) et en prévention secondaire (possible prévention des récives). Une réduction des fractures et des chutes a également été rapportée. Nous avons mis en place au pôle de Gériatrie une Consultation de l'Aptitude Physique pour la Santé (CAPS) qui propose 18 séances d'ergocycles à raison de 2 séances par semaine, chaque séance durant 30 minutes. Ces séances sont sécurisées (épreuve d'effort cardio-respiratoire initiale systématique, présence médicale), supervisées par des éducateurs médico-sportifs et individualisées (chaque participant bénéficie d'un programme personnalisé en fonction de ses performances initiales). Nous rapportons les bénéfices de ce programme de réentraînement à l'effort sur un échantillon de 150 seniors. Nous avons observé une amélioration significative des paramètres d'endurance et des paramètres maximaux. Nous avons également évalué les effets de ce programme de réentraînement sur la vitesse de l'onde de pouls (évaluation non invasive de la rigidité artérielle) ainsi que sur les troubles de la relaxation du ventricule gauche (rapport E/A < 0.8).

P009**Etude de l'effet d'un programme de réentraînement à l'effort sur la dysfonction diastolique cardiaque liée à l'âge**

E. Schmitt¹, G. Kaltenbach¹, B. Geny², T. Vogel³

¹Médecine Interne Gériatrique - Hôpitaux Universitaire de Strasbourg - Strasbourg - France

²Service d'explorations fonctionnelles - Hôpitaux Universitaire de Strasbourg - Strasbourg - France

³Service de readaptation - Hôpitaux Universitaire de Strasbourg - Strasbourg - France

Introduction : La dysfonction diastolique, processus physiologique lié au vieillissement cardiaque, associe des anomalies de la relaxation ventriculaire gauche et une augmentation des pressions de remplissage. Objectifs : Nous nous sommes intéressés dans cette étude à l'effet d'un programme de réentraînement à l'effort sur cycle de 9 semaines sur la fonction diastolique d'une population âgée en bonne santé. Méthodes : Cent soixante-quatre patients âgés de 65 ans en moyenne ont été inclus. Ils ont bénéficié d'une échographiedoppler avant et après le réentraînement afin d'analyser la fonction diastolique du ventricule gauche. Parallèlement, les performances aérobie ont été évaluées avant et après le

programme en s'intéressant plus particulièrement aux paramètres d'endurance et aux paramètres cardio-respiratoires maximaux. Résultats : Nous avons pu mettre en évidence, qu'environ la moitié de la population sans anomalie des fonctions systoliques gauche et droite présentait un rapport E/A diminué. Chez les femmes, cette baisse semblait être corrélée à une hypercholestérolémie (37,5 % versus 20 %, $p = 0,01$), elle-même en rapport à un recours au traitement hormonal substitutif moins important (2,5 % contre 25 %, $p = 0,002$). Ces troubles de la relaxation ventriculaire gauche n'étaient cependant pas associés à une altération des capacités physiques des sujets. Le réentraînement à l'effort a permis d'améliorer les performances aérobies (premier seuil ventilatoire, puissance maximale tolérée et consommation d'oxygène maximale) de tous les sujets âgés, qu'ils présentent ou non des troubles de la relaxation ventriculaire gauche. Le rapport E/A des patients présentant des troubles de la relaxation avant le réentraînement a progressé de $0,7 \pm 0,1$ à $0,8 \pm 0,2$ après le PEP'C ($p = 0,001$ pour les femmes et $p = 0,03$ pour les hommes). Conclusion : L'amélioration du rapport E/A étant modérée après le réentraînement, il semble peu probable que ce facteur soit à l'origine des capacités physiques accrues. Malgré cela, ces résultats préliminaires semblent ouvrir des perspectives intéressantes dans la prévention de la dysfonction diastolique voire de l'insuffisance cardiaque diastolique chez le sujet âgé.

P010

Session : Prise en charge de l'arthrose des membres inférieurs du sujet âgé et très âgé. Propositions du groupe AGRHUM (Association Gériatrie et rhumatologie)

B. Verlhac¹, C. Jeande², J. Vetel³, J. Le Quintrec⁴, E. Maheu⁵, J. Gauvain⁶, P. Breville⁷, C. Cadet⁸

¹Service de soins de suite et réadaptation orthopédique - Hôpital universitaire Paul BROUSSE (APHP)/AGRHUM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Villejuif - France

²Médecinze Interne et Gériatrie - Centre de Gérontologie Clinique Antonin Balmès/ AGRHUM (Association Gériatrie et rhumatologie) - Montpellier - France

³Gériatrie - Hôpital Général/ AGRHUM (association Gériatrie et Rhumatologie) - Le Mans - France

⁴service Médecine Gériatrique 3 - Hôpital StePérine (APHP)/AGRHUM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Paris - France

⁵Rhumatologie - Hôpital St Antoine (APHP) / AGRHUM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Paris - France

⁶Centre de Médecine Interne Gériatrique - CHR Hôpital Porte Madeleine/ AGRHUM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Orleans - France

⁷Rhumatologie - Hôpital St Joseph/AGRHUM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Paris - France

⁸Rhumatologie - Cabinet médical/AGRHUM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Paris - France

L'arthrose des membres inférieurs peut compromettre gravement l'autonomie et influencer par là même sur le mode de vie et la prise en charge des sujets âgés et très âgés. Chez ces derniers, le traitement chirurgical par implantation de prothèse n'est pas toujours possible : d'où l'importance d'une prise en charge médicale

structurée et adaptée. Les principales sociétés savantes rhumatologiques (EULAR, OARSI, ACR) ont publié ces dernières années des recommandations sur la prise en charge de la gonarthrose et de la coxarthrose : celles-ci insistent sur la nécessaire association de mesures pharmacologiques et non pharmacologiques. Cependant ces recommandations reposent sur des essais cliniques effectués chez des sujets dont l'âge moyen est compris entre 60 et 70 ans, bien différents des sujets très âgés et/ou polyopathologiques pris en charge par les gériatres, et ne sont pas graduées en fonction de l'âge et de l'état physique du patient. L'American Geriatrics Society a, quant à elle, publié en 2001 des recommandations de prescription des exercices physiques chez le sujet âgé. Cependant ces recommandations sont basées sur des essais relativement anciens, identiques à ceux pris en compte par les recommandations rhumatologiques, et ne sont donc pas différenciées en fonction de l'âge ou la polypathologie. Un groupe de rhumatologues gériatres a créé il y a quelques années au sein de la Société Française de Rhumatologie (SFR) l'Association Gériatrie et Rhumatologie (AGR). Plus récemment s'est créé au sein de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) un groupe de travail plus large, intitulé AGRHUM. Ces deux groupes ont décidé de faire un état des lieux des essais cliniques existants sur la prise en charge de l'arthrose du sujet très âgé. Nous présentons en 4 communications les différents axes de ce travail.

P011

Caractéristiques des patients associées à une prescription d'opiacés à la sortie d'un centre de réadaptation-étude pilote

S. Mateiciuc¹, R. Dreher¹, N. Marcoz², M. Theodoloz³

¹Médecine interne - CTR Aubonne-Gilly - Aubonne - Suisse

²PIC - EHC - Morges - Suisse

³Data manager - EHC - Morges - Suisse

Objectif : Investiguer les caractéristiques des patients associées à une prescription d'opiacés à la sortie d'un séjour de réadaptation. Les opiacés sont définis selon les critères OMS. Méthode : La prescription d'opiacés à la sortie est récoltée de manière rétrospective sur 12 mois consécutifs chez 392 patients (âge moyen $82,9 \pm 6,4$ ans ; 71,9 % femmes ; 63 % vivant seul) admis en séjour de réadaptation. Les données démographiques, médicales et fonctionnelles sont récoltées à l'entrée. Résultats : Au total 23,2 % (91/392) des patients avaient une prescription d'opiacés à la sortie. Ceux-ci étaient plus jeunes ($81,4 \pm 6,2$ ans vs $82,9 \pm 6,4$ ans ; $p = 0,013$), plus souvent des femmes (80,2 % vs 69,4 % ; $p = 0,045$) comparés au groupe sans opiacés à la sortie. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le statut cognitif, fonctionnel, vivant seul et bénéficiaire de l'aide à domicile. En analyse multivariée, être plus jeune (adj OR 0,94 ; $p = 0,023$) et avoir un statut fonctionnel plus bas à la sortie (adj OR 0,98 ; $p = 0,026$) étaient des facteurs prédictifs indépendants pour une prescription d'opiacés à la sortie. Une prescription concomitante de laxatifs est présente dans 87,9 % des cas. Conclusions : Dans ces conditions réelles, la prescription d'opiacés est élevée. Près d'un quart de ces patients âgés, fragiles ont une prescription d'opiacés à la sortie d'un séjour de réadaptation. Il est pertinent de remarquer que le statut fonctionnel est une caractéristique prédictive indépendante

ainsi qu'un âge plus jeune. Le rôle de l'autonomie mérite d'être approfondi.

P013

Art inclusif gériatrique et durée de séjour en soins aigus : Etude pilote cas-témoin

O. Beauchet¹, S. Remondière¹, C. Launay¹, C. Annweiler¹

¹Gérontologie Clinique - Centre Hospitalo-Universitaire d'Angers - Angers - France

Introduction: Il a été rapporté que la réalisation d'une peinture au cours d'un atelier d'Art inclusif gériatrique par des patients âgés hospitalisés en court séjour gériatrique valorise leur capacité restante et réduit ainsi leur incapacité. L'impact de cette amélioration en terme de durée de séjour reste à montrer. L'objectif de l'étude était d'examiner si la réalisation d'une peinture au cours d'un atelier d'Art inclusif gériatrique chez des patients âgés hospitalisés en court séjour gériatrique réduisait la durée de séjour. Matériel/Méthode: A partir d'un plan d'étude de type exposé versus non-exposé, 93 patients âgés ayant participé à un atelier d'Art inclusif gériatrique (âge moyen 83,9±6,2 ans, 53,7 % de femmes) et 95 patients témoins appariés sur l'âge (âge moyen 85,4±5,6 ans), le sexe (51,6 % de femmes), le diagnostic principal et la période d'hospitalisation ont été inclus de manière prospective en 2011. La durée d'hospitalisation a été calculée à partir des données administratives du dossier patient informatisé. Résultats: Le modèle de régression linéaire multivarié a montré que la réalisation d'une peinture au cours d'un atelier d'Art inclusif gériatrique réduisait de manière significative de 2,9 jours la durée d'hospitalisation (coefficient de régression $\beta = -2,91$ avec $P = 0,044$), alors qu'une hospitalisation en période automnale augmentait la durée d'hospitalisation de 3,5 jours (coefficient de régression $\beta = 3,52$ avec $P = 0,046$). Discussion/Conclusion: Cette étude montre que la réalisation d'une peinture au cours d'un atelier d'Art inclusif gériatrique réduit la durée de séjour des patients âgés hospitalisés en court séjour gériatrique. La réduction des incapacités liée aux effets bénéfiques cognitivo-comportementaux précédemment décrits pourrait expliquer ce résultat.

P014

Facteurs prédictifs de retour à domicile chez des personnes âgées hospitalisées en Unité de Soins de Suite et Réadaptation Gériatrique (SSR-G)

L. Geronimi¹, B. de Wazieres², J. Geronimi³, D. Strubel⁴, V. Dimanchin⁴, S. Ruinet⁴, V. Antoine²

¹Médecine gériatrique - SSR Gériatrique - CHU Nîmes - Nîmes - France

²Médecine gériatrique - CHU Nîmes - Nîmes - France

³CEDRIC - CNAM - Paris - France

⁴SSR gériatrique - CHU Nîmes - Nîmes - France

Introduction: Les Services de soins de suite pour personnes âgées poly-pathologiques à risque de dépendance (SSR-G) visent à optimiser les chances de récupération et le retour au domicile. Objectifs: Définir, parmi les caractéristiques médico-sociales des patients hospitalisés en SSR-G, celles impliquées dans le

retour à domicile. Méthodes: Etude descriptive, rétrospective, mono-centrique. Inclusion des patients hospitalisés dans le SSR gériatrique du CHU de Nîmes du 1er janvier au 31 juillet 2012; ceux vivants antérieurement en établissement d'hébergement (EHPAD) et ceux pour lesquels le dossier médical n'était pas accessible ont été exclus. Recueil des caractéristiques socio-démographiques et médicales, du devenir et des objectifs de rééducation (139 variables). Comparaison du groupe retour à domicile (RAD) et du groupe ne rentrant pas à domicile (non RAD). Résultats: 215 patients ont été inclus (âge moyen 85 ans, femmes 70.2 %, dépendance moyenne à l'entrée pour 1.7ADL, provenance: courts séjours gériatriques 45.1 % et de médecine 33 %, urgences 10.2 %, chirurgie 7.4 %, domicile 4.2 %). Au terme de l'hospitalisation: 114 patients (53 %) ont rejoint leur domicile (groupe RAD); 63 (29.3 %) ont été adressés en EHPAD, 18 (8.4 %) ré-hospitalisés en court séjour et 20 (9.3 %) sont décédés (groupe non RAD). Après analyse multi-variée, 3 déterminants favorisaient le retour à domicile: dépendance moindre aux ADL à l'entrée (OR 1.38 [1.03-1.85], $p = 0.03$), souhait du patient de réintégrer son domicile (OR 10,2 [1.3-80], $p = 0.03$), présence d'un fauteuil roulant à domicile (OR 16,9 [2.1-137], $p = 0.07$). L'objectif fixé dès l'entrée d'attente d'une admission en EHPAD était un obstacle au retour au domicile (OR 0.003 [0,006-0.16], $p < 0.001$). Conclusion: L'autonomie, tant décisionnelle que fonctionnelle, semble un déterminant de l'orientation du patient. La prise en compte des déterminants du retour à domicile, dès le court séjour, pourrait servir à optimiser le parcours de santé.

P015

Evolution sur deux ans des capacités fonctionnelles et motrices de sujets âgés résidant en maison de repos

F. Buckinx¹, C. Beaudart¹, J. Slomian², D. Maquet³, M. Demonceau³, S. Gillain⁴, J. Petermans⁴, J. Reginster¹, O. Bruyère¹

¹Département des Sciences de la Santé Publique, Epidémiologie et Economie de la Santé - Université de Liège - Liège - Belgique

²Département des Sciences de la Santé Publique, Unité de soutien méthodologique en épidémiologie et en biostatistiques - Université de Liège - Liège - Belgique

³Département des Sciences de la Motricité - Université de Liège - Liège - Belgique

⁴Service de gériatrie - Université de Liège - Liège - Belgique

Introduction: L'objectif de cette étude est d'observer l'évolution, sur une période de 2 ans, des capacités fonctionnelles et motrices des sujets âgés institutionnalisés. Matériel et méthodes: Les 100 sujets inclus dans l'étude ont été suivis de manière prospective durant 2 ans pour l'évolution des capacités fonctionnelles et motrices. Le test du Tinetti et un test d'analyse quantitative de la marche réalisés au moyen d'un accéléromètre triaxial ont été réalisés, en simple et en double tâche, au commencement de l'étude et au terme de celle-ci. Résultats: Les tests finaux ont été réalisés sur 36 sujets (27 décès, 20 incapacités physiques, 12 refus et 5 déménagements). Les patients qui ont réalisé les tests finaux présentaient, à l'inclusion, des caractéristiques cliniques significativement différentes des patients qui n'ont pas réalisé ces tests

pour le niveau de dépendance de Katz (13.6 ± 3.7 vs. 17.5 ± 5.1 , $p = 0.0001$), le score de Tinetti (21.3 ± 3.8 vs. 17.5 ± 4.5 , $p = 0.00004$) et la longueur des pas (0.79 ± 0.24 vs. 0.68 ± 0.27 , $p = 0.03$). La vitesse de marche ($p = 0.0003$), la longueur des pas ($p = 0.004$) et le coefficient de régularité des pas ($p = 0.00002$) sont significativement diminués entre le début et la fin de l'étude. L'analyse quantitative de la marche en double tâche montre une réduction significative de la vitesse de marche ($p = 0.00002$) et de la régularité des pas ($p = 0.03$). L'évolution sur 2 ans du score de Tinetti n'est pas significative ($p = 0.38$) mais est significativement corrélée avec l'évolution de la longueur des pas ($r = 0.57$) et de la régularité des pas ($r = 0.75$). Conclusion : La dégradation de certains paramètres de la marche est observée chez des sujets âgés institutionnalisés suivis pendant une période de 2 ans. L'évolution de la longueur et de la régularité des pas est reliée à l'évolution du test de Tinetti. Ce dernier semble moins sensible aux changements que certains paramètres d'analyse quantitative de la marche.

P016

Réhabilitation Interdisciplinaire à la Clinique gériatrique St. Elisabethen Krankenhaus-Frankfurt/Main

L. Thoma¹

¹Gériatrie - St. Elisabethen Krankenhaus - Frankfurt/Main - Allemagne

La pratique clinique dans notre hôpital St. Elisabethen Krankenhaus. C'est une clinique de Réhabilitation gériatrique de 60 lits qui accueille des patients atteints d'AVC, de la maladie d'Alzheimer, des chutes et la maladie de Parkinson. La Réunion interdisciplinaire est indispensable pour l'équipe soignante. Médecins, Infirmière, Physiothérapeute, Orthophoniste, Psychologue, Psychomotriciens, Masseurs, services sociaux se retrouvent à réunion trois fois par semaine pour échanger. Chaque Patient est analysé, sur son diagnostic médical, son histoire avant la maladie, et sur ses symptômes. Il est très important de prendre en considération ses conditions de vie, sa mobilité, langage, mémoire, afin de les respecter pour une meilleure prise en charge. Les informations circulent entre les soignants : les médecins expliquent le traitement, les infirmières nous donnent les rapports sur l'indice de Barthel Index. Le rapport de chaque groupe est très important, car il permet de déterminer les progrès du patient, sa mobilité, le traitement de la douleur et d'envisager les conditions de retour au domicile. L'équipe soignante considère les besoins de chaque patient : a-t-il besoin de Service de suite et de réadaptation, de soins à domicile, d'auxiliaires de vie, de livraison de repas, du système d'appel d'urgence, d'une inscription à une clinique de jour, etc. Le Petit ACL, mini-Mentel, Dem-tec sont tests cognitifs utilisés dans notre service. Dans le département d'orthophonie, nous utilisons, la thérapie Pace, La thérapie d'action visuelle, la thérapie Modak, La thérapie d'intonation Melody. Les thérapies de groupes sont très bénéfiques pour les patients, d'ailleurs chaque groupe de thérapeutes offre une fois par semaine ce type de soin. Des difficultés psychosociales peuvent apparaître, telles que L'anxiété, l'agressivité, les conflits de partenariat, la dépression et l'incertitude. Tous ces problèmes sont discutés dans l'équipe. L'équipe soignante attache beaucoup d'importance à délivrer

des conseils aux familles. L'orthophoniste guide sur un centre d'aphasie si c'est nécessaire.

P017

Le processus décisionnel entourant l'orientation domiciliaire chez les personnes âgées en réadaptation à la suite d'un traumatisme craniocérébral : qu'en pensent les principaux intéressés ?

M. Voyer¹, M. Ouellet², É. Gagnon³, P. Terreau¹

¹Réadaptation - Institut de réadaptation en déficience physique de Québec - Québec - Canada

²Recherche - Université Laval/Centre de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRI) - Québec - Canada

³Recherche - Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale - Québec - Canada

Introduction : Les séquelles d'un traumatisme craniocérébral (TCC) peuvent avoir un impact important sur l'autonomie, la sécurité et la qualité de vie des personnes âgées, rompre l'équilibre familial et compromettre le retour à domicile. Or, le processus décisionnel entourant l'orientation domiciliaire est souvent difficile et lourd de sens pour l'ainé, ses proches et les intervenants qui les accompagnent. Objectifs : Utilisant un devis qualitatif, cette étude vise à documenter la perception d'ainés, de proches et d'intervenants quant aux facilitateurs, obstacles, enjeux et valeurs concernant l'orientation domiciliaire. Méthode : Des entrevues individuelles sont réalisées auprès de 6 ainés dont l'orientation domiciliaire a été discutée pendant la réadaptation et 6 proches aidants. Un guide d'entrevue semi-structurée est employé. Les entrevues sont enregistrées et les verbatim sont transcrits. Les données sont analysées grâce au logiciel NVivo et par consensus de l'équipe (examen global du sens, codification a priori, identification des thèmes, consensus, triangulation). La perception des intervenants sera documentée par focus groups ultérieurement. Résultats : Les résultats préliminaires montrent que le retour au domicile antérieur n'est possible que dans 2 cas sur 3 et qu'il y a souvent divergence entre la position de l'équipe de réadaptation et celle des ainés ou des proches. Les principaux enjeux et valeurs qui influencent la décision sont : la qualité de vie de l'ainé, sa sécurité, la santé du proche, l'espoir du retour chez soi ainsi que le respect des désirs de chacun. Dans tous les cas, des mesures de soutien sont nécessaires (aménagements, aide humaine/services formels) mais la continuité entre les services de réadaptation et ceux du soutien à domicile semble fragile. Discussion/Conclusion : Il est impératif de soutenir adéquatement les personnes âgées et leurs proches dans le processus décisionnel entourant l'orientation domiciliaire après un TCC en âge plus avancé et d'optimiser l'intégration entre les services de réadaptation et la communauté.

P018

Démence et inaptitude : une question éthique

D. Giroux¹

¹Département de réadaptation - Université Laval - Québec - Canada

Il est reconnu que la population âgée de plus de 65 ans doublera d'ici 30 ans et que cela entraînera une hausse du nombre de personnes atteintes de démence. Les risques d'abus envers les personnes atteintes de déficits cognitifs sont réels, celles-ci étant particulièrement vulnérables. Nous avons le d'assurer la protection de ces personnes, tout en tenant compte des enjeux entourant la perte de droits et d'autonomie. Les professionnels de la santé et des services sociaux ont un rôle à jouer pour dépister les personnes vulnérables, évaluer leur fonctionnement et déterminer la nécessité d'entreprendre des démarches légales pour l'ouverture d'un régime de protection, et ce, tout en assurant la préservation de leur autonomie. Comment arriver à concilier ces multiples rôles? Ceux-ci peuvent alors se retrouver en situation de dilemme éthique. Pour les soutenir dans leur démarche d'évaluation et de réflexion, un modèle a été élaboré pour soutenir la prise de décision dans un contexte d'évaluation de l'incapacité, le Processus d'Évaluation de l'Aptitude. Une particularité importante de ce modèle concerne est l'intégration d'un volet important n'ayant jamais été abordé dans la littérature ni dans les milieux de pratiques abordant l'évaluation de l'aptitude, soit l'intégration d'un volet éthique. Ce volet repose sur l'instauration d'une réflexion éthique, qui prend forme dans la délibération en équipe interdisciplinaire. Des questions basées sur l'éthique réflexive sont incluses, afin de guider les professionnels impliqués dans cette évaluation. L'utilisation régulière d'un tel outil pourra avoir un impact à long terme sur la sensibilité et la compétence éthique des professionnels de la santé et des services sociaux. Les questions proposées favorisent le dialogue au sein de l'équipe interdisciplinaire et ce dialogue pourrait éventuellement favoriser le développement d'un esprit critique représentant un premier pas vers le développement de la sensibilité éthique et de l'aptitude à effectuer une délibération éthique.

P019

Hôpital de jour « RHUMATO-GERIATRIQUE » : Bilan après 3 ans d'activité

I. Delabriere¹, F. Durig¹, L. Lemeunier², E. Delzenne¹,
R. Ciupa¹, A. Courau¹, F. Puisieux¹

¹Hôpital Gériatrique Les Bateliers - CHRU de Lille - Lille - France

²Service de Rhumatologie - CHRU de Lille - Lille - France

Introduction: L'ostéoporose reste sous-diagnostiquée et sous-traitée chez le sujet âgé. Même les patients hospitalisés après une fracture de fragilité ne bénéficient pas toujours d'une évaluation du risque fracturaire, de la recherche ou d'un bilan de chute. Depuis 2009, au C.H.R.U de Lille, s'est mise en place une filière de «traumatologie du sujet âgé» qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge du sujet âgé fracturé. Elle intègre un hôpital de Jour (HDJ) Rhumato-Gériatrique où les patients fracturés bénéficient d'une évaluation gériatrique, rhumatologique, nutritionnelle et de la réalisation d'une densitométrie osseuse. Objectifs: Décrire les caractéristiques des patients accueillis en HDJ Rhumato-Gériatrique et définir les points forts et les points faibles de cette activité. Méthodes: Etude rétrospective réalisée à partir des données recueillies sur les courriers de sortie

d'HDJ entre mars 2010 et mars 2013. Résultats: En 3 ans, l'HDJ Rhumato-Gériatrique a accueilli 78 patients chuteurs fracturés, dont 75,7 % de femmes, de moyenne d'âge 80,1 +/- 6,4 ans. La chute ayant entraîné la fracture n'était le plus souvent pas la première (75,7 % des cas) et il en résultait une appréhension de la chute dans plus de 60 % des cas. Le bilan a conduit à proposer un traitement anti-ostéoporotique à 82,4 % des patients. Conclusion: L'HDJ Rhumato-Gériatrique accueille des patients plus autonomes et présentant moins de troubles cognitifs que la population habituellement accueillie dans les services de gériatrie. Un des problèmes rencontrés est celui des désistements de nombreux patients, pouvant s'expliquer par le fait que les patients sont recrutés juste après l'intervention et ne sont plus très motivés à venir plusieurs semaines après la fracture. Néanmoins le bilan de l'activité est positif. L'HDJ Rhumato-Gériatrique permet d'évaluer le risque de nouvelle fracture et de proposer une prise en charge adaptée.

P020

Description des comportements, de l'état mental et de l'utilisation de la médication psychotrope chez l'ainé atteint de démence nouvellement admis en centre d'hébergement

C. Joyal¹, P. Voyer²

¹Direction des soins infirmiers et de la qualité - Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's - Québec - Canada

²Faculté des sciences infirmières - Université Laval - Québec - Canada

Introduction: L'admission en centre d'hébergement est une étape de vie déterminante qui entraîne plusieurs conséquences chez l'ainé atteint de démence. Le but de cette étude descriptive quantitative était de décrire les comportements, l'état mental et l'utilisation des médicaments psychotropes chez les aînés atteints de démence nouvellement admis en centre d'hébergement. Les modèles conceptuels de Lawton et d'Inouye et Charpentier ont servi de guide à cette recherche. Méthode: À partir d'un échantillon accidentel composé de dix aînés atteints de démence nouvellement admis en centre d'hébergement dans le dernier mois, des entrevues individuelles, des observations directes, des entretiens avec des membres du personnel et de la famille ainsi que des consultations dans les dossiers de chaque participant ont été réalisées. Des outils validés, tels que l'Inventaire neuropsychiatrique de Cummings, le Confusion Assessment Method d'Inouye, le Mini-examen de l'état mental de Folstein et le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle de Hébert, ont été utilisés. Résultats: Les résultats ont révélé des prévalences élevées en ce qui concerne les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence [SCPD] (80 %), le delirium (20 %) et l'utilisation de médicaments psychotropes (80 %). De plus, le fait de ne pas avoir désiré l'admission est lié à l'apparition de SCPD chez cette cohorte. Discussion/conclusion: Bien que l'admission en centre d'hébergement ne puisse expliquer à elle seule ces résultats, ces trois éléments doivent dorénavant faire partie intégrante de l'évaluation initiale de l'infirmière et être intégrés dans les programmes d'admission en milieu de soins de

longue durée. Le but étant d'améliorer le processus de transition ainsi que la qualité des soins prodigués à cette clientèle vulnérable.

P021

Prévalence de la trouble de la déglutition chez les patients admis en unité de soins de suite gériatrique polyvalente

J. Jafarbay¹, B. Atchia², C. Lepp¹, C. Lombardin², S. Blanco¹, S. Toybu¹, J. Arvieu¹

¹Soins de suite et de réadaptation - Centre gérontologie "Les Abondances" - Boulogne-Billancourt - France

²Gériatrie - Centre gérontologie "Les Abondances" - Boulogne-Billancourt - France

Introduction : Les troubles de la déglutition chez les patients âgés fragiles ont des conséquences graves. La dénutrition et les pneumopathies d'inhalation sont fréquentes chez ces patients avec un taux de mortalité élevé. Objectif : Dépistage systématique des troubles de la déglutition chez les patients à risque dès l'admission en SSR. Méthodes : Dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, nous avons établi dans un premier temps une liste des pathologies à risque ou une de signes cliniques d'alerte. Dès l'admission des patients à risque, nous avons réalisé le bilan orthophonique avec dépistage des troubles de la déglutition. Résultats : 16 patients ont eu une évaluation de la déglutition. 10/16 patients ne présentaient pas d'antécédents ou n'avaient pas de transmission à l'entrée par rapport à des troubles de la déglutition, deux d'entre eux ont signalé des épisodes de broncho-pneumopathie récidivante. Tous ces patients étaient dénutris et dans la majorité des cas nous avons constaté des troubles cognitifs (dégénératif ou vasculaire) associés. Nous avons mis en place une prise en charge nutritionnelle adaptée (texture des aliments, eau gazeuse ou gélifiée...). Ils ont bénéficié d'une rééducation orthophonique de la déglutition. Conclusion : Cette étude montre l'importance du dépistage systématique des troubles de la déglutition chez les patients à risque ou présentant des signes d'alerte clinique. Les conséquences de ces troubles sont importantes avec des risques de dénutrition, d'apparition de pneumopathie d'inhalation associés à un risque de mortalité élevé chez ces patients fragiles.

P022

Cadre de référence concernant les processus de décision dans un contexte de relations multiethniques

C. Crowe¹, Y. Lajeunesse¹, N. Champoux¹, P. Savignac³, J. De champlain²

¹Gériatrie - Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

²Ethique - professionnelle autonome - Montréal - Canada

³Ethique - Hôpital Maisonneuve-Rosemont - Montréal - Canada

Considérant les défis posés par l'accroissement continu de la diversité culturelle, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal a

demandé à son comité d'éthique clinique d'élaborer un cadre de référence propice à favoriser les relations les plus harmonieuses entre les individus venant d'horizons différents qui s'y côtoient. Ce cadre de référence propose des avenues de réflexion en vue de guider le processus décisionnel lors de situations où s'opposent des convictions liées à des contextes culturels différents. Les discussions ont porté non seulement sur les demandes particulières d'accommodements, mais de façon plus générale sur les situations où s'affrontent convictions et certitudes opposées entre soignants et soignés ainsi qu'entre employés. Après avoir situé son cadre organisationnel (valeurs de l'institution, code d'éthique, code de civilité, philosophie de gestion et cadre normatif de notre société), les auteurs précisent quelques définitions telles soins personnalisés, notion d'accommodement raisonnable, de discrimination et de harcèlement. De façon à répondre au mieux aux différentes demandes et situations rencontrées, le comité d'éthique prône la mise en place d'une démarche compréhensive fondée sur un dialogue empreint de respect, respect de l'autre et de ses opinions. Deux guides, qui peuvent permettre aux cliniciens et aux gestionnaires de suivre une approche systématique, sont présentés sous forme d'un arbre décisionnel en vue de répondre à une demande d'exception d'un patient pour l'un, ou d'un employé pour l'autre. Qu'il s'agisse de répondre à une demande de personnalisation de soins et de services, à une demande d'accommodement raisonnable d'un employé ou de résoudre des mésententes liées à la diversité culturelle entre employés et gestionnaires, le recours à une démarche dialogique structurée atteste de l'importance et du respect que l'on accorde d'abord et avant tout à la personne.

P023

Effets délétères des douleurs aiguës et chroniques associées au zona chez la personne âgée

F. Liard¹, N. Atta², C. Deback³, P. Gorwood⁴, M. Labetoulle⁵, M. Labetoulle⁵, C. Mann⁶, C. Mann⁶, G. Pickering⁴, G. Gavazz⁷, G. Gavazz⁸

¹Médecine générale - Cabinet de médecine générale - Saint-Epain - France

²INSERM U987 et Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur - Hôpital Ambroise Paré - Boulogne-Billancourt - France

³Service de Virologie - Hôpital Paul Brousse, Université Paris Sud - Villejuif - France

⁴CMME - Centre Hospitalier Sainte-Anne, Université Paris Descartes & INSERM U894 - Paris - France

⁵Service d'Ophthalmologie - CHU Bicêtre, Université Paris Sud - Kremlin-Bicêtre - France

⁶Unité d'évaluation et de traitement de la douleur - Clinique Clementville - Montpellier - France

⁷Centre de Pharmacologie Clinique - CHU Clermont-Ferrand - Clermont-Ferrand - France

⁸Service Gériatrie - Hôpital Nord Michallon - La Tronche - France

Introduction : Le zona est une affection virale douloureuse induite par la réactivation du virus de la varicelle. Du fait du déclin de

l'immunité cellulaire, son incidence et sa sévérité augmentent avec l'âge. Méthode : Un groupe multidisciplinaire d'experts s'est réuni pour confronter sa vision de l'impact des douleurs associées au zona chez la personne âgée. Résultats : La douleur est le principal symptôme du zona. Elle précède de quelques jours le rash cutané chez $\approx 75\%$ des patients, est présente chez $\approx 90\%$ des patients au moment du rash, et persiste au-delà de 3 mois chez $\approx 20\%$ des patients. Ce sont des douleurs neuropathiques (brûlures et allodynie principalement) d'intensité modérée à sévère. L'intensité des douleurs ne varie pas avec l'âge des patients. En revanche, la phase de douleurs aiguës est prolongée et la fréquence des douleurs chroniques persistant au-delà de 3 mois (dites post-zostériennes ou DPZ) est plus élevée chez les patients âgés (≥ 65 ans). Les douleurs aiguës affectent la qualité de vie (QdV), l'humeur, et les activités de la vie quotidienne des patients, notamment lorsqu'ils sont âgés. Les DPZ sont des douleurs chroniques neuropathiques, or ces douleurs affectent davantage ces différentes fonctions et le sommeil que les douleurs chroniques non-neuropathiques. Les DPZ impactent également les capacités fonctionnelles, la vie sociale, et les fonctions cognitives des patients, notamment des patients âgés. Les patients très âgés (≥ 85 ans) souffrant de DPZ présentent souvent des symptômes dépressifs et une très mauvaise QdV. Les conséquences des douleurs aiguës sur la vie quotidienne des patients sont moins étudiées que celles des DPZ. Conclusion : Les douleurs aiguës et chroniques dues au zona influencent tous les aspects de la vie quotidienne, en particulier chez la personne âgée et contribuent ainsi à la fragiliser. L'impact des douleurs aiguës notamment chez la personne âgée mérite d'être mieux étudié.

P024

Le zona chez la personne âgée est-il un événement de vie stressant ou la conséquence d'événements de vie stressants ?

P. Gorwood¹, G. Pickering², M. Labetoulle³, C. Deback⁴, C. Deback⁴, F. Liard⁵, C. Mann⁶, N. Attal⁷, G. Gavazzi⁸

¹CMME - Centre Hospitalier Sainte-Anne - Paris cedex 14 - France

²Centre de Pharmacologie Clinique - CHU Clermont-Ferrand - Clermont-Ferrand - France

³Service d'Ophtalmologie - CHU Bicêtre, Université Paris Sud - Kremlin-Bicêtre - France

⁴Service de Virologie - Hôpital Paul Brousse, Université Paris Sud - Villejuif - France

⁵Médecine Générale - Cabinet de médecine générale - Saint-Epain - France

⁶Unité d'évaluation et de traitement de la douleur - Clinique Clementville - Montpellier - France

⁷INSERM U987 et Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur - Hôpital Ambroise Paré - Boulogne-Billancourt - France

⁸Service Gériatrie - Hôpital Nord Michallon - La Tronche - France

Introduction : Les épisodes dépressifs et/ou d'anxiété sont induits par des facteurs génétiques et/ou environnementaux et déclen-

chés par des événements de vie stressants. Ces événements nécessitent une adaptation de l'individu (coping) pour en maîtriser les conséquences physiques et/ou psychiques. Le zona est une affection virale douloureuse dont l'incidence et la sévérité augmentent avec l'âge. Méthode : Un groupe multidisciplinaire d'experts s'est réuni pour confronter ses opinions sur les liens éventuels entre événements de vie stressants et zona chez la personne âgée. Résultats : Les événements de vie stressants et/ou la dépression impactent négativement la fonction favorisant l'apparition de maladies. Plusieurs études tendent à montrer qu'ils seraient impliqués dans la survenue d'un zona. Deux études cas-témoins récentes confortent cette hypothèse. La première montre que les individus avec un zona ont vécu en moyenne 35 événements de vie stressants dans les 6 mois précédant le zona contre 16 pour les individus sans zona apparus sur le sexe, l'âge, et l'ethnie. La seconde montre que la dépression et les événements de vie stressants vécus dans les 6 derniers mois sont un facteur de risque indépendant de zona. Le zona et sa principale complication, les douleurs post-zostériennes, sont redoutés des patients âgés. Leur représentation mentale en fait une maladie très douloureuse, une preuve de vieillissement et, pour certains, le signe précurseur d'un cancer. Comme toute maladie douloureuse, c'est un facteur de stress physique et psychologique. Selon le modèle développé pour les douleurs musculo-squelettiques, le catastrophisme, la peur, l'évitement, et l'hypervigilance accompagnant la douleur peuvent engendrer une dépression ou un handicap, et participer à son maintien. Conclusion : Chez les personnes âgées dont les capacités de réserve physique et/ou psychologique sont diminuées, le zona peut être la conséquence d'un événement de vie stressant mais aussi constituer en lui-même un événement de vie stressant dont l'impact sera délétaire.

P025

Association entre la pratique de loisirs et la vitalité intellectuelle des aînés

L. Auger¹, B. Fournier², C. Desgagnés-Cyr², M. Parisien³, N. Bier⁴, K. Nour⁵, D. Guay³, S. Laforest²

¹École de réadaptation - Université de Montréal - St-jean-sur-richelieu - Canada

²Département de kinésiologie - Université de Montréal - Montréal - Canada

³Prévention Promotion de la Santé et Vieillesse - Centre de Recherche et d'Expertise en Gériatrie Sociale - Montréal - Canada

⁴École de Réadaptation - Université de Montréal - Montréal - Canada

⁵Secteur planification, évaluation et recherche - Direction de la Santé Publique de la Montérégie - Longueuil - Canada

Introduction : La pratique de loisirs serait un facteur pouvant prévenir l'apparition et l'exacerbation des troubles cognitifs, par contre les études ont surtout évalué l'effet protecteur de la fréquence de pratique des loisirs. Peu d'études ont abordé l'effet de la diversité des loisirs sur la vitalité cognitive. Objectifs : Explorer les relations entre la diversité et la fréquence des loisirs avec la vita-

lité cognitive et les caractéristiques associées à la pratique de loisirs. Méthodologie : Devis transversal rassemblant 294 aînés (\bar{x} = 255, âge moyen : 71 ans) fréquentant des centres communautaires ont été recrutés et évalués au niveau des loisirs (Florida Cognitive Activities Scale), des fonctions cognitives (Montreal Cognitive Assessment, Rivermead Behavioural Memory Test, California Verbal Learning Test-II, Metamemory In Adulthood, Multifactorial Memory Questionnaire, Stroop, Questionnaire Auto-administré de l'Attention) et des facteurs sociodémographiques. Les corrélations étaient contrôlées pour les facteurs personnels. Des corrélations ajustées ont également été réalisées pour explorer l'association entre les caractéristiques personnelles et la pratique de loisirs. Des analyses de régressions les compléteront. Résultats : Les corrélations pour la fréquence et la diversité de loisirs étaient respectivement significatives ($p < ,05$) pour : MoCA ($r = ,18 / r = ,22$), RBMT ($r = ,12 / r = ,13$), CVLT-courbe app ($r = ,20 / r = ,24$) et le Stroop ($r = ,19 / r = ,18$). La diversité des loisirs corrélait aussi significativement avec le MMQ-Strategy ($r = ,15$). Lorsque contrôlées pour les autres facteurs, la fréquence et la diversité de loisirs étaient toutes deux associées à : l'éducation, la perception de la mémoire et la pratique d'AP. La dépression et l'âge n'étaient associées qu'à la diversité de loisirs. Conclusion : La diversité et la fréquence de pratique de loisirs sont directement liées à plusieurs dimensions des fonctions cognitives. Les facteurs sociodémographiques associés à la pratique de loisirs pourraient contribuer à cibler les aînés pouvant bénéficier d'un soutien à l'intégration des loisirs dans leur horaire occupationnel, en vue de favoriser leur vitalité cognitive.

P026

Prévalence des symptômes visuels liés à l'insuffisance de convergence chez une population de patients atteints de la maladie de Parkinson

E. Chiqui¹, C. Law², E. Irving³, M. Kergoat⁴, B. Leclerc⁵, M. Panisset⁶, S. Chouinard⁶, R. Postuma⁷, H. Kergoat¹

¹Optométrie - École d'optométrie, Université de Montréal et Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

²Optométrie - École d'optométrie, Université de Montréal - Montréal - Canada

³Optométrie - École d'optométrie et des Sciences de la Vision, Université de Waterloo - Waterloo - Canada

⁴Clinique de cognition - Institut universitaire de gériatrie de Montréal ; Faculté de Médecine, Université de Montréal - Montréal - Canada

⁵CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, centre affilié universitaire - Département de Médecine Sociale et Préventive, Université de Montréal ; - Montréal - Canada

⁶Neurologie - Département de neurologie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) - Montréal - Canada

⁷Neurologie - Département de neurologie, Hôpital général de Montréal (HGM), Université McGill, Canada. - Montréal - Canada

Introduction : La diplopie est fréquemment listée comme symptôme non-moteur de la maladie de Parkinson (MP) et les patients

atteints de la MP rapportent souvent une difficulté à la lecture. L'insuffisance de convergence (IC) peut s'accompagner tout à la fois de difficulté à la lecture que de diplopie. L'objectif de notre étude était de déterminer si la prévalence des symptômes visuels liés à l'IC est plus élevée chez une population de patients atteints de la MP que chez une population de référence comparable. Matériel et Méthode : Deux groupes de participants ($n = 100$ chacun) ont été recrutés pour le projet : 1) participants atteints de la MP (Moy. \pm ET : $65,7 \pm 8,5$ ans) et 2) participants appariés pour l'âge, non atteints de la MP ($65,4 \pm 8,7$ ans). Les participants ayant des troubles cognitifs, des pathologies oculaires ou d'autres maladies systémiques pouvant avoir un impact au niveau oculovisuel ont été exclus de l'étude. L'évaluation de la prévalence a été effectuée à l'aide du "Convergence Insufficiency Symptom Survey (CISS-15)"; un score ≥ 21 étant considéré positif pour la symptomatologie de l'IC. Des intervalles de confiance et des tests-t ont été effectués à l'aide du programme SPSS. Résultats : Les populations à l'étude étaient comparables pour l'âge ($p = 0,81$). Les résultats ont montré que 27 % [95% Intervalle de Confiance : 22.5 - 31.5] des participants atteints de la MP vs 9 % (7.4 - 10.8) des participants non atteints de la MP, présentaient un score ≥ 21 au questionnaire du CISS-15 ($p < 0,05$). Discussion/Conclusion : La prévalence des symptômes visuels liés à l'IC est plus élevée chez une population de participants atteints de la MP que chez une population non atteinte de la MP. L'IC pourrait être l'une des causes expliquant la diplopie et/ou les difficultés à la lecture chez les gens atteints de la MP.

P027

Revue médico-pharmaceutiques en gériatrie : quels bénéfices pour le patient ? Pour l'établissement ?

V. Grenouilleau¹, L. Faraggi¹

¹Pharmacie - CSMR Podensac - Podensac - France

Introduction : Selon les recommandations de la HAS, la liste des pathologies et le traitement médicamenteux des patients âgés doivent être révisés chaque année. Afin de satisfaire à ces recommandations, des revues médico-pharmaceutiques ont été mises en place. Elles consistent en une analyse approfondie de la prise en charge médicamenteuse des patients en dehors de toute altération de leur état de santé. Les analyses sont réalisées selon une méthode définie et à l'aide d'un support dédié. Elles donnent lieu à des adaptations du traitement et/ou du suivi clinico-biologique. L'objectif de cette étude était d'analyser les conséquences de ces revues sur la prise en charge médicamenteuse et d'estimer leur impact économique. Matériel et méthode : Pour chaque revue, les modifications effectuées par rapport à la prise en charge initiale sont classées par type. L'impact économique annuel est calculé en prenant en compte les modifications de prescriptions médicamenteuses et les analyses biologiques prescrites. Le montant calculé est rapporté aux dépenses médicamenteuses de l'exercice 2012. Résultats : En six mois, 56 revues médico-pharmaceutiques ont été réalisées. Dans 47 cas, la prise en charge thérapeutique a été modifiée : arrêt (28) ou ajout (3) d'un médicament, alternative thérapeutique (27), changement de posologie (13), suivi clinique (10), biologique (36), et demande d'avis d'un spécialiste (4). Ces revues

ont permis une économie annuelle de 2 600 €, soit 1,5 % des dépenses médicamenteuses de 2012. Discussion/Conclusion : Les résultats de cette étude démontrent l'intérêt de cette démarche, autant du point de vue de la prise en charge médicamenteuse (modification de 84 % des dossiers analysés) qu'en terme économique. Si ces revues ont permis de renforcer la collaboration entre médecins et pharmacien, des difficultés organisationnelles persistent. Enfin, ces revues ont entraîné une prise de conscience médicale, accompagnée de changements de pratiques.

P028

Causes de décès chez les personnes âgées en milieu hospitalier (Etude monocentrique à propos 23 cas)

N. Ghannouchi¹, A. Guigua¹, A. Atig¹, G. Gharsallah¹, E. Ben Jazia¹, M. Khalifa¹, F. Bahri¹

¹Médecine Interne - CHU Farhat Hached - Sousse - Tunisie

Introduction : Les personnes âgées, éléments vulnérables dans la société de part le vieillissement physiologique mais aussi par l'impact des maladies dont ils sont atteints, sont les plus sujettes au décès, fin du processus vital. Une meilleure connaissance des causes de décès peut améliorer la qualité de la prise en charge et par conséquent réduire la mortalité. Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, colligeant les cas de décès survenant chez des personnes âgées de plus de 65 ans, dans le service de médecine interne de l'Hôpital Farhat Hached – Sousse sur une période de 4 ans (2009-2012). Résultats : Quarante-huit décès ont été colligés durant cette période dont 23 constatés chez des personnes âgées (47 %). L'âge moyen des personnes âgées décédées est de 78,13. Il s'agit de 12 femmes et 11 hommes, référés du service des urgences dans 70 % des cas. On retrouve des antécédents cardio-vasculaires (hypertension artérielle, infarctus de myocarde ou accident vasculaire cérébral récent) Chez 69 % des patients, des antécédents respiratoires (BPCO et insuffisance respiratoire chronique) dans 26 % des cas et 13 % étaient sans antécédents notables. Le décès est survenu au cours de la première hospitalisation dans 78 % des cas, avec un délai moyen entre l'admission et le décès de 12,36 jours (extrêmes entre 01 et 51 jours). Il était en rapport avec le motif d'admission dans 52 % des cas. Les causes de décès étaient réparties respectivement en causes infectieuses (30,5 %), respiratoires (26,1 %), cardio-vasculaires (21,73 %) et indéterminées (21,73 %). Discussion : Les causes de décès des sujets âgés dans notre service sont dominées par les causes infectieuses. Ainsi un terrain de délabilité est pourvoyeur d'un risque élevé de décès. Le raccourcissement du séjour en intra hospitalier peut aussi prévenir les complications mortelles notamment infectieuses.

P029

Profil étiologique des pancytopenies du sujet âgé dans un service de médecine interne

N. Ghannouchi¹, A. Guigua¹, A. Atig¹, G. Gharsallah¹, G. Gharsallah¹, E. Ben Jazia¹, M. Khalifa¹, F. Bahri¹

¹Médecine Interne - CHU Farhat Hached - Sousse - Tunisie

Introduction : Les mécanismes physiopathologiques des pancytopenies du sujet âgé ne diffèrent pas de ceux de l'adulte jeune. Toutefois, de point de vue étiologique certaines étiologies sont plus fréquentes voire spécifiques de la population gériatrique. Le but de cette étude est de décrire le profil étiologique des pancytopenies du sujet âgé. Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, incluant 18 patients, hospitalisés pour exploration d'une pancytopenie durant une période de 4 ans (janvier 2009 au Décembre 2012) au service de médecine interne du CHU Farhat Hached de Sousse (Tunisie) Résultats : Il s'agit de 18 patients âgés en moyenne de 75 ans (extrême 65-85 ans). Le sexe ratio H/F = 1. La pancytopenie est découverte à l'occasion d'un syndrome anémique dans 14 cas, d'un syndrome tumoral dans un cas et fortuitement dans 3 cas. L'origine centrale a été retenue dans 16 cas (88 %), en rapport avec une carence en vitamine B12 (5 cas), un syndrome myélodysplasique (4 cas), une leucémie aiguë (2 cas), un lymphome de Hodgkin (2 cas), médicamenteuse (2 cas) et un myélome multiple (un cas). Les étiologies de pancytopenie périphérique étaient une hépatite B compliquée de cirrhose dans 2 cas. Discussion : Les pancytopenies constituent un motif de consultation assez fréquent en gériatrie. L'enquête étiologique représente un temps essentiel, reposant sur un interrogatoire, un examen physique rigoureux ainsi que des examens complémentaires orientés. Conclusion : Notre étude montre que les causes de pancytopenie chez le sujet âgé sont multiples. Elles sont dominées par les étiologies centrales.

P030

Facteurs prédictifs et taux de réhospitalisation non programmée à 30 jours d'une hospitalisation en court séjour gériatrique au Centre hospitalier Régional et Universitaire de Lille chez des patients âgés de plus de 75 ans

L. Goodrich¹, W. Moti², G. Forzy³, E. Boulanger⁴, P. Chassagne¹, F. Puisieux⁴

¹Médecine Interne Gériatrique - CHU de Rouen, Hôpital Charles Nicolle - Rouen - France

²Médecine Gériatrique - Clinique Saint Jean - Roubaix - France

³Laboratoire - Hôpital Saint philibert - Lille - France

⁴Médecine gériatrique - Hôpital les Bateliers - Lille - France

Introduction : La réhospitalisation du sujet âgé est un enjeu majeur de santé publique du fait de son impact sur la morbidité et sur l'économie. Les objectifs étaient de déterminer le taux de réhospitalisation non programmée à 30 jours d'une hospitalisation en court séjour gériatrique (CSG) au CHRU de Lille chez des patients âgés de plus de 75 ans et mettre en évidence des facteurs prédictifs de réhospitalisation à 30 jours. Méthode : Il s'agit d'une étude cas témoins monocentrique et rétrospective se basant sur les données clinicobiologiques et sociodémographiques des patients hospitalisés en CSG au CHRU de Lille en 2011 et 2012. Les cas étaient les patients réhospitalisés dans les 30 jours suivants leur sortie du CSG vers leur domicile exclusivement. Les témoins, appariés sur l'âge, le sexe, le score de Charlson indexé et la période d'hospitalisation, n'étaient pas réhospitalisés dans les 180 jours. Résultats : Sur 1 277 patients hospitalisés en CSG

durant la période étudiée, 186 ont été réhospitalisés au CHRU de Lille, tout service type MCO confondu, soit un taux de réhospitalisation non programmée à 30 jours de 14.6 %. Les facteurs de risque de réhospitalisation à 30 jours identifiés étaient : un épisode d'état confusionnel aigu durant ou motivant l'hospitalisation (OR = 3.6, IC 95% [2.08-6.33], $p < 0.001$), la présence d'escarre à l'admission (OR = 2.17, IC 95% [1.02-4.83], $p = 0.049$), une hospitalisation dans les 6 derniers mois (OR = 1.86, IC 95% [1.45-2.45], $p < 0.001$) et un nombre plus élevé de traitement à la sortie (OR = 1.10, IC 95% [1.02-1.18], $p = 0.017$). Par contre un taux d'albumine plasmatique élevé était un facteur protecteur de réhospitalisation à 30 jours (OR = 0.94, IC 95% [0.89-0.98], $p = 0.012$). Conclusion : La prévention des facteurs prédictifs évitables de réhospitalisation, tels que la dénutrition et la polymédication, permettrait de réduire l'impact économique et d'agir sur le devenir des patients.

P031

Evolution de la qualité de la prise en charge des patients âgés en service de médecine non gériatrique Etude sur deux établissements dotés d'une Equipe Mobile de Gériatrie entre 2004 et 2011

P. Arnaud¹, A. Nathoo², F. Durig³, F. Puisieux⁴

¹Unité de Gérontologie Clinique - CH Lens - Lille - France

²Médecine libérale - Médecine libérale - Lille - France

³Equipe Mobile de Gériatrie - CHRU de Lille - Lille - France

⁴Gériatrie - CHRU de Lille - Lille - France

Introduction : Les services de médecine non gériatrique accueillent un nombre croissant de personnes âgées. Objectif : Evaluer l'évolution de la qualité de la prise en charge de ces patients entre 2004, 2007 et 2011 concernant la prévention de l'immobilisation, le dépistage des troubles nutritionnels et l'évaluation et le traitement de la douleur. Méthodes : Etude quantitative, rétrospective, multicentrique menée au CHRU de Lille et au CH de Roubaix. Les critères d'inclusion étaient un âge supérieur ou égal à 75 ans et une hospitalisation dans un service de médecine non gériatrique. L'échantillonnage a été réalisé par tirage au sort de dossiers de patients hospitalisés en 2004, en 2007 et en 2011. Les critères d'évaluation étaient des items et des indicateurs standardisés reflétant la prise en charge de l'immobilisation, la dénutrition et de la douleur. Résultats : Entre 2004 et 2011, on observait en agrégeant les deux hôpitaux, une augmentation significative de la mention d'actes d'installation ($p < 0.001$), de la présence d'une feuille de changement de position ($p = 0.02$), de la prescription de compléments alimentaires oraux ($p = 0.0087$), du dosage de l'albumine et de la pré-albumine ($p < 0.001$), de la mesure diagnostique et du suivi de la douleur au moyen d'une échelle ($p < 0.001$). Inversement, on observait une diminution significative du nombre de jours au fauteuil ($p < 0.001$) ainsi que de la prescription d'antalgiques de façon conditionnée et systématique ($p < 0.001$). Il existait une amélioration significative de l'indicateur nutrition ($p = 0.00117$) et évaluation de la douleur ($p < 0.001$) et une régression significative des indicateurs immobilisation ($p = 0.00151$) et traitement de la douleur ($p = 0.00509$). Conclusion : Notre étude a permis de constater une modification significative des pratiques notamment concernant la

dénutrition et l'évaluation de la douleur. Elle a également mis en évidence qu'il existait une marge de progression concernant la prévention du syndrome d'immobilisation et le traitement de la douleur.

P032

Impact de l'anémie sur la fatigue et la qualité de vie des patients de 75 ans et plus admis dans un service de court séjour gériatrique

C. Vanhaecke Collard¹, C. Barbe², L. Bertholon¹, J. Novella¹, R. Mahmoudi¹, F. Blanchard¹

¹Gériatrie Aiguë et Médecine Interne - CHU de Reims - Reims - France

²Unité d'Aide Méthodologique - CHU de Reims - Reims - France

Introduction : La prévalence de l'anémie augmente chez les sujets âgés (SA) et constitue un risque de décompensation d'une situation de fragilité conséquence de leurs fréquentes et multiples comorbidités. Chez les SA, l'anémie a un impact sur la morbi-mortalité, l'autonomie, le risque de chute ainsi que sur la qualité de vie (QdV). Matériel/Méthodes : Etude de cohorte, à inclusion prospective, visant à évaluer chez les SA de plus de 75 ans admis en service de court séjour gériatrique le retentissement de l'anémie sur la fatigue et sur la QdV. Il s'agissait également d'identifier les étiologies des anémies et la prise en charge réalisée. Les caractéristiques sociodémographiques et gériatriques ainsi qu'une évaluation de la fatigue et de la QdV (FACT-An et SF-36) étaient recueillies. Résultats : 66 patients ont été inclus ; 36 (54,5 %) présentaient une anémie (âge moyen : 86,1 ans). Ils avaient une autonomie altérée et des comorbidités importantes. La dénutrition était fréquente (77,1 %), de même que la fragilité (83,3 %). L'hémoglobine moyenne des patients anémiés était à 104,6 g/L, 69 % de ces patients présentaient une anémie légère (Hb > 100 g/L). Les scores du FACT-An, du FACT-F et le sous-score du FACT-An relatif aux signes liés à l'anémie étaient significativement moins bons chez les patients anémiés (respectivement $p = 0,0296$, $p = 0,0356$ et $p = 0,0369$). Les principales étiologies d'anémie étaient l'insuffisance rénale, les pathologies inflammatoires et les causes nutritionnelles. Un traitement spécifique avait été prescrit chez 42,8 % des patients anémiés dont 22,2 % par transfusion sanguine. Discussion/Conclusion : Il existe un retentissement fonctionnel de l'anémie chez les SA qui doit, plus que le taux d'hémoglobine, guider la prise en charge de ces patients. Cette dernière ne peut pas être une transposition de la prise en charge appliquée dans la population générale et doit s'adapter aux spécificités de cette population en termes de tolérance de l'anémie.

P033

Pathologie des paupières liée à l'âge

A. Clement¹, M. Tazartes¹, R. Habash¹

¹Cabinet de Chirurgie Oculoplastique - Centre Médico-chirurgical - Paris - France

Introduction: Nous présentons notre expérience concernant la prise en charge des anomalies palpébrales des sujets âgés. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont le ptosis de la paupière supérieure, le dermatochalasis, l'entropion et l'ectropion de paupière inférieure et enfin les problèmes de larmoiement. La chirurgie est indiquée dans la plupart des cas pour corriger ces anomalies. Patients et méthodes: Nous avons choisi 30 patients: 20 femmes et 10 hommes, d'âge moyen 75 ans. La chirurgie est réalisée sous anesthésie locale avec sédation, après consultation d'anesthésie au préalable. Elle consiste à retendre la sangle palpébrale pour les ectropions et les entropions, retirer l'excès cutané pour les dermatochalasis, retendre le muscle releveur dans les ptosis ou traiter une obstruction lacrymale. Résultats: Les résultats sont appréciés après 3 mois. Discussion: La chirurgie des anomalies palpébrales liées à l'âge permet une guérison dans la plupart des cas. On obtient un résultat anatomique et fonctionnel permettant un meilleur confort visuel. On notait, très fréquemment, une amélioration des fonctions cognitives liées à l'amélioration des scores visuels. L'intérêt de la lecture est restitué et la mobilité réassurée. Conclusion: La codification des procédures a permis de rendre fiables et reproductibles toutes ces techniques de chirurgie oculo-plastique, avec un taux de complications très réduit. Réalisée sous anesthésie locale et sédation, elle est facilement proposée d'autant que le taux de succès est très important, en particulier sur le retentissement cognitif. Mot-clés: Anomalies palpébrales; sujet âgé; chirurgie.

P034

Thrombose veineuse profonde chez le sujet âgé: profil clinique, étiologique et évolutif

I. Kechaou¹, Z. Kaouech¹, L. Ben Hassine¹, E. Cherif¹, S. Azzabi¹, I. Boukhris¹, C. Kooli¹, N. Khalfallah¹

¹Médecine Interne B - EPS Charles Nicolle - Tunis - Tunisie

Introduction: La maladie veineuse thromboembolique (MVTE) est fréquente en milieu gériatrique. En raison du caractère souvent poly pathologique des sujets âgés, la morbi-mortalité devient plus importante chez ces sujets âgés. Le but de notre étude est d'analyser les particularités cliniques, para-cliniques, étiologiques et évolutives de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs chez la personne âgée. Patients et méthodes: Etude rétrospective réalisée dans un service de Médecine interne, incluant les dossiers de 74 patients ayant une thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs confirmée par écho-Doppler veineux entre 2000 et 2011. Résultats: L'âge moyen de nos patients était de 74,89 ans (\pm 6,43). Le sex-ratio (H/F) était de 0,68. Tous les patients étaient symptomatiques. L'œdème et la douleur des membres inférieurs ont constitué les signes cliniques les plus fréquemment retrouvés. La TVP était plus fréquemment proximale (94,4 %). Le nombre moyen de facteurs de risque était de 2. Les 5 facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés étaient: l'immobilisation (n = 25), le cancer (n = 24), l'obésité (n = 13), l'insuffisance veineuse (n = 13) et la chirurgie récente (n = 11). Parmi les causes néoplasiques, une hémopathie maligne a été retrouvée chez 6 patients, un cancer de la prostate dans 5 cas, un cancer digestif dans 6 cas et un cancer de vessie dans 2 cas. Un cancer du sein, de l'os et de l'ovaire ont été retrouvés chacun dans 1 cas. L'évolution pendant

l'hospitalisation a été marquée par une extension de la thrombose dans 7 cas (9,4 %) et la survenue d'une embolie pulmonaire chez 6 patients (8,1 %). Un accident hémorragique en dehors de surdosage en anti-vitamine K mais plutôt en rapport avec la localisation de la néoplasie a été observé dans 4 cas (5,4 %). Conclusion: Notre étude a montré d'une part une susceptibilité du sujet âgé de plus de 65 ans à développer des TVP de topographie proximale et d'autre part que la pathologie cancéreuse était le FR de MTEV le plus fréquent chez ces patients.

P035

Bronchite récurrente chez le sujet âgé révélant une vascularite de Churg Strauss

Z. kaouech¹, A. Kefi²

¹Médecine interne - hôpital Charles Nicolle - Tunis - Tunisie

²Médecine interne - hôpital Charles Nicolle - Nabeul - Tunisie

Introduction: Le syndrome de Churgstrauss (SCS) est une vascularite rare chez le sujet âgé. Une atteinte pulmonaire peut révéler le diagnostic. Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 65 ans, chez qui une bronchite récurrente avec hyperéosinophilie a révélé le SCS. Observation: Patiente âgée de 65 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, était hospitalisée pour exploration d'une bronchite asthmatiforme récurrente, d'installation récente et résistante au traitement, associée à une hyperéosinophilie et des paresthésies des membres inférieurs. L'examen clinique montrait une altération de l'état général avec présence de râles sibilants diffus et un syndrome neurogène périphérique des deux membres inférieurs. La biologie révélait un syndrome inflammatoire biologique, une hyperéosinophilie à 7000 éléments/mm³, une insuffisance rénale (clairance créat = 30 ml/mn) et une protéinurie de 24h = 0,9g/24h. La radiographie du thorax montrait un syndrome réticulo-nodulaire diffus. Le scanner thoraco abdominal montrait un syndrome alvéolaire prédominant à la base gauche. Le lavage bronchoalvéolaire notait une hyper cellularité avec éosinophilie à 6 %. L'EMG objectivait une mononeuropathie multiple sensitivo-motrice axonale. La biopsie neuromusculaire concluait à une atteinte axonale sévère avec signes de vascularite. La ponction biopsie rénale montrait une glomérulonéphrite extra-capillaire nécrosante. Les pANCA étaient positifs. Le diagnostic de SCS était retenu. La patiente a reçu une corticothérapie avec des boli mensuels de cyclophosphamide, avec bonne évolution clinico biologique. Conclusion: Le syndrome de Churg-Strauss (SCS) est une maladie systémique, de survenue exceptionnelle chez le sujet âgé, caractérisée par un asthme, des infiltrats pulmonaires transitoires, une hyperéosinophilie, et une vascularite systémique. Son diagnostic en gériatrie doit être envisagé devant le moindre point d'appel, notamment des antécédents respiratoires mal équilibrés ou mal étiquetés avec altération de l'état général.

P036

La tuberculose pulmonaire chez le sujet âgé

R. Gouiaa¹, N. Bahloul², W. Fekri², S. Kammoun², F. Marouen³

¹Médecine Interne - Gériatrie - Policlinique CNSS - Sfax - Sfax - Tunisie

²Pneumologie - CHU Hédi Chaker - Sfax - Tunisie

³Pneumologie - Policlinique CNSS - Sfax - Tunisie

Les personnes âgées représentent un groupe particulièrement exposé à la tuberculose pulmonaire. Les comorbidités associées à l'âge avancé comme la malnutrition, le diabète, l'insuffisance rénale, les traitements immunosuppresseurs et les conditions sociales défavorables, semblent être des facteurs de risque pour l'émergence de la tuberculose. Le but de notre travail est d'analyser les particularités cliniques, radiologiques et évolutives de la tuberculose pulmonaire chez le sujet âgé. Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les dossiers de patients hospitalisés au service de pneumologie du CHU Hédi Chaker de SFAX pour tuberculose pulmonaire entre janvier 2007 et décembre 2012 et dont l'âge est supérieur à 65. Vingt-quatre dossiers ont été colligés. L'âge moyen a été de 70,3 ans avec des extrêmes allant de 66 à 86 ans. 18 patients étaient de sexe masculin. Les comorbidités étaient à type d'HTA (5 cas), de BPCO (5 cas), de diabète (2 cas), de cardiopathie (1 cas) et d'insuffisance rénale dans un cas. Le délai moyen de consultation était de 49 jours (1 semaine- 6 mois). La symptomatologie fonctionnelle était dominée par la toux productive et les signes généraux. Les lésions radiologiques étaient essentiellement apicales (7 cas) et bilatérales chez 8 malades. Une miliaire était notée dans 5 cas. La localisation pleurale était associée chez 5 patients. La confirmation diagnostique était bactériologique dans 17 cas et histologique dans 4 cas. Des effets secondaires aux traitements antituberculeux étaient notés dans 5 cas. L'évolution était marquée par la survenue de 5 décès dont 3 avaient une miliaire tuberculeuse. La tuberculose pulmonaire du sujet âgé réalise un tableau polymorphe, dont la gravité est liée à la fréquence des associations morbides, l'âge et à l'étendue de l'atteinte pulmonaire. Une surveillance étroite de ces patients durant toute la période du traitement est nécessaire pour dépister les effets indésirables des antituberculeux.

P037

La problématique du tabagisme dans une population gériatrique

G. Monballin¹

¹Gériatrie - Clinique André Renard - Herstal - Belgique

Problématique du tabagisme dans une population gériatrique Monballin G. (1), Jamart J. (2,3), Galanti L. (3) (1) Service de Gériatrie, Clinique André Renard (Herstal, Belgique) (2) Unité Support Scientifique, CHU Mont-Godinne (Yvoir, Belgique) (3) Unité de Tabacologie, CHU Mont-Godinne (Yvoir, Belgique) Ce travail se veut être un regard spécifique sur la gériatrie et la tabacologie au travers de deux différentes enquêtes menées auprès des patients et du personnel de la Clinique André Renard (Herstal, Belgique). Nous avons pu mettre en évidence que l'autonomie chez les fumeurs et ex-fumeurs reste semblable alors qu'il y a une différence significative entre non-fumeurs/fumeurs et non-fumeurs/ex-fumeurs sans qu'une raison particulière n'ait pu être relevée. On a constaté que parmi le personnel soignant, le discours tenu face à un patient gériatrique n'est pas influencé par le sexe mais principalement par la fonction et dans une moindre mesure par le statut tabagique. En

effet, le personnel infirmier semble plus conscient des possibilités de changement que les aides-soignants et ces derniers vont ignorer l'état clinique du patient. Cela pourrait être expliqué par une meilleure connaissance des effets néfastes du tabac pour la santé, des bénéfiques à l'arrêt et des moyens d'aide au sevrage. L'influence du statut tabagique se marque par contre lorsqu'une personne gériatrique demande pour fumer : les fumeurs/non-fumeurs vont davantage accompagner le patient que les ex-fumeurs.

P038

L'amylose chez le sujet âgé à travers une série de six observations

H. Loukil¹, M. Snoussi¹, R. Gouiaa¹, F. Frikha¹, R. Ben Salah¹, S. el oud¹, Y. Chérif¹, M. Jallouli¹, S. Marzouk¹, Z. Bahloul¹

¹Médecine interne - CHU Hédi Chaker - Sfax - Tunisie

Introduction: Notre but est d'étudier les caractéristiques de l'amylose chez le sujet âgé: ses localisations, son type immunohistochimique, ses maladies causales et son pronostic. Matériels et méthodes: Etude rétrospective, descriptive sur 17 ans menée au service de médecine interne du CHU Hédi Chaker de Sfax (Tunisie). Le diagnostic d'amylose était basé sur l'étude histologique par la coloration au rouge Congo et l'immunomarquage pour le classement chez des sujets âgés (âge \geq 65 ans). Résultats: Six cas d'amylose étaient retenus parmi une série totale de 16 cas soit 37 %, âgés en moyenne de 69 ans (extrêmes: 66 -74 ans) avec une prédominance masculine (sex-ratio H/F = 5). L'amylose était exclusivement de type AL. Elle était associée à un myélome multiple (3 cas; 50 %), à une maladie de Waldenström (un cas; 16 %), à une gammopathie monoclonale de signification indéterminée (un cas; 16 %) et elle était primitive dans un cas. L'organe le plus touché était le rein (5 cas; 83 %) suivi de l'atteinte cardiaque (2 cas; 33,3 %), hépatique (2 cas; 33,3 %), neurogène périphérique (2 cas; 33,3 %) et médullaire dans un cas (16,6 %). D'autres localisations particulières étaient notées au niveau laryngé, amygdalien, pleural et osseux dans un cas chacune. Au plan thérapeutique, 4 patients ont été traités par le protocole (melphalan- prédnisone ou dexaméthasone), un patient par la polychimiothérapie (le cas de Waldenström) et un patient était perdu de vue. Après un suivi moyen de 17 mois (extrêmes: 1-72 mois), l'évolution était marquée par la stabilisation de la maladie dans 3 cas, l'aggravation et le décès dans 2 cas. Conclusion: De notre étude ressort la prédominance de l'amylose AL avec une distribution systémique et des localisations pronostiques (cardiaque, hépatique et rénale) chez le sujet âgé de sexe masculin, comme complication des proliférations lymphoplasmocytaires malignes.

P039

Etat de santé buccodentaire des résidents en institution

P. Balard¹, N. Macqueron², M. Bertrand³, L. Lupi-Pégurier³

¹EHPAD - ORPEA - Cagnes-sur-Mer - France

²Général - Faculté d'odontologie - Nice - France

³Professeur - Faculté d'odontologie - Nice - France

Introduction: Le maintien d'une hygiène buccodentaire optimale est un vrai défi dans l'accompagnement de la personne âgée en institution. Or un état de santé oral dégradé compromet la santé générale et la qualité de vie des résidents. Objectif: Dresser une cartographie de l'état de santé bucco-dentaire des résidents d'un EHPAD et analyser les informations obtenues afin d'améliorer la prise en charge. Matériel et méthode: Notre étude épidémiologique descriptive transversale et exhaustive, portait sur 91 résidents, âgés de $86 \pm 10,13$ ans dont 70 % présentaient des troubles cognitifs et 60 % étaient GIR 1 ou 2. Nous avons utilisé comme outils d'évaluation l'OAG: Oral Assesment Guide, le CAOD: nombre moyen de dents Cariées, Absentes, ou Obturées et la présence de plaque dentaire et/ou de tartre. Résultats: La grande majorité (81 %) des patients présentait de la plaque et du tartre visible à l'œil nu. Le CAOD moyen était de $22,1 \pm 7$, tandis que l'OAG était de $11,5 \pm 2,7$, (la normalité inférieure à 8 ne concernant que 8,5 % des résidents. Plus de 50 % des sujets étudiés portaient au moins une prothèse amovible et 85,7 % en étaient satisfaits. L'analyse de l'OAG a permis d'identifier les facteurs de risque de dégradation de l'état oral: le GIR, la difficulté de réalisation des soins dentaires, la texture de l'alimentation, l'autonomie pour l'hygiène orale. En revanche, le port d'une prothèse amovible complète est un facteur protecteur. L'analyse statistique multivariée a révélé trois variables significatives: une alimentation normale, porter une prothèse bimaxillaire et assurer soi-même son hygiène bucco-dentaire. Discussion - Conclusion: Des propositions simples peuvent être faites pour améliorer la situation bucco-dentaire des résidents en EHPAD: la sensibilisation-formation du personnel soignant, voire des résidents eux-mêmes - l'intégration de dentistes à l'équipe soignante - la mise en place de programmes de prévention-dépistage spécifiquement destinés aux personnes âgées.

P040

Enquête de satisfaction en hôpital de jour gériatrique

J. Rwabihama¹, E. Galbrun², M. Rabus³

¹Site gériatrique de l'Essonne - Hôpitaux universitaires Henri Mondor, AP-HP - Draveil - France

²Pôle gériatrique - Hôpital universitaire Henri Mondor - Draveil - France

³Pôle gériatrique de l'Essonne - Hôpitaux Henri Mondor - Draveil - France

Objectif: Améliorer l'accueil et l'organisation du service en hôpital de jour (HDJ). Méthode: - Questionnaire de satisfaction de 12 items dont 11 fermés et 1 ouvert - Recueil des coordonnées des médecins de ville ayant adressé leurs patients en HDJ du 01/01/2011 au 30/09/2012 -Courrier d'accompagnement, questionnaire et une enveloppe affranchie envoyés aux médecins le 10/10/2012 -Retour des questionnaires et analyse des réponses à la 2e quinzaine de novembre 2012. Résultats: - Les coordonnées de 237 médecins de ville ont été retrouvées dans les dossiers de patients suivis en HDJ repartis dans 69 communes: 44 dans le département de l'Essonne, 11 en Seine et Marne, 9 au Val de Marne et un médecin aux Yvelines, un dans l'Oise, un en Seine-Saint Denis, un au Loiret et un dernier à Paris. -De 237 médecins contactés, 67 (28,3 %)

d'entre eux ont répondu aux questionnaires et 15 (8,8 %) courriers nous ont été retournés par la poste avec la mention « pli non distribuable ». La question ouverte portait sur les axes d'amélioration. Plusieurs critiques ont été évoquées dont les principaux se résument aux points suivants: -Développer la correspondance électronique: courrier par mail -Indiquer les adresses électroniques de tous les praticiens intervenant en HDJ -Six médecins ont insisté sur le raccourcissement des délais des rendez-vous -Envisager un numéro vert pour les urgences gériatriques en cas de situations non anticipées -Organiser un dialogue direct entre Gériatres et Médecins de ville et prévoir un créneau horaire hebdomadaire pour un rendez-vous téléphonique -Diffuser la plaquette d'information avec tous les numéros utiles. Conclusion: Si les conditions d'accueil sont satisfaisantes, la collaboration entre les Médecins de ville et les praticiens à l'HDJ nécessite une amélioration, notamment par une communication moins impersonnelle et plus directe.

P041

Facteurs associés au syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil sévère en consultation gériatrique

F. Greslou¹, Y. Dauvilliers², E. Nogue³, M. Picot³, H. Blain⁴

¹Gériatrie Centre Antonin Balmès - CHU de Montpellier - Montpellier - France

²Neurologie - CHU Montpellier - Montpellier - France

³DIM - CHU Montpellier - Montpellier - France

⁴Gériatrie - CHU Montpellier - Montpellier - France

Introduction: La prévalence des signes cliniques pouvant évoquer un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) est élevée chez les sujets âgés ambulatoires. L'objectif de cette étude est d'identifier, parmi ces facteurs, ceux qui sont les plus associés à la présence d'un SAOS chez des patients vus en consultation gériatrique. Patients et Méthodes: 50 patients vus en 12 mois en consultation gériatrique hospitalière (âge médian de 85 ans, P25-P75: 81-88 ans) ont été inclus en cas de présence d'au moins deux signes pouvant faire évoquer un SAHOS (sommolence diurne, asthénie, nycturie, ronflement, céphalée matinale, diminution de libido, HTA déséquilibrée, syndrome métabolique). Ont été renseignés les antécédents cardiocérébrovasculaires, chute dans les 6 derniers mois, DNID, insuffisance cardiaque, dépression, fibrillation auriculaire. Tous ont bénéficié d'un enregistrement polygraphique et d'une évaluation comprenant l'échelle de somnolence d'Epworth. Un SAOS sévère est défini par 30 apnées-hypopnées par heure. Les caractéristiques des patients atteints de SAHOS sévère vs les autres patients ont été comparées par régression logistique uni- puis multi-variée. Résultats: Parmi les 50 patients, 16 (32 %) présentent un SAHOS sévère. L'échelle d'Epworth est pathologique dans 38 % des cas. Les patients atteints de SAHOS ont significativement plus d'antécédents de chute (75 % vs 35 % ; OR = 5.5 (p = 0,01)) et de coronaropathie (56 % vs 24 % ; OR = 4.18 (p = 0,03)) en analyse uni-et multivariée (ORchute = 10.6 (p = 0.01) et ORcoronaropathie = 8.6 (p = 0.01)) et légèrement plus d'antécédents cardiocérébrovasculaires (p = 0.16) et d'asthénie (p = 0.17). Conclusion: Un SAHOS sévère est observé en consultation gériatrique chez près d'un tiers des patients présentant au moins deux signes évoquant un SAHOS. Des antécédents

de chute et de coronaropathie sont significativement plus fréquents chez les sujets présentant un SAHOS sévère.

P042

Questionnement éthique des soignants en gériatrie

L. Lorentz¹

¹Court-Séjour Gériatrique - Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller - Bischwiller - France

Introduction: Les soignants des services et structures d'hébergement gériatriques sont quotidiennement confrontés à des situations qui les interpellent dans leur mission de soins auprès de personnes souvent très âgées, de plus en plus fragiles et vulnérables, avec une dépendance physique et psychique croissante. Au-delà des difficultés pratiques de ces soins, c'est le questionnement éthique des soignants qui est visé dans cette étude. Matériel et Méthode: Sondage adressé à l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller -CHDB- (730 agents), via l'intranet et une diffusion papier au sein des services. Réponse strictement anonyme, identification uniquement du corps de métier et du pôle d'exercice. Questionnaire comportant en préambule une définition succincte du « problème éthique », suivie de 7 questions (6 à choix multiples ou à échelle et 1 ouverte). Durée de réponse de 6 semaines. Analyse des réponses avec le service Qualité. Résultats: Taux de réponse de 23 % de l'ensemble du personnel, avec une majorité de soignants paramédicaux (66.5 %) et médicaux (21.4 %), soit un taux global de réponse des soignants de 33 %. 77.3 % des répondants sont souvent ou très souvent confrontés à des problèmes éthiques dans leur pratique professionnelle. Les situations générant le plus de problèmes éthiques sont en lien avec le respect de la volonté du patient (68.8 %) et le refus des soins courants (63.3 %). 2/3 des répondants se trouvent parfois sans ressource face à ces situations. Près de 80 % ressentent un besoin d'information-formation en éthique. Discussion: Le questionnement éthique des soignants en gériatrie est riche. C'est dans la réalisation des soins quotidiens « de base » (alimentation, hygiène, mobilisation) qu'il y a le plus de réflexion, face au refus par le patient dépendant de recevoir les soins censés sauvegarder sa dignité. Le dilemme naît alors de l'opposition entre le principe d'autonomie et celui de bienveillance.

P043

Parcours et attentes des étudiants inscrits en DESC de gériatrie en région Ile de France

J. Boddaert¹, H. Vallet¹, E. Pautas²

¹UPOG. Gériatrie. GH Pitié-Salpêtrière. - AHPH - Paris - France

²UGA. Gériatrie. GH Charles Foix. - AHPH - Ivry-sur-Seine - France

Introduction: L'expertise gériatrique repose sur la prise en charge de la multimorbidité, souvent en contexte aigu, avec la préservation de l'autonomie, de la qualité de vie. Cette expertise doit guider la formation des gériatres aux grandes pathologies du patient âgé. L'objectif de ce travail était d'étudier le parcours de formation et les souhaits des étudiants inscrits au Diplôme d'Etudes Spécialisées

Complémentaires (DESC) en gériatrie en Ile de France. Matériel et méthodes: En novembre 2013, réalisation de 67 auditions d'étudiants inscrits au DESC reprenant le parcours, les orientations envisagées, et réalisation d'une enquête en ligne sur les attentes des étudiants concernant la formation du DESC de gériatrie pour la région d'Ile de France. Résultats: En 2013, 72 étudiants étaient inscrits au DESC de gériatrie d'Ile de France (sex ratio (f : h) 5,5 : 1 ; âge moyen 29 ± 2 ans, rang médian classement ECN 3500). Le DES d'origine était représenté par la médecine générale (n = 60, 83 %), la médecine interne (n = 7, 10 %), l'endocrinologie, la psychiatrie, la rhumatologie, la santé publique (n = 1, 1 %). Durant leur internat, l'étudiants étaient majoritairement passés en UGA (98 %), aux urgences (86 %), en pédiatrie/gynécologie/maternité (73 %), en médecine interne (59 %), et en SSR (50 %), mais les autres spécialités médicales étaient rarement abordées en stage. Concernant leur exercice futur, 74 % souhaitaient préférentiellement travailler en UGA, 32 % en SSR, 7 % en équipe mobile et 3 % en ville. Discussion et conclusion: Alors que la quasi-totalité des étudiants est passée en UGA, seule la moitié d'entre eux ont expérimenté le SSR. De plus, le parcours de stage n'est pas adapté à la formation des gériatres: si les 3/4 d'entre eux passent en gynécologie/pédiatrie/maternité, une minorité passe en neurologie ou en cardiologie. Une réflexion doit être menée au niveau national et international sur la formation des candidats à l'exercice de la gériatrie.

P044

Etude observationnelle sur la survenue de complications chez 36 patients porteurs de picc line hospitalisés en service de SSR gériatrique au CHU de Montpellier du 1er janvier au 31 juillet 2013

F. Leone¹, I. Ivancov², A. Godard², M. Leglise², C. Jeandel²

¹Gérontologie - Clinique du Millénaire - Montpellier - France

²Gérontologie - CHU Montpellier - Montpellier - France

Objectif: Le but de cette étude était d'estimer l'incidence et la nature des complications survenues lors de l'utilisation de cathéters centraux insérés par voie périphérique (Picc Line PL) et de décrire les facteurs prédictifs de survenue des complications imputables aux PL. Matériel et méthodes: Nous avons identifié de manière rétrospective, dans une étude mono centrique, les patients hospitalisés en Unité de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique au CHU de Montpellier, ayant bénéficié de la pose d'un PL dans le service de radiologie vasculaire entre le 01/01/2013 et le 30/07/2013. Pour l'ensemble des analyses réalisées sous SAS, un risque de première espèce de 5 % a été considéré. Les comparaisons des distributions ont été réalisées à l'aide du test du Chi 2 ou test exact de Fisher. Résultats: 38 PL ont été mis en place chez 36 patients pour nutrition parentérale (n = 27), hydratation (n = 33), antibiothérapie parentérale (n = 25), thérapie parentérale autre (n = 23). La durée d'utilisation moyenne du PL était de 25.7 jours (1 à 83 jours). Les taux de complications observés étaient de: 15.8 % d'hématome, 26.3 % de saignement, 31.6 % d'inflammation locale, 36.8 % d'occlusion de la voie, 18.4 % de retrait accidentel, 7.9 % d'infection, 7.9 % de thrombose veineuse. Le facteur prédictif de survenue de complication mécanique était l'abord veineux (p = 0.009). Celui de survenue d'occlusion

était le traitement par antibiotique ($p < 10^{-3}$). Le retrait était associé à une durée de maintien du dispositif moins longue ($p = 0.02$). L'inflammation au point de ponction était associée à une autonomie plus faible ($p = 0.05$). Conclusion : Les PL représentent une alternative simple, sûre et efficace au placement de voies veineuses centrales conventionnelles. La survenue fréquente de complications « mécaniques » doit être limitée par une gestion rigoureuse de l'utilisation de ce type de cathéter par l'équipe soignante.

P045

Les dermatomyosites et les polymyosites chez le sujet âgé dans le sud tunisien

M. Snoussi¹, F. Frikha¹, R. Gouiaa¹, R. Bensalah¹, Y. Cherif¹, H. Ioukil¹, M. Jallouli¹, S. el oud¹, S. Marzouk¹, Z. Bahloul¹

¹Médecine interne - CHU Hédi Chaker - Sfax - Tunisie

Introduction : Les polymyosites (PM) et les dermatomyosites (DM) sont rarement diagnostiquées chez le sujet âgé. Notre but est de préciser les particularités de cette connectivité dans cette tranche d'âge. Patients et Méthodes : Étude rétrospective menée au service de médecine interne du CHU Hédi Chaker de Sfax sur 17 ans, les cas de PM et de DM chez les sujets âgés (âge ≥ 65 ans) étaient retenus selon les critères de Bohan et Peter, ont été analysés et comparés avec ceux du sujet jeune. Résultats : 7 cas de DM du sujet âgé étaient colligés parmi une série de 88 cas (8 %), âgés en moyenne de 74 ans (65-83 ans) et répartis en 4 femmes et 3 hommes (sex-ratio = 0.75). Le mode début de la DM était aigu dans 5 cas (71 %) et subaigu dans 2 cas (29 %) avec un délai diagnostique moyen de 1.5 mois (1-4 mois) et significativement plus court ($P = 0.001$). La comparaison des manifestations cliniques entre les 2 groupes a montré une fréquence significative de l'atteinte des muscles pharyngés (85 % vs 37 % ; $P = 0.017$) et rachidiens (28 % vs 2 % ; $P = 0.03$) chez le sujet âgé. Au plan biologique, le syndrome inflammatoire (66 % vs 40 % ; $P = 0.2$) et le taux moyen des CPK (20 N vs 13 N ; $P = 0.3$) étaient plus élevés chez le sujet âgé mais sans différence significative. Le tracé myositique et les lésions histologiques spécifiques de la DM étaient présents dans les 2 groupes sans différence significative. La corticothérapie à forte dose était instaurée dans tous les cas initiée par des bolus de solumédrol devant l'atteinte des muscles pharyngés. L'évolution était favorable (un cas), partiellement favorable (3 cas) et 3 décès ont été déplorés suite à une pneumopathie de déglutition. Les néoplasies et les complications des corticoïdes étaient plus fréquentes chez les personnes âgées sans différence significative. Conclusion : Les myosites sont rares chez le sujet âgé et sont dominées par la DM. Elles se caractérisent par un début aigu et un délai diagnostique plus court. L'atteinte des muscles laryngopharyngés et l'association à une néoplasie sont des facteurs de mauvais pronostic.

P046

Travailler à la qualité de vie dans les maisons de repos : un examen de la situation actuelle concernant Active Ageing

L. Van Malderen¹, P. De vriendt², T. Mets³, E. Gorus⁴

¹Gérontologie - Vrije Universiteit Brussel - FWO Vlaanderen - Bruxelles - Belgique

²Gérontologie - Vrije Universiteit Brussel - Artevelde Hogeschool - Bruxelles - Gand - Belgique

³Gérontologie - Vrije Universiteit Brussel - Bruxelles - Belgique

⁴Gérontologie - Gériatrie - Vrije Universiteit Brussel - Universitair Ziekenhuis Brussel - Bruxelles - Belgique

Introduction : Active Ageing (AA), un concept développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2002), a pris une place centrale dans les soins pour personnes âgées. Notre recherche précédente a démontré que ce concept est utile dans le secteur des soins résidentiels. Ici, nous examinons en quelle mesure AA a été réalisé dans les maisons de repos (MR), en nous basant sur les expériences des résidents. Nous explorons aussi la qualité de vie des résidents. Matériel et méthode : 263 résidents MR-sans démence étaient choisis au hasard dans 44 MR (recrutés par randomisation stratifiée) en Belgique (communauté Flamande). Un questionnaire AA, contenant 61 expressions reflétant les 9 déterminants AA dans les MR (culture, comportement, psychologie, environnement physique et social, économie, soins, loisirs et participation) a été administré. La qualité de vie était mesurée par Anamnestic Comparative Self Assessment (ACSA ; score de -5 à 5). Résultats : Les résidents avaient une qualité de vie raisonnable (ACSA $1,83 \pm 2,77$) et estimaient le fonctionnement AA de leur MR comme réalisé pour 71 %. La réalisation des différenciels déterminants-AA était estimée entre 64 % (environnement social) et 77 % (soins). Les hommes évaluaient le déterminant comportement-plus haut que les femmes, mais leur score du déterminant des loisirs était moins bien ; les résidents hautement formés évaluaient les déterminants comportement et culture comme moins bien que les résidents moins formés ($p < .05$ pour toutes les différences). Discussion/conclusion : Les résidents en MR estiment les réalisations actuelles d'AA dans leur MR comme positives. En plus, une qualité de vie raisonnable a été mesurée par l'ACSA.

P047

Dépistage et prévalence de la douleur neuropathique chez les personnes âgées à risque (Diabète, AVC et Zona) vivant en EHPAD. Etude quantitative auprès des résidents et des soignants

F. Marchand¹, E. Morvan¹, P. Nabbe¹, J. Conrad¹, N. Mimassi¹

¹Département de médecine générale - Université de Bretagne Occidentale - Brest - France

Contexte : La prévalence de la douleur neuropathique (DN) est estimée autour de 9 % dans la population des plus de 65 ans. La DN résiste aux traitements antalgiques classiques. Elle altère la qualité de vie. Les étiologies à l'origine de DN sont plus fréquentes avec l'âge. Sa prévalence en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est mal connue. Les soignants en EHPAD connaissent-ils la douleur neuropathique ? Méthodes : Etude quantitative sur un échantillon statistique de résidents en EHPAD. La DN a été recherchée par le questionnaire DN4. Pour évaluer leur connaissance de la DN, les soignants ont répondu

à un questionnaire anonymisé. Résultats : 6 EHPAD du Finistère Nord (France) ont été étudiés. 54 résidents ont été interrogés. 9 souffraient de DN soit une prévalence de 16,67 %. La prévalence de la neuropathie diabétique était de 36,36 % (4 résidents), de la douleur post-zostérienne de 2,5 % (1 résident) et de la DN post accident vasculaire cérébrale de 15 % (6 résidents). La majorité des résidents présentait des troubles cognitifs. L'état cognitif ne modifiait pas la DN. Trois quarts des soignants connaissaient la DN. Seulement quinze soignants ont cité quatre signes caractéristiques de la DN. La connaissance de la DN était significativement différente en fonction du poste du soignant et de l'EHPAD. Discussion/Conclusion : La prévalence de la DN était élevée dans la population étudiée. Plus les équipes soignantes étaient formées, plus leurs implications dans la prise en charge de la DN étaient importantes. Des prises en charges spécifiques de la DN existent et sont possibles. Améliorer la qualité de vie de cette population à risque passera par une meilleure formation des soignants.

P048

Prévalence de la douleur obtenue auprès du résident, rapportée au recueil de la douleur au sein du dossier, en EHPAD dans le Nord- Finistère

F. Marchand¹, A. Gasnier¹, N. Mimassi¹, J. Conrad¹, P. Nabbe¹

¹Département de médecine générale - Université de Bretagne Occidentale - Brest - France

Introduction : L'impact de la douleur sur la qualité de vie est bien connu. Pourtant encore peu de travaux s'intéressent en France à la prise en charge de la douleur des personnes âgées vivant en institution. L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence de la douleur dans six Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) du Nord- Finistère, y compris pour les résidents déments, et de la comparer à la prévalence du recueil de la douleur au sein du dossier. Matériel et Méthode : Étude transversale de prévalence, puis analyse rétrospective de dossiers portant sur 241 résidents. La douleur a été évaluée par une échelle verbale simple en cinq points ou une échelle Algoplus en fonction des capacités de réponse du résident. Résultats : 47,08 % des résidents évalués étaient douloureux. Un antécédent de démence était associé de manière statistiquement significative à une réduction de la prévalence de la douleur (OR = 0,45 [0,27-0,76]), qui restait néanmoins importante (38,28 %). La prévalence de la douleur relevée au sein du dossier était de 7,57 %. 61 % des résidents étaient capables de s'autoévaluer. Discussion La prévalence était élevée y compris pour les résidents atteints de démence. L'évaluation de la douleur et sa traçabilité dans les dossiers n'était pas systématique dans les EHPAD étudiés. Conclusion : Malgré des actions de sensibilisation comme le Plan douleur 2006–2010, le dépistage de la douleur n'est pas optimal dans les EHPAD étudiés. La fréquence des formations, la présence d'un comité de lutte contre la douleur au sein des établissements, la perception des outils d'évaluation par les soignants et l'implication du corps médical sont autant de pistes à explorer pour améliorer les pratiques. La recherche concernant la prise en charge de la douleur en EHPAD doit être encouragée.

P049

La qualité de vie dans les maisons de repos : un instrument permettant d'évaluer la situation actuelle concernant Active Ageing

L. Van Malderen¹, P. De vriendt², T. Mets³, E. Gorus⁴

¹Gérontologie - Vrije Universiteit Brussel - FWO Vlaanderen - Bruxelles - Belgique

²Gérontologie - Vrije Universiteit Brussel - Artevelde Hogeschool - Bruxelles - Gand - Belgique

³Gérontologie - Vrije Universiteit Brussel - Bruxelles - Belgique

⁴Gérontologie - Gériatrie - Vrije Universiteit Brussel - Universitair Ziekenhuis Brussel - Bruxelles - Belgique

Introduction : Active Ageing (AA) (OMS, 2002) est devenu un concept central dans les soins pour personnes âgées. Notre recherche précédente a démontré l'utilité de ce concept dans le secteur des soins résidentiels où il peut contribuer à améliorer la qualité de vie (QdV). Nous avons développé un questionnaire AA afin de pouvoir examiner la pénétration actuelle de l'AA dans les maisons de repos (MR). Ici, nous évaluons la fiabilité du nouveau questionnaire et la corrélation avec deux instruments de la QdV. Matériel et méthodes : Le questionnaire AA contenait 61 expressions reflétant les 9 déterminants AA dans les MR (culture, comportement, psychologie, l'environnement physique et sociale, économie, soins, loisirs et participation). Cette enquête a été administrée aux résidents MR pour évaluer leurs expériences d'AA. Pour examiner la fiabilité du questionnaire, 263 résidents MR sans démence ont été choisis au hasard (par randomisation stratifiée) dans 44 MR en Belgique (communauté Flamande). La QdV était vérifiée par deux instruments : le 'Control', 'Autonomy', 'Self-realisation', and 'Pleasure' (CASP-19) et l'"Anamnestic Comparative Self Assessment' (ACSA). Résultats : Le questionnaire AA connaît une cohérence interne excellente ($\alpha = 0,92$). Les déterminants pour soins, psychologie, loisirs et participation répondent à la norme de 0,70. Une corrélation négative était présente entre le CASP-19 et le questionnaire AA ($r = -0,57$; $p < 0,05$) et entre le CASP-19 et l'ACSA ($r = -0,46$; $p < 0,05$). La corrélation entre l'ACSA et le questionnaire AA était positive ($r = 0,39$; $p < 0,05$). En outre, la cohérence interne du CASP-19 est apparue comme insuffisante ($0,42 < \alpha < 0,55$). Discussion/conclusion : Un questionnaire a été développé permettant d'examiner la réalisation de l'AA dans les MR, comme aperçu par les résidents. Les résultats de l'instrument AA corrélèrent avec les mesures de QdV. Le CASP-19 n'apparaît pas comme adéquat pour examiner la QdV dans ce groupe de personnes âgées résidant dans les MR.

P050

Douleurs des résidents en établissements pour personnes âgées dépendantes : connaissances et pratiques des aides-soignants

C. Bernard¹

¹Pavillon Jean Masse/EMSP - Centre Gérontologique Départemental - Marseille - France

En 2013, le repérage, l'évaluation et le traitement des douleurs des sujets âgés restent globalement insuffisants. Les sujets atteints de troubles cognitifs et les personnes âgées vivant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont globalement sous-évalués et sous-traités. En EHPAD, les aides-soignants suppléent les résidents pour tous les actes de la vie quotidienne, notamment pour les soins d'hygiène et les transferts pour les plus dépendants. Ils jouent donc un rôle majeur pour le dépistage des résidents douloureux. L'objectif de mon étude est d'évaluer les connaissances et les pratiques des aides-soignants en EHPAD sur le repérage et l'évaluation de la douleur, ainsi que la transmission des informations concernant la douleur ou encore sa prise en charge notamment non médicamenteuse. Cette étude transversale a été réalisée en Juin et Juillet 2013 auprès de 55 aides-soignants de 14 EHPAD différents situés sur la commune de Marseille. Il en ressort que les formations sur la douleur améliorent les connaissances et la pratique de l'évaluation mais que ces formations restent insuffisamment développées. Les éléments orientant les aides-soignants vers une douleur sont majoritairement les cris, les grimaces, l'expression verbale ou les modifications du comportement type agitation ou agressivité. Les outils d'évaluation sont bien connus mais encore sous-utilisés. Les échelles d'hétéro-évaluation sont utilisées par moins de 50 % des aides-soignants. La transmission des résultats de ces évaluations auprès des infirmiers est bien développée, le rôle de l'infirmier coordinateur et la transmission au médecin doivent être renforcés. Enfin, un tiers des aides-soignants interrogés pensent que les antalgiques sont sous-utilisés et expriment des craintes vis-à-vis de la morphine. Pour améliorer la compréhension des éléments constituant des freins à la prise en charge de la douleur en EHPAD, cette étude devrait être étendue à un nombre plus important d'EHPAD et des études similaires effectuées auprès des infirmiers et des médecins.

P051

A propos d'une épidémie de bactéries hautement résistantes

S. Foucart-Caron¹, S. Moulías², L. Teillet², C. gondoin³, M. Touam⁴, I. Mahe⁴

¹Unité fonctionnelle de gériatrie aiguë - Hôpital Louis Mourier - Colombes - France

²Gériatrie aigue - Hôpital Ambroise Paré - Boulogne - France

³Gériatrie aigue - Hôpital Louis Mourier - Colombes - France

⁴Medecine interne - Hôpital Louis Mourier - Colombes - France

Découverte fortuite d'un Entérocoque Résistant à la Vancomycine (ERV, bactérie hautement résistante) dans une unité fonctionnelle de gériatrie aiguë. Les admissions et les sorties sont suspendues. Deux populations, avec équipes dédiées médicales et paramédicales, sont isolées : les « porteurs » et les « contacts » ERV. La problématique scientifique, épidémiologique et clinique indique la nécessité de réduire au minimum la prévalence des ERV ce qui pose des questionnements et tensions éthiques nouveaux. Tensions en lien avec le patient et un phénomène de maltraitance par du soin inapproprié, la restriction de leur autonomie (mise en péril de la confidentialité du dossier médical, perte de la liberté

d'aller et venir, stigmatisation et défaut de loyauté), la cassure de la relation médecin-malade (absence de décision partagée) et la réification des patients. Tensions en lien avec l'entourage avec établissement d'une « relation à trois », émergence de la personne de confiance et du consentement substitué. Cette relation singulière crée-t-elle des contraintes nouvelles incluant l'entourage dans notre responsabilité de médecin ? Tensions avec l'institution. Nous avons été confrontés à la logique économique, parfois de manière discordante vis-à-vis de l'attitude sécuritaire adoptée et à une inversion des rôles entre personnels administratif et médical créant un phénomène d'ambivalence et ce, sans que se pose la question du partage des responsabilités ? Mise en péril du concept de confraternité entre médecins et ressenti double de culpabilité et d'anxiété pour les soignants. Les concepts philosophiques débattus sont l'autonomie, l'hétéronomie et la responsabilité pour lesquelles nous avons rencontré des articulations paradoxales. Cette situation de crise aurait nécessité un débat éthique afin de concilier les logiques institutionnelles de tous les intervenants. Il s'agit donc de poursuivre la réflexion sur comment concilier une approche utilitariste de la situation avec l'autonomie des patients ?

P052

L'hypercalcémie du sujet âgé : une série de 17 cas

S. El Aoud¹, F. Frikha¹, G. Radhouane¹, R. Ben Salah¹, M. Snoussi¹, H. Loukil¹, C. Yosra¹, M. Jallouli¹, S. Marzouk¹, Z. Bahloul¹

¹Medecine interne - CHU Hédi Chaker - Sfax - Tunisie

Introduction : L'hypercalcémie est particulièrement fréquente chez le sujet âgé, elle est le plus souvent responsable d'une symptomatologie peu spécifique et invalidante. Notre objectif est de déterminer les caractéristiques de l'hypercalcémie du sujet âgé dans un milieu de médecine interne. Patients et méthodes : Dans le cadre d'une étude rétrospective de 62 cas d'hypercalcémie colligés dans le service de médecine interne du CHU Hédi Chaker de Sfax (Tunisie) durant une période de 17 ans (1996-2012), nous avons étudié les cas d'hypercalcémie du sujet âgé (âge > 65 ans). Résultats : Notre série comportait 8 hommes et 9 femmes âgés en moyenne de 73.2 ans (extrêmes : 65-84 ans). L'hypercalcémie était de découverte fortuite dans 3 cas. Les manifestations cliniques consistaient en : des signes généraux (82.35 %), des signes digestifs (58.82 %), des troubles neuromusculaires (29.4 %), des signes cardiaques (41 %). Le taux moyen de la calcémie était de 3 mmol/l. Les étiologies étaient dominées par les causes malignes (58,8 %) : un myélome multiple (6 cas), une néoplasie solide (2 cas), une leucémie lymphoïde chronique (1 cas) et un lymphome non hodgkinien (1 cas). L'hyperparathyroïdie primitive était notée dans 2 cas. Les autres étiologies sont l'hypercalcémie hypocalcémique familiale (1 cas) et l'hyperparathyroïdie secondaire (1 cas). L'étiologie était indéterminée dans 3 cas. Tous les patients avaient bénéficié d'un traitement symptomatique en plus des mesures thérapeutiques spécifiques à chaque étiologie. Deux patients présentant une hypercalcémie maligne avaient bénéficié de perfusions de bisphosphonates (pamidronate). L'évolution à court terme était favorable sur le plan clinique et biologique avec normalisation du bilan phosphocalcique dans 80 % des cas. Un décès est survenu

dans 3 cas en rapport avec la pathologie maligne. Conclusion : L'hypercalcémie n'est pas rare chez le sujet âgé. Les causes les plus fréquentes dans notre étude sont les origines néoplasiques puis l'hyperparathyroïdie.

P053

Pathologies du sujet âgé vues en consultation de médecine interne

F. Mekideche¹, S. Khattabi¹, A. Nechadi¹, R. Malek¹

¹Médecine interne - CHU Sétif - Sétif - Algérie

Introduction : La pathologie du sujet âgé, spécialité médicale jusque là réservée aux pays à développement humain important, et prise en charge par des services appropriés, s'impose d'elle-même dans les services de médecine interne de notre pays, qui en plus de leurs activités centrées sur les piliers traditionnels de la Médecine interne assurent la prise en charge de la pathologie gériatrique. Le but de notre travail est d'établir un état des lieux de la pathologie du sujet âgé observée en consultation de médecine interne. Matériels et méthodes : notre étude est rétrospective, portant sur des dossiers de malades vus en consultation de médecine interne du 1er septembre au 30 novembre 2013. Ont été analysés les données démographiques, le type de pathologie et l'attitude thérapeutique. Résultats : sur 865 patients vus en consultation de médecine interne, 179 sont âgés de plus de 65 ans (21 %), répartis en 90 hommes et 89 femmes. 46 d'entre eux se sont présentés pour un renouvellement d'ordonnance et 133 sont venus consulter soit pour une pathologie aiguë soit chronique. Selon le type de pathologie, les affections endocriniennes sont dominantes (50,4 %) avec un déséquilibre diabétique aigu ou une infection survenant sur un terrain diabétique dans respectivement 23,9 % et 14,9 % ; les lésions trophiques du pied chez les diabétiques occupent une place prépondérante avec 44,8 %. Viennent ensuite les pathologies digestives (24,8 %) dominées par la pathologie hépatobiliaire, et la pathologie cancéreuse (15,8 %). Quant aux vascularites et aux lésions d'athéromatose, elles sont retrouvées dans 6 % des cas. La décision d'une hospitalisation est prise dans 57,9 % des cas. Commentaires et conclusion : la pathologie du sujet âgé observée en médecine interne est fréquente et polymorphe. S'agissant de patients le plus souvent fragilisés, poly pathologiques, la décision d'une hospitalisation est assez souvent prise afin de garantir une prise en soins de qualité.

P054

Pathologies digestives du sujet âgé

F. Mekideche¹, S. Khattabi¹, A. Nechadi¹, R. Malek¹

¹Médecine interne - CHU Sétif - Sétif - Algérie

Introduction : Les pathologies digestives sont fréquentes chez la personne âgée et justifient une prise en charge spécifique du fait de leur symptomatologie souvent larvée et atypique. Le but de notre travail est de préciser les principales affections du tube digestif du sujet âgé observées en médecine interne. Matériels et méthodes : notre étude est rétrospective, portant sur des dossiers de malades hospitalisés de janvier à novembre 2013. Ont été analysés les données démographiques, le type de pathologie et

l'attitude thérapeutique. Résultats : 167 sujets âgés sont hospitalisés en médecine interne ; parmi eux 42 présentent une affection digestive (25,1 %). Il s'agit de 21 hommes et de 21 femmes. La pathologie gastrique occupe la première place avec une gastrite dans 28,6 % des cas, une maladie ulcéreuse dans 17,1 % des cas et un adénocarcinome gastrique dans 7,1 % des cas, suivie par la pathologie hépatobiliaire type cirrhose dans 19 % des cas, une maladie du péritoine et les cancers métastasés dans respectivement 11,9 % et 7,1 % des cas. Quant aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, elles sont observées dans 7,1 % des cas. L'hémorragie digestive haute révélant une pathologie œsogastro-duodénale constitue le motif de consultation chez 21 patients et la prise médicamenteuse est à l'origine de 75 % des gastrites. Le traitement spécifique à chaque pathologie digestive ne nécessitant pas d'adaptation posologique chez le sujet âgé, et étant démarré en milieu hospitalier nous n'avons pas colligé d'effets indésirables importants ni d'accidents d'intolérance majeurs. Commentaires et conclusion : Les pathologies digestives sont fréquentes chez le patient âgé et il ne semble pas exister une prédominance de sexe. Leur système digestif vieillissant de façon moins perceptible, une attention particulière est accordée à la symptomatologie clinique, le plus souvent fruste, et la vigilance quant à la prescription de médicaments gastro toxiques est de rigueur.

P055

Evaluation de la fragilité en soins primaires : comparaison de méthodes objectives et subjectives

P. Jouanny¹, F. Gleize¹, J. Zmudka¹, Y. Lefresne²

¹Médecine Gériatrique - CHU Amiens - Amiens - France

²Médecine Gériatrique - CH Beauvais - Beauvais - France

Introduction : La fragilité est un syndrome gériatrique qui se caractérise par un processus dynamique de vulnérabilité croissante favorisée par l'âge. Elle est associée à un risque augmenté de chute, d'hospitalisation, de perte d'autonomie et de décès. Notre objectif était de comparer l'évaluation objective de la fragilité selon les critères de Fried avec l'évaluation subjective perçue par le médecin et le patient, afin d'élaborer un outil de dépistage plus simple. Méthodes : Etude descriptive prospective chez des patients de plus de 75 ans venant consulter au cabinet de trois médecins généralistes, durant 1 an. La fragilité était définie par la présence de trois critères parmi la perte de poids, la faiblesse musculaire, la fatigue subjective, la faible activité physique et la lenteur de marche. Un ou deux critères présents définissait les patients préfragiles. Le médecin traitant et le patient devaient estimer leur fragilité par échelle numérique entre 0 et 10. Résultats : 64 patients ont été inclus (38 femmes et 26 hommes) âgés de 81.2 ± 5.0 ans, selon les critères de Fried, 10 (15,6 %) étaient fragiles et 34 (53,1 %) étaient préfragiles. Le nombre de médicaments, les ADL et IADL, le CES-D total, la dépense énergétique, l'âge et la force du poignet étaient corrélés de façon significative à la fragilité objective. La fragilité estimée par le médecin traitant était corrélée à l'état nutritionnel mais pas à la fragilité objective. La fatigue subjective du patient était le critère le mieux corrélé ($p = 0,0313$) Conclusion : L'outil de Fried est de réalisation difficile en soins primaires. La fatigue subjective du patient constitue une piste intéressante pour un outil de dépistage

simple en soins primaires afin de permettre une prise en charge précoce et retarder l'évolution vers la dépendance.

P056

Syndrome de fragilité : un nouveau défi pour l'éducation thérapeutique

H. Villars¹, F. Nourhashemi², G. Abellan van Kan², B. Vellas²

¹Hôpital de jour gériatrique - Centre hospitalo-universitaire de Toulouse - Toulouse - France

²Gerontopole - Centre hospitalo-universitaire de Toulouse - Toulouse - France

Le syndrome gériatrique de fragilité est un champ innovant pour le développement de l'éducation thérapeutique (ETP). La fragilité se définit comme une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités, les facteurs psychologiques et sociaux. Sa prise en charge doit être multidimensionnelle, or toute démarche d'ETP poursuit ce même objectif d'approche 'biopsychosociale' globale du sujet. Il existe plusieurs niveaux de bénéfice potentiel de l'ETP dans la fragilité: faire changer les représentations de la population générale pour améliorer son repérage et améliorer le contenu des interventions proposées, dans ce syndrome caractérisé par sa réversibilité potentielle. Concernant les représentations de la population, des 'actions éducatives', pourraient être menées en médecine générale pour faire appréhender le concept de fragilité aux sujets âgés eux-mêmes. En effet, ces sujets âgés fragiles ne consultent pas spontanément, car bien que poly-pathologiques, ils ne sont pas dépendants pour les activités de base de la vie quotidienne, alors même que le risque d'entrée dans la dépendance existe et que des interventions peuvent leur être proposées. En ce qui concerne les interventions à mettre en œuvre, le maintien de l'autonomie est l'objectif premier de la prise en charge du sujet fragile or toute action d'ETP a pour objectif général de rendre le sujet plus autonome. Des programmes d'ETP devraient donc bien pouvoir faire partie de la prise en charge du sujet fragile, en poursuivant deux objectifs: lutter contre la perte d'autonomie et améliorer la qualité de vie. L'ETP a montré son efficacité dans la prise en charge des maladies chroniques qui nécessitent des modifications comportementales également visées ici. Face au défi que représente la prise en charge du syndrome de fragilité, il semble essentiel actuellement de s'approprier les outils d'éducation pour la santé et d'ETP.

P057

Les effets d'une supplémentation en vitamine D sur la force, la masse et la puissance musculaire : une méta-analyse d'essais randomisés contrôlés

C. Beaudart¹, F. Buckinx¹, V. Rabenda¹, S. Gillain³, E. Cavalier², J. Slomian¹, J. Petermans³, J. Reginster⁴, O. Bruyère¹

¹Département des Sciences de la Santé Publique, Epidémiologie et Economie de la Santé - Université de Liège - Liège - Belgique

²Département de Chimie Médicale - CHU de Liège - Liège - Belgique

³Service de Gériatrie - CHU de Liège - Liège - Belgique

⁴Service de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle - CHU de Liège - Liège - Belgique

Introduction: Il existe actuellement de plus en plus de données scientifiques suggérant que la vitamine D aurait des actions potentiellement intéressantes sur les tissus extra squelettiques tels que les muscles. L'objectif de cette méta-analyse est de synthétiser les études ayant évalué les effets d'une supplémentation en vitamine D sur la force, la masse et la puissance musculaire. Méthode: Une recherche systématique et exhaustive d'essais randomisés et contrôlés évaluant les effets d'une supplémentation en vitamine D sur la fonction musculaire et réalisés entre 1966 et juin 2013 a été menée par deux reviewers indépendants. Les critères d'inclusion comprenaient toute forme et toute dose de supplémentation en vitamine D, avec ou sans une supplémentation en calcium, comparée à un placebo ou un groupe contrôle. Résultats: Sur les 215 articles potentiellement pertinents, 21 études randomisées contrôlées comprenant 4 916 individus (âge moyen: 60.8 ans) ont répondu aux critères d'inclusion. Les résultats démontrent un effet faible mais significativement positif d'une supplémentation en vitamine D sur la force musculaire avec une différence moyenne normalisée (SMD) de 0.107 (95% CI = 0.012-0.201; p = 0.028) (n = 20). Une supplémentation en vitamine D entraînerait également un effet significatif modéré sur la masse musculaire avec un SMD de 0.265 (95% IC = 0.032-0.498; p = 0.026) (n = 4). Par contre, aucun effet n'a été trouvé sur la puissance musculaire (SMD = 0.015; p = 0.914) (n = 3). Les résultats se démontrent significativement plus importants chez les sujets présentant un taux de 25-hydroxy-vitamine D inférieur à 35 nmol/L en comparaison aux autres sujets (p = 0.03) mais également chez les sujets de moins de 65 ans en comparaisons aux plus âgés (p = 0.04). Conclusion: En se basant sur les études incluses dans cette méta-analyse, il semblerait qu'une supplémentation en vitamine D améliorerait de manière faible mais significative la force musculaire et de manière modérée la masse musculaire. Toutefois, elle n'améliorerait pas la puissance musculaire.

P058

Facteurs pronostiques de décès chez des sujets résidant en maison de repos suivis d'une manière prospective pendant une période de 2 ans

F. Buckinx¹, C. Beaudart¹, J. Slomian², D. Maquet³, M. Demonceau³, S. Gillain⁴, J. Petermans⁴, J. Reginster¹, O. Bruyère¹

¹Département des Sciences de la Santé Publique, Epidémiologie et Economie de la Santé - Université de Liège - Liège - Belgique

²Département des Sciences de la Santé Publique, Unité de Soutien Méthodologique en Epidémiologie et en Biostatistiques - Université de Liège - Liège - Belgique

³Département des Sciences de la Motricité - Université de Liège - Liège - Belgique

⁴Service de gériatrie - Université de Liège - Liège - Belgique

Introduction: L'objectif de cette recherche est de déterminer les facteurs prédictifs du risque de décès chez des sujets résidant en maison de repos, suivis de manière prospective pendant une

période de 2 ans. Matériel et méthodes : 100 sujets institutionnalisés ont été inclus dans l'étude et ont été suivis de manière prospective pendant 2 ans. Au début de la période de suivi, leurs caractéristiques démographiques ont été récoltées et des tests fonctionnels (test du Tinetti) et moteur (test d'analyse quantifiée de la marche réalisé au moyen d'un accéléromètre triaxial) ont été réalisés. Résultats : Au terme de la période étudiée, 27 décès sont survenus. Les patients décédés présentaient, par rapport aux sujets non décédés, un indice de masse corporelle significativement plus bas ($23.3 \pm 4.9 \text{ kg/m}^2$ vs. $26.5 \pm 5.3 \text{ kg/m}^2$, $p = 0.007$), un score de dépendance de Katz significativement plus élevé (18.3 ± 4.9 vs. 15.3 ± 4.9 , $p = 0.009$) et un score obtenu au test de Tinetti significativement plus faible (16.9 ± 4.6 vs. 19.6 ± 4.4 , $p = 0.008$). Il n'existe cependant aucune différence entre ces 2 groupes pour le genre, l'âge, le nombre de médicaments consommés et l'utilisation d'une aide à la marche. De plus, 48.1 % des sujets décédés présentaient des antécédents de chutes répétées contre 24.7 % chez les non décédés ($p = 0.01$). Après ajustement pour les variables confondantes potentielles, seul l'indice de masse corporelle est associé, d'une manière statistiquement significative, au risque de décès avec un odds ratio de 0.86 (95% CI : 0.77–0.96 ; $p = 0.04$). Conclusion : Un indice de masse corporelle diminué semble être un facteur prédictif du risque de décès chez les patients résidant en maison de repos suivis pendant une période de 2 années. Cependant, de nombreuses variables confondantes (force musculaire, fragilité...) n'ont pas été évaluées dans cette étude et ces résultats doivent donc être interprétés avec grande prudence.

P059

La chute est ses facteurs de risque chez des personnes âgées fragiles d'au moins 65 ans vivant à domicile

P. Maggi¹, J. De Almeida Mello², S. Delye¹, C. Gosset¹, A. Declercq²

¹Santé Publique - Université de Liège - Liège - Belgique

²Lucas - Katholiek universiteit Leuven - Leuven - Belgique

Introduction : La chute, en particulier pour une personne âgée, est un évènement aux conséquences sanitaires, sociales et économiques non négligeables conduisant, dans bon nombre de cas, à une perte d'autonomie et d'indépendance. Le dépistage précoce et la prévention des chutes chez nos seniors, part grandissante de notre population, constituent un enjeu de santé publique. L'instrument d'évaluation interRAI-HC souligne, entre autre, la présence d'une chute récente chez des personnes âgées d'au moins 65 ans. L'objectif de cette étude est de mettre en évidence l'association entre la chute et d'autres paramètres évalués par l'instrument. Matériel et méthode : L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) finance depuis 2010 une soixantaine de projets de soins innovants, répartis dans toute la Belgique, dont le principal objectif est le retard d'institutionnalisation des personnes âgées fragiles d'au moins 65 ans vivant à domicile. Les bénéficiaires de ces projets sont notamment évalués, tous les 6 mois, à l'aide de l'instrument interRAI-HC. Les premiers résultats de cette recherche longitudinale sont avant tout descriptifs et précèdent la réalisation d'une régression logistique. Résultats : Parmi les 461 individus qui constituent l'échantillon, la moyenne d'âge était de 81.5 ans avec une représentation plus importante du sexe féminin (67.5%). Sur

l'ensemble des chuteurs, 50 % présentait un indice de masse corporelle supérieur à 25, 77.1 % [95%IC : 72.0-82.2] une dépendance sévère dans les activités instrumentales de la vie quotidienne « performance » et 74.4 % [95%IC : 69.1-79.7] dans les ALVQ « capacité ». Enfin, 81.3 % des chuteurs avaient des besoins en soins (MAPLe) modérés à sévères. Perspectives : Dans les prochains mois, une régression logistique sera réalisée avec, comme variable dépendante, la chute et, à titre de variables indépendantes, les autres paramètres de l'interRAI-HC afin de déterminer les facteurs prédictifs de chute.

P060

Caractéristiques du grand vieillard fragile hospitalisé en urgence

J. Steinmetz¹, C. Federspiel¹

¹Recherche & Développement - ZithaSenior - Luxembourg - Luxembourg

Introduction : Les patients très âgés hospitalisés se caractérisent en général par un état de grande fragilité en rapport étroit avec leur polymorbidité requérant de soins multidisciplinaires spécialisés. De précédentes études ont mis en évidence que 2/3 des patients admis à l'hôpital et ayant plus que 80 ans perdent leur autonomie fonctionnelle et rencontrent une importante poly morbidité et une mortalité accrue. Différents facteurs intercurrents ont été identifiés précédemment et jouent un rôle primordial sur le déclin fonctionnel de ses patients hospitalisés très âgés (p.ex., la pathologie aiguë, la situation socio-familiale, les syndromes gériatriques adjacents, l'organisation institutionnelles des soins hospitaliers, etc.). Notre étude a analysé l'impact de certains de ces paramètres dans le contexte d'un hôpital général. Méthodologie : Après une présélection des patients âgés de 80 ans et plus selon un nombre de critères prédéfinis pour retenir les plus fragiles, le duo médecin gériatre et kinésithérapeute ont appliqué un screening gériatrique détaillé et standardisé, investiguant des paramètres pertinents du domaine médical, fonctionnel, psycho-social et cognitif. Les analyses se portent sur environ 120 patients avec un âge moyen autour de 87 ans. Résultats : Sur base d'une analyse en cluster comme outil de statistique exploratrice, quatre sous-groupes de patients relativement homogènes et non identifiés au préalable ont pu être mise en évidence. Ces sous-groupes se différencient significativement ($p < .05$) sur un nombre des paramètres observés et suggèrent des profils gériatriques de fragilités sous-jacentes bien distinctes. Conclusions : Cette recherche lance le débat de savoir comment l'identification de différents profils de patients peut être utile au gériatre clinicien (ou autres professions de santé) afin d'optimiser les structures hospitalières et d'élaborer des types de prises en charge en filière adéquate et centrée autour du patient gériatrique hospitalisé.

P061

Dépistage de la fragilité chez le sujet âgé à domicile : validation de l'outil SEGA modifié

N. Oubaya¹, A. Mahmoud², J. Novella², D. Jolly², M. Dramé²

¹Pôle Recherche et Innovations - CHU de Reims - Reims - France

²Unité de Médecine Gériatrique - CHU de Reims - Reims - France

Introduction : l'objectif de cette étude était d'effectuer la validation psychométrique de la grille de fragilité SEGA modifiée (Short Emergency Geriatric Assessment ou Sommaire de l'Évaluation du profil Gériatrique à l'Admission) sur une cohorte de sujets âgés de 65 ans ou plus vivant à domicile. Matériel et méthode : nous avons mené une étude longitudinale prospective multicentrique dans deux régions françaises (Champagne-Ardenne et Lorraine), incluant des sujets de 65 ans ou plus, vivant à domicile, lisant couramment le français et appartenant aux groupes 4, 5, ou 6 sur la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources) qui en comporte 6. Nous avons étudié l'acceptabilité de l'instrument, sa validité de structure, sa validité discriminante, ainsi que sa fiabilité. Résultats : Au total, entre le 1er juillet 2012 et le 31 mars 2013, 167 patients ont été inclus, âgés en moyenne de 77 ± 7 ans, avec une majorité de femmes (70,7 %). Le volet A de la grille SEGAm avait un temps moyen de passation de $5,0 \pm 3,5$ min ; il n'y avait aucune donnée manquante ni aucun effet plancher ou plafond. Il s'agit d'un outil unidimensionnel présentant une bonne cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach à 0,68), et une bonne reproductibilité (coefficient de corrélation intra classe à 0,88 pour le test-retest entre J0 et J7). La grille SEGAm avait également une très bonne capacité discriminante concernant l'état thymique ($p < 0.0001$), l'état nutritionnel ($p = 0.003$), la qualité d'équilibre ($p < 0.0001$), le niveau d'indépendance ($p < 0.0001$), et le niveau de comorbidités ($p = 0.002$). Conclusion : la grille SEGAm nous apparaît comme un outil particulièrement adapté pour une stratégie communautaire de première ligne pour l'identification de la fragilité du sujet âgé.

P062

Fragilité et évolution de la performance occupationnelle : une étude exploratoire

K. Turbide¹, L. Tanguay-Garneau², V. Provencher¹

¹Ergothérapie - Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec - Lévis - Canada

²Psychologie - Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec - Québec - Canada

Introduction : La littérature récente suggère que les aînés fragiles sont particulièrement à risque de connaître un déclin fonctionnel. Toutefois, la façon dont leur performance occupationnelle (PO) évolue dans le temps demeure peu documentée. L'objectif de cette étude est donc d'explorer l'évolution de la PO de trois aînés fragiles sur une période de 2 ans. Méthodes : Étude exploratoire réalisée auprès de participantes âgées (74, 82, 83 ans), fragiles (Fried et al., 2001), sans déficit cognitif important et vivant à domicile. Elles sont autonomes ou requièrent une assistance minimale pour la réalisation de leurs activités de la vie courante au début de l'étude. Leur PO a été évaluée à deux reprises sur un intervalle de 25 mois au moyen du Assessment of Motor and Process Skills. L'évolution de leurs capacités cognitives et physiques a également été mesurée, respectivement au moyen du Trail Making Test et du dynamomètre Jamar. Résultats : Nos analyses révèlent une diminution significative de la PO (> 2 Erreur Standard de Mesure) chez 2 des 3 participantes, tant sur le plan procédural que moteur. Aucune dimi-

nution significative de leur statut cognitif et physique n'a par ailleurs été observée. Conclusions : Ces résultats suggèrent que les aînés fragiles tendent à connaître un déclin important de leur PO sur une période de 2 ans, sans que celui-ci ne s'accompagne d'une détérioration notable de leurs capacités cognitives ou physiques. Cette étude fait valoir la pertinence pour les ergothérapeutes d'évaluer régulièrement la PO de cette clientèle au moyen d'outils valides et sensibles au changement afin de mieux actualiser leurs besoins d'assistance à domicile.

P063

Hématome du psoas récidivant

E. Jourdain¹, A. Breining¹, C. Sagot¹, J. Cohen Bittan¹, J. Boddaert¹, M. Verny¹

¹Gériatrie - Hôpital de la Pitié Salpêtrière, APHP - Paris - France

Introduction : Les complications hémorragiques sous anticoagulant sont plus fréquentes chez les sujets âgés. L'hématome du psoas est classique, mais les cas récidivants ont été peu décrits. Matériel et méthode : Rapport d'un cas d'hématome du psoas récidivant après arrêt des traitements anticoagulants. Case report : Une patiente de 87 ans a pour principaux antécédents un myélome à chaînes légères stade A non traité et un hématome du psoas gauche en 2011 sous anticoagulants introduits pour une phlébite proximale (post opératoire d'une PTH), d'où arrêt définitif des AVK et pose d'un filtre cave. Elle est hospitalisée pour apparition d'une tuméfaction indolore 4×10 cm du creux inguinal gauche. Pas de traumatisme à l'interrogatoire ni de reprise de traitement anticoagulant ou anti aggrégant plaquettaire depuis l'hématome du psoas. La biologie (notamment l'hémostase) est normale. L'échographie et le scanner de hanche non injecté retrouvent hématome en avant du col fémoral gauche de 65 mm de plus grand diamètre. Les facteurs VIII, XIII et facteur de Willebrand sont normaux. L'évolution est spontanément favorable avec lente régression de la tuméfaction sans déglobulisation. La patiente est réhospitalisée 20 jours plus tard pour réaugmentation de taille de la tuméfaction, sans déglobulisation. Un nouveau scanner de hanche montre un hématome développé à partir de la loge du psoas fusant en avant du col fémoral gauche mesurant 60 mm avec une composante hyperdense sur les temps artériel et tardif interne, évoquant un resaignement récent. Une embolisation de l'artère fémorale profonde gauche est réalisée sans complication. L'hématome n'a pas récidivé. Discussion : Ce cas de récurrence spontanée d'hématome spontanée du psoas survenu, plus de 2 ans après l'arrêt du traitement anticoagulant sans facteur déclenchant, illustre le risque hémorragique majoré chez les sujets âgés. Il faut penser à chercher à un resaignement d'hématome en cas de déglobulisation non expliquée.

P064

Tuberculose du genou chez un nonagénaire

S. De Breucker¹, G. Fayt¹, N. Compté¹, T. Peppersack¹

¹Gériatrie - Erasme - Bruxelles - Belgique

Un homme de 90 ans est admis pour douleur et gonflement du genou d'évolution lente (1 an) avec perte de mobilité et amaigrissement depuis plusieurs mois. Il est pyrétique ($38,6^\circ\text{C}$) et présente un syndrome inflammatoire modéré (CRP 46 mg/l). Le patient avait

bénéficié de plusieurs infiltrations intra-articulaires de corticoïdes et une indication de prothèse totale de genou avait été posée par un chirurgien orthopédiste. La ponction de genou montre la présence de polynucléaires en grande quantité, un taux élevé de protéines, un taux abaissé de glucose. L'examen direct est négatif. Une antibiothérapie empirique à base d'oxacilline puis de ceftazidime est instaurée, sans amélioration clinique. Au 5e jour, du tissu synovial est prélevé par arthroscopie et l'analyse histologique montre la présence de granulomes épithélioïdes caséux (images). Au 7e jour, la culture de liquide synovial se positive pour un *Mycobacterium Tuberculosis*, et une quadrithérapie est instaurée. La tuberculose touche un individu sur 10 000 habitants en Belgique. Le nombre de cas recensés augmente de façon exponentielle avec l'âge chez les patients belges, en raison d'une baisse de l'immunité avec l'âge. Dans moins de 20 %, l'atteinte est extra-pulmonaire et est liée à une réactivation de la maladie. L'atteinte osseuse est rare (20 % des atteintes extrapulmonaires), et le genou est moins souvent atteint (1,5 %) que le rachis (7,6 %) ou la hanche (5 %). 50 % n'ont aucune séquelle tuberculeuse à la radiographie du thorax. Conclusion : En raison de l'augmentation de sa prévalence avec l'âge, la présence de *Mycobacterium Tuberculosis* devrait être suspectée en cas de monoarthrite du genou chez le patient âgé ne répondant pas à l'antibiothérapie classique.

P065

Un cas de VIH chez une personne âgée : les particularités du traitement du VIH chez cette population

C. Brodeur¹, L. Mallet², J. Falutz³

¹Gériatrie - Centre universitaire de santé McGill - Montréal - Canada

²Faculté de pharmacie - Université de Montréal - Montréal - Canada

³Clinique métabolique du VIH - Centre universitaire de santé McGill - Montréal - Canada

Introduction : La population vivant avec le VIH vieillit. De nombreux patients vivent avec cette infection depuis de nombreuses années et atteignent maintenant un âge plus avancé. Une approche gériatrique doit être considérée dans la prise en charge de ses patients. Matériel et méthode : Un patient de 80 ans, connu séropositif pour le VIH depuis 6 ans, est hospitalisé à l'unité de courte durée gériatrique suite à un accident vasculaire cérébral. Il est sous traitement à long terme avec les antirétroviraux suivants : lamivudine 300 mg une fois par jour, abacavir 600 mg une fois par jour et raltégravir 400 mg deux fois par jour, en plus des médicaments pour ses comorbidités. Le patient présente une dysphagie et ses médicaments doivent être écrasés, ce qui soulève la question de la biodisponibilité et donc de l'efficacité de ces derniers. La prise en charge de ce patient est présentée, ainsi qu'une revue de littérature sur les particularités du traitement du VIH chez les personnes âgées. Résultats : Des ajustements de la posologie des médicaments doivent être considérés compte tenu de la diminution de la fonction rénale associée au vieillissement. Plusieurs antirétroviraux sont métabolisés par les cytochromes ; les médicaments prescrits pour traiter les comorbidités peuvent donc exposer les patients à des effets toxiques. Chez les patients avec un problème de dysphagie, il faut écraser les comprimés. Peu d'études sont disponibles

quant à l'effet de la manipulation des comprimés sur les concentrations plasmatiques des antirétroviraux. Discussion/conclusion : La recherche clinique doit maintenant se concentrer sur ces patients afin d'obtenir plus de données sur les changements pharmacologiques consécutifs à la fois au vieillissement- souvent prématuré- et aux comorbidités. De plus, les hôpitaux et cliniques doivent se préparer à recevoir une clientèle séropositive de plus en plus âgée et s'adapter aux particularités de cette clientèle.

P066

La promenade dans les marais salants peut avoir de lourdes conséquences ! Premier cas de spondylodiscite à *Shewanella haliotis*

E. Baudry¹, L. Goehrs², J. Poisson², L. Drieux-Rouzet³, A. Bornand¹

¹Médecine Interne et Gériatrie - Hôpital Charles FOIX - APHP - Ivry-sur-Seine - France

²Médecine interne et gériatrie - Hôpital Charles Foix - Ivry-sur-Seine - France

³Bactériologie - Hôpital Charles Foix - Ivry-sur-Seine - France

Introduction : Nous rapportons ici le premier cas de spondylodiscite à *Shewanella haliotis* chez un patient de 91 ans. *Shewanella haliotis* est un bacille à gram négatif émergent du milieu aquatique, non fermentatif contrairement aux entérobactéries. Observation : Ce patient a été hospitalisé pour lombalgies persistantes responsable d'un retentissement sur l'autonomie. Il avait comme antécédents notables de nombreux carcinomes basocellulaires ayant nécessités une exérèse chirurgicale et une maladie de Waldenström traitée initialement par chlorambucil. L'IRM rachidienne révélait un aspect inflammatoire du disque L2-L3 et des corps vertébraux sus et sous-jacent avec un tassement vertébral de L3. Une seule hémoculture est revenue positive à *Shewanella putrefaciens*. Après relecture et séquençage de l'ARN 16s, la bactérie est finalement identifiée comme une *Shewanella haliotis*. Sur le plan thérapeutique, le patient a bénéficié d'une immobilisation par corset et de vingt jours de ceftazidime associé à quatre jours d'amiklin relayé par de la ciprofloxacine seule pour une durée totale de 10 semaines. Il a repris son autonomie et a regagné son domicile. Discussion : *S. haliotis* est retrouvé dans les eaux stagnantes et a également été isolé dans les ormeaux et les maquereaux. La probable porte d'entrée chez notre patient est une lésion exulcérée d'un carcinome basocellulaire de la jambe associé à une promenade dans les marais salants. Le seul autre cas d'infection humaine décrit est une cellulite de la jambe avec comme porte d'entrée l'ingestion d'ormeaux. Conclusion : Une identification moléculaire est nécessaire pour toute infection grave à bactérie non fermentative. Cela permettra de préciser la prévalence exacte de *S. haliotis* dans les pathologies infectieuses graves. L'identification précise aidera également à l'adaptation du traitement antibiotique.

P067

A propos d'un cas de tuberculose miliaire et de sacro-iliite chez un patient de 83 ans

P. Hanotier¹, C. Claeys¹, I. Vierasu², S. Milas³

¹Gériatrie - CHU TIVOLI - La Louvière - Belgique

²Service des Radioisotopes - CHU Saint-Pierre - La Louvière - Belgique

³Maladies infectieuses - CHU TIVOLI - La Louvière - Belgique

Introduction: la tuberculose, dans ses formes miliaires et extra-pulmonaires, reste un diagnostic difficile et est pourtant mortelle si elle est non traitée. Matériel et méthode: relater le cas d'un patient de 83 ans au diagnostic difficile, aborder l'apport de l'imagerie fonctionnelle et revoir la littérature par une recherche dans Pubmed avec les mots clés: miliary tuberculosis et sacroiliitis. Résultats: un homme de 83 ans aux antécédents de maladie de Horton et de diabète est admis en gériatrie pour altération de l'état général, amaigrissement et douleurs du flanc droit. A l'examen physique, le patient est pâle et subpyrétique. La prise de sang met en évidence un léger syndrome inflammatoire associé à une anémie. La radiographie du thorax est normale mais le scanner thoracique révèle un syndrome micronodulaire diffus et sévère, non présent trois ans auparavant. La scintigraphie osseuse révèle une réaction ostéoblastique intense de l'articulation sacro iliaque droite. Le scanner pelvien évoque de l'arthrose. L'IRM du petit bassin évoque une sacro-iliite droite. La tomographie par émission de positrons couplé au scanner réalisé avec du 18F-FDG (FDG-PET-CT) met en évidence un hypermétabolisme diffus des deux poumons et de l'articulation sacro iliaque droite. L'intradermo-réaction est faiblement positive. L'examen des biopsies trans-bronchiques évoque des granulomes, cependant non caséux. Tous les prélèvements bactériologiques réalisés (lavage alvéolaire, biopsie sacro iliaque) seront négatifs. Devant l'ensemble de ce bilan, une tuberculose miliaire avec localisation osseuse associée est suspectée et une trithérapie anti-tuberculeuse classique sera débutée. Le syndrome inflammatoire s'amendera et l'état général s'améliorera. Une bithérapie sera poursuivie pour une durée totale de un an. Le FDG-PET-CT réalisé après le traitement confirmera une normalisation métabolique pulmonaire et articulaire. Conclusions: ce cas clinique illustre l'importance du pari diagnostique de tuberculose miliaire et extra-pulmonaire en l'absence de preuves bactériologiques et l'apport du FDG-PET-CT dans le diagnostic.

P068

Evaluation du risque hémorragique des personnes âgées de plus de 75 ans sous anti-vitamine K (AVK)

A. Lebelhomme¹, C. Soave¹, E. Chidlovskii¹, B. Berthoud², Y. Gaboreau³, G. Pernod⁴, P. Couturier¹, J. Bosson⁵

¹Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique - Centre Hospitalier Universitaire - Grenoble - France

²Clinique Cardiologique - Centre Hospitalier Universitaire - Grenoble - France

³Département de Médecine Générale - Centre Hospitalier Universitaire - Grenoble - France

⁴Clinique de Médecine vasculaire - Centre Hospitalier Universitaire - Grenoble - France

⁵Centre d'investigation Clinique - Centre Hospitalier Universitaire - Grenoble - France

Introduction: Notre étude observationnelle a évalué et comparé l'efficacité des scores de risque hémorragique HAS-BLED (Hypertension, Anomalie de la fonction rénale/hépatique, AVC,

Hémorragie, INR instables, Age > 65 ans, Drogues/alcool) et ATRIA (Anémie, Age > 75 ans, Insuffisance rénale sévère, Antécédent hémorragique, Hypertension artérielle) dans la prédiction du risque hémorragique des patients de plus de 75 ans sous AVK. 208 patients de 75 à 99 ans (âge moyen 83.1 chez les cas et 82.6 chez les témoins) sous AVK ont été inclus dans cette étude cas-témoins (52 cas appariés à 156 témoins) multicentrique (4 centres hospitaliers). Ces patients avaient été inclus lors d'une éducation thérapeutique par le réseau GRANTED (Grenoble Angiological Network For Thromboembolic Disease) de mai 2009 à mai 2010 et suivis pendant 1 an. Le critère de jugement principal, recueilli de manière prospective, était la survenue d'un événement hémorragique grave ou cliniquement relevant. Résultats: Selon les courbes Receiver-Operating Characteristics (ROC), ATRIA était plus performant que HAS-BLED pour prédire l'ensemble des hémorragies (c-index respectifs: 0.59 versus 0.56, $p = 0.52$) comme les hémorragies graves (c-index respectifs: 0.64 contre 0.61). En analyse multivariée, étaient associés à une augmentation du risque hémorragique: l'anémie (OR = 2.6; IC 95%, [1.34-5.23]; $p = 0.005$), la consommation d'inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS) (OR = 2.8; IC 95%, [1.08-7.47]; $p = 0.034$) et la gestion du traitement par la famille (OR = 2.8; IC 95%, [1.28-6.15]; $p = 0.01$). L'ajout des variables consommation de l'IRS et gestion par la famille améliorerait la performance de l'ATRIA dans la prédiction de l'ensemble des hémorragies. Conclusion: Les scores de risque hémorragique existants ne sont pas performants dans la population âgée. ATRIA apparaît plus pertinent qu'HAS-BLED chez des patients âgés éduqués à la gestion des AVK. C'est probablement le poids attribué à l'anémie comme facteur de risque qui améliorerait la sensibilité et la spécificité de l'ATRIA. Nos résultats suggèrent que la gestion des AVK par la famille et la prise d'IRS non prise en compte par les scores sont des variables utiles en compléments dans la gestion du risque hémorragique.

P069

Peroxydation lipidique chez les patients âgés atteints de la maladie de l'artère coronaire

C. Gianina Ioana¹, O. Simona¹

¹Biology of aging - National Institute of Gerontology and Geriatrics "Ana Aslan" - Bucharest - Roumanie

Introduction: La maladie coronarienne (CAD) est le type le plus fréquent de la maladie de cœur. Facteurs de risque indépendants majeurs pour CAD sont l'âge, la pression artérielle élevée, au total sérique et le taux de cholestérol LDL, le faible niveau sérique de cholestérol HDL, le diabète sucré. Les LDL oxydées (oxLDL) dans le plasma et dans les lésions athérosclérotiques ont été fortement associées à l'incidence des événements coronariens et des plaques vulnérables. Matériel et méthodes: L'étude a été proposée pour évaluer les lipoprotéines modifiées par oxydation en deux groupes de patients âgés de l'étude (âgés de 69 ± 18 ans): un groupe de patients en bonne santé et un groupe de la maladie de l'artère coronaire. La sensibilité à la LDL in vitro induite par la peroxydation lipidique a été évaluée après son incubation avec un système de pro-oxydant. La fin de la peroxydation lipidique - produits ont été testés comme thiobarbiturique substances réactives acide. Résultats: Les résultats obtenus ont montré une augmen-

tation significative de la sensibilité à LDLox groupe de maladies cardio-vasculaires par rapport à un groupe solide (6.89 ± 1.87 v.s. 3.25 ± 1.45 mmol MDA/dL serum) et suggèrent une forte association entre les LDL oxydées et CAD. Conclusion : Il s'agit d'une preuve que les LDL oxydées ont des actions athérogènes dans la paroi vasculaire, y compris la stimulation de la formation des cellules spumeuses et l'activation de l'inflammation. Des études supplémentaires de modifications de lipoprotéines associées au vieillissement sont clairement nécessaires, et apporter de nouvelles perspectives et des solutions au problème commun de la CAD chez les personnes âgées.

P070

Modélisation du risque de survenue de mort subite cardiaque chez le sujet hypertendu de plus de 70 ans

C. Loue¹, L. Bourguignon², G. Debeurme¹, M. Ducher¹

¹Pharmacie - Hôpital Antoine Charial - Francheville - France

²Pharmacie - CHU de Lyon, hôpital Antoine Charial - Francheville - France

La Mort Cardiaque Subite (MCS) est une pathologie de forte valeur épidémiologique (50 % de la mortalité cardiovasculaire). De par son imprévisibilité, la prévention reste le meilleur moyen de limiter sa survenue. L'objectif de cette étude est d'isoler les principaux Facteurs De Risque (FDR) de la MCS et d'estimer le risque de MCS chez les sujets âgés. Une base de données comprenant 7758 patients gériatriques hypertendus (70 ans ou plus) a été extraite de 5 études cliniques contrôlées et randomisées du fichier INDANA. Le critère étudié était la survenue d'une MCS. Vingt covariables ont été prises en compte : antécédents cardiovasculaires, traitement (ancien ou instauré à l'inclusion), âge, sexe, diabète, tabagisme... La modélisation du risque de MCS a été effectuée par un réseau bayésien décrivant les relations entre variables d'intérêt et MCS, sous la forme d'un graphe orienté acyclique (logiciel Netica). Avec un suivi moyen de 3.56 années [2.1-4.4], 135 des 7758 patients inclus (1.74 %) ont présenté une MCS. L'aire sous la courbe ROC du réseau obtenu est 0.80 (sensibilité : 67.4 % ; spécificité : 78.6 %). Les principales variables influençant la MCS sont par ordre décroissant : l'antécédent de claudication intermittente, l'âge, les antécédents d'angor et d'infarctus du myocarde et le tabagisme. L'instauration d'un traitement antihypertenseur réduit de 10 % le risque de MCS, tandis que le risque n'est pas modifié chez les patients anciennement traités. Les fumeurs et les diabétiques ont respectivement un risque de MCS multiplié par 2.1 et 1.7. Les patients n'ayant jamais été traités ne présentent qu'un risque multiplié de 1.1. Tout comme les sujets plus jeunes, les antécédents cardiovasculaires restent les FDR principaux de MCS chez les patients gériatriques hypertendus. En revanche cette analyse semble montrer un faible impact quantitatif du traitement antihypertenseur comparativement aux facteurs tabac ou diabète qui majorent considérablement le risque de MCS dans cette population.

P071

Etude de la relation entre tension artérielle et âge chez le patient hypertendu

C. Montet¹, L. Bourguignon², C. Loue¹, G. Debeurme¹, M. Ducher¹

¹Pharmacie - Hôpital Antoine Charial - Francheville - France

²Pharmacie - CHU de Lyon, hôpital Antoine Charial - Francheville - France

La pression artérielle systolique (PAS) est un prédicteur connu d'événements cardiovasculaires. Le contrôle de la PAS revêt une grande importance dans la population vieillissante. Chez le sujet normotendu, de nombreuses études démontrent qu'il existe une relation continue entre l'âge et le niveau de pression artérielle. Cependant, la situation est moins bien évaluée chez les patients hypertendus. L'objectif de ce travail était de vérifier l'existence de cette relation continue entre PAS et âge dans une population de sujets hypertendus, et de voir l'influence de traitements antihypertenseurs sur cette relation. Les données de 14446 patients provenant de 5 essais cliniques ont été utilisées. Pour chaque patient, la PAS et l'âge ont été relevés et analysés, en utilisant un filtre de liaison normalisé (test Z), qui recherche des associations d'événements plus fréquentes que le hasard. La nature de la liaison entre PAS et âge a été étudiée dans un groupe de patients traités par antihypertenseurs (4538 patients) et dans un groupe de patients sous placebo (9908 patients). Nos résultats montrent que la relation entre PAS et âge n'est pas continue et linéaire chez les patients hypertendus non traités : une même classe d'âge présente des liaisons fortes avec différentes classes de PAS. En revanche, chez les patients sous antihypertenseur, la relation entre PAS et âge apparaît comme linéaire et continue. D'une manière générale, la PAS moyenne est peu différente entre les deux groupes de patients (157 mmHg dans le groupe placebo, 154 mmHg dans le groupe traité). Ces résultats montrent que la mise en place d'un traitement antihypertenseur, au-delà de l'action sur la pression artérielle, permet de retrouver la relation continue entre PAS et âge chez les patients hypertendus, alors que cette relation n'est pas conservée chez les patients sous placebo.

P072

TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) et déclin fonctionnel : Intérêt du bilan cognitif complet (Cas clinique)

F. Benoît¹, S. Jamart², A. Awada¹, K. Segers³, C. Schelte¹, J. Robberecht¹, S. Cappelle¹, E. Huard¹, L. Divano⁴, J. Castro Rodriguez³, T. Verbeet², M. Surquin¹

¹Gériatrie - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

²Cardiologie - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

³Neurologie - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

⁴Radiologie - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

Introduction : Le TAVI est une alternative à la chirurgie chez des patients à haut risque présentant une sténose aortique sévère. L'Evaluation Gériatrique Globale (EGG) a démontré son utilité comme facteur prédictif du risque de déclin fonctionnel après implantation. Matériel et méthode : Une patiente de 82 ans, présentant depuis 2011 une démence vasculaire légère (MMSE : 23/30), est hospitalisée en chirurgie gériatrique pour chute et fracture de hanche. Dans ses antécédents, on relève un NSTEMI (2012) et un TAVI (2013). Une nouvelle EGG est réalisée. Résultats : La comparaison des échelles réalisées lors des EGG précédentes

montre un déclin fonctionnel, nutritionnel et cognitif. Une prise en charge gériatrique est mise en place et un nouveau bilan cognitif est réalisé à distance de l'épisode aigu. Étonnamment, la RMN cérébrale ne met pas en évidence d'aggravation radiologique par rapport aux lésions ischémiques présentes avant TAVI. Par ailleurs, l'examen neuropsychologique est en faveur d'une démence de type mixte (vasculaire et Alzheimer). Discussion : Le TAVI s'accompagne d'un risque accru d'événements cérébrovasculaires, comparativement à ce que l'on observe après correction chirurgicale. De plus, le TAVI est souvent associé à la découverte de lésions cérébrovasculaires cliniquement silencieuses sur la RMN cérébrale post-procédurale. Ces lésions peuvent augmenter le risque d'apparition - ou d'aggravation - d'une démence vasculaire, avec, pour conséquence, une perte d'autonomie. Chez notre patiente, le déclin fonctionnel et cognitif sont secondaires à l'apparition d'une maladie d'Alzheimer, en l'absence de nouvelles lésions ischémiques à l'imagerie. L'EGG préalable et le suivi post-implantation ont contribué à un meilleur diagnostic et à une prise en charge adaptée avant et après TAVI. Conclusion : L'histoire clinique de cette patiente confirme l'importance de l'EGG ainsi que la nécessité d'un bilan cognitif complet avant et après remplacement valvulaire aortique percutané.

P073

La thrombose veineuse profonde chez le sujet âgé : A propos de 52 cas

R. Ben Salah¹, R. Gouiaa¹, M. Snoussi¹, F. Faten¹, S. El aoued¹, Z. Bahloul¹

¹Service de médecine interne - CHU Hédi Chaker - Sfax - Tunisie

Introduction : L'âge est un facteur de risque de maladie thromboembolique veineuse. La morbi-mortalité liée à l'embolie pulmonaire (EP) et à la thrombose veineuse profonde (TVP) est importante chez les patients très âgés. L'objectif de ce travail est de déterminer les caractéristiques topographiques et étiologiques de la TVP chez les patients âgés de plus de 65 ans. Patients et Méthodes : Les dossiers des patients atteints d'une TVP, ayant un âge supérieur à 65 ans, confirmée par imagerie et suivie au service de médecine interne entre 1996 et 2010 ont été étudiés rétrospectivement. Résultats : La TVP est observée chez 52 patients ayant un âge supérieur ou égal à 65 ans soit une fréquence de 16 %. Il s'agit de 22 femmes et 30 hommes. La TVP des membres inférieurs est la plus fréquente (85 %) suivie par la TVP des membres supérieurs (10 %). Une thrombose cave inférieure est observée dans 2 cas. La répartition des facteurs de risques chez le sujet âgé montre qu'en plus de l'âge avancé ont été observés : une obésité (13 cas), une notion d'alitement (23 cas), un tabagisme (5 cas) et une notion de chirurgie récente (5 cas). La TVP était secondaire à une néoplasie dans 8 cas (15,6 %), une maladie de Behçet (1 cas). La comparaison entre les groupes sujets jeunes et sujets âgés a montré que la néoplasie est plus fréquente chez le sujet âgé alors que la thrombophilie constitutionnelle et la maladie de Behçet sont plus fréquentes chez le sujet jeune. Conclusion : Cette étude a montré que en plus de l'alitement, la pathologie cancéreuse était une cause importante de TVP chez les patients âgés.

P074

Validation d'un arbre décisionnel sur l'anticoagulation de la fibrillation auriculaire dans une population gériatrique

A. Dutilleul¹, F. Massoud², V. Thien Tuong Minh²

¹Médecine interne - CHUM - Montréal - Canada

²Gériatrie - CHUM - Montréal - Canada

Introduction : La fibrillation auriculaire demeure sous-anticoagulée chez les personnes âgées. En 2012, un arbre décisionnel basé sur le risque embolique (score CHA2DS2-VASc) et le risque hémorragique (score HAS-BLED) a été développé afin de simplifier la décision d'anticoaguler ces patients. Le but de cette étude est de valider cet arbre décisionnel dans une population de personnes hospitalisées sur une unité de courte durée gériatrique. Matériel et méthode : Nous avons procédé à une étude rétrospective chez 127 patients atteints de fibrillation auriculaire hospitalisés en gériatrie de janvier 2010 à décembre 2012. Nous avons recueilli les données sur les caractéristiques démographiques et cliniques. Nous avons calculé les scores de CHA2DS2, CHA2DS2-VASc, HAS-BLED et HEMOR2RHAGES. Les patients ont été classés en quatre catégories basées sur la décision d'anticoaguler prise durant l'hospitalisation et selon l'arbre décisionnel. Résultats : L'âge moyen était de 85,25±6,60 ans et 68,5 % étaient des femmes. Les principales comorbidités étaient hypertension (85,04 %), chute (70,08 %), anémie (69,29 %) et AVC ou lacunes ischémiques (58,27 %). Le score moyen du MMSE était de 22,92±4,75 et 62,20 % des patients vivaient à domicile au moment de l'hospitalisation. Les scores de CHA2DS2-VASc et HAS-BLED moyens étaient de 5,85±1,61 et 3,34±1,2 respectivement. 62,99 % des patients étaient anticoagulés à la fin de l'hospitalisation. Parmi eux, 90 % recevaient du coumadin. En analysant la décision d'anticoaguler prise à la fin de l'hospitalisation, 30,71 % des patients déviaient de l'arbre décisionnel : 21,26 % étaient anticoagulés alors qu'ils ne devaient pas l'être et 9,44 % n'étaient pas anticoagulés alors qu'ils auraient dû l'être. Les raisons de ne pas anticoaguler incluent : l'antécédent de saignement récent chez 38,30 % des patients, les décès durant l'hospitalisation chez 17,02 % et le refus d'anticoagulation par le patient chez 14,89 %. Discussion/conclusion : En conclusion, dans notre population gériatrique hospitalisée, la majorité des décisions prises concernant l'anticoagulation de la fibrillation auriculaire concorde avec l'arbre décisionnel proposé.

P075

Particularités de la maladie de Horton au Sud Tunisien

S. Marzouk¹, M. Jallouli¹, R. Guiaa¹, R. Ben Salah¹, Y. Cherif¹, H. Ioukil¹, S. Eloud¹, M. Snoussi¹, F. Frikha¹, Z. Bahloul¹

¹Médecine interne - CHU Hédi Chaker - Sfax - Tunisie

Introduction : La maladie de Horton (MH) est la vascularite la plus fréquente du sujet âgé. Son pronostic est influencé par les complications oculaires, vasculaires et iatrogènes. L'objectif de notre étude est de préciser les particularités épidémiologiques, cliniques thérapeutiques de la MH dans le sud tunisien. Patients et Méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive des patients atteints d'une MH colligés dans le service de médecine interne de Sfax -

Tunisie entre janvier 1980 et décembre 2012. Résultats 86 cas de MH ont été colligés, soit une incidence de 2,68 cas/an. Il s'agissait de 47 hommes (54,6 %) et 39 femmes. L'âge moyen était de 72,4 ans. Le délai de diagnostic moyen était de 67,5 jours. Le début était progressif (57 %), subaigu (26,7 %) et aigu (16,3 %). Les manifestations céphaliques sont caractérisées par la survenue de céphalées (95,3 %), une hyperesthésie du cuir chevelu (31,3 %) et une claudication massétérienne (33,7 %). Les pouls temporaux étaient abolis et/ou faibles chez 40 patients. Les autres manifestations comportaient, une AEG (75,5 %), une PPR (30,3 %), une atteinte oculaire (21 %), neuropsychiatrique (4,6 %), respiratoire (3,5 %) et une aortite (1,2 %). La vitesse de sédimentation était accélérée chez 84 patients. La biopsie de l'artère temporale objectivait et a confirmé la MH dans 81,4 % des cas. Une corticothérapie à raison de 1 mg/kg/j (83 cas) ou de 0,5 mg/kg/j (3 cas) a été administrée. L'évolution était favorable chez 74 patients (86 %). La corticothérapie a été arrêtée chez 5 patients. Une récurrence a été notée dans 5 cas. Les complications iatrogènes étaient notées dans 26 cas. Conclusion La MH est une pathologie de plus en plus fréquente chez le sujet âgé. Son diagnostic est aisé dans les formes typiques. Notre série se caractérise par une prédominance masculine et la fréquence de l'atteinte oculaire.

P076

Syndrome cérébelleux paraneoplasique révélant un cancer bronchique

A. Kloul¹, I. Landrin¹, C. Capet¹, N. Kadri¹, J. Doucet¹

¹ Médecine interne gériatrique et thérapeutique CHU de Rouen - CHU Rouen - Le Petit-Quevilly - France

Introduction : Les atteintes neurologiques paranéoplasiques sont rares et précèdent souvent le diagnostic de la tumeur. Parmi ces atteintes, syndromes cérébelleux sont d'origine paranéoplasique dans la moitié des cas. Patients et Méthodes : Cas Clinique : Un patient de 79 ans était hospitalisé pour vomissements, vertiges, photophobie et diplopie évoluant depuis 3 semaines. Il présentait un nystagmus, des troubles de l'équilibre et de la marche sans déficit focalisé sans tremblement, ni dysmétrie ni adiadococinésie. La biologie et l'IRM étaient normaux. Le patient a refusé le bilan. Quatre mois après, étaient apparus une dysarthrie, des troubles de déglutition et une dysmétrie. Une seconde IRM cérébrale restait normale. Le scanner thoracique et la bronchoscopie retrouvaient une lésion bourgeonnante de la bronche souche gauche, dont les biopsies étaient en faveur d'un carcinome pulmonaire neuroendocrine à petites cellules. La PL retrouvait une hyperprotéinorachie modérée sans anomalie cellulaire. L'analyse immuno-histochimique du LCR retrouvait augmentation isolée du taux de l'anti-VC2. Conclusion : Le diagnostic de syndrome cérébelleux paranéoplasique est difficile car il précède souvent la mise en évidence du cancer. Il cependant de l'évoquer systématiquement car un traitement adapté permet parfois la régression des symptômes.

P077

Insuffisance corticotrope d'origine centrale révélée par une confusion fébrile

M. Laurain¹, R. Gaci¹, A. Kearney-Schwarz¹, I. Gantois¹, G. Watfa¹, L. Braikia¹, C. Perret-Guillaume¹, G. Weryha², A. Benetos¹

¹ Gériatrie - CHU Nancy Brabois - Vandoeuvre-lès-nancy - France

² Endocrinologie - CHU Brabois - Vandoeuvre-lès-nancy - France

L'insuffisance hypophysaire reste un diagnostic difficile et souvent tardif devant des symptômes tels qu'asthénie, dépression, troubles digestifs si banals en gériatrie. Nous rapportons le cas d'une femme de 82 ans, adressée aux soins continus de gériatrie pour hyperthermie, fluctuations de la vigilance rapportées à un déficit corticotrope en rapport avec une pseudo selle turcique vide. Mme P, autonome, hypertendue est hospitalisée pour douleurs abdominales, diarrhée, hyperthermie à 39°C. Initialement traitée comme une colite sur les données radiologiques et endoscopiques, le syndrome inflammatoire persiste avec hyperthermie, dénutrition mixte, confusion avec fluctuations importantes de la vigilance, dont le bilan reste négatif (BodyScan, scintigraphie osseuse, écho cœur, PETscan, sérologie, bilan immunologique, hémocultures, biopsie artère temporale). Transférée en Gériatrie pour confusion fébrile avec dégradation de l'état de conscience, elle bénéficie d'une ponction lombaire qui est normale ; un traitement antiépileptique sur un EEG évocateur d'un état de mal n'améliore pas l'état de conscience ; la patiente se dégrade malgré une antibiothérapie à large spectre. Sur une hyponatrémie persistante à 128 mmol/l, un bilan endocrinien est réalisé : cortisolurie 9 µg/24 h, cortisol 2,2 µg/dl à 8 h, 2,3 à 20 h, avec ACTH inadapte en faveur d'un déficit corticotrope associé, après réalisation d'un hypophysigramme, d'une insuffisance gonadotrope (TSH, prolactine, GH normales). L'IRM montre un arachnoïdocèle comprimant l'antéhypophyse, d'où l'aspect de selle turcique vide. Sous corticoïdes, la patiente se réveille en 48 h avec reprise de l'alimentation, régression de la confusion et régression du syndrome inflammatoire. Elle est transférée par la suite en SSR. L'insuffisance antéhypophysaire repose sur des examens peu invasifs et bénéficie d'un traitement spécifique souvent spectaculaire, elle exprime une maladie de l'hypophyse et non l'aboutissement d'un processus du vieillissement. Le plus souvent en rapport avec un macroadénome sécrétant ou non, la selle turcique vide représente une étiologie comme dans notre cas.

P078

Myélite A VZV : une complication post zostérienne à ne pas méconnaître

M. Noaillon¹, A. Breining¹, C. Sagot¹, S. Greffard¹, M. Verny¹

¹ Gériatrie - Hôpital de la Pitié Salpêtrière, APHP - Paris - France

Introduction : Jusqu'à 50 % des individus âgés de 80 ans sont touchés par la réactivation du VZV pendant leur vie. La myélite est une complication rare surtout décrite chez les patients immunodéprimés. Méthodes : Rapport d'un cas clinique survenant suite à une éruption zosterienne. Case report : Une patiente de 92 ans traitée par methotrexate pour une polyarthrite rhumatoïde, a présenté un zona thoracique gauche spontanément résolutif sans traitement. Un mois plus tard, elle a été hospitalisée pour des troubles de la marche compliqués de chutes, une sensation d'étau des deux chevilles et une incontinence fécale. L'examen clinique neurologique mettait en évidence une ataxie proprioceptive majeure bilatérale avec, parésie du membre inférieur droit et faiblesse du sphincter anal. L'IRM médullaire montrait une lésion en hypersignal T2, en T10-12. La ponction lombaire retrouvait une méningite lymphocytaire, une hyperprotéinorachie, une normoglycorachie, une culture négative. Les sérologies Lyme et Syphilis étaient négatives dans le sang et le LCR. La recherche de cryptocoque dans le LCR et la détection par PCR des virus HSV, CMV, EBV, HHV6, HHV8, adénovirus et VZV étaient négatives. Le diagnostic de myélite à VZV a cependant été retenu et la patiente a été traitée par aciclovir en intraveineux pendant 3 semaines. Aucun traitement par corticoïde n'a été associé. Après une aggravation neurologique durant les trois premiers jours, les symptômes se sont progressivement améliorés avec une récupération motrice complète mais une amélioration plus lente des troubles proprioceptifs, permettant tout de même une reprise de la marche. Discussion/Conclusion : La myélite à VZV est une complication rare à suspecter devant tout symptôme neurologique survenant après une réactivation VZV. Le traitement est une urgence pour espérer une amélioration du pronostic fonctionnel. Dans notre cas, l'aciclovir intraveineux seul, sans association à une corticothérapie, a été un traitement efficace.

P079

La surinfection bronchique : cause d'hématome sous-dural ?

H. Lepetitcorps¹, C. Schonheit¹, A. Monti¹, E. Baudry¹, E. Pautas¹

¹Court séjour gériatrique - Hôpital Charles Foix, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - Ivry-sur-Seine - France

Introduction : L'hématome sous dural chronique (HSDC) est une collection de sang entre la dure-mère et l'arachnoïde. Les HSDC ont une incidence de 17/100000 personnes de plus de 75 ans. Leur étiologie principale est un traumatisme crânien mais, en son absence, ils sont parfois considérés comme idiopathiques, même si certains microtraumatismes peuvent parfois être mis en cause. Nous rapportons le cas d'un saignement récent sur HSDC dans un contexte de décompensation de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Cas clinique : Un patient de 89 ans, autonome, est hospitalisé pour décompensation de BPCO après infection bronchique. Il signale des céphalées depuis plusieurs jours lors des efforts de toux et paraît modérément désorienté, sans autre symptôme neurologique. La tomodynamométrie cérébrale sans injection met en évidence un hématome sous-dural

isodense de 13 mm d'épaisseur avec plage hyperdense frontale gauche. L'interrogatoire ne retrouve qu'une seule chute, un an avant l'épisode récent. Discussion - Conclusion : Un traumatisme crânien ou une chute sont retrouvés dans un HSDC sur deux. Dans 15 % des cas, l'anamnèse ne rapporte pas de facteur favorisante (iatrogénie, coagulopathie, éthylisme chronique, épilepsie) ; on parle alors d'HSDC idiopathique. Les micro-traumatismes locaux secondaires à des efforts de toux mais aussi la fièvre et la déshydratation pourraient être en cause et des modifications vasculaires liées au vieillissement pourraient fragiliser les veines cortico-durales. La prise en charge de ces facteurs déclenchants, favorisant l'hypertension (toux) ou l'hypotension (déshydratation) intracrânienne, permettrait de réduire l'incidence de ces nouveaux événements hémorragiques « idiopathiques ».

P080

Implication du centre 15 dans l'hospitalisation des patients de plus de 75 ans vivant en institution

A. Buisson¹, R. Gonthier²

¹Gériatrie - CHU de Saint Etienne - Saint Etienne - France

²CHU de Saint Etienne - Médecin Gériatre - Saint Etienne - France

Contexte : Selon le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), le nombre d'hospitalisations indues aux urgences des personnes de plus de 75 ans institutionnalisées est croissant et à l'origine d'un surcoût indu pour l'assurance maladie. Cependant, l'analyse de ce dysfonctionnement est complexe. Objectif : Mieux connaître les facteurs d'hospitalisation des personnes de plus de 75 ans vivant en institution par le biais des services d'urgence. Méthode : En se basant sur les appels au centre 15 de Saint Etienne, une analyse du processus de recours aux urgences a été faite à l'aide d'un questionnaire administré par le centre 15 au moment de l'appel et d'un deuxième questionnaire postérieur à l'appel pour compléter les informations sur le parcours de soins. Le recueil est fait sur le motif d'appel, l'heure et le jour de l'appel, la qualification de l'appelant, la présence d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) pendant deux périodes de trois semaines en novembre 2012 et février 2013. Résultats : Sur un ensemble de 17 031 appels, 229 appels ont été issus de personnes de plus de 75 ans institutionnalisés (1.34 %) dont 140 ont conduit aux urgences (0.8 %). Une différence statistiquement significative ($p < 0.05$) est observée pour certains motifs d'hospitalisation : 77.8 % des appels pour les pathologies cardiaques et pulmonaires conduisent à une hospitalisation contrairement aux chutes et traumatismes (36 %). La présence d'un DLU faciliterait le recours aux urgences et à l'hospitalisation ($p = 0.092$, à la limite de la significativité). Conclusion : Le recours au centre 15 et aux urgences reste quantitativement raisonnable au vu de l'ensemble des appels. Il existe des motifs récurrents qui pourraient être mieux anticipés par les équipes soignantes des institutions. Une analyse détaillée sur une période plus longue et dans plusieurs centres hospitaliers est nécessaire. Mots clés : Personnes âgées, institution, centre 15, urgences, hospitalisations indues, médecine générale.

P081**Quel est le profil des patients hospitalisés en court séjour gériatrique via les urgences ?**

L. Lechowski¹, D. Preulier¹, C. Bouly², B. Colombier¹,
F. Muller³, L. Teillet¹, A. Rigaud⁴, D. Tortrat¹

¹Médecine gériatrique - Hôpital Sainte-Périne APHP - Paris - France

²Gériatrie aiguë - Hôpital Broca APHP - Paris - France

³Médecine gériatrique - Hôpital Sainte-Périne - Paris - France

⁴Médecine gériatrique - Hôpital Broca APHP - Paris - France

Introduction: Le taux de recours aux urgences des sujets âgés est important avec très souvent des symptômes non attribuables à une pathologie précise. La prise en charge est alors d'emblée complexe. Objectif: Déterminer qui adressait aux urgences et pour quel trouble initial, les patients hospitalisés en court séjour gériatrique. Matériels et Méthodes: Etude observationnelle, prospective, incluant tous les patients admis en gériatrie aiguë dans deux hôpitaux parisiens via les urgences pendant juillet et août 2012. Résultats: Ont été inclus 131 patients. Le médecin généraliste adressait le patient aux urgences dans 25 % des cas, l'entourage familial dans 23 % des cas, et un aidant formel dans 18 % des cas. Les 3 principaux motifs étaient les chutes (45 %, soit 59 patients), l'altération de l'état général (15 %, soit 20 patients), et la confusion (14 %). Les patients adressés pour chute étaient en moyenne plus âgés de façon non significative ($p < 0,06$) et les femmes étaient alors plus nombreuses ($p < 0,03$). La durée du séjour était plus longue ($p < 0,01$) chez les chuteurs avec une moyenne de 17 ± 9 jours contre 13 ± 6 jours dans le groupe "non chuteur". Ces patients étaient plus souvent transférés en soins de suite et réadaptation ($p < 0,002$). Sur le total des 131 patients, 51 patients sont rentrés à domicile, 58 ont été transférés en service de soins de suite, 2 sont entrés directement en institution, 4 ont été transférés dans un autre service de court séjour et 11 sont décédés. Conclusion: Les chutes, la confusion, ou encore l'altération de l'état général sont des « symptômes » complexes du malade âgé, souvent révélateurs d'une pathologie sous-jacente en cours de décompensation. Très souvent, un passage aux urgences de ces patients paraît souvent inévitable.

P082**Gestion de la douleur des personnes âgées aux urgences: aide d'un dossier informatisé ?**

L. Decorte¹, M. Fanie², C. Okuka³, F. Benoit¹, T. Préseau²,
R. Karmal⁵, M. Surquin⁴, D. De Bels³

¹Gériatrie - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

²Urgences - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

³USI - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

⁴Médecine Interne - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

Introduction: Les personnes âgées (≥ 70 ans) représentent 11 % de nos admissions dans un service d'urgences. La complexité du patient gériatrique rend difficile la prise en charge de la douleur aux urgences. Cette étude vise à évaluer le dépistage de la douleur, son traitement et sa réévaluation, ainsi qu'à déterminer l'impact de la mise en place d'un dossier informatisé intégrant

une évaluation systématique (EVA) de la douleur sur la prise en charge de celle-ci. Méthode: Analyse rétrospective de dossiers de patients ≥ 70 ans admis aux urgences et hospitalisés durant deux périodes de deux mois. La première période incluait les dossiers « papiers » (DP), la seconde, les dossiers informatisés (DI). Les paramètres inclus dans l'analyse sont: l'anamnèse infirmière, l'anamnèse médicale, l'utilisation de l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) et la prescription d'antalgiques. Résultats: Au total, les dossiers de 964 patients ≥ 70 ans ont été analysés (403 DP et 561 DI). 59 % ont été admis pour une pathologie susceptible d'induire une douleur. 85.6 % des patients avec pathologie potentiellement douloureuse ont bénéficié d'une anamnèse par l'infirmière contre 51.6 % par le médecin avec une concordance faible ($\kappa = 33,6$ %). En analyse multivariée, l'anamnèse du patient et l'absence de confusion sont des paramètres qui influencent le dépistage de la douleur par l'infirmier. Seule la pathologie potentiellement douloureuse influence l'anamnèse par le médecin. L'utilisation d'un DI n'influence pas l'anamnèse infirmière ($p = 0,684$), mais améliore significativement l'utilisation de l'EVA ($p < 0,001$), ainsi que la réévaluation de la douleur après administration d'antalgiques ($p < 0,001$). Conclusion: Malgré l'utilisation d'outils validés, la prise en charge de la douleur dans notre service de médecine d'urgence reste influencée par la présence d'une pathologie potentiellement douloureuse. L'utilisation d'un dossier informatisé pourrait être une piste pour améliorer le dépistage systématique de la douleur aux urgences.

P083**Comprendre le processus d'orientation des personnes âgées en salle d'urgences**

I. De Brauwer¹, P. Cornette², I. Aujoulat³

¹Gériatrie - Université Catholique de Louvain-Cliniques Universitaires Saint-Luc + Institut de Recherche Santé et Société - Bruxelles - Belgique

²Gériatrie - Université Catholique de Louvain, Cliniques Universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

³Institut de Recherche Santé et Société - Université catholique de Louvain - Bruxelles - Belgique

Introduction: La proportion des personnes âgées (PA), présentant une complexité gériatrique, admises en salle d'urgences (SU) augmente. Concilier des soins urgents avec une approche globale constitue donc une question importante, mais particulièrement ardue, étant donné le peu de temps disponible, et la nature très spécialisée et surchargée de ce milieu. Notre étude vise à comprendre comment les caractéristiques gériatriques de ces PA sont prises en compte et quels facteurs influencent la prise en charge (in)adéquade de ces caractéristiques. Méthode: Méthode mixte incluant un outil qualitatif, l'observation non participante de cas. Un cas est défini comme la trajectoire d'un PA en SU. Les observations ont été menées sur trois sites sélectionnés par un panel d'expert (diversité et convenance). Des entretiens ont été menés au besoin afin de préciser les observations. Résultats: Septante observations ont été menées auprès de patients âgés de 72 à 96 ans, dont 67 % de femmes. Septante pour cent des PA étaient issus de la communauté. Un peu plus de la moitié a été référée par un médecin, 24 % pour raison traumatique et 54 % pour raison somatique. Environ

7 PA sur 10 ont été hospitalisées. L'analyse des diverses notes de terrain (observation, entretiens, analyses et réflexions préliminaires), intégralement retranscrites, est actuellement en cours. Elle utilise une grille d'analyse thématique, prédéfinie sur base de la littérature, incluant des critères de qualité de prise en charge de la PA aux urgences, qui se veut ouverte aux éventuelles catégories émergentes. L'analyse interprétative essaiera de dégager les facteurs -propre au patient, à l'institution et au soignant- qui influencent la prise en compte de ces critères de qualité. Discussion et Conclusions : Ces résultats pourront être exploités dans l'élaboration d'une fonction gériatrique, tenant compte de la réalité contextuelle complexe de la SU.

P084

Seniors, Protagonistes dans les Musées

*C. de Grado*¹

¹Gerontología - Universidad - Buenos Aires - Argentine

Introduction : On détecte la nécessité de programmes interdisciplinaires qu'impliquent des institutions de santé avec des domaines artistiques, car on considère l'art comme facteurs protecteurs du vieillissement. Dans n'importe laquelle de ses manifestations, l'œuvre d'art est productrice d'un impact sensoriel, symbolique, émotionnel et cognitif. Aujourd'hui dans les grandes villes du monde, on considère l'espace du Musée comme un lieu de vie et d'échange avec la communauté. Matériel et Méthodes : On propose un accord entre l'aire éducative d'un Musée prestigieux de Buenos Aires, un groupe de Seniors et une Université dans laquelle sont réalisées des activités d'enseignement et d'investigation dans la Gérontologie. Les Seniors proposent de montrer œuvre pictural et sculptural in situ. Le faire, non comme des experts, mais comme personnes qui ont du plaisir à transmettre l'art. Cette expérience englobe non seulement les Seniors, mais aussi la communauté académique de l'Université, l'aire éducative du Musée et ses visiteurs. Une divulgation est aussi réalisée dans les domaines d'éducation et de santé liés à la Psycho-gérontologie. Atteignant directement plus de 400 personnes. Les objectifs sont : Exercer un regard critique, qui va au-delà du vieux connu à la recherche des nouvelles formes de connaître et de créer un monde. –Soutenir de l'échange avec des personnes des différents âges, culture et opinions.. –Se savoir être une partie du monde de l'autre dans sa complexité. Résultats : a) On été vécu des nouveaux processus de socialisation et d'actions inclusives à l'intérieur du Musée et dans les institutions de santé. b) Les Seniors ont acquis un rôle important pour la construction et transmission de connaissances dans les deux sites. Conclusion : Des Programmes de ce type multiplient des espaces qui agissent en faveur d'un bon vieillissement dans les villes.

P085

Les Droits des Personnes Ages -la Clef pour une Société de la Solidarité et de la Coherence

*N. Kallirroï*¹

¹Civil Society Organization/NGO - Social Aid Of Hellas/in consultative status with ECOSOC/UN - Athènes - Grèce

Notre objectif est d'examiner comment les Droits des Personnes Âgées pourraient évoluer a moyen et a long terme notre Société qui change si rapide, obtenir a un niveau ou les plus jeunes être inévitablement liés aux conditions de vie des ages et l'équilibre de la Société fait créer pour tous des stratégies et des politiques que les différents acteurs de la Société de la proche avenir pourraient les adopter.

P086

Les Indices sur l'Inégalité Sociale pour les Personnes Âgées empêchent le développement de leur créativité et leurs innovations sont dévalorisées

*N. Kallirroï*¹

¹Civil Society Organization - Social Aid Of Hellas/in consultative status with ECOSOC/UN - Athènes - Grèce

La Maîtrise des défis de la longévité devait donner lieu à la création d'un milieu social, où la créativité et l'innovation des personnes Âgées fleurissent. Mais les indices sociaux présentent une image tout autre. La Maîtrise des défis de la longévité qui est un triomphe de la science d'aujourd'hui, n'a pas été accompagnée par un Plan d'État où des occasions offertes peuvent transformer les résultats scientifiques en plans de base, capables de changer l'image des personnes Âgées et en même temps les encourageants en reprendre des rôles nouveaux dans une Société en pleine mutation (Nous allons présenter quelques projets pertinents). La solidarité, collective et entre générations est la valeur fondatrice, qui est le socle où les innovations se réalisent et ne restent pas seulement des idées (nous allons nous pencher plus particulièrement aux trois phases de solidarité sociale reliées aux défis de la longévité). L'implication personnelle des personnes âgées qui, à chaque étape de leur vie, créent la société au sein de laquelle elles vivent et ne font pas seulement partie d'une société pour eux est une innovation fondamentale. Les domaines de la Santé et de l'Education et, surtout de l'Apprentissage tout au long de la vie méritent une étude approfondie et seront au coeur de notre Présentation au Congrès de Liege.

P087

La personne de confiance en médecine générale en France : Enquête nationale auprès de cent-huit médecins généralistes

*R. Daire*¹, *C. Naline*², *A. De Malherbe*², *O. Tashchyan*², *T. Cudennec*², *L. Aubert*², *A. Sefssafi*², *M. Bringuier*², *L. Teillet*², *S. Moulias*²

¹Unité de Court Séjour Gériatrique - Hôpital Ambroise Paré - Maisons-Alfort - France

²Unité de Court Séjour Gériatrique - Hôpital Ambroise Paré - Boulogne-Billancourt - France

Introduction : La Loi du 4 mars 2002 introduit la personne de confiance pour accompagner le patient dans son parcours de soin, ou être consultée s'il ne peut exprimer sa volonté. Sa désignation, obligatoirement proposée à l'hôpital, est moins intégrée en ville. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'expérience du dispositif en médecine générale, les objectifs secondaires d'évaluer

sa pertinence, ses modalités, bénéfiques et limites. Matériel et méthodes : Enquête descriptive, quantitative et qualitative, par un questionnaire adressé aux médecins généralistes français. Résultats : L'âge moyen des 108 répondants était 49,6 ans. Si 91 % des médecins connaissaient la notion de personne de confiance, 62 % se considéraient insuffisamment informés et 89 % estimaient les patients mal informés. Le dispositif était peu utilisé, parallèlement à son absence de clarté pour 47 % des médecins. Deux-tiers considéraient le dispositif adapté à la médecine générale. Partagés sur la pertinence d'une consultation dédiée, 67 % des médecins privilégiaient une information ciblée, dans les situations de fragilité médicale, cognitive ou sociale. 86 % estimaient le consentement de la personne de confiance indispensable. Les médecins étaient demandeurs d'un suivi des désignations hospitalières. Quarante médecins exprimaient des réserves sur la capacité de désignation du patient. Les réserves juridiques (32,4 %), sur la pertinence (31,5 %) et les modalités du dispositif (35 %) étaient majorées par l'absence de clarté du dispositif pour les médecins. Le dispositif paraissait bénéfique pour le patient, l'entourage et le médecin, mais limité par son caractère chronophage (67 %) et la fiabilité du témoignage de la personne de confiance (60 %). Discussion : Les résultats confirment l'intérêt, malgré ses limites, d'une désignation en médecine générale, préférentiellement en amont de troubles cognitifs ou d'une situation critique. Conclusion : Le dispositif est sous-utilisé et méconnu mais perçu comme pertinent en médecine de ville. Une documentation ciblée et une information du public faciliteraient sa mise en place.

P088

Politique d'horaire d'ouverture d'un service de gériatrie aiguë aux familles

A. de Malherbe¹, R. Daire¹, A. Sefssafi¹, C. Naline¹, M. Bringuier¹, O. Taschyan¹, T. Cudennec¹, L. Aubert¹, L. Teillet¹, S. Moulias¹

¹Gériatrie - Ambroise Paré - Boulogne-Billancourt - France

Introduction : La jurisprudence « Chantal Nobel » découlant de l'arrêt de la cour d'appel de Paris du 17 mars 1986 donne à la chambre d'hôpital le statut de domicile privé au patient y résidant. L'article 13 de la déclaration universelle des droits de l'Homme affirme que toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un Etat. Objectif : L'objectif de l'étude était de mener une réflexion d'équipe sur les horaires de visite pour les familles en unité de gériatrie aiguë à l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne-Billancourt. Méthode : On réalisait douze entretiens dirigés auprès de médecins, infirmières, et aide soignantes, d'une psychologue et d'une juriste. On distribuait des questionnaires sur le même sujet à l'ensemble de l'équipe soignante. On réalisait une analyse de contenu de ces entretiens et questionnaires. Résultats : Pour les soignants, l'ouverture du service 24h/24 pourrait permettre de rassurer patients et familles. Elle pourrait permettre au patient de mieux accueillir ses proches, et de mieux respecter ses droits. Elle pourrait aussi accorder aux familles plus de liberté dans leurs allers et venues. Elle favoriserait le lien entre les soignants, les familles, et les patients. Restaient posées les questions de la liberté du patient vulnérable à consentir à ces visites, du manque de temps dont disposent les soignants auprès

des familles, et de la gestion de la violence à l'hôpital. Conclusion : Les soignants étaient lors des entretiens globalement favorables à l'ouverture du service 24h/24 aux familles dans un souci du mieux-être du patient. Ils exposaient certaines limites comme la peur que leur travail ou que leur personne soit moins respecté. L'étude prospective sur le ressenti des familles, patients, et soignants à l'ouverture du service 24h/24 aux visites permettrait de répondre à certaines questions.

P089

L'usage et l'utilité des outils domotiques dans le quotidien des aînés à domicile en milieu rural

M. Salles¹

¹Cahire de recherche du Canada sur l'intégration des services gérontologiques - Centre de recherche sur le vieillissement - Sherbrooke - Canada

Introduction : La domotique et plus globalement les gérontechnologies sont relativement présentes dans les adaptations possibles de l'habitat. Elles tendent à augmenter le temps à domicile selon une approche raisonnée de réduction ou prévention des risques. Mais selon les personnes aînées quels usages et utilité des dispositifs domotiques ont-ils dans leur quotidien ? Matériel et méthode : Nous avons renouvelé auprès de 15 personnes aînées un entretien semi directif (collecte en janvier et en juin). Celles-ci sont recrutées parmi les participants d'une recherche en milieu rural sur la prévention des chutes incluant les dispositifs domotiques (ESOPE). L'équipement relativement standard (téléassistance, détecteurs de fumées, sonorisation de l'espace...) s'ajuste au mieux à la personne et à son environnement. La recherche expérimentale s'étend sur une année donnant lieu à trois temps de mesures médicales, et technologiques et à deux entretiens sociologiques. Dans ce dernier contexte nous avons entendu, chez elles, les personnes après six mois et un an d'aménagement domotique de leur quotidien. Ces investigations à domicile ont permis de rencontrer les aidants familiaux et professionnels significatifs pour les aînés. Résultats et Discussion/conclusion : L'usage attendu par les concepteurs ou les prescripteurs des outils domotiques n'est pas l'usage réel tel qu'il se traduit dans le quotidien des personnes. En cela, les utilisateurs adaptent ou détournent les dispositifs domotiques de leur finalité initiale selon leurs besoins. Ces besoins sont variables dans le temps (à la semaine, à la journée voire selon les heures). Fil à la pâte pour les aînés, les instruments domotiques sont intrusifs dans leur quotidien. Pour les aidants, tant familiaux que professionnels, ils rassurent et constituent une continuité (virtuelle) autour de la personne. La sécurisation des aidants augmente l'adhésion des aînés dans l'acceptation des dispositifs, adhésion qui passe par l'adaptation.

P090

Home Alert-un Système de prévention et de détection des chutes basé sur la reconnaissance gestuelle

J. Laurent-Michel¹, F. Casado², J. Lemper³

¹Anesthésie - CHIREC - Bruxelles - Belgique

²ingénieur - vr4smile - Bruxelles - Belgique

³Gériatrie - CHIREC - Bruxelles - Belgique

Introduction : Assurer la survie du système de soins de santé est un enjeu majeur pour notre société. La commission européenne nous engage à explorer les pistes E-Health et les technologies domotiques afin de soutenir l'autonomie des personnes âgées. Nous devons tendre au « bien vieillir » et au « mieux soigner ». Nous développons un outil de prévention et de détection des chutes de la personne âgée basé sur une technologie de reconnaissance gestuelle. Nous nous proposons ici de relater les étapes de conception et la méthodologie de développement de home Alert. Matériel et méthode : Nous définissons avec le personnel soignant les spécifications technologiques et ergonomiques de l'outil. Nous avons donc interrogé un panel d'infirmières et de kinésithérapeutes suivant un questionnaire standardisé portant sur la prise en charge des chutes. Un prototype de caméra intelligente basé sur l'analyse de la « map des profondeurs » a été réalisé. Après avoir encodé les facteurs de risque de chute du patient, la caméra transmet des données brutes à un comparateur (un serveur). Ce serveur transmet l'alerte adéquate au terminal qui se trouve dans la poche de l'infirmière. Pour la réalisation de l'interface, nous procédons selon des itérations courtes consistant en l'alternance de tests sur le terrain et de période de développement informatique. Résultats : Cette étude qualitative préliminaire nous a permis de circonscrire les axes de développement et de définir un algorithme de détection. Des outils connexes au système de détection doivent être mis en place (un Serious Game pour sensibiliser le patient et une solution d'E-Learning pour former le soignant). Conclusion : Une étude qualitative préliminaire et un prototypage rapide permettent de définir des bases solides pour un développement technologique en accord avec les besoins des utilisateurs. Cette première étude nous invite à entamer un protocole multicentrique et randomisé.

P091

VEADISTA: Veille à distance et alerte intelligente

J. Turpin¹, G. Sacco², C. Vuagnoux³, L. Boscher³, M. Demory⁴, O. Guerin⁵

¹Service de Soins de Suite et de Réadaptation - Centre Hospitalier Universitaire Nice - Nice - France

²CMRR - CHU Nice - Nice - France

³Centre d'Innovation et d'Usage en Santé - CHU de Nice - Nice - France

⁴Université Nice Sophia Antipolis - Université de Nice - Sophia Antipolis - Nice - France

⁵Service de Gériatrie aiguë - CHU Nice - Nice - France

Introduction : Le projet VEADISTA (Veille à distance et alerte intelligente) vise le développement d'une solution technologique, à bas coût, pour la veille à distance de patients fragiles ou présentant des maladies chroniques. Cette solution se caractérise par un système d'alertes automatisées et qualifiées pour l'analyse de données physiologiques permettant une prise en compte, au plus tôt, de problèmes de santé ce qui en limite les conséquences. La solution technologique se présentera sous la forme d'un patch qui permettra de déterminer la fréquence cardiaque et la température corporelle. Matériel et méthode : Le projet VEADISTA se déroule en plusieurs phases réparties entre les différents acteurs du projet (Société Oberthur, Société Entr'ouvert, laboratoire IM2NP, Société Stid, CIU-santé) et qui vont de la spécification des cas d'usage,

au développement des capteurs et de l'architecture RFID jusqu'à l'étape de validation clinique et d'analyse des données. Les cas d'usages retenus pour le monitoring de la fréquence cardiaque correspondent à des situations cliniques variées allant de la prise en charge du patient présentant une insuffisance cardiaque chronique, au diagnostic de troubles du rythme cardiaque ou de malaises atypiques. De plus, le monitoring à distance de la température ouvre de nombreuses possibilités dans une approche sémiologique et épidémiologique de la fièvre jamais réalisée hors des services de réanimation. L'étape clinique de validation de la technologie VEA-DISTA débutera en mai 2015 et reposera sur une expérimentation clinique sur des patients dont le profil dépendra du cas d'usage choisi. Résultats : Les premières étapes du projet ont été achevées et les résultats ultérieurs seront présentés en fin de projet. Conclusion : Le patch développé dans ce projet apparaît comme une solution innovante et utile pour le monitoring de la fréquence cardiaque et de la température, de patients fragiles ou présentant des pathologies chroniques.

P092

Évaluation de l'utilisabilité d'un calendrier électronique pour les personnes âgées avec la maladie d'Alzheimer

H. Pigot¹, Y. Adeline¹, G. Dahine², L. Gagnon²

¹Département d'informatique - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

²Département de psychologie - Centre de recherche sur le vieillissement - Sherbrooke - Canada

Introduction : Le maintien de l'autonomie des personnes âgées à domicile à l'aide des nouvelles technologies est un enjeu majeur dans nos sociétés modernes surtout dans le cas d'atteinte cognitive telle que la maladie d'Alzheimer. Cette recherche vise à évaluer l'utilisabilité du calendrier électronique AMELIS pour cette population afin de faciliter l'organisation des activités de la vie quotidienne. Cette étude se déroule en deux phases. Dans la phase 1, sept personnes âgées sans troubles cognitifs ont participé à l'étude afin de déterminer si le calendrier était facile d'utilisation pour cette cohorte. Dans la phase 2, cinq personnes âgées avec la maladie d'Alzheimer ont participé à l'étude en utilisant la version améliorée du calendrier suite à la première phase. Résultats : Cette étude d'utilisabilité indique que le calendrier AMELIS est perçu par la majorité des participants comme un outil électronique facile d'utilisation et proche du calendrier papier. Onze des douze participants souhaiteraient avoir ce calendrier à leur domicile pour les aider dans l'organisation de leur emploi du temps. Cependant, l'entrée d'informations dans AMELIS est le point majeur à améliorer pour l'ensemble des participants. Ces résultats démontrent que le calendrier AMELIS est une technologie d'assistance facile d'utilisation autant par les personnes âgées sans troubles cognitifs que par celles avec la maladie d'Alzheimer. Discussion/Conclusion : Cette étude nous a permis d'identifier l'adéquation entre les capacités des personnes âgées avec Alzheimer et les propriétés du calendrier AMELIS. Chaque catégorie de participants nous a fourni de précieuses informations sur les ajustements à apporter pour améliorer l'utilisabilité du calendrier. La prochaine étape consiste à évaluer de façon écologique l'usage au quotidien d'AMELIS au domicile des personnes âgées avec Alzheimer.

P093**De la créativité des personnes âgées à celle des technologues : la conception participative d'une technologie d'assistance pour la cognition***J. Bauchet¹, V. Rialle¹*¹Laboratoire AGIM CNRS FRE3405 - Université Joseph Fourier - Grenoble - France

Introduction : Un technologue peut-il innover dans le domaine des technologies d'assistance pour la cognition (TAC) sans échanger avec les utilisateurs potentiels, personnes âgées et aidants ? La littérature nous démontre la complexité des problématiques d'acceptation et d'adoption des TAC. Elle conclut sur la nécessaire interaction avec ces personnes. Pour autant, peu osent cette aventure humaine. Dans le cadre du projet AAL MyGuardian (2012-2015) portant sur l'aide aux activités hors domicile, une démarche de conception participative est mise en œuvre. Les binômes personne âgée MCI/aidant deviennent experts au même titre que les technologues et prennent part au processus de décision. Une des difficultés est d'assurer la fertilité des échanges. Matériel et méthode : Deux séances de conception participative ont été réalisées avec 3 binômes. La première porte sur les activités hors domicile. Des maisonnettes sont utilisées comme objets médiateurs, afin de co-construire l'environnement extérieur des personnes, d'y situer leurs activités et les difficultés associées. Une analyse thématique est réalisée. La seconde vise à introduire l'assistance technologique alors imaginée. Un storyboard met en scène un binôme fictif. Les photographies utilisées reprennent le principe du design invisible : la technologie est présente (un Smartphone) mais sans être explicitée (l'écran du Smartphone n'est pas montré). Le but est de faire réagir sur l'utilité et l'intention d'utilisation de la TAC dans le contexte illustré. L'utilisabilité n'est pas véritablement abordée à ce stade. Résultats et discussion : La méthode est appréciée des binômes qui s'expriment facilement. Au final, 4 fonctionnalités d'assistance ont été identifiées. Bien que non nouvelles, leur compréhension est différente. On passe d'un développement guidé par la technologie (par exemple, géolocaliser pour alerter) à un développement guidé par l'humain (rassurer en s'appuyant sur la géolocalisation). L'évaluation des fonctionnalités, en cours de développement, montrera si ces nuances résultant de la méthode participative favorisent l'acceptation des TAC.

P094**Faciliter l'utilisation des téléphones cellulaires pour les personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer***H. Pigot¹, H. Lefumat¹, H. Imbeault², L. Gagnon³, N. Bier⁴*¹Département d'informatique - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada²Cliniques externes - CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada³Département de psychologie - Centre de recherche sur le vieillissement - Sherbrooke - Canada⁴Ecole de réadaptation - Université de Montréal - Montréal - Canada

La maladie d'Alzheimer (MA) est une maladie dégénérative qui affecte les fonctions cognitives provoquant notamment des difficultés à se rappeler des activités et rendez-vous inscrits dans l'emploi du temps. Les agendas sur papier montrent des limitations : pas de rappel automatique des rendez-vous et informations inscrites par la personne avec MA difficilement lisibles. Disponible sur téléphone intelligent, la gérontechnologie AP@LZ a pour but de remédier à ces difficultés d'organisation en offrant les renseignements indispensables pour gérer son emploi du temps, appeler ses proches ou accéder à ses informations personnelles et médicales. Le cycle de développement d'une gérontechnologie nécessite de s'assurer de son utilisabilité. L'objectif de cette étude était d'analyser si les personnes âgées étaient capables de comprendre et d'utiliser AP@LZ. Une étude a été menée auprès de 14 personnes âgées sans troubles cognitifs et 8 personnes avec MA. Pendant une séance de deux heures, les participants réalisaient des scénarios sur les principales fonctions et versions d'AP@LZ. La capacité des personnes à apprendre à utiliser les différentes rubriques a été vérifiée pendant le test. Les résultats montrent que pour les personnes âgées sans troubles cognitifs, AP@LZ était très facile d'utilisation. Les personnes avec MA comprenaient facilement les informations relatives à leur quotidien, mais éprouvaient plus de difficulté pour les symboles et les manipulations reliés au domaine informatique. La comparaison entre les versions a permis de choisir la mieux adaptée pour les personnes avec MA. Cette étude montre qu'il est possible de réaliser des tests d'utilisabilité auprès de la clientèle avec MA en prenant quelques précautions quant au scénario, à la cotation et à la fatigue générée. Le complément d'information apportée par la comparaison des performances avec des sujets âgés sans troubles cognitifs permet d'analyser plus finement les difficultés rencontrées par les personnes avec MA et d'ajuster les technologies au besoin.

P095**Le risque de sortie non-autorisée des personnes âgées institutionnalisées : étude des besoins technologiques pour les établissements médicalisés***G. Pisica Donose¹, R. Vadanic², A. Floriot³, F. Barthelemy³*¹Médical - DomusVi - Suresnes - France²DU - Université PARIS 6 Pierre et Marie Curie - Paris - France³Expertise et Soins - DomusVi - Suresnes - France

L'obligation de sécurité des résidents impose aux établissements pour personnes âgées dépendantes de prendre des mesures préventives et de détection rapide des situations de fugue ou de sortie non prévue. Choisir un système pour réduire le risque de fugue est une tâche difficile car elle suppose une démarche de soin éthique, puis est liée à des investissements et/ou des coûts d'abonnements potentiellement importants. L'objectif de notre étude est d'aider dans le choix des solutions techniques (fiables et facilement gérées par le personnel) pour assurer une meilleure sécurité des résidents avec troubles cognitifs sans porter une atteinte excessive aux droits et libertés des personnes. Méthode : Rencontre avec un groupe de travail formé de directeurs, infirmières, psychologues, rééducateurs et médecins coordonnateurs. Rédaction et envoi de questionnaires spécifiques dans

plusieurs établissements pour identifier les systèmes déjà existants et avoir un retour d'expérience des utilisateurs. Résultats : Les questionnaires ont été remplis par le directeur ou le médecin coordonnateur des établissements qui ont déjà utilisé des technologies de prévention/géolocalisation des sorties non autorisées. Toutes les résidences interrogées ont été confrontées à des tentatives de fugue parfois réussies : entre 2 et 6 /an/résidence. 100 % ont sécurisé la sortie avec des digicodes, 20 % ont pris des mesures de surveillance renforcée avec alarme et 20 % avec vidéosurveillance. 40 % des établissements se sont équipés de technologies de géolocalisation mais tous à la suite de tentatives ou fugues depuis l'admission. Profil des résidents cibles des dispositifs : physiquement valides, ayant déjà fugué, avec troubles cognitifs, signalés par la famille ou par le personnel, connus comme désorientés et déambulants. Conclusion Pour le choix d'un système il faut se pencher en équipe pour définir ceux qui répondront le mieux à chaque cas et qui s'intégreront dans le projet d'établissement et dans le projet personnalisé de soins et d'accompagnement du résident.

P096

Quelques résultats préliminaires du projet européen HOST dans sa partie française

S. Brignoli¹, J. Sablier¹, B. Boudin¹, L. Ben Ahmed¹, V. Rialle¹

¹Laboratoire AGIM - UJF - Grenoble - France

Introduction : Le projet européen HOST (Smart technologies for self service to seniors in social housing, type AAL) visait à expérimenter un modèle européen de "logement connectés" pour le lien social. La présente étude porte sur la partie française, avec notamment un logiciel de communication sociale (HOST-Comm) sur tablette tactile iPad®. Matériel et méthode : 37 personnes âgées (24 F, 13 H ; âge moyen : 71 ans, é.t. : 5 ans) incluses sur le critère d'âge > 60 ans et statut de locataire en logement social. Entretien semi-directif avant utilisation (sur 6 mois environ), composé notamment d'échelles standardisées. Puis entretiens téléphoniques avec les participants après plusieurs semaines d'usage afin d'analyser leur prise en main de l'outil et cerner les difficultés rencontrées. Résultats : Près de 120 entretiens et 400 appels téléphoniques. Les personnes (toutes retraitées) qui utilisaient l'ordinateur et Internet avant d'entrer dans le projet le faisaient principalement dans le but de s'informer, découvrir (92 %) et échanger (76 %). 74,3 % estiment que l'utilisation de l'outil est un moyen permettant d'entretenir ses relations interpersonnelles. 37,8 % des participants rencontrent d'importantes difficultés dans la prise en main de la tablette et du logiciel, allant pour certains jusqu'à demander une nouvelle formation. Les principales activités réalisées sur la tablette sont les jeux (pour 67,6 %), les e-mails (64,5 %) et les recherches (59,5). Discussion/conclusion : Les personnes peuvent renforcer leur lien social à travers des échanges (messagerie, visiophonie) notamment avec des proches souvent éloignés. Ils révèlent cependant que l'accompagnement tout au long de l'apprentissage est important, ce qui n'était pas dans les hypothèses initiales du projet HOST. Enfin, il est difficile de confirmer que l'outil permet de réduire le sentiment d'isolement des personnes, laissant ainsi ouverte la question de savoir quelles sont les solutions ou actions de prévention du sentiment d'isolement qu'il serait utile de mettre en place.

P097

L'actigraphie de poignet : un moyen d'analyse des perturbations du rythme circadien en unité psycho-gériatrique

D. Gillain¹, C. Lejeune², L. Farag³, A. Dejace⁴, C. de Landsheere⁵, N. Gillain⁶, S. Adam⁷, J. Petermans⁸

¹Service d'information médico-économique - CHU de Liège - Liège - Belgique

²Service de Gestion du Système d'Information - CHU de Liège - Liège - Belgique

³Comité scientifique - Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège - Liège - Belgique

⁴Direction générale - Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège - Liège - Belgique

⁵Direction médicale - Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège - Liège - Belgique

⁶Département des sciences de la santé publique - Université de Liège - Liège - Belgique

⁷Département Psychologies Cliniques et Systèmes Humains - Université de Liège - Liège - Belgique

⁸Département de gériatrie - CHU de Liège - Liège - Belgique

Introduction : Le but principal de cette étude est de réaliser une analyse qualitative et quantitative de l'activité de patients hospitalisés en unité psycho-gériatrique à l'aide d'un actimètre. Un actimètre est un dispositif constitué d'un accéléromètre ou de tout autre système permettant de quantifier le mouvement et d'un système d'enregistrement dans un petit boîtier porté en général au poignet permettant d'enregistrer des mouvements pendant plusieurs jours. Matériel et méthodes : Le choix du dispositif s'est porté sur la montre Wellness de la société Finlandaise Vivago® dans un partenariat avec sa filiale française. L'étude s'est déroulée en unité d'hospitalisation de la Clinique psycho-gériatrique du Pèri, Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège (ISoSL). Résultats : Cette étude est toujours en cours mais nous avons déjà collecté, à ce jour, les données complètes du séjour hospitalier de 19 patients. Des données actigraphiques, on a extrait divers indicateurs tels que la durée moyenne de sommeil, le nombre de périodes de sommeil et de réveils (Wake After Sleep Onset) comme indices de fragmentation, le rythme circadien etc. . . Ces indicateurs sont mis en relation avec des données comme les événements cliniques, les traitements pharmacologiques et des échelles d'évaluations fonctionnelles (ADL, IADL). Au niveau psycho-gériatrique, le MMS permet de comparer des groupes de patients à différents stades de déficience cognitive. Les patients sont considérés à risques de déambulation et de chute en fonction des scores obtenus par l'Algase Wandering Scale (AWS). Enfin, les états délirants sont repérés grâce à la Confusion Assessment Method (CAM). Conclusions : Les études actimétriques sont prometteuses dans l'objectivation des perturbations des cycles nyctéméraux des patients âgés. L'analyse des perturbations des phases de veille pourrait également détecter des signaux d'alerte d'événements tels que les chutes. La compréhension des graphiques devrait être améliorée grâce à l'analyse statistique et plus particulièrement à l'application de techniques des statistiques circulaires.

P098

Comprendre les modes de fonctionnement des comités des usagers du Québec dans la lutte contre la maltraitance envers les aînés : défis théorique et méthodologique

M. Bédard¹, M. Beaulieu², É. Gagnon³

¹Étudiante au Ph.D. en gérontologie - Université de Sherbrooke (CSSS-IUGS) - Sherbrooke - Canada

²Professeure Titulaire, Faculté des lettres et sciences humaines et Titulaire, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées - Université de Sherbrooke et Centre de recherche sur le vieillissement - Sherbrooke - Canada

³Chercheur d'établissement et Département de médecine sociale et préventive - CSSS de la Vieille-Capitale et Université Laval - Québec - Canada

Introduction : L'étude des modes de fonctionnement des comités des usagers (CU), un des mécanismes de lutte contre la maltraitance envers les aînés, dans le système sociosanitaire québécois, soulève des défis théorique et méthodologique qui méritent attention. Méthode : Les défis théoriques furent identifiés lors d'une recension systématique critique des articles scientifiques (évalués par des pairs) traitant de la défense des droits des aînés (dda), publiés en anglais ou en français entre 2000 et 2012 et répertoriés dans des banques de données informatisées (n = 113). D'autres défis ressortirent de la planification de la méthodologie de l'étude réalisée suivant les huit étapes décrites dans le guide L'étude de cas comme méthode de recherche (Gagnon, 2005), soit un manuel opérationnel permettant d'assurer et de vérifier la rigueur de la démarche de recherche. Résultats : Les défis théoriques ont trait à la méconnaissance et à l'interprétation des droits ; à la reconnaissance des actes de maltraitance ; à la multidimensionnalité, à la subjectivité et au possible caractère systématique de la maltraitance ; à l'hétérogénéité dans la compréhension et l'application du mandat des CU et de leur rôle de représentation dans la dda. Les défis méthodologiques ont trait aux rapports qu'ont les différents participants entre eux (ex. CU et questionnaires) et leur interférence ; au caractère évolutif des relations ; à la non dénonciation des situations jugées préjudiciables relativement à la crainte des représailles ; mais également, au choix du devis de recherche qualitatif et aux biais du chercheur dans la collecte et l'analyse des données. Conclusion : L'identification de ces défis offre la possibilité de préciser les construits théoriques, d'établir le devis de recherche le plus approprié pour comprendre la prise en compte des situations de violations de droits et de gérer au mieux les sources potentielles de biais dans l'étude des modes de fonctionnement des CU.

P099

L'utilisation des services de santé par les victimes de violence familiale

S. Gontijo-Guerra¹, C. Lamoureux-Lamarche¹, H. Vasiliadis¹, M. Préville¹

¹Centre de recherche - Hôpital Charles-Le Moyne (CR-HCLM) - Université de Sherbrooke - Longueuil - Canada

Introduction : La violence familiale envers les personnes âgées est reconnue comme un problème majeur autant au plan social que de la santé publique. Elle est fréquemment associée à la détresse psychologique et à un risque élevé de mortalité. Toutefois, l'effet de la violence familiale sur l'utilisation des services de santé reste encore peu clair. Matériel et méthode : Les données proviennent de l'étude l'ESA (Étude sur la Santé mentale des Aînés)-Services, une enquête transversale réalisée auprès d'un échantillon probabiliste de personnes âgées de 65 ans et plus (n = 1 765) qui ont été recrutées à l'occasion de leurs visites médicales dans des cliniques médicales générales. Une adaptation de l'échelle 'Revised Conflict Tactics Scale' (CTS2) a été utilisée pour mesurer la violence familiale. Les services de santé, y compris les visites ambulatoires, les hospitalisations, et les visites aux urgences, ont été identifiés à partir des banques de données administratives. Des modèles de régression de Poisson seront utilisés pour évaluer la relation entre la violence familiale et l'utilisation des services de santé, tout en contrôlant pour les variables démographiques et socio-économiques, les comorbidités physiques, la fonction cognitive et la détresse psychologique. Résultats attendus : Nos résultats préliminaires ont montré que 16 % des participants étaient victimes de violence familiale et nous estimons que leur utilisation des services de santé soit plus élevée par rapport à ceux qui ne sont pas victimes. De plus, nous attendons à ce que la force de l'association entre la violence familiale et les différents sous-types des services de soins de santé (hospitalisation, soins ambulatoires et urgences) sera différente. Discussion : Améliorer la compréhension sur la manière dont les victimes de violence familiale utilisent les services de santé contribuera à la planification des stratégies visant à protéger et promouvoir leur santé.

P100

Les duos de policier et d'intervenant psychosocial : une pratique innovante pour contrer la maltraitance envers les aînés

M. Beaulieu¹, J. Loock¹, S. Garon¹, Y. Couturier¹

¹Centre de recherche sur le vieillissement - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

Introduction : La lutte contre la maltraitance envers les aînés appelle un travail intersectoriel qui pose des défis éthiques et organisationnels. Notre étude Arrimage (2012-2015) vise à modéliser ce travail entre intervenants des milieux de la santé, des services sociaux, associatifs et policiers du Nord-Est de Montréal. Cet exposé met l'accent sur une innovation aucunement documentée dans la littérature scientifique : le travail en duo entre un policier et un intervenant psychosocial en vue de détecter, intervenir et suivre des aînés en situation de maltraitance. Méthode : Cette recherche-action (Yin, 2013, comprenant un comité de partenaires issus des différents secteurs d'intervention, s'appuie sur diverses collectes de données. Un inventaire des pratiques actuelles, des défis rencontrés et des liens entre les partenaires (2 groupes de discussion, 11 entrevues individuelles et 11 questionnaires) est complété. Depuis l'automne 2013, une étude de cas (sur 13 mois) permet de documenter l'action de 3 duos couvrant des territoires différents et dont l'ancienneté varie (entrevues individuelles et

en duos ; observations d'intervention et de leur participation aux instances partenariales). Les analyses sont thématiques (Paillé et Mucchielli, 2008). Résultats : Les instances partenariales jouent un rôle dans la genèse, le soutien et le suivi des interventions en duo dont les méthodes d'intervention et de fonctionnement différent selon les territoires. La complémentarité est un facteur de réussite pour résoudre des situations complexes : la police joue un rôle dissuasif pour l'agresseur, persuasif pour établir des protections autour de la personne en danger, et facilite l'accès aux personnes isolées. L'intervenant social apporte une approche psychosociale globale et facilite l'accès et l'organisation des services pour l'aîné (santé et sociaux, associatif, judiciaire, etc.). Discussion/Conclusion : Plusieurs défis s'articulent dans l'action : confidentialité, ententes entre organismes ou entre individus qui se connaissent, etc. Cette innovation peut être diffusée, car elle est adaptable à différents territoires.

P101

L'intervention policière auprès des aînés en situation de maltraitance

M. Beaulieu¹, M. Coté², J. Looock³, N. Lavoie⁴, C. Rousset⁴, M. D'Amours³, V. Courville⁴, O. Ameris³

¹Centre de recherche sur le vieillissement - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

²Cheffe de la section de la recherche et de la planification - Service de police de la ville de Montréal - Montréal - Canada

³Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

⁴Recherche et planification - Service de police de la ville de Montréal - Montréal - Canada

Introduction: Rarement interpellés lors de situations de maltraitance envers les aînés, les policiers peuvent jouer un rôle important en prévention (sensibilisation, conseils de prévention), détection (repérage d'aîné violentés ou négligés) et suivi de situation (enquête, avis au directeur des poursuites criminelles et pénales, etc.). Les policiers sont peu préparés à de telles actions. Notre étude (2013-2016) vise à développer un modèle de pratique policière pour contrer la maltraitance envers les aînés. Cette communication expose les résultats à 2 objectifs: 1- documenter la pratique policière en matière de maltraitance envers les aînés; 2- documenter les besoins des policiers du Service de police de la ville de Montréal (SPVM) concernant le dépistage, le suivi et la collaboration intersectorielle; Méthode: 1er objectif: analyse thématique et de contenu de a) recension des écrits scientifiques sur les pratiques policières, b) inventaire des pratiques d'autres services policiers, c) entrevues auprès des membres du Comité Vigie-aînés du SPVM (n=8). 2e objectif: sondage auprès de tous les policiers du SPVM (n=plus de 3000). Les analyses sont descriptives. Résultats: Objectif 1: La littérature scientifique est essentiellement descriptive, les pratiques policières de formation et d'intervention (prévention, détection et suivi) n'étant pas évaluées. Plusieurs services policiers ont développé des programmes plus ou moins articulés pour rejoindre les aînés, diffusés au moyen d'une littérature grise ou lors d'échanges. Objectif 2: Le sondage révèle les limites des connaissances des policiers sur la maltraitance, les diverses pratiques d'intervention déjà en cours, la

formation reçue à ce jour (quasi inexistante au sujet des aînés) et les besoins actuels et anticipés dans un Québec vieillissant. Discussion/Conclusion: La prochaine étape consiste à monter un programme de formation, des outils et à les implanter. Au final, les policiers seront mieux habilités à reconnaître de telles situations et à y intervenir.

P102

Contention physique passive: évaluation des pratiques en EHPAD

A. Pélisset¹, A. Durocher¹, F. Puisieux¹

¹Clinique de gérontologie - CHRU de Lille - Lille - France

Introduction: La contention physique passive est un facteur important dans la qualité de la prise en charge des patients âgés en institution. Elle est une nécessité dans certains cas pour protéger le patient, mais peut entraîner des conséquences délétères et irréversibles. L'objectif de l'étude est d'évaluer les pratiques de la contention physique passive dans 20 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du Nord-Pas-de-Calais, selon le référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS) (2000). Méthode: Audit clinique sur 632 sujets âgés de plus de 65 ans, hébergés en EHPAD. Méthodologie identique à celle d'audits du même type menés en 2002 et 2008. Résultats: La prévalence de la contention est de 45,7 % en 2011, stable par rapport à 2008 (45,7 %, p < 0,05). La population contenue se caractérise par un degré de dépendance et une altération cognitive significativement plus importante que la population non contenue. Les barrières de lit sont utilisées chez 97,6 % des sujets, 65,7 % n'ayant que ce moyen de contention. L'emploi de moyens non spécifiques est progressivement abandonné au profit de matériel adapté. La crainte de la chute demeure le principal motif de prescription (93,1 % des cas), chez des sujets déments (65,1 %). La contention est décidée par le médecin ou par une équipe pluridisciplinaire dans 75,7 % des cas. Les pratiques professionnelles sont bonnes concernant la traçabilité de la prescription (64,4 % de prescription écrite dont 64,1 % motivée), la traçabilité de la surveillance (48,1 %), l'information du sujet âgé (67,8 %) et ses proches (69,1 %). Conclusion: La prévalence de la contention est stable. Les professionnels de santé concernés, sensibilisés aux questions que soulève cette pratique, intègrent davantage les propositions de la HAS. Des progrès sont encore possibles, nécessitant pour cela de poursuivre la formation des professionnels concernés dans un souci d'interdisciplinarité.

P103

La maltraitance commise par des proches envers les aînés en hébergement: émergence d'une problématique peu documentée

C. Pelletier¹, M. Beaulieu²

¹Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

²Faculté des lettres et sciences humaines - Université de Sherbrooke/Chaire de recherche sur la maltraitance envers les aînés/Centre de recherche sur le vieillissement CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada

Introduction : La maltraitance envers les aînés en hébergement, sujet de préoccupations sociales depuis plus de 30 ans (Gouvernement du Québec, 2010), est peu étudiée lorsque commise par des proches plutôt que par du personnel ou des conditions organisationnelles. Cette étude a pour but de dresser une recension systématique des écrits sur le sujet de la maltraitance commise par des proches en milieu d'hébergement. Matériel et méthode : Recension exhaustive des écrits effectuée dans des banques de données francophones (Repère, Cairn, Érudit, Persée et Scholar Google) et anglophones (Ageline, Abstracts in social gerontology, CINHAL, Francis, Medline, Pascal, PsycInfo et SOC INDEX with full text). Les termes de recherche en français sont : personnes âgées/aînés ; proches/famille/amis ; maltraitance/abus/violence/négligence ; hébergement/institution. Les termes de recherche en anglais sont : elder/older ; family/friend ; abuse/mistreatment/violence/neglect ; institution/long term care/nursing home. S'ajoutent 2 critères : 1) publiés de 2003 à 2013 ; 2) publiés en anglais ou en français, Résultats : n (initial) = 518. 1. La maltraitance de type systémique-organisationnel et celle commise par le personnel en hébergement sont les plus documentées. 2. La problématique de la maltraitance entre résidents est en émergence. 3. Les travaux recensés décrivent le phénomène et proposent peu de pistes pour le contrer. Discussion/conclusion : Il est difficile de donner un portrait juste de la maltraitance vécue par les personnes âgées, car il existe peu de recherches empiriques scientifiquement crédibles au sujet de la maltraitance en établissement (Lachs et Pillemer, 2004). Cette recension des écrits a permis d'identifier qu'il existe un manque à combler concernant la maltraitance commise par les proches envers les aînés en contexte d'hébergement. C'est pourquoi il est important de sensibiliser les intervenants au fait que l'hébergement ne doit pas être considéré comme l'alternative « sans faille » à la maltraitance vécue à domicile, mais plutôt qu'ils doivent intervenir en amont pour la faire cesser.

P104

Vision des professionnels sur la contention physiques

S. Moulias¹, B. Rul², P. Gaurier³, A. Abel³, M. Derome³, I. Dufour³, J. Norès³

¹Département de gériatrie aiguë - Site Ambroise Paré, GHU Paris Ile de France Ouest, APHP - Boulogne - France

²Groupe d'Intérêt Ethique (GIE) - GHU PIFO, APHP - Garches - France

³Groupe d'Intérêt Ethique (GIE) - GHU PIFO, APHP - Boulogne - France

La contention physique passive est censée être prescrite suivant certaines règles, comme la prescription écrite, la réévaluation quotidienne et la prise de décision pluridisciplinaire. A l'occasion d'une formation ouverte à tous, nous avons fait une étude qualitative, visant à évaluer les images et les définitions associées à la contention physique. Sur 77 réponses, les images sont très dures (violence, prison 50 %) avec une idée minoritaire de prévention des risques (20 %). 80 % se disent bien informés, connaissent les règles et ont déjà posé une contention. Plus de 80 % pensent que la contention devrait être mieux encadrée.

P105

Les lignes d'écoute pour lutter contre la maltraitance envers les aînés : un dispositif répandu, mais peu documenté

M. Beaulieu¹, J. Bergeron¹, N. Berg²

¹Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS - Université de Sherbrooke, Faculté des lettres et sciences humaines - Sherbrooke - Canada

²Gériatrie - CHR Citadelle Liège - Liège - Belgique

La maltraitance envers les aînés est une problématique complexe qui mobilise les gérontologues, les politiques, les intervenants... de par le monde. Dans plusieurs états, des lignes d'écoutes furent mises en place pour répondre aux besoins des aînés maltraités. Un premier état des connaissances scientifiques permet de constater que peu de choses sont documentées quant à ces lignes au sujet de 1) de leur contexte d'implantation ; 2) de leurs mandats ; 3) de leur mode opératoire (heures d'ouverture, etc.), 4) de la qualification des écoutants (bénévoles ou professionnels) ; 5) de la méthodologie utilisée et du suivi opérationnel ; 6) du profil des appelants (aînés, proches, professionnels) ; 7) de la place de ces lignes dans un plus vaste continuum de services ; 8) les résultats obtenus au moyen de cette approche spécifique d'intervention. Nous appuyant sur une recension systématique internationale des écrits, notre affiche vise à documenter ces 4 de ces 8 aspects soit a) les contextes d'implantation de ces lignes téléphoniques et leurs éventuels mandats respectifs ; b) la méthodologie utilisée et le suivi opérationnel, c) les résultats obtenus. Elle sert d'assise comparative aux affiches traitant des dispositifs de ligne d'écoute en Wallonie, au Québec, en France et en Suisse.

P106

Respect Seniors : Une aide au bout du fil...

N. Berg¹, M. Oudewater², D. Langhedries²

¹Gériatrie - CHR Citadelle Liège - Liège - Belgique

²Belgique

Le parlement Wallon a décidé de créer une agence de lutte contre la maltraitance des aînés en 2008. Cette agence, dénommée Respect Seniors, a mis en place une ligne téléphonique accessible gratuitement pour le territoire de la Région Wallonne que l'on soit une personne aînée subissant de la maltraitance, un proche, un témoin ou encore un professionnel. Méthodologie : La ligne est assurée par une équipe d'intervenants professionnels. Ceux-ci offrent une écoute, des renseignements, une orientation vers divers services et un accompagnement. L'intervention est centrée sur les souhaits de la personne âgée. La méthodologie de Respect Seniors implique une 'analyse de la demande et précise les différentes pratiques psychosociales nécessaires. Une base de données, intégrée dès le départ de la création de la ligne d'écoute, répertorie tous les appels, les suivis des intervenants et élabore des statistiques en vue de développer des réflexions sur la maltraitance. Résultats : En 2012, les relevés montrent les données suivantes. La ligne téléphonique a traité 2 527 appels 41 % proviennent des membres de la famille des présumés victimes. Près de 25 % des appelants sont des aînés qui

se disent victimes de maltraitance 71 % des appels concernent des aînés demeurant à domicile. Pour plus de 60 % des dossiers, la personne qui serait maltraitante est un membre de la famille de l'aîné. Les formes de maltraitance le plus souvent rapportées sont d'ordre psychologique et financier. Conclusion : L'analyse des données statistiques met en avant l'existence d'un grand nombre de situations de maltraitance et donc l'utilité de l'agence Respect Seniors et de sa ligne téléphonique. Ces données témoignent de la complexité de la problématique. Pour répondre adéquatement aux besoins des appelants, il est indispensable d'avoir une méthodologie précise suivie par des professionnels expérimentés. La méthodologie utilisée est inspirée entre autre de l'outil « En Mains ».

P107

La Ligue Aide Abus Aînés

M. Soulières¹, S. Israel¹

¹Ligue Aide Abus Aînés - Centre de santé et de services sociaux Cavendish - Montréal - Canada

Une réponse québécoise pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées Le contexte En 2010, le gouvernement québécois lançait le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (2010-2015). En plus de prévoir la mise sur pied d'une ligne d'intervention téléphonique professionnelle, ce plan d'action a structuré le déploiement de mesures visant le développement des connaissances, une meilleure sensibilisation du public ainsi qu'une plus grande concertation des acteurs impliqués en intervention. C'est donc dans ce contexte de reconnaissance officielle de la maltraitance en tant que problématique sociale prioritaire que le mandat de mettre sur pieds la Ligne Aide Abus Aînés (LAAA) a été confié au CSSS Cavendish - CAU. À travers sa pratique de pointe en maltraitance, ce centre de santé et services sociaux jumelé à un centre de recherche en gérontologie sociale encadre les activités cliniques offertes par ce nouveau service téléphonique. La méthodologie utilisée La LAAA, soutenue par une équipe de professionnels psychosociaux, offre à la population (personnes âgées, proches, toutes personnes concernées) des services d'écoute, d'évaluation psychosociale, d'intervention téléphonique ponctuelle ou de crise, d'orientation et référence vers les ressources appropriées. Par ailleurs, elle a aussi le mandat d'offrir de la formation et de la consultation professionnelle aux intervenants psychosociaux appelés à intervenir auprès de personnes âgées vivant de la maltraitance. Les résultats obtenus La communication permet de présenter les statistiques récentes (profil des personnes ayant contacté la ligne et des présumées victimes âgées, types de maltraitance rapportés, etc.) tirées des 3 941 appels traités en 2012. Cette même année, l'équipe de la LAAA a offert 265 consultations professionnelles aux intervenants de la province. Conclusion: Les discussions portent par ailleurs sur le rôle spécifique de la LAAA dans le continuum de services offerts aux personnes âgées vivant de la maltraitance, afin de contribuer aux réflexions communes sur la pertinence de cette forme spécifique d'intervention.

P108

Le 3977, numéro national contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés

C. Maury¹

¹France

Le 3977 a été créé en 2008 dans le cadre du Plan national de lutte contre la maltraitance. Ce système associatif s'adresse aux victimes de maltraitements, aux témoins ou aidants, particuliers ou professionnels Le dispositif repose sur une première écoute nationale et un relais local par des centres associatifs de proximité pour une écoute approfondie, une analyse et une orientation, un suivi. Méthodologie : L'écoute du 39 77 est assurée par les professionnels salariés : psychologues, travailleurs sociaux... spécialement formés à l'écoute des situations de souffrance occasionnées par la dépendance. Le recueil de la parole de l'appelant est au centre des préoccupations de l'équipe dans l'objectif d'agir en accord avec ses attentes. Les informations reçues, enregistrées sur un système d'information national sécurisé, sont transmises en temps réel au centre départemental de la confédération. qui a pour mission l'écoute approfondie, l'analyse, l'orientation et le suivi. Il travaille en lien avec le réseau de proximité sanitaire, social, médico-social, judiciaire. Ces centres locaux devraient couvrir la totalité du territoire en 2015. Résultats: Selon ses besoins, l'appelant aura recours uniquement à l'écoute du 3977 ou acceptera une prise en charge de terrain. Dans les deux cas, il est accompagné, le problème évalué, résolu ou soulagé. 37 000 dossiers ont été créés depuis 2008 par le N° national et les centres locaux. Conclusion : L'écoute compétente est déjà un soulagement de la souffrance de l'appelant. L'analyse pluridisciplinaire de proximité permet orientation et suivi efficaces. La base de données donne une vision statistique nationale et locale de la maltraitance et assure des ouvertures pour la recherche. Le caractère associatif garantit indépendance, absence de conflits d'intérêts, neutralité.

P109

Les lignes d'appel téléphonique : la situation en Suisse

D. Roulet Schwab¹

¹Institut et Haute Ecole de la Santé La Source - Lausanne - Suisse

L'association Alter Ego (Association pour la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées) a été créée en 2002 par des professionnels du domaine médico-social et des milieux académiques. Elle est active en Suisse romande (partie ouest et francophone de la Suisse) et au Tessin (partie sud et italophone). En Suisse romande, alter ego dispose d'une ligne téléphonique avec un numéro unique pour tous les cantons (coût d'un appel local). Une permanence est assurée un après-midi par semaine. Au Tessin, alter ego dispose de sa propre permanence téléphonique. En Suisse allemande (partie est et germanophone), les UBA (Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter) – bureaux de plaintes pour questions liées à la vieillesse – proposent également des perma-

nences téléphoniques. Méthodologie : La permanence d'alter ego Suisse romande est assurée alternativement par le coordinateur et des membres du comité. Elle offre une écoute, de l'information et une orientation aux professionnels et au grand public. Des traces des appels sont conservées par les répondants (date de l'appel, nature de la situation exposée, statut de l'appelant (personne âgée, proche, professionnel, etc.) et orientation donnée à l'appel). Des demandes peuvent également être adressées par courriel. Résultats : En 2012, alter ego Suisse romande a reçu et traité une vingtaine d'appels concernant des situations de maltraitance (hors simples demandes d'information). Au Tessin, alter ego a traité vingt-cinq situations de maltraitance. En Suisse allemande, les UBA ont reçu une soixantaine d'appels concernant des situations de maltraitance ou de négligence. Conclusion : Les appels concernant des situations de maltraitance envers des aînés restent relativement rares en Suisse (une centaine en 2012). L'écoute et les informations apportées sont néanmoins importantes pour soutenir et orienter les appelants. Alter ego Suisse romande ne dispose toutefois pas de moyens suffisants pour assurer une permanence téléphonique étendue et établir des statistiques. Il manque par ailleurs une coordination au niveau national, qui permettrait la création de synergies entre les différentes régions culturelles et linguistiques de Suisse.

P110

Téléconsultation : une expérimentation du suivi des plaies chroniques dans un établissement hospitalier multisite

C. Berna¹, L. Lorentz², E. Schroeter², M. Cabon²

¹Pôle Hébergement & Soins Gériatriques - Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller - Bischwiller - France

²Pôle Médecine et Réadaptation - Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller - Bischwiller - France

De par notre structure pavillonnaire et multisite, l'irrégularité d'implantation régionale de spécialistes et l'accroissement de patients difficilement déplaçables, notre établissement a développé la téléconsultation, consultation à distance et en temps réel avec le résident. Le suivi des plaies chroniques se prêtant aisément à cette pratique grâce à la haute définition des caméras, cet axe fut le premier à être déployé. Matériels et méthodes : Etude prospective de faisabilité sur 4 mois, de juillet à octobre 2013 incluant nos différents bâtiments, avec l'utilisation d'un chariot mobile de télé-médecine. Résultats : 31 patients ont bénéficié de l'avis de notre consultant en suivi des plaies chroniques, croisé à celui d'un gériatre se trouvant à côté du patient. Sex-ratio = 0.35 avec une moyenne d'âge de 79,6 ans. La fluidité des consultations, la mise en scène, la connectivité, le rendu des couleurs, l'utilisation complémentaire d'une caméra de poing pour les gros plans, la satisfaction des résidents, du personnel et du consultant, ainsi que la chronophagie de la procédure ont été évalués. Sans distorsion majeure des avis entre les 2 experts à propos de l'évaluation cutanée, les points délicats mis en exergue sont la nécessité de la connectivité, l'éclairage optimisé de la zone filmée et le rendu couleur parfois trop pastel ou trop vif. Nous n'avons relevé aucune opposition des résidents à l'acte de télé-médecine, souvent même de l'intérêt, voire une approche ludique. Conclusion : Grâce à ces retours positifs et à la résolution des points

critiques quant à la faisabilité et à l'intérêt d'une utilisation réfléchie de la téléconsultation, notre établissement structure actuellement son développement en normant sa pratique, en promouvant un nouveau débouché paramédical, assistant en télé-médecine, et en s'étendant dans d'autres directions comme l'équilibrage du traitement parkinsonien, le dépistage neurocognitif, le suivi des douleurs chroniques et la psychiatrie.

P111

Le dépistage de l'hypertension artérielle : les données de l'enquête épidémiologique régionale sur les personnes âgées

S. Hammami¹, S. Bakkar², O. Berriche³, S. Hajem⁴

¹Médecine Interne - CHU F Bourguiba de Monastir - Monastir - Tunisie

²Gériatrie - INSP - Tunis - Tunisie

³Médecine interne - CHU Mahdia - Mahdia - Tunisie

⁴Médecine interne - INSP - Tunis - Tunisie

Introduction : L'hypertension artérielle a été identifiée comme une des priorités de la santé publique. Les estimations de la prévalence de l'HTA méconnue sont imprécises, pourtant, la mesure de la tension artérielle est une technique simple qui permet de révéler précocement l'existence de la maladie. L'objectif de ce travail est de mesurer la prévalence de l'hypertension artérielle méconnue. Méthodes : En utilisant les données de l'étude épidémiologique concernant l'état de santé et les conditions de vie des personnes âgées vivant à domicile dans le gouvernorat de Monastir. Le diagnostic d'HTA de découverte récente est retenu devant une tension artérielle systolique (TAS) ≥ 140 mmHg, et ou une tension artérielle diastolique (TAD) ≥ 90 mmHg chez un sujet non connu hypertendu et sans traitement contre l'hypertension artérielle. Résultats : Au total 598 personnes âgées de 65 ans et plus ont été enquêtées à domicile (396 femmes, 202 hommes, d'âge moyen 72.3 ± 7.4 ans). La prévalence de l'HTA était de 52 %, un patient sur 10 ($n = 58$) était diagnostiqué au moment de l'enquête, dans 50 % il s'agit d'une HTA systolique. Quarante-trois parmi les non connus hypertendus présentaient une pression pulsée (TAS-TAD) ≥ 65 mmHg. L'HTA récente concerne essentiellement la femme (58.6 %), les sujets âgés de moins que 70 ans (40 %), les obèses (ont un indice de masse corporelle ≥ 30 kg/m² : 40 %) et les diabétiques (74 %). Conclusion : Notre étude confirme que l'HTA est bien une maladie à forte prévalence surtout en population âgée et que la décision de la prendre en compte dans les priorités de santé est justifiée. Il est nécessaire de dépister et traiter efficacement l'HTA, afin de prévenir la survenue de complications sévères.

P112

Calcémie et pression pulsée chez la femme âgée en bonne santé : résultats d'une large cohorte multicentrique

L. Mateus¹, O. Beauchet¹, Y. Rolland², H. Blain³, A. Schott⁴, C. Annweiler⁵

¹Gériatrie - CHU d'Angers - Angers - France

²Gériatrie - CHU de Toulouse - Toulouse - France

³Gériatrie - CHU de Montpellier - Montpellier - France

⁴Epidémiologie - CHU de Lyon - Lyon - France

⁵Service de Gériologie Clinique - CHU d'Angers - Angers - France

Introduction : La pression pulsée (PP) est un marqueur de morbi-mortalité cardiovasculaire chez la personne âgée. Le métabolisme calcique a été associé au contrôle tensionnel. L'objectif de cette étude était de définir quelle molécule parmi le calcium, la vitamine D (25OHD) et la parathormone, était associée, après ajustement réciproque, à la PP chez la personne âgée. Matériel et méthode : 610 femmes recrutées dans EPIDOS (âge moyen 80,2±3,5 ans) ne prenant aucun traitement anti-hypertenseur ont été séparées en 2 groupes en fonction de leur PP de repos (hypertension artérielle définie par PP > 50 mmHg). L'âge, l'indice de masse corporelle, le nombre de morbidités, le diabète sucré, la dysthyroïdie, le nombre de médicaments consommés quotidiennement, la prise d'oestrogènes, la consommation de tabac et d'alcool, la pratique d'une activité physique régulière, la clairance de la créatinine, le centre et la saison des tests ont été utilisés comme potentiels facteurs de confusion. Résultats : Les 539 femmes hypertendues avaient une calcémie plus élevée que les autres (94,3±4,1 mmol/L contre 93,3±3,4 mmol/L, p=0,040). Il n'y avait pas de différence significative pour les concentrations sériques de 25OHD et parathormone. Les modèles de régression logistique examinant la calcémie, 25OHD et parathormone comme prédicteurs d'hypertension ont trouvé, après ajustement réciproque, une association positive avec la calcémie (odds ratio = 1,19, p = 0,015), mais pas avec la 25OHD (p = 0,971) ni avec la parathormone (p = 0,349). Discussion : La calcémie était directement associée à la PP. Un mécanisme possible repose sur la perte d'élasticité artérielle en cas d'hypercalcémie. La normalisation de la calcémie pourrait permettre de prévenir le risque cardiovasculaire chez la personne âgée.

P113

Hypotension orthostatique et doses médicamenteuses journalières à l'admission en gériatrie

F. Vaillant¹, O. Dalleur², O. Vanden Bossche³, D. Kajungu⁴, N. Speybroeck⁴, B. Boland⁵

¹Pharmacie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

²Pharmacie - LDRI - UCLouvain - Bruxelles - Belgique

³Kinésithérapie - Médecine Physique - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

⁴IRSS - Epidémiologie & Statistiques - UCLouvain - Bruxelles - Belgique

⁵Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

Introduction : L'hypotension orthostatique (HO) est un syndrome fréquent, surnois et multifactoriel chez les patients âgés. Cette étude explore l'association entre l'HO et 1) les caractéristiques gériatriques des patients, et 2) la posologie des médicaments susceptibles de diminuer la pression artérielle. Méthodes : Etude transversale dans un service universitaire de gériatrie. Un dépistage de l'HO (chute de pression artérielle systolique \geq 20 mmHg ou/et diastolique \geq 10 mmHg en position debout, 1 et 3 minutes après verticalisation), a été réalisé chez 100 patients consécutifs, pouvant se lever durant les deux premiers jours de leur séjour. Les

principales classes médicamenteuses cardio-vasculaires et neuro-psychiatriques ont été exprimées en dose moyenne standard (DDD, daily defined dose). Résultats : 1) Quatre des 28 variables cliniques ont montré une différence significative (p < 0.05) entre les 47 patients avec HO et les 53 patients sans HO : l'antécédent de chute dans l'année (79 vs. 56 %), le diabète (32 vs. 13 %), l'AVCérébral (34 vs. 25 %), et le sexe masculin (51 vs. 33 %). 2) Aucune classe médicamenteuse n'a montré de différence significative entre les deux groupes (Tableau). L'analyse multivariée a confirmé que l'HO n'est pas associée à ces classes médicamenteuses, mais bien à des caractéristiques gériatriques telles que chute (OR : 4.4), sexe masculin (OR : 4.2), diabète (OR : 7.8) et carence de vitamine B12 (OR : 11.4) Discussion : Cette étude n'a pas observé pas de lien entre l'HO et les principaux médicaments cardio-vasculaire et neuro-psychiatriques. Si une réelle association existe, elle serait de faible amplitude clinique. Nous l'avons recherchée chez ces cent patients gériatriques par une analyse de la corrélation entre la diminution orthostatique de la pression artérielle et la posologie de ces médicaments (autre communication).

P114

La recherche systématique d'hypotension orthostatique est-elle pertinente en gériatrie aiguë ?

L. Lechowski¹, V. Bourdaire¹, Z. Mekerta², S. Balesdent², D. Tortrat¹, L. Teillet¹

¹Médecine gériatrique - Hôpital Sainte-Périne AHP - Paris - France

²Médecine gériatrique - Hôpital Sainte-Périne - Paris - France

Introduction : L'hypotension orthostatique (HO) est fréquente et grave chez le malade âgé. Sa recherche est recommandée en cas de malaises ou dans un contexte de chutes répétées. Objectif : Mesurer le nombre de patients avec une HO en gériatrie aiguë et étudier le lien entre HO, durée de séjour, devenir et survenue des chutes durant l'hospitalisation. Matériels et Méthodes : Etude prospective dans une unité de gériatrie aiguë parisienne, chez 107 patients hospitalisés consécutivement. La tension artérielle était mesurée avec un Dynamap© après 5 minutes en position couchée puis en orthostatisme immédiat et à 1, 3 et 5 minutes dans les 3 jours suivants l'admission. Résultats : Au total, 44 % des malades avaient une HO. Il n'y avait pas de différence significative concernant les durées de séjour entre les groupes avec et sans HO. Les modes de sortie ne différaient pas non plus d'un groupe à l'autre. La survenue d'un malaise pendant la mesure d'HO et la survenue de plusieurs chutes pendant l'hospitalisation étaient significativement plus fréquentes dans le groupe avec HO. La survenue d'un malaise pendant la mesure d'HO était significativement plus fréquente chez les chuteurs. Les patients chuteurs rentraient moins souvent directement au domicile et étaient plus fréquemment transférés en soins de suite et réadaptation. Discussion : Selon notre étude, l'HO pourrait être très fréquente en gériatrie aiguë et concerner près d'un malade sur 2. L'HO n'était pas prédictive d'une durée de séjour plus longue. La survenue d'un malaise pendant la mesure de l'HO était prédictive de chutes pendant l'hospitalisation. La mesure d'hypotension orthostatique devrait être systématique en cas d'hospitalisation en gériatrie aiguë.

P115**Posologie médicamenteuse et pression artérielle orthostatique à l'admission en gériatrie**

B. Boland¹, F. Vaillant², O. Vanden Bossche³, D. Kajungu⁴, N. Speybroeck⁴, O. Dalleur⁵

¹Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

²Pharmacie - UCLouvain - Bruxelles - Belgique

³Kinésithérapie - Médecine Physique - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

⁴IRSS - Epidémiologie & Statistiques - UCLouvain - Bruxelles - Belgique

⁵LDRI - Pharmacie - UCLouvain - Bruxelles - Belgique

Introduction : Il n'existe pas de données prouvant une association entre l'hypotension orthostatique et les médicaments cardiovasculaires ou psychotropes. Une faible diminution de la pression artérielle orthostatique en leur présence serait un argument contre une association causale. Méthodes : Etude transversale chez 100 patients (85±5 ans, 58 % de femmes) admis en gériatrie. Un test d'orthostatisme a été réalisé en début de séjour, mesurant la différence maximale en pression artérielle systolique (PAS) et diastolique (PAD) entre la position couchée (0) et la position debout (1 ou 3 minutes). La posologie des principales classes de médicaments à effet cardio-vasculaire (antagonistes calciques, β-bloquants, α-bloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion/angiotensine, nitrés, diurétiques) ou psychotrope (benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs) a été exprimée par la dose standard moyenne. Les déterminants des diminutions de la PAS et la PAD ont été identifiés par régression linéaire multi-variée. Résultats : En orthostatisme, la PAS a diminué chez 77 des 100 sujets, affichant une réduction médiane de 11 mmHg (moyenne ± DS : 11 ± 17). Le modèle multi-varié (r^2 ajusté : 93 %) a montré que la réduction de PAS était significativement corrélée avec l'âge, le diabète, l'antécédent de chute, le nombre de médicaments, mais pas avec les classes médicamenteuses ou leur posologie. La PAD a diminué chez 74 sujets, avec une réduction médiane de 4 mmHg (moyenne ± DS : 5 ± 11). Dans le modèle multi-varié (r^2 ajusté : 87 %), la diminution de PAD était corrélée avec l'âge, au diabète, à l'AVC, à l'anémie et les antagonistes calciques. Conclusions. Les principaux déterminants de la diminution de la PAS et la PAD lors de la verticalisation sont l'âge et le diabète. L'absence de corrélation entre la posologie des médicaments cardiovasculaires et psychotropes et la diminution orthostatique de pression artérielle est un argument contre un lien causal important entre elles.

P116**Troubles cognitifs et hormonothérapie dans le cancer du sein : revue de la littérature**

C. Eudo¹, C. Hommet², K. Mondon², E. Beaufils², V. Dardaine-Giraud³

¹Médecine Interne Gériatrique - CHU Bretonneau - Tours - France

²CMRR - CHU Bretonneau - Tours - France

³Soins de Suite de L'Ermitage - CHU Bretonneau - Tours - France

Les tumeurs du sein hormono-sensibles augmentant en fréquence avec l'âge, une hormonothérapie est souvent proposée, seule ou en complément d'un autre traitement. On distingue les SERM (Selective Estrogens Receptors Modulator) et les AI (Aromatase Inhibitors). Ces deux classes agissent sur les récepteurs aux œstrogènes, dont la présence au niveau du cerveau est connue. Cette revue de littérature étudie les liens entre un traitement par SERM ou AI et l'existence ou la survenue de troubles cognitifs. Parmi les 9 études retenues, 4 sont des essais randomisés, 4 des études transversales et 1 est une étude de suivi. La moyenne d'âge des patientes incluses varient de 45 à 69.9 ans. Les critères d'inclusion sont variables ; certaines études incluent notamment des patientes ayant reçu une chimiothérapie, potentiellement responsable de troubles cognitifs. Les évaluations cognitives sont hétérogènes, non validées pour certaines et n'évaluent pas toujours l'ensemble des fonctions cognitives. Dans les essais randomisés, la durée de suivi ne permet pas un recul suffisant aux vues des recommandations de traitement qui sont d'au moins 5 ans. Enfin, la part liée au vieillissement physiologique, au cancer lui-même et aux autres traitements administrés (antalgiques...) est difficile à déterminer dans les altérations constatées. Plusieurs études mettent en évidence de façon significative une altération de la mémoire épisodique en modalité verbale et des fonctions exécutives. Cependant, les données de la littérature sont trop peu nombreuses et trop contradictoires pour permettre de conclure de façon formelle.

P117**Réflexion sur le choix thérapeutique en oncogériatrie**

T. Cudennec¹, S. Moulias¹, B. Denis², L. Aubert¹, A. de Malherbe¹, L. Teillet¹

¹Gériatrie - CHU Ambroise Paré - Boulogne-Billancourt - France

²Gériatrie - Hôpital Sainte Péline - Paris - France

Introduction : A la question de savoir jusqu'où aller dans la prise en charge d'un cancer chez un patient âgé, il est indispensable de renseigner les évaluations oncologique et gériatrique. Il est également essentiel de ne pas omettre certains principes éthiques. Il est également nécessaire de connaître les enjeux démographiques et économiques. Projet de soin. L'évaluation onco-gériatrique pourra être influencée par les choix thérapeutiques, en insistant sur la tolérance prévisible du patient au traitement. Le patient doit continuer à occuper la place centrale de cette prise en charge. Il doit être l'interlocuteur privilégié et être correctement informé. Son consentement doit être recherché. Il semble intéressant d'utiliser l'éthique pour analyser la question posée. Plusieurs éléments de réponses existent dans la question elle-même. Le patient est cité, il est l'acteur principal, porteur de sa maladie, de son âge et de son histoire propre. "Jusqu'où" implique à la fois une absence de normes et la nécessité d'en créer, ou pas. Deux mots-clefs stigmatisent les peurs modernes : cancer et âge. Pour que la réflexion soit cohérente, il faudrait ajouter "aujourd'hui" à la question. L'éthique nécessite en effet de poser un cadre de réponse, en définissant

les points fondamentaux : où, quand, avec qui ? Trois acteurs interagissent : la société dans laquelle nous vivons, les professionnels du soin et les patients. Si cette question se pose, c'est qu'il existe une tension éthique entre ces trois acteurs, qui fait qu'il n'y a pas de réponse évidente à cette question et que toute réponse rapide ou simple est forcément incomplète. Conclusion : Le choix thérapeutique devra être concerté au mieux entre plusieurs professionnels, dont un oncologue et un gériatre, et le patient et/ou sa personne de confiance. Il n'y a pas de réponse générale mais une analyse nécessaire au cas par cas, en laissant une grande liberté aux choix du patient. Il n'y a pas aujourd'hui de raison morale ou économique de priver un patient d'une telle réflexion.

P118

le trajet de soins en oncogériatrie, un défi...

M. Roos¹, L. Dal lago²

¹Coordinatrice en oncogériatrie - Institut Jules Bordet - Berchem-Sainte-Agathe - Belgique

²Oncogériatrie - Bruxelles - Belgique

Présentation de la prise en charge du patient 70+ à l'Institut Jules Bordet spécialisé en oncologie. Partant de la consultation d'annonce avec le médecin en passant par l'évaluation oncogériatrique jusqu'aux propositions d'aides (au domicile) pour finalement arriver au suivi du patient. En parlant aussi du projet Plan National Cancer action 24 et de la mise en place à Bordet de notre projet : étude de faisabilité d'instaurer un carnet de liaison en oncogériatrie pour faciliter la communication entre le patient et son domicile (avec les différents intervenants dont le médecin traitant).

P119

Intégration du pharmacien au sein des consultations pluridisciplinaires d'oncogériatrie

V. Colloud¹, M. Aitichou¹, C. Terret², G. Albrand³, S. Perrin⁴, N. Chaumard-Billotey¹

¹Pharmacie - Centre Régional de Lutte contre le Cancer Léon Bérard - Lyon - France

²Unité de Coordination en Oncogériatrie UGOG, Département d'Oncologie Médicale - Centre Régional de Lutte contre le Cancer Léon Bérard - Lyon - France

³Unité de Coordination en Oncogériatrie UGOG, Département Gériatrie - Hôpital Antoine Charial des Hospices Civils de Lyon, HCL Groupement Hospitalier de la Gériatrie - Francheville - France

⁴Infirmière coordonnatrice, Unité de Coordination en Oncogériatrie UGOG - Centre Régional de Lutte contre le Cancer Léon Bérard - Lyon - France

Introduction : L'iatrogénie médicamenteuse, fréquente chez le sujet âgé a amené notre équipe pharmaceutique à intégrer les consultations pluridisciplinaires d'oncogériatrie hebdomadaires. Objectifs : Formaliser et évaluer l'activité de pharmacie clinique en oncogériatrie. Méthode : 1. Réflexion avec l'équipe médicale sur les attentes de l'avis pharmaceutique (AP) ; 2. Elaboration d'une méthode

d'analyse des prescriptions à partir d'outils spécifiques et d'un guide d'entretien patient ; 3. Mise en place d'indicateurs via la grille d'interventions pharmaceutiques (IP) de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) Résultats : 1. Les attentes médicales sont axées sur : les interactions médicamenteuses (IM), les adaptations posologiques et l'observance thérapeutique ; 2. Notre méthode d'analyse des prescriptions inclut : le suivi des recommandations, la recherche des redondances pharmacologiques, des médicaments inappropriés (grille STOP-START), des adaptations posologiques (ICAR) et des IM (DrugDex) ; 3. Entre avril et juin 2013, 11 patients ont bénéficiés d'un entretien pharmaceutique (durée moyenne: 25 minutes). L'âge moyen est de 80.1 ans, le ratio homme/femme est de 7/4. Le nombre moyen de médicaments par patient est de 5. Selon l'échelle de Morisky, 64 % des patients sont « bon observant », 36 % sont « observant mineur ». Les médicaments les plus prescrits concernent : le système cardiovasculaire (35.6 %), voies digestives et métaboliques (17.8 %), système nerveux (17.8 %), antiagrégants plaquettaires (8.9 %), antalgiques (8.8 %), système endocrinien (6.7 %) et système génito-urinaire (4.4 %). L'analyse pharmaceutique a conduit à 10 IP, dont 4 prises en compte par les onco-gérites. Il s'agissait de : précaution d'emploi (n = 5), non-conformité aux consensus (n = 4) et monitoring à suivre (n = 1). Conclusion : Ces résultats sont un premier retour d'expérience d'une démarche innovante. Notre implication pharmaceutique vise à optimiser et sécuriser la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé. 40 % des IP ont été suivies par les médecins, témoignant de l'intérêt de l'AP au sein d'une consultation pluridisciplinaire.

P120

Douleur osseuse et calcitonine

J. Pigne¹

¹Hospitalisation - Institut Sainte Catherine - Avignon - France

La calcitonine trouve une indication dans la douleur osseuse sans hypercalcémie avant l'usage des biphosphonates en oncogériatrie. Étude faite sur une reprise de dossiers, étude observationnelle et étude faite sur de nouveaux cas selon un protocole prenant en compte la biologie : calcémie et phosphatases alcalines ; EVA pour douleur et OMS pour l'autonomie. L'effet antalgique de la calcitonine, dans les localisations tumorales osseuses, permet une forte diminution des doses de morphiniques nécessaires et de leurs effets secondaires. Patient retrouvant de l'autonomie car moins douloureux et très souvent ayant peu d'effets secondaires.

P121

Place du cancer dans les services de médecine et soins de suite gériatriques

C. Gaxatte¹, A. Grimbert², F. Puisieux¹, Comité scientifique de la Société Septentrionale de Gériologie Clinique³

¹Clinique de Gériologie - CHRU de Lille - Lille - France

²Service de Médecine Gériatrique - CHRU de Lille - Lille - France

³France

Introduction : En Europe, 60 % des cancers et 75 % des décès par cancer concernent des individus de plus de 65 ans. Les objectifs de ce travail étaient de mesurer la prévalence de patients hospitalisés pour une pathologie cancéreuse dans les services de médecine et de soins de suite et réadaptation (SSR) gériatriques et de préciser les modalités de prise en charge du cancer. Patients et méthode : Enquête un jour donné dans 16 établissements du Nord Pas de Calais en 2012, complétée par une évaluation du devenir de ces patients à six mois. Tous les patients hospitalisés pour une pathologie cancéreuse ont été inclus. Résultats partiels, concernant 13/16 établissements ; les données intéressant le suivi à 6 mois sont en cours d'analyse. Cinquante-sept patients d'âge moyen $81,1 \pm 8,3$ ans ont été inclus, soit une prévalence de 9,5 % des patients hospitalisés à la date de l'étude. Les localisations tumorales primitives les plus fréquentes étaient le colon/rectum (n=10), les voies urinaires (n=8) et le poumon (n=7). Le cancer était à un stade métastatique chez 28 patients (59 %). L'ADL moyenne était à $3,1 \pm 2,1$, le Performans status médian à 3, le score de Charlson pondéré moyen à $6,9 \pm 3,4$. Une dénutrition (albuminémie <35 g/l) était présente chez 93 % des patients, sévère (albuminémie <30 g/l) pour 53 %. Discussion/Conclusion : Le cancer représente une part importante de l'activité des services de médecine et SSR gériatriques. Les patients accueillis sont typiquement gériatriques, polypathologiques, en perte d'autonomie. Ces données sont comparables à celles de la précédente enquête réalisée en 2007 (prévalence de 11,5 %, avec un patient sur 2 à un stade métastatique).

P122

Rôle des marqueurs de fragilité dans l'évaluation des patients âgés atteints de cancer vus avant initiation du traitement

A. Farcet¹, L. Dedeker², A. Langar³, C. Molines⁴, I. Potard⁴, V. Pauly⁵, F. Retornaz⁶

¹Unité de gériatrie aigüe - Centre Gérontologique Départemental - Marseille - France

²Département gériatrie - CHU - Nantes - France

³Unité recherche - CGD - Marseille - France

⁴Pôle gériatrique polyvalent - CGD - Marseille - France

⁵CHU Sainte Marguerite - APHM - Marseille - France

⁶Pôle gériatrique polyvalent/Evaluation des Systèmes de Soins - Santé Perçue. - CGD/Université de la Méditerranée - Marseille - France

Introduction : Déterminer le rôle des marqueurs de fragilité dans l'évaluation oncogériatrique en consultation pré-thérapeutique. Matériel et méthode : Étude prospective sur 3 ans des patients ≥ 65 ans, vus en consultation d'évaluation gériatrique avant traitement. Domaines évalués : Statut fonctionnel, comorbidités, médicaments, cognition, humeur, déficits neurosensoriels, nutrition, statut social, chutes et marqueurs de fragilité phénotypique (MFP) (nutrition, énergie, force de préhension, activités physiques et mobilité). Recommandations thérapeutiques (RT) faites à l'issue de l'évaluation rapportées. Résultats : 217 patients inclus. Moyenne d'âge 83 ans (S.D. $\pm 5,2$), 60 % de femmes. Les cancers colo-

rectaux et urologiques étaient les plus fréquents (respectivement 40 % et 20 %). 20 % étaient métastatiques, 52 % des patients étaient adressés avant chimiothérapie. 90 % vivaient à domicile, un tiers avait un ADL pathologique, moins de 20 % était polypathologique, 47 % étaient polymédiqué, 40 % avait des troubles cognitifs et de l'humeur. Un tiers était chuteur. Seulement 7 % étaient fragiles selon la classification de F. Balducci. Le MFP le plus fréquent était la mobilité (71 %). 90 % des patients présentaient au moins un MPF et près de 45 % étaient fragiles selon le concept de Fried. Le gériatre était en accord avec le traitement standard (avec ou sans adaptation) dans 2 tiers des cas. Dans le modèle de régression multivariée seuls le nombre de MFP et l'ADL étaient significativement associés aux RT (respectivement $p < 0,001$, $p = 0,012$). Les patients sans MFP étaient significativement plus orientés vers le traitement standard que vers des soins de support, comparé aux patients présentant au moins 3 MPF (OR : 33, IC(3-342), $p = 0,003$). Conclusion : Les MPF pourraient être un moyen de détecter la vulnérabilité et d'ajuster le traitement dans cette population.

P123

Mastocytose du sujet âgé : à propos de 120 patients dont 39 cas français et 81 cas issus de la littérature

A. Rouet¹, G. Dama², O. hermine³, S. Geogin-Lavialle⁴, S. Barete⁵, O. Fain⁶, I. Durieu⁷, B. Grosbois⁸, O. Beyne Rauzy⁹, O. Iortholary⁴, A. Aouba⁵, O. Chandaris³

¹Domicile - Maisons-Alfort - France

²Hématologie - hôpital d'amiens - Amiens - France

³Hématologie - hôpital Necker - Paris - France

⁴Médecine interne - hôpital Tenon - Paris - France

⁵Hématologie - hôpital - Paris - France

⁶Hématologie - hôpital Jean Verdier - Paris - France

⁷Hématologie - hôpital de Lyon - Paris - France

⁸Hématologie - hôpital de Rennes - Rennes - France

⁹Hématologie - hôpital Toulouse - Toulouse - France

Introduction : La mastocytose est une pathologie hétérogène liée à l'infiltration par des mastocytes anormaux d'un ou plusieurs organes. Dans 65 % des cas elle touche les enfants avec 90 % d'atteinte cutanée. Notre objectif était de décrire les caractéristiques de la mastocytose des patients âgés de plus de 70 ans. Patients et méthodes : Étude rétrospective multicentrique française de 39 patients et des 81 cas issus de la littérature. Les données cliniques, biologiques, génétiques étaient analysées. Résultats : Il s'agissait de 120 sujets (73 hommes et 47 femmes) d'âge médian 75 ans. Les formes de mastocytose étaient : cutanée (n=7), systémique indolente (n=39), agressive (n=25) ou associée à une hémopathie non mastocytaire (AHNMD) (n=60). Le taux moyen de tryptase était $164 \mu\text{g/l}$, le gène c-Kit avait été séquencé chez 67 patients et une mutation D816V était retrouvée chez 55 (82 %). Le délai médian diagnostique était de 12 mois à partir des premiers symptômes. Les manifestations cliniques comprenaient des signes d'activation mastocytaire (flush, diarrhée, prurit, tachycardie, sueurs) (n=66), une splénomégalie (n=58), hépatomégalie (n=44), altération de l'état général/amaigrissement (n=44), atteinte digestive (n=14), ostéoporose fracturaire (n=13), hypertension portale/ascite (n=14) et atteinte cutanée (n=13 soit

10,8 %). Les anomalies biologiques comportaient une anémie (n = 46 soit 38 %), thrombopénie (n = 20, soit 30 %), des anomalies du bilan hépatique (n = 18 soit 15 %), leucopénie (n = 10 soit 8 %). 36 patients sont décédés parmi les 68 ou l'évolution était signalée (52,9 %) et dans un délai moyen de 12 mois. Discussion/Conclusion : La mastocytose du sujet âgé est parfois un diagnostic difficile qu'il faut évoquer devant des troubles digestifs, une altération de l'état général ou une hémopathie non mastocytaire avec hépatosplénomégalie et hypertension portale parfois au premier plan, souvent accompagnés de signes d'activation mastocytaire mais très rarement des manifestations cutanées (10 %) ce qui la différencie beaucoup des classiques formes pédiatriques. Le pronostic est très réservé.

P124

Prise en charge des carcinomes palpébraux des sujets âgés

A. Clement¹, M. Tazartes¹, R. Habash¹

¹Cabinet de Chirurgie Oculoplastique - Centre Médico-chirurgical - Paris - France

Introduction : Nous présentons notre expérience concernant la prise en charge des carcinomes palpébraux en essayant de dégager un pronostic en fonction du diagnostic. Matériel et méthode : Notre série comporte 30 patients opérés de carcinome palpébral supérieur ou inférieur. L'âge moyen était de 78 ans (16 femmes et 14 hommes). Une chirurgie d'exérèse a été pratiquée dans tous les cas, parfois avec un examen extemporané. La réparation chirurgicale variait d'une exérèse-suture simple pour les petites lésions jusqu'à la reconstruction totale de la paupière affectée, voire une exentération. L'utilisation de greffes et lambeaux donne la possibilité de reconstruire une paupière en totalité. Dans les cas de tumeurs pouvant donner une extension locorégionale ou générale une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) était nécessaire pour décider du protocole thérapeutique complémentaire. L'alopécie ciliaire était traitée par une greffe de cils. Résultats : Outre le diagnostic confirmé ou rectifié, la qualité de l'exérèse est également jugée par l'histologiste ; la marge de sécurité variant selon l'agressivité de la lésion. La qualité de la reconstruction était jugée sur la restitution de l'anatomie et la fonction palpébrale post-opératoire. Observations et discussion : Il est constamment noté que les carcinomes baso-cellulaires affectent la paupière inférieure. La marge de sécurité chirurgicale était d'autant plus grande que la lésion était agressive. La reconstruction de la paupière supérieure s'avérait plus difficile pour assurer la fermeture palpébrale. Le bilan d'extension ne concernait que les tumeurs comme les adénocarcinomes et les mélanomes. De toutes ces considérations découle le pronostic à moyen et long terme ainsi que le rythme de surveillance clinique. Conclusion : Les carcinomes palpébraux sont fréquents chez les sujets âgés, souvent diagnostiqués avec retard. Le diagnostic est toujours confirmé par l'histologie. La codification de la chirurgie permet d'avoir d'excellents résultats anatomiques, fonctionnels et esthétiques. Mot-clés : Carcinomes ; paupière ; reconstruction.

P125

Prévalence de la sarcopénie, de la cachexie et de la dénutrition du patient âgé cancéreux

S. De Breucker¹, N. Compté², I. Bautmans³, K. Van Puyvelde⁴, T. Mets³, T. Pepersack²

¹Gériatrie - Erasme - Bruxelles - Belgique

²Gériatrie - Hôpital Erasme, Université Libre de Bruxelles - Bruxelles - Belgique

³Gériatrie - Frailty in Ageing Research Department - VUB - Bruxelles - Belgique

⁴Gériatrie - Universitair Ziekenhuis Brussel - Bruxelles - Belgique

Introduction : Des consensus récents ont proposé des critères définissant la sarcopénie (European Working Group Sarcopenia of Older People (EWGSOP), Cruz-Jentoft, 2010) et la cachexie (Evans, 2008 – Fearon, 2011). L'objectif est d'établir la prévalence de ces deux syndromes chez le patient âgé cancéreux selon ces définitions, en les comparant aux prévalences de la sarcopénie selon la masse, la force musculaire et à la prévalence de la cachexie sans sarcopénie et à la population générale. Matériel et méthodes : 106 patients de plus de 70 ans avec un nouveau diagnostic de cancer ont été évalués. Les paramètres anthropométriques, la mesure de la masse musculaire (impédancemétrie), la force musculaire (dynamomètre de force) et les paramètres biologiques nutritionnels ont été analysés selon les critères de l'EWGSOP (sarcopénie), d'Evans (cachexie) et de Fearon (cachexie cancéreuse). Résultats : Les cancers les plus représentés étaient le poumon (27 %), le colon (19 %) et le sein (19 %). Selon les critères de l'EWGSOP, 24 % des hommes et 45 % des femmes étaient sarcopéniques. La prévalence de la sarcopénie selon la masse musculaire était de 24 % et 77 % et selon la force musculaire, 86 % et 49 %. La prévalence de la cachexie selon Evans était de 13 % et 5 %, et selon Fearon de 16 % et 19 %. Sans inclure le critère sarcopénie, ces prévalences sont, selon Evans, de 5 % et 9 % et selon Fearon, de 5 % et 3 %. Conclusions : Selon Patel, la prévalence de la sarcopénie dans la population générale selon les critères EWGSOP était 4,7 % et 8,6 % (Patel, Age Ageing 2013). La prévalence dans notre étude est nettement supérieure, ce qui laisse penser que les critères de l'EWGSOP ne sont pas applicables aux patients âgés cancéreux. Les critères d'Evans et de Fearon incluant la sarcopénie, ils ne permettent pas de distinguer sarcopénie et cachexie chez les patients âgés cancéreux.

P126

Index de probabilité de décès à 10 ans chez les hommes de 70 ans et plus : outil d'aide à la prise en charge des hommes porteurs d'un cancer de la prostate à un stade précoce

L. Duco¹

¹USLD Xavier Arnoz - CHU de Bordeaux - Mérignac - France

Introduction : Le cancer de la prostate est un cancer du sujet âgé, le plus fréquent chez l'homme en France. Les sociétés savantes

se sont penchées sur la problématique de la prise en charge de ce cancer chez l'homme âgé et l'idée principale est que, concernant le traitement des tumeurs localisées chez les hommes de 70 ans et plus, se pose souvent la question de l'espérance de vie à 10 ans afin d'instaurer un traitement curatif. Les objectifs sont premièrement de valider les index de probabilité de décès déjà existant dans la littérature sur les décès à 10 ans chez les 70 ans et plus et deuxièmement de construire le 'meilleur index possible' de probabilité de décès à 10 ans chez les hommes de 70 ans et plus en améliorant ou en adaptant ce qui existe déjà. Méthode : La population d'étude est tous les hommes de 70 ans et plus de la cohorte Trois Cités et l'évènement d'intérêt est le décès à 10 ans. Deux index de probabilité de décès retrouvés dans la littérature, ont été testés sur notre population sur la probabilité de décès à 10 ans grâce au test de calibration et de discrimination. Puis, afin de tenter de réaliser un index plus performant, nous sommes partis de l'index testé le plus performant, auquel nous avons ajouté certaines variables d'état de santé. Résultats : Les deux index retrouvés dans la littérature ont été validés sur le décès à 10 ans chez les hommes de 70 ans et plus. Nous avons construit et validé un nouvel index de probabilité de décès à 10 ans à 9 variables, possédant un meilleur C index. Conclusion : Ce travail a donc permis de valider deux index déjà existants, et de construire un nouvel index plus performant. Ces index vont prochainement être testés en pratique clinique.

P127

Un chylothorax de mécanisme inhabituel : Chylothorax secondaire à une localisation pleurale d'une maladie de Waldenström : cas clinique et revue de la littérature

J. Poisson¹, E. Baudry², A. Aregui¹, K. Maley¹, L. Darnige³, M. Gisselbrecht¹, J. Le Guen¹

¹Service de gériatrie - Hôpital Européen Georges-Pompidou - Paris - France

²Service de médecine interne et gériatrie - Hôpital Charles Foix - Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - Ivry-sur-Seine - France

³Service d'hématologie biologique - Hôpital Européen Georges Pompidou, - Paris - France

Introduction : Nous décrivons le cas d'un homme de 82 ans, présentant une maladie de Waldenström (MW) avec une infiltration pleurale directe compliquée d'un chylothorax. Observation : Ce patient s'est présenté pour une détresse respiratoire aiguë dans notre service. Une MW avait été diagnostiquée 18 mois plus tôt, sans suivi ni traitement. A l'admission, Il présentait un chylothorax prédominant du côté gauche associé à une adénopathie de l'angle costo-médiastinal postérieur gauche au niveau de D11 et un pic IgM plasmatique. Il a été mis en évidence des cellules lymphoplasmocytaires et un pic IgM dans le liquide pleural ainsi qu'une fixation pleurale gauche au TEP Scan, nous faisant évoquer une localisation pleurale. Une chimiothérapie par Rituximab, Dexamehasone et Endoxan permit une rémission rapide et persistante après 10 mois de suivi. Discussion : Les chylothorax compliquant une MW sont extrêmement rares, seulement 6 cas rapportés dans la littérature. Les chylothorax d'origine néoplasique sont le plus

souvent secondaire à une obstruction du canal thoracique par des adénopathies médiastinales compressives. Notre cas est inhabituel car il s'agit probablement d'un chylothorax secondaire à une infiltration lymphoplasmocytaire des vaisseaux lymphatique sous-pleuraux. En effet l'adénopathie médiastinale ne se trouvait pas sur le trajet classique du canal thoracique et Misaki et al. ont décrit un cas autopsique de chylothorax compliquant une MW avec invasion pleurale entraînant une dilatation et une prolifération des vaisseaux lymphatiques. De plus l'électrophorèse des protéines pleurales, la présence de cellules lymphoplasmocytaires et la fixation au TEP scan conforte cette hypothèse. Conclusion : Le diagnostic de MW avec localisation pleurale responsable d'un chylothorax est extrêmement rare et difficile à confirmer. L'électrophorèse des protéines pleurales et le TEP scan peuvent aider au diagnostic.

P128

Limitation de soins en oncogériatrie: pour quels patients ?

C. Cattenoz¹, S. Laudrin², R. Corre³, D. Gedouin⁴, A. Roveri⁵

¹Médecine Gériatrique - CHU Rennes - Rennes - France

²Médecine Gériatrique - Centre Régional de Gériatrie - Chantepie - France

³Oncologie Thoracique - CHU Rennes - Rennes - France

⁴Service d'oncologie - CRLCC Rennes - Rennes - France

⁵Gériatrie - UCOG Bretagne - Rennes - France

Depuis quelques années le développement de l'oncogériatrie permet d'optimiser les traitements de la personne âgée cancéreuse grâce au partage des décisions thérapeutiques et à la mise en commun des compétences entre oncologues et gériatres à toutes les étapes de la prise en charge. Des publications de plus en plus nombreuses confirment l'intérêt de cette coopération pour les patients, et les travaux de recherche se multiplient afin de définir les protocoles les plus adaptés. A l'inverse peu d'études se sont penchées sur les recommandations gériatriques de limitation de soin face à des propositions oncologiques paraissant déraisonnables au vu des données de l'évaluation gériatrique. Cette étude rétrospective concerne les patients ayant bénéficié d'une consultation d'oncogériatrie au CHU et au CRLCC de Rennes (UCOG de Bretagne), entre 2010 et 2013 pour lesquels l'avis gériatrique orientait vers des soins de confort : ont été analysés d'une part le sexe et l'âge, la localisation et le stade de la tumeur ainsi que les propositions thérapeutiques, d'autre part les données de l'évaluation gérontologique et les arguments sur lesquels étaient basés la proposition de limitation de soins. Parallèlement ont été pris en compte, les souhaits du patient et de sa famille, le suivi ou pas de cette proposition ainsi que les organisations mises en place selon les recommandations gériatrique et enfin l'évolution et les causes du décès éventuel. En même temps que le développement et la structuration de l'activité oncogériatrique en Bretagne, ce travail doit permettre d'initier une réflexion éthique au sein de l'UCOG afin de tenter de définir au mieux les limites de « l'obstination déraisonnable » en oncogériatrie, dans le respect des directives de la loi Léonetti, en coordination étroite avec les équipes de soins palliatifs.

P129**Connaissances gériatriques des professionnels en oncologie : intérêt d'une formation**

C. Turin¹, N. Zerhouni¹, M. Mousseau², P. Guillem³, G. Gavazzi⁴

¹Clinique universitaire de Médecine Gériatrique - CHU de Grenoble - Grenoble - France

²Clinique d'oncologie médicale - CHU de Grenoble - Grenoble - France

³Centre de Coordination en Cancérologie - CHU de Grenoble - Grenoble - France

⁴Clinique universitaire de Médecine Gériatrique - Centre hospitalier universitaire et université de Grenoble - Grenoble - France

Introduction: Le nombre de patients âgés atteints de cancer augmente considérablement ; la survenue de cancer dans cette population vulnérable rend nécessaire une évaluation gériatrique permettant de reconnaître les risques de complications inattendues avant ou pendant les traitements anticancéreux. La diffusion d'une culture gériatrique au sein des unités d'oncologie semble nécessaire pour permettre de dépister les patients fragiles nécessitant une évaluation gériatrique approfondie (EGA). En France, l'outil de dépistage, Oncodage est actuellement reconnu pour permettre ce dépistage. Méthode : L'objectif principal était d'évaluer le niveau de connaissances des syndromes gériatriques, l'intérêt perçu d'une EGA et la connaissance de l'outil Oncodage de professionnels de santé de 2 équipes de radiothérapie et oncologie médicale ; le second objectif était d'évaluer l'impact d'une formation d'une heure sur le vieillissement, le patient âgé oncologique, et l'outil Oncodage. Résultats : 39 professionnels ont participé aux formations (11 médecins et 28 infirmières). 41 % des interrogés citent l'incapacité physique à se mobiliser comme paramètre de vulnérabilité gériatrique, 25 % la dénutrition, les troubles cognitifs, < 15 % les pathologies chroniques et la dépression et aucun la polymédication et les chutes. Les 2/3 sous-évaluent la prévalence des cancers. 90 % reconnaissent l'intérêt d'une EGA et à 75 % à la phase initiale de la maladie mais 60 % ne connaissent pas le score Oncodage. La formation a permis d'améliorer significativement l'ensemble de résultats portant sur la connaissance de la vulnérabilité mais 2/3 seulement pensent pouvoir réaliser systématiquement un Oncodage. Conclusions : Malgré une volonté déclarée de participer à la prise en charge des cancers avec des gériatres la méconnaissance de la vulnérabilité des patients âgés ne poussent pas au dépistage par «Oncodage. Des formations initiales sur le vieillissement et la fragilité des patients âgés sont nécessaires pour améliorer la prise en charge de ces patients sur le plan gériatrique.

P130**Incidence et prise en charge des cancers découverts chez les personnes âgées vivant en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)**

M. Rainfray¹, B. Dupin², B. Avlessi¹

¹Gériatrie - CHU de Bordeaux - Pessac - France

²Gériatrie - EHPAD Terre Nègre - Bordeaux - France

Introduction : l'incidence des cancers après 65 ans en France est 1 927/100 000 en population générale. L'incidence et la prise en charge des cancers survenant chez les personnes âgées dépendantes vivant en EHPAD sont peu connues. Objectif : déterminer l'incidence et décrire la prise en charge des cancers survenant chez les résidents de 2 EHPAD publiques de Bordeaux dont l'une appartient au CHU. Méthode : étude rétrospective sur une période de 40 mois (EHPAD1) et 32 mois (EHPAD2). Les nouveaux diagnostics de cancers ont été relevés dans les dossiers médicaux à l'exclusion des récurrences ou de métastases de cancers déjà connus. L'âge au diagnostic, les comorbidités, le mode de découverte, les explorations proposées, la soumission à une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et les traitements curatifs ou palliatifs ont été étudiés et comparés entre les deux structures. Résultats : 42 cancers sont survenus chez 730 résidents (incidence 1 726/100 000) EHPAD1 ; 26 cancers chez 178 résidents EHPAD2 (incidence 5477/100.000). L'âge au diagnostic est 85 ans (64-97) EHPAD1 et 86,5 ans (70-98) EHPAD2. L'index de Charlson est 8.8 EHPAD1 et 14.2 EHPAD2. Un état démentiel est présent chez 60 % des résidents EHPAD1 et 100 % EHPAD2. Les types de cancers les plus représentés sont sein, colon et peau EHPAD1 et peau, vessie, colon EHPAD2. 78 % des diagnostics sont faits par les soignants sur des symptômes ou lors de la toilette. La discussion de dossiers en RCP est de 40 % EHPAD1 vs 70 % EHPAD2. Un traitement palliatif est décidé chez 76 % et 60 % des résidents. Dans l'EHPAD1 57 % des sujets sont décédés dont 62 % du fait du cancer. Conclusion : Les différences de stratégies de prise en charge d'un établissement à l'autre au sein d'une même ville confirment la variabilité de l'accès aux soins des patients très âgés atteints de cancers.

P131**Place du médecin traitant dans la décision de soin chez le patient âgé atteint de cancer**

A. Sefssafi¹, T. Cudenne², A. De Malherbe², O. Tashchyan², C. Naline², R. Daire², M. Bringuier², L. Teillet², S. Moulias²

¹UCSG - Hôpital Ambroise Paré - Paris - France

²UCSG - Hôpital Ambroise Paré - Boulogne-Billancourt - France

Introduction : L'oncogériatrie permet de proposer une prise en charge raisonnée aux patients. Conformément au plan cancer, la décision de soins spécifiques chez le patient cancéreux est guidée par une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Nous avons voulu évaluer auprès de médecins généralistes, considérés comme les piliers de la prise en charge globale du patient par le plan cancer, la place qu'ils pensaient avoir dans cette concertation. Méthode : Cette enquête qualitative a été menée auprès de médecins généralistes installés sur 3 villes de l'ouest parisien. Des entretiens semi-dirigés portant sur l'ensemble de la prise en charge du patient, puis ciblés sur la décision ont été menés, jusqu'à saturation théorique. Les médecins étaient interrogés sur leur place avant RCP, autour de la concertation et enfin leur place dans le recueil des directives anticipées et l'entrée en soins palliatifs. Une analyse de contenu a ensuite été réalisée. Résultats : Sept médecins ont été interrogés. Ils adressent volontiers leurs patients âgés au spécialiste, devant une lésion suspecte,

bien que les patients fragiles n'aient pas toujours accès au diagnostic de leur lésion, en particulier en cas de troubles cognitifs ou de résidence en institution. L'avis des médecins n'est pas recueilli avant les RCP et ils ne le souhaitent pas. Les directives anticipées ne sont pas recueillies en consultation. L'admission en soins palliatifs est majoritairement gérée par les spécialistes, bien que certains médecins, principalement ceux travaillant en réseaux, les mettent aussi en place. Discussion: Cette première étude, menée sur l'ouest parisien met en exergue une non-implication des médecins généralistes dans la décision de soins oncologique chez leurs patients âgés. Ceci est la plupart du temps bien vécu, les généralistes se retrouvant davantage dans la coordination des soins à domicile. La population des médecins interrogés étant très urbaines, ces résultats doivent bientôt être validés au niveau national.

P132

Présentation des patients hospitalisés en gériatrie en concertation oncologique multidisciplinaire (C.O.M.) au sein du CHR de la citadelle de Liège

M. Philippe¹, J. Bricmaan¹, N. Berg¹

¹Gériatrie - CHR de la Citadelle - Liège - Belgique

En Belgique, il est recommandé que le cas de chaque patient atteint d'une néoplasie soit présenté en concertation oncologique multidisciplinaire (C.O.M.). Celle-ci se réalise au moment de la découverte du diagnostic, ainsi que durant la progression de la maladie et/ou pour toutes décisions thérapeutiques. Le CHR de la Citadelle de Liège est un hôpital public de 10036 lits, dont 123 lits de gériatrie. Un des objectifs est que chaque patient gériatrique ayant un cancer puisse bénéficier d'une réflexion tenant compte de son aptitude ou non à subir d'éventuels traitements lourds, ainsi qu'une adaptation dans l'intensité des soins en rapport à son état général. Méthode : Actuellement, l'infirmière en oncogériatrie réalise l'oncodage (G8) pour chaque patient hospitalisé en gériatrie présentant une suspicion d'atteinte néoplasique. Si le résultat du G8 est inférieur à 14/17, l'équipe pluridisciplinaire réalise une évaluation gériatrique multidimensionnelle (E.G.M.). Est ainsi défini, outre le diagnostic oncologique le plus précis possible, un bilan de sa robustesse. Avec ces renseignements, le patient est présenté en C.O.M. de l'organe correspondant. Résultats : Entre août 2012 et décembre 2013, 132 patients oncologiques ont pu bénéficier d'un EGM., 82 patients (soit 62 %) ont été présentés en COM. Pour les 50 patients restants (soit 38 %) ; 10 sont décédés en cours d'hospitalisation, 5 ne présentaient pas de néoplasie après examens complémentaires, 10 ont « justifié » une abstention thérapeutique et 8 ont bénéficié d'un traitement curatif. Pour les 17 patients restant aucune donnée n'est disponible à ce jour. Conclusion : Nos patients gériatriques ne sont donc pas tous présentés en COM. Afin de remédier à cette situation, une standardisation de la prise en charge de ces derniers mérite d'être instaurée et il semble important de convaincre tous les médecins de l'utilité de celle-ci.

P133

Prévention secondaire de l'ostéoporose fracturaire : des progrès à faire

P. Jouanny¹, A. Descombes², J. Zmudka², F. Gleize², P. Merti³, P. Fardellone⁴, J. Serot²

¹Médecine Gériatrique - CHU Amiens - Amiens - France

²Médecine Gériatrique - CHU Hôpital sud - Amiens - France

³Orthopédie - CHU Hôpital nord - Amiens - France

⁴Rhumatologie - CHU Hôpital nord - Amiens - France

Introduction : Le GRIO a proposé en 2012 une actualisation des recommandations pour la prise en charge de l'ostéoporose Objectifs: EPP pour savoir l'application de ces recommandations en pratique quotidienne : analyser le bilan diagnostique et la prise en charge thérapeutique effectués Méthodes : Une requête PMSI a été effectuée pour recueillir tous les patients de plus de 75 ans hospitalisés pour une fracture ostéoporotique sévère (fracture de l'extrémité supérieure du fémur et fracture vertébrale), entre le 1er juin et le 31 décembre 2012 au CHU d'Amiens. L'analyse du compte-rendu d'hospitalisation et du dossier visait à s'assurer de la présence des circonstances et mécanisme de la chute (malaise, haute ou basse énergie), du bilan effectué (évaluation équilibre, dosage vitamine D, apports calciques, ostéodensitométrie ou score Frax) et de la prise en charge thérapeutique (traitement vitamino-calcique, ostéofacteur, kinésithérapie) Résultats : 145 patients ont été inclus : 113 femmes et 32 hommes, présentant 131 fractures de l'extrémité supérieure du fémur et 14 fractures vertébrales. Circonstances et mécanisme de la chute n'étaient pas précisés dans 122 cas (84,1 %). Le dosage de la vitamine D manquait dans 139 dossiers (95,9 %), l'apport calcique, l'ostéodensitométrie ou le Frax et l'évaluation de l'équilibre dans tous (100 %), Un traitement par vitamine D a été prescrit chez 24 patients (16,6 %) et des apports calciques chez 21 (14,5 %) mais seulement 16 en combiné (11,0 %). 10 patients ont eu un traitement spécifique (6,9 %), dont seulement 3 (2,1 %) associé à un traitement vitamino-calcique. Par contre 77 patients (53,1 %) ont eu une prescription de kinésithérapie. Les déterminants de l'adéquation aux recommandations sont l'âge (inversement corrélé) et le type de service (chirurgie moins adéquate que médecine) Conclusion : La publication de nouvelles recommandations plus adaptées et mieux validées sont nécessaires pour améliorer la prise en charge de l'ostéoporose fracturaire. Leur diffusion en pratique quotidienne nécessite encore de nombreuses actions d'analyse des pratiques.

P134

Evolution temporelle de la prescription des traitements à visée osseuse chez les patients venus en consultation pluridisciplinaire de la chute au CHRU de Lille

C. Gaxatte¹, A. Djaiz¹, A. Charpentier¹, F. Puisieux¹

¹Clinique de Gérontologie - CHRU de Lille - Lille - France

Contexte : La chute représente un moment opportun pour se poser la question de l'ostéoporose et du risque fracturaire. L'objectif prin-

cial est d'évaluer l'évolution temporelle de la prescription des traitements à visée osseuse dans une population de patients âgés chuteurs. Patients et méthode : Tous les patients vus dans le cadre de l'évaluation pluridisciplinaire de la chute du CHRU de Lille entre 1995 et 2011 ont été inclus. Résultats : 1 179 patients d'âge moyen 80,4 ans ont été inclus, avec un sexe ratio de 2,8 femmes pour un homme. 84 % des patients avaient chuté au moins une fois dans les 6 mois précédents la consultation, 65 % au moins deux fois. Un antécédent fracturaire était retrouvé chez 514 patients. 317 patients recevaient un traitement à visée osseuse avant la consultation (27 %) : 9 % avant 2002, 20 % entre 2002 et 2006, 39 % après 2007. Ce traitement était plus souvent prescrit chez les patients, de sexe féminin, vivants à domicile, suivis par un rhumatologue, multichuteurs, avec un antécédent fracturaire, non déments. Parmi les 860 patients sans traitement à visée osseuse, une proposition d'initiation a été faite pour 232 d'entre eux (27 %). Les facteurs associés à cette proposition de prescription sont la période étudiée (OR = 0.05 avant 2002 ; OR = 2.45 à partir de 2007), le sexe féminin (OR = 3.09), l'âge (OR = 1.05), un bas niveau d'étude (OR = 2.24), une ostéoporose connue (OR = 2.88). Conclusion : Une majorité de patients chuteurs ou à risque de chute ne reçoit pas de traitement à visée osseuse. Néanmoins, le nombre de patients recevant un tel traitement semble augmenter en fonction des périodes d'évaluation (avant 2002, 2002-2006, à partir de 2007), dates qui correspondent à la publication des recommandations des autorités de santé concernant le dépistage et le traitement de l'ostéoporose.

P135

Intérêt de l'eye tracking dans les formes atypiques de maladie d'Alzheimer

K. Mondon¹, V. Roubeau¹, E. Beaufile¹, J. Martineau², T. Constans³, C. Hommet¹

¹CMRR - CHU de Tours - Tours - France

²INSERM - CHU de Tours - Tours - France

³Médecine Interne Gériatrique - CHU de Tours - Tours - France

À côté de la classique forme amnésique, la maladie d'Alzheimer (MA) peut se présenter sous des formes atypiques : aphasia progressive primaire logopénique, syndrome de Benson. Ce dernier se caractérise par des troubles neurovisuels précoces qui peuvent dérouter le clinicien et aboutir à des retards diagnostiques préjudiciables aux patients. L'objectif de notre étude était de caractériser les anomalies visuelles au moyen d'un enregistrement automatisé du regard (eye-tracking). Pour cela, nous avons enregistré les saccades oculaires de 14 patients souffrant de syndrome de Benson, 10 patients MA et 15 sujets contrôles. Cette étude a permis l'identification de stimuli et de variables d'intérêt pour le diagnostic différentiel entre syndrome de Benson et la MA. Les déficits neurovisuels observés (négligence spatiale unilatérale, simultanagnosie) rendaient compte de paramètres spatiotemporaux spécifiques durant l'exploration visuelle. L'eye tracking pourrait ainsi être considéré comme un biomarqueur indolore, non invasif et accessible, permettant la détection précoce du syndrome de Benson. Il pourrait raccourcir les délais diagnostiques et permettre au patient un accès précoce aux traitements appropriés.

P136

Art inclusif gériatrique, démence et décès en court séjour : Etude pilote

O. Beauchet¹, S. Remondière¹, C. Launay¹, C. Annweiler¹

¹Gérontologie Clinique - Centre Hospitalo-Universitaire d'Angers - Angers - France

Introduction : Il a pu être montré que le bien-être émotionnel réduit le risque de décès chez la personne âgée vivant à domicile, et que la réalisation d'une peinture au cours d'une séance d'Art Inclusif Gériatrique améliore le bien-être émotionnel chez les patients hospitalisés. L'effet d'une séance d'Art inclusif gériatrique sur le risque de décès de patients déments hospitalisés en court séjour gériatrique n'a pas été étudié. L'objectif de cette étude était d'examiner si la réalisation d'une peinture au cours d'une séance d'Art Inclusif Gériatrique chez des patients déments hospitalisés en court séjour gériatrique réduisait leur risque de décès lors du séjour hospitalier. Matériel/Méthodes : A partir d'un plan d'étude de type exposé versus non exposé, 128 patients (âge moyen 88,6±6,1 ans, 54.4 % de femmes) déments hospitalisés dans l'unité de soins de court séjour gériatrique du CHU d'Angers ont été recrutés en 2012. Les caractéristiques cliniques des participants (âge, sexe, indice de masse corporelle, l'activité physique, les comorbidités, les antécédents de chutes, les stades de la démence, la dépression, sensation de faiblesse physique ou psychologique, et les raisons de l'admission), la participation à une séance d'Art Inclusif Gériatrique et la survenue du décès à l'hôpital ont été enregistrées. Résultats : Les patients décédés pendant le séjour hospitalier étaient plus âgés (P = 0,014) et avaient moins souvent participé à une séance d'Art Inclusif Gériatrique (P = 0,024) comparativement à ceux qui ne sont pas décédés. Le modèle de régression de Cox a révélé que l'âge était significativement associé à la survenue de la mort à l'hôpital (P = 0,009), tandis que la participation à une séance d'Art Inclusif Gériatrique protégeait du risque de décès (P = 0,045). Conclusion : La participation des patients déments à une séance d'Art Inclusif Gériatrique a été associée à un risque plus faible de décès en court séjour gériatrique.

P137

MobiQual Alzheimer : un outil pour améliorer la qualité de la prise en soins en établissements médico-sociaux et sanitaires

S. Doutréline¹, G. Ruault²

¹Programme MobiQual - SFGG - Suresnes - France

²Délégation générale / Programme MobiQual - SFGG - Suresnes - France

Mis en œuvre depuis 2007, le programme MobiQual – Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles – de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie comporte depuis 2012 un volet sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Présenté sous forme de mallette, l'outil Alzheimer veut tout d'abord changer le regard que nous portons sur ceux qui sont atteints d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée, ces personnes étant dignes de bénéficier d'une véritable rencontre avec les professionnels qui les soignent et les accompagnent. Atteindre

cet objectif nécessite une démarche comprenant plusieurs volets qu'il est possible de mettre en place à l'aide des contenus de l'outil que nous nous proposons tout d'abord de présenter : 1.actualisation des connaissances 2.aide à la pratique quotidienne 3.aide à la création de liens de coopération avec les partenaires de proximité 4.prévention de la dépendance induite par des soins inappropriés. Ensuite, les résultats d'une étude conduite au premier semestre 2013 pourront être exposés. Elle montre, à l'aide de questionnaires d'évaluation, que l'utilisation de cette mallette participe à améliorer la qualité de la prise en soins dans les structures qui l'utilisent, et en particulier dans les domaines : 1. du repérage des troubles du comportement et de la démarche diagnostique ; 2. des troubles psychologiques et comportementaux ; 3. de la formation et du soutien des personnels. Enfin, alors que l'outil actuel s'adresse pour l'essentiel aux établissements médico-sociaux et sanitaires, une adaptation au secteur du domicile est envisagée, en association avec les principales fédérations de ce secteur, et sera présentée.

P138

Analyse des fluences verbales dans une population de sujets âgés avec des formes débutantes de Maladie d'Alzheimer ou de Démence à corps de Lewy

C. Nouhaud¹, C. Sagot¹, B. Dieudonne¹, Z. Barrou¹, S. Greffard¹, C. Guillemaud¹, V. Fauconau¹, M. Verny¹

¹Médecine Gériatrique - Hôpital de la Pitié-Salpêtrière - Paris - France

Introduction : La distinction entre maladie d'Alzheimer (MA) et Démence à Corps de Lewy (DCL) au stade précoce peut être difficile. Une approche multimodale semble indispensable et l'atteinte des fluences verbales est souvent précoce. Une atteinte des fonctions exécutives a été décrite dans la DCL débutante ; une atteinte sémantique précoce est connue dans la MA Notre hypothèse était celle d'une atteinte plus marquée des fluences littérales dans la DCL, et des fluences catégorielles dans la MA. Méthodes : Etude observationnelle rétrospective monocentrique sur 4 ans incluant des patients MA (critères de Dubois et al. 2007 et biomarqueurs du Liquide Céphalo Rachidien positifs) et DCL (critères de McKeith de 2005 et DAT scan® positif) et excluant : MMSE < 20, score de Fazekas >2, séquelles vasculaires, microbleeds > 5. Résultats : 15 patients inclus dans le groupe MA, 10 dans le groupe DCL sans différence significative sur les données démographiques, MMS et BREF. Il n'existe pas de différence entre les 2 groupes pour les fluences littérales et pour les fluences catégorielles, même si une tendance plus déficitaire se dégage dans le group DCL pour les fluences littérales. (p=0,44). De façon significative, il existe plus de répétitions au cours de ce test dans le groupe MA que DCL (p=0,01). Conclusion : Contrairement à notre hypothèse, il n'existe pas de différence significative entre nos deux groupes pourtant homogènes. La spécificité de présentation de la MA chez les sujets âgés (atteinte plus marquée et plus précoce des fonctions exécutives) peut venir se confondre avec l'atteinte des fonctions exécutives décrite dans la DCL. Se pose également la question des formes mixtes venant rendre l'interprétation complexe.

P139

Etat de santé des conjoints/aidants de malades Alzheimer du régime agricole en Bretagne

O. Michel¹, H. Goarin², P. Morvan², D. Somme³

¹Gériatrie - CHU Rennes - Rennes - France

²Service Médical - Mutualité Sociale Agricole des Portes de Bretagne - Rennes - France

³Service de Gériatrie - Centre Hospitalier Universitaire - Rennes - France

La Mutualité Sociale Agricole (MSA), organisme d'assurance maladie et de retraite du secteur agricole élargi, concerne 595.000 personnes en Bretagne. But de l'étude : recenser la population souffrant de maladie d'Alzheimer et examiner sa comorbidité et l'état de santé de leur conjoint/aidant principal, par l'examen de leur consommation de soins. Méthode : la base de donnée de la MSA a été exploitée pour déterminer la population Alzheimer par l'existence d'une exemption de paiement pour maladie d'Alzheimer ou la consommation de médicaments spécifiques. Les conjoints/aidants principaux retenus pour l'étude devaient eux aussi être ressortissants MSA. La comorbidité des patients et l'état de santé des conjoints/aidants principaux étaient appréciés par leurs différentes ALD et leur consommation médicamenteuse. Résultats : 4 112 patients ont été retenus comme souffrant d'une maladie d'Alzheimer, 953 hommes (âge moyen 81,4 ans) contre 3 159 femmes (âge moyen 84,3 ans). Seuls 1 196 (29 %) sont encore mariés et 457 vivent avec leur conjoint. La consommation de psychotropes par les patients concerne principalement les IRS (4.3 %), les hypnotiques (3.8 %), les benzodiazépines (3.8 %), les anticonvulsivants (2.4 %), les autres antidépresseurs (2.3 %) et les antipsychotiques (2 %) L'état de santé des conjoints/aidants principaux : parmi les 457 conjoints, 322, dont seulement 3 femmes, sont en ALD. 179 (58 %) présentent une affection cardio-vasculaire et 87 (27 %) un cancer justifiant une ALD. 369 (78 %) reçoivent des soins paramédicaux, infirmiers ou de rééducation. La discussion portera sur la prescription des traitements spécifiques, le taux élevé de cancer dans la population des conjoints/aidants principaux et leur faible consommation de psychotropes.

P140

Outil pluridisciplinaire diagnostique de la maladie à Corps de Lewy (DCL) à l'hôpital de jour gériatrique (HJG)

C. Gazzotti¹, V. Hans¹, N. Berg¹

¹Gériatrie - CHR Citadelle - Liège - Belgique

Introduction : La DCL est une maladie neurodégénérative progressive qui représente 15 à 20 % des démences chez les plus de 65 ans. La DCL est la deuxième cause de démence neurodégénérative après la maladie d'Alzheimer. Elle est probablement sous-diagnostiquée et donc parfois sous-traitée ! Objectifs (1) Identification des critères diagnostiques de la DCL (2) Elaboration d'un outil pluridisciplinaire d'aide au diagnostic. Méthodologie et description : Nous avons réalisé une revue de la littérature de 2000 à 2013. Les données recueillies sont actuellement confrontées à notre pratique clinique depuis février 2011. Dans la pratique, ces critères sont identifiés par l'équipe pluridisciplinaire. Sur base du tableau joint, une hypothèse diagnostique peut être posée : DCL

probable (critère central + au moins un critère essentiel + au moins un critère accessoire OU critère central + deux critères essentiels uniquement) DCL possible (critère central + au moins un critère accessoire ou critère central + 1 critère essentiel) Conclusions : La DCL comporte des signes cliniques qui, identifiés via le tableau, augmentent la précision du diagnostic. Le diagnostic précoce de la DCL nous permet ensuite d'envisager différentes possibilités d'approche pharmacologique prudente mais surtout non pharmacologique via un plan de soin global et personnalisé.

P141

“Démences : en Algérie aussi”

A. Zadem¹, B. Pradines²

¹Cellule de veille - pharmacie centrale des hopitaux - Alger - Algerie

²CHU Albi - Formation et Conseil - Albi - France

Introduction : L'augmentation « silencieuse » de la population âgée en Algérie engendre l'accroissement des pathologies liées à l'âge dont les démences. Comme ailleurs, celles-ci sont une cause fréquente de dépendance et constituent un grave problème de santé publique. La proximité du médecin généraliste avec le patient et son entourage lui confère un avantage particulier afin de réaliser le diagnostic précoce et le suivi du patient. Le travail rapporté ici est la première évaluation des pratiques des médecins généralistes pour les soins aux malades déments dans ce pays. L'objectif était d'émettre des recommandations sur les moyens humains et matériels afin d'améliorer la prise en charge de ces patients. Matériel et méthode : Un état des lieux a été réalisé auprès des médecins généralistes dans la Wilaya d'Alger. Parallèlement, une recherche a été conduite dans les institutions de santé publique. Résultats : Deux constats ont été effectués : d'une part l'absence de formation dans le domaine de la gériatrie en général et des démences en particulier ; d'autre part l'insuffisance de coordination. Des échanges structurés et fréquents entre intervenants, ainsi que la mise en place d'organisations adaptées, permettraient de faciliter une indispensable collaboration et de rendre la prise en charge médico-sociale plus efficace. Discussion : Les résultats de cette enquête devraient entraîner des décisions. Certes, elle présente des limites, mais elle permet de mettre en exergue les difficultés que rencontrent ces praticiens et d'émettre des recommandations pour l'amélioration de la situation actuelle. Des mesures souhaitables porteraient sur la formation initiale et postuniversitaire, en particulier des médecins généralistes, ainsi que sur le décloisonnement entre le champ sanitaire et social. Une telle évolution ne peut se concevoir sans des actions de l'Etat telles que l'Introduction : de la gériatrie comme discipline médicale et l'organisation du parcours de soin des patients âgés, le médecin généraliste étant l'acteur principal.

P142

Maladie d'Alzheimer – rôle de l'infirmier

R. Sfaihi¹, I. Ellouze¹, J. Hachicha¹, R. Gouiaa²

¹Néphrologie - CHU Hédi Chaker - Sfax – Tunisie

²Médecine Interne - Gériatrie - Policlinique CNSS - Sfax - Sfax - Tunisie

L'Alzheimer est une maladie chronique de plus en plus fréquente parmi la population qui affecte la mémoire et les facultés mentales en général. Elle évolue de façon progressive et irréversible, à cause d'une dégénérescence du tissu cérébral pour aboutir à un état de démence. 70 % dans ces états de démence sont attribués à la maladie d'Alzheimer. En Tunisie, selon les statistiques de 2006, 3 500 patients sont atteints par cette maladie. Il est important d'instaurer le traitement par des médicaments le plus tôt possible. Pour le moment, les médicaments ne soignent pas la cause mais apaisent les symptômes et retardent l'évolution de la maladie. Rôle de l'infirmier : L'infirmier peut aider le malade atteint de La maladie d'Alzheimer du point de vue médical et humain, ainsi il participe avec tous les autres professionnels de la santé à : • Améliorer la communication : il faut parler lentement et calmement au malade comme ce dernier oublie les mots, sa compréhension diminue. Il faut être attentif à faire des phrases simples claires, faciles à comprendre pour qu'il reste en contact avec vous et avec l'extérieur. • Préserver son autonomie : maintenir l'hygiène élémentaire, aller aux toilettes, s'alimenter sont parfois des activités impossibles pour le malade. Dans ce cas, il faut être attentif à ses besoins, l'aider à accomplir ces tâches, ne pas les faire à sa place. Il faut que le malade garde son autonomie aussi longtemps que possible. • Comblent ses besoins affectifs. • Se comporter avec lui avec douceur en lui tenant la main en le caressant. • Aider le patient à s'alimenter. Conclusion: La maladie d'Alzheimer, maladie devenant de plus en plus fréquente, représente un handicap par le patient nécessitant ainsi l'intervention de tout le personnel médical et paramédical y compris l'infirmier qui joue un rôle primordial dans cette prise en charge.

P143

Aide à la gestion des cas complexes à la consultation Mémoire d'un centre de Gériatrie

M. Rainfray¹, C. Labat-Bezeaud², I. Guillard³, S. Harston³

¹Gériatrie - CHU de Bordeaux - Pessac - France

²Gériatrie - Centre Hospitalier Côte Basque - Bayonne - France

³Consultation Mémoire Centre de Gériatrie - CHU de Bordeaux - Pessac - France

Introduction : les consultations Mémoire (CM) sont régulièrement sollicitées pour apporter une expertise médicale et sociale aux patients atteints de troubles cognitifs. Objectif : analyser les caractéristiques des patients concernés par les appels, les réponses apportées et les hospitalisations à trois mois. Méthodologie : L'étude se déroule pendant 6 mois à la CM du Centre de Gériatrie. Une infirmière note le contenu des appels téléphoniques et contacte les médecins traitants. Une réunion de concertation pluri-professionnelle examine tous les appels. Les réponses apportées sont tracées dans le dossier médical et les hospitalisations à 3 mois sont recueillies par analyse du dossier informatisé du CHU et enquête auprès des médecins traitants. Résultats : 130 appels concernent des patients âgés de 83.2 ans (67-93) dont 45.3 % de 85 ans ou plus, 75.4 % de femmes et 23.8 % d'hommes ; 80 % vivant à domicile. 46 % des appels sont passés par des médecins, 35.4 % par les familles. Les facteurs de complexité relevés sont des difficultés sociales (64.8 %), des troubles psycho-comportementaux (43.1 %), des comorbidités psychiatriques (36.1 %), des situations médicales complexes (26.9 %), ou encore un nomadisme médi-

cal (18.5 %) ou une urgence médico-légale, (8.5 %). Les réponses apportées sont une lettre au médecin traitant avec des conseils (24.6 %) et/ou une consultation dans les 3 mois (39.2 %). 29 % des patients ont été hospitalisés en urgence dans les 3 mois. Il s'agit de femmes (80 %), de plus de 85 ans (40 %), vivant à domicile (85.7 %). Les motifs d'hospitalisation sont un état médical aigu (71.4 %), des troubles psycho-comportementaux (42.9 %), des difficultés sociales (22.9 %) et des pathologies psychiatriques (17.1 %). Le taux d'hospitalisation est plus faible en cas de consultation prévue à 3 mois (25.5 % vs 33.8 %, $p < 0.01$) et de courrier adressé au médecin traitant (18.7 % vs 29.6 %, $p < 0.01$). Conclusion : Une gestion codifiée des appels à la consultation Mémoire permet de diminuer les hospitalisations en urgence de patients âgés ayant des troubles cognitifs. Dans 30 % des hospitalisations, une prise en compte anticipée des difficultés sociales permettraient d'éviter l'hospitalisation en urgence.

P144

la mesure de l'atrophie cérébrale aide-t-elle au diagnostic d'aphasie primaire progressive?

S. Marchand¹, O. Breyssse², P. Charru³, J. Blin⁴

¹Hôpital de jour - hôpital privé gériatrique des magnolias - Montlhéry - France

²Hôpital de jour - hôpital privé gériatrique des magnolias - Ballainvilliers - France

³Gériatrie - Centre hospitalier universitaire Louis Mourier - Colombes - France

⁴Neurologie - Clinique de la mémoire - Paris - France

L'Aphasie Progressive Primaire (APP) est un déclin cognitif débutant par le langage. Les diverses lésions dégénératives causales siègent dans l'hémisphère cérébral gauche. Elles sont responsables d'une perte neuronale et d'une atrophie cérébrale. Ce syndrome, non rare, représente environ 5 % des diagnostics de consultation mémoire. Il paraît sous-diagnostiqué. Nous avons voulu évaluer l'apport de la mesure de l'atrophie cérébrale au diagnostic du syndrome APP, les données pour répondre à cette question au niveau individuel et syndromique n'existant pas dans la littérature. Tous les sujets consécutifs répondants aux critères diagnostique d'APP (Gorno-Tempini 2011) ont été inclus. Les IRM de 18 sujets APP (âge moyen : 76 ans, min - max : 51 - 91) ont été comparées à celles de 21 sujets contrôles (75 ans, 63 - 88). L'atrophie cérébrale a été mesurée visuellement sur les coupes coronales du cerveau au niveau frontal et temporal avec l'échelle de Kipps (2007), au niveau hippocampique avec l'échelle de Scheltens (1992), et au niveau des vallées sylviennes. La mesure a été faite par un cotateur (SP) aveugle du diagnostic des sujets. La majorité des patients APP présente une atrophie cérébrale gauche avec un score, gauche moins droite, de 3, ou plus, chez 72 % d'entre eux (13/18), soit une atrophie dans au moins trois des quatre régions étudiées. Aucun des 21 sujets contrôles ne présente un score d'atrophie atteignant 3 ou plus. Ce seuil d'atrophie cérébrale gauche de 3 sur l'ensemble des régions présente une valeur diagnostique positive (VPP) de 100 % et une valeur diagnostique négative (VPN) de 81 %. Par contre l'atrophie de la vallée sylvienne gauche ne présentait pas de valeur diagnostique. Notre étude montre que la mesure de l'atrophie cérébrale

gauche en clinique permet le diagnostic du syndrome APP quel que soit son sous-type avec des valeurs prédictives supérieures à 80 % (VPP 100 %, VPN 81 %).

P145

Le dépistage du diabète du sujet âgé : des résultats inquiétants

S. Hammami¹, O. Berriche², S. Bakkar³, S. Hajem³

¹Médecine Interne - CHU F Bourguiba de Monastir - Monastir - Tunisie

²Médecine Interne - CHU Mahdia - Mahdia - Tunisie

³Gériatrie - INSP - Tunis - Tunisie

Introduction : Du fait du vieillissement de la population et de la progression de l'obésité, le nombre de diabétiques âgés ne cesse d'augmenter. L'objectif de ce travail est d'apprécier la prévalence de diabète méconnue chez une population âgée vivant à domicile. Sujets et méthodes : Il s'agit d'une enquête épidémiologique descriptive transversale, régie par l'OMS et FNUAP Tunisie qui a étudié par un sondage à domicile un échantillon représentatif de la population âgée de 65 ans et plus (396 femmes, 202 hommes d'âge moyen : 72.3 ± 7.4 ans) vivant à domicile dans la région de Monastir. Les sujets ont bénéficié d'une prise de la tension artérielle, de mesures anthropométriques et d'un dosage d'une glycémie au doigt. Le diabète a été défini par une glycémie aléatoire supérieure ou égale à 2 g/l. Résultats : La prévalence de diabète déclaré est de (27 %, n=164). Cent Vingt un (20 %) ont une glycémie pathologique, parmi eux seul 97 sont connus diabétiques au moment de l'enquête. La glycémie était supérieur ou égale à 1.26 g/l et inférieur à 2 g chez 240 sujets, uniquement 48 seniors sont connus diabétiques. Une hyperglycémie modérée entre 1.1 et 1.25 g/l est retrouvé chez 237 sujets, parmi eux 19 sont déjà connus diabétiques. Parmi les 121 patients avec glycémie pathologique, 65.3 % (n=79) sont de sexe féminin, l'âge était inférieur ou égal à 70 ans dans 47 % des cas (n=57), le Body Mass Index est supérieur ou égal à 30 chez 63 % (n=77) et l'hypertension artérielle était noté chez 62 % (n=75) des cas. Conclusion : Malgré les limites de notre étude, les résultats de ce dépistage doivent attirer l'attention des pouvoirs publics et des soignants sur l'importance des cas méconnus et sur l'intérêt d'une prise en charge précoce de cette pathologie en augmentation croissante chez les personnes âgées.

P146

Enquête sur les pratiques de médecins généralistes français pour la prise en charge des patients âgés diabétiques de type II

S. Balesdent¹, A. Jean², L. d'Arailh¹, A. Monti³, C. Schonheit³, E. Pautas⁴

¹Gériatrie - Hôpital Sainte-Périne APHP - Paris - France

²Médecine Générale - Université Pierre et Marie Curie - Vitry-sur-seine - France

³Court séjour gériatrique - Hôpital Charles Foix, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix, APHP - Ivry-sur-Seine - France

⁴Court séjour gériatrique - Hôpital Charles Foix - Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - Ivry-sur-Seine - France

Introduction : La prévalence du diabète de type II augmentant avec l'âge, 26 % des diabétiques français ont plus de 75 ans. Pour leur prise en charge, les recommandations, basées sur des études d'intervention dans lesquelles les patients âgés sont très peu représentés, portent surtout sur un objectif d'hémoglobine glyquée (HbA1C). Nous avons analysé les pratiques de médecins généralistes français pour la prise en charge des patients âgés diabétiques de type II (objectif thérapeutique prioritaire, HbA1c cible et critères d'adaptation). **Matériel et méthodes :** Enquête par questionnaire envoyé à 400 médecins généralistes de la région parisienne. **Analyse descriptive des réponses et analyse interférentielle** entre modalités de prise en charge et typologie des médecins. **Résultats :** Sont analysées les réponses complètes aux questionnaires de 127 généralistes, majoritairement expérimentés (70 % > 50 ans), majoritairement formés pour le diabète (80 %) et la gériatrie (52 %). La moitié d'entre eux suivent leurs diabétiques âgés conjointement avec un diabétologue et 77 % se disent à l'aise avec la prise en charge. Le sentiment de difficultés dans cette prise en charge n'est pas corrélé à leur formation, ni à leur âge, ni au nombre de diabétiques suivis. Le taux d'HbA1c est l'objectif thérapeutique prioritaire pour 64 % des médecins, 11 % d'entre eux ciblant un taux unique pour tout patient et 89 % l'adaptant à chaque cas. Les critères d'adaptation sont : espérance de vie (91 %), complications microvasculaires (89 %) ou macrovasculaires (83 %), âge (81 %), risque hypoglycémique (79 %), facteurs de risque cardiovasculaire (78 %) complications neurologiques (74 %) ancienneté du diabète (50 %). **Conclusion :** Deux tiers des médecins généralistes franciliens interrogés utilisent le taux d'HbA1c comme objectif thérapeutique prioritaire chez les diabétiques âgés, avec adaptation au cas par cas dans la grande majorité des cas. Cette prédominance de l'HbA1C dans les recommandations reste cependant controversée chez les patients âgés pour qui les données scientifiques manquent.

P147

Analyse rétrospective d'une cohorte de patients diabétiques hospitalisés dans un service de gériatrie aiguë

X. Tzamali¹, F. Benoit¹, J. Robberecht¹, S. Cappelle¹, J. Body², R. Karmali², M. Surquin¹

¹Gériatrie - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

²Médecine - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

Introduction : La prise en charge des patients diabétiques (PD) > 75 ans requiert une individualisation des objectifs thérapeutiques en fonction des spécificités gériatriques et de l'espérance de vie. Selon les recommandations, l'HBAC cible est de $\leq 7\%$ chez les PD âgés robustes, $\leq 8\%$ chez les fragiles et même $\leq 9\%$ chez les PD âgés malades. L'objectif de cette étude rétrospective est de caractériser le profil gériatrique et glycémique des PD hospitalisés en gériatrie. **Matériel et méthodes :** Collecte de données de PD admis consécutivement dans un service de gériatrie (132 lits) entre le 27/2 et le 27/5/2013. **Critères d'inclusion :** hospitalisation en gériatrie aiguë, diagnostic de diabète. Tous les PD recevaient un traitement antidiabétique, sauf 2 patients qui avaient arrêté leur traitement avant l'admission. **Résultats :** 61 PD (âge moyen 83.3 ans) ont été admis en gériatrie, principalement pour chutes (26 %), syndrome infectieux (18 %) et complication d'un traitement médicamenteux

(15 %). 68 % de ces patients vivent à domicile. A l'admission, 43 % présentent un delirium, 23 % un syndrome démentiel, 82 % une polypharmacie et 67 % sont dépendants. La moitié des PD ont une albuminémie < 3.5 gr/dL et 80 % des PD ont une dénutrition avérée ou un risque de dénutrition (MNA). On compte 67 % des patients avec une HBAC $\leq 7.5\%$, dont 27 % présentent au moins un épisode d'hypoglycémie pendant l'hospitalisation. On note que 33 % des patients avec HBAC $\leq 7.5\%$ ont une GFR < 30 mL/min, contre 10% des patients avec HBAC $> 7.5\%$ (P = 0.051). Les deux groupes ne diffèrent pas en termes d'âge, de BMI, d'albumine, ni de MMSE. Par ailleurs, 47 % des patients HBAC $\leq 7.5\%$ insuffisant rénaux sont traités par antidiabétique oral. **Conclusions :** Le traitement du diabète en gériatrie reste inadapté malgré les recommandations actuelles. L'insuffisance rénale semble représenter un facteur de risque significatif de présenter une HBAC $\leq 7.5\%$, donc un risque d'hypoglycémie.

P148

Troubles de la marche et leucoaraïose dans la maladie d'Alzheimer au stade modéré

C. Eudo¹, C. Hommet², X. Cazals³, A. Matysiak², K. Mondon², O. Beauchet⁴, F. Andersson⁵, J. Cottier³

¹Médecine Interne Gériatrique - CHU Bretonneau - Tours - France

²CMRR - CHU Bretonneau - Tours - France

³Radiologie - CHU Bretonneau - Tours - France

⁴Médecine Interne et gériatrique - CHU Angers - Tours - France

⁵INSERM - CHU Bretonneau - Tours - France

Les troubles de la marche sont retrouvés chez 25 % des sujets présentant une maladie d'Alzheimer et sont significativement associés à un risque plus élevé de chute et de décès. La physiopathologie, notamment concernant les niveaux de contrôle supérieurs, n'est pas parfaitement connue. Le paradigme de double tâche suggère que les fonctions exécutives sont fortement impliquées dans le contrôle de la marche. La leucoaraïose est plus fréquente chez les sujets Alzheimer et est associée à des difficultés cognitives, notamment au niveau des fonctions exécutives. Ces résultats laissent à penser que la leucoaraïose pourrait être le support anatomique expliquant les troubles de la marche, notamment dans la maladie d'Alzheimer. Nous avons comparé le coefficient de variation du pas en simple et double tâche, le score à la MoCA et les volumétries relatives de leucoaraïose par lobes en IRM entre 14 témoins et 15 sujets Alzheimer. Nos résultats montrent que le coefficient de variabilité du pas est significativement plus élevé en simple tâche et en double tâche chez les sujets Alzheimer que chez les témoins. Le volume de leucoaraïose péri-ventriculaire et total est plus important chez les sujets Alzheimer. Nous ne retrouvons pas de corrélation significative entre les paramètres de marche et les volumétries de leucoaraïose, entre les volumétries de leucoaraïose et le score à la MoCA et entre le score à la MoCA et les paramètres de marche. Pour conclure, notre étude relance la question des conséquences cliniques des lésions vasculaires cérébrales, notamment au niveau de la marche et spécialement chez les sujets Alzheimer.

P149**Mieux comprendre la détérioration du langage dans la maladie d'Alzheimer***I. Simoes Loureiro¹, L. Lefebvre¹*¹Sciences Cognitives - UMONS - Mons - Belgique

La dégradation du système lexico-sémantique est une des atteintes les plus communes dans la maladie d'Alzheimer (MA). Cette altération se traduit par des paraphasies sémantiques (chien pour chat), des réponses superordonnées (légumes pour carotte) ou un manque du mot. Cette atteinte sémantique progressive participe aux problèmes de communication qui handicape considérablement le patient dans sa vie quotidienne. Les théories sur l'origine de cette détérioration sont nombreuses et il n'existe à ce jour aucun consensus à ce propos. Certains plaident pour une atteinte de l'accès aux concepts en mémoire sémantique tandis que d'autres favorisent l'hypothèse d'une détérioration de concepts. Dans le cadre de l'étude de la mémoire sémantique, le paradigme d'amorçage est fréquemment utilisé car il permet l'investigation précise du réseau sémantique (Laisney et al., 2010). 90 patients MA à 3 stades d'évolution de la détérioration sémantique seront évalués. Les sujets seront appariés selon l'âge, le sexe et le niveau socio-culturel. Les sujets seront dispatchés en 3 groupes en fonction de l'évolution de l'atteinte sémantique mise en évidence au test de mémoire sémantique que nous avons adapté de Laiacina et al. (1993), pour lequel 30 items (15 naturels et 15 manufacturés) ont été conservés. Un protocole d'amorçage sémantique en dénomination d'images sera administré à chaque participant. Trois conditions seront évaluées : l'amorçage taxonomique, thématique et non-relié. 22 mots ont été retenus. Des pré-tests nous ont permis de nous assurer du contrôle de variables psycholinguistiques dont l'âge d'acquisition, la fréquence et l'association verbale. Enfin, un test de classement catégoriel d'images sera également proposé afin d'obtenir une investigation explicite de la mémoire sémantique. Les recherches sont actuellement en cours, et seront présentés lors du congrès. Les résultats au protocole d'amorçage permettront d'obtenir une évaluation de la dégradation du réseau sémantique au travers de l'évolution de la MA.

P150**L'homéostasie du cholestérol dans la maladie d'Alzheimer***P. Camponova¹, H. Garneau¹, A. Le-Page¹, T. Fulop¹, A. Khalil¹*¹Centre de recherche sur le vieillissement - Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

La maladie d'Alzheimer (MA) est la forme de démence la plus commune et touche environ 18 millions de personnes à travers le monde. Des études ont montré que l'hypercholestérolémie est un facteur de risque pour la MA. Le but de notre étude est de déterminer si le transport du cholestérol par les HDL est impliqué dans la pathogenèse de la MA et le rôle modulateur des peptides amyloïdes bêta (AB40 et AB42) dans ce transport du cholestérol dans le plasma. Pour ce faire, 95 sujets en bonne santé, avec déclin cognitif mineur ou à différents stades de la MA ont été recrutés. Le

profil lipidique (cholestérol total, HDL, LDL) et le niveau d'apo-A1 ont été mesurés pour chaque patient. Les monocytes de chaque patient ont été isolés puis transformés en macrophages. Les HDL ont été séparés du plasma et utilisés pour mesurer l'efflux du cholestérol à partir des macrophages J774 chargés en cholestérol radio-marqué. AB40 et AB42 à des concentrations comprises entre 0,5 nM et 1 μ M ont été utilisées pour mesurer leur capacité d'efflux du cholestérol. Nos résultats ne montrent pas de changement significatif des niveaux de HDL en fonction des groupes de patients. En revanche, les niveaux d'apo-A1 sont significativement diminués dans le groupe avec MA sévère par rapport au groupe contrôle et les niveaux de LDL sont significativement augmentés dans ce groupe de patients. La capacité des HDL à induire l'efflux du cholestérol diminue significativement en fonction du niveau de déclin cognitif (MMSE versus efflux, $p < 0.0033$). De plus, la capacité des macrophages à libérer le cholestérol semble être affectée par le niveau de déclin cognitif. Nos résultats montrent qu'AB40 et AB42, aux concentrations utilisées, n'ont aucun effet sur l'efflux du cholestérol. Nos résultats suggèrent que la régulation du métabolisme du cholestérol semble être altérée dans la MA.

P151**La génération sandwich et la prise en charge de parents âgés atteints de la maladie d'Alzheimer : une histoire de générations ? L'étude française alert***J. Podvin¹, D. Huvent-Grelle², C. Pagniez³, E. Boulanger¹, F. Puisieux¹*¹Hôpital gériatrique les Bateliers - CHRU - Lille - France²CHR U LILLE - Lille - France³Hôpital LENS - CH - Lens - France

L'aide informelle fournie auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer par un proche peut être source de stress et ressentie comme un fardeau. Nous nous sommes intéressés à ces aidants, « pris en sandwich » entre deux générations : celle de leurs parents âgés malades et celle de leurs petits-enfants, réclamant toutes deux une partie de leur temps, et leurs soins. Etude des caractéristiques sociodémographiques et de la qualité de vie de cette « génération sandwich ». Etude multicentrique, prospective, observationnelle, s'étendant sur une année. 11 centres de gériatrie du Nord de la France ont participé à l'étude, et 99 aidants familiaux ont été inclus. Ces grands-parents de la génération sandwich sont en majorité des femmes (79 %), et sont nés dans les années 1950. Leurs parents ont en moyenne 86 ans, et les petits-enfants 7 ans. 47 % d'entre eux prennent des médicaments, 57 % se sentent stressés et 53 % ont des troubles du sommeil. Le patient atteint de la maladie d'Alzheimer est le plus souvent la mère ou la belle-mère de l'aidant. L'aidant intervient de façon hebdomadaire dans 95 % des cas. 38 % des personnes incluses dans l'étude exercent une activité salariée à temps plein. La plupart d'entre eux affirme apprécier aider leur parent, mais préfère toutefois s'occuper de leurs petits-enfants. Ces femmes « prises en sandwich » doivent faire face aux demandes de deux générations, leurs parents et leurs petits-enfants. Cette situation semble similaire aux Etats-Unis, au Canada, au Royaume-Uni et probablement dans d'autres

pays. Nous nous demandons si ce phénomène ne reflète pas un problème de société plus large.

P152

Instauration d'un repas thérapeutique au sein d'une unité de vie Alzheimer

A. Ridao¹, V. Druon¹, H. Blaquart¹, D. Balieu¹, M. Pivion¹, H. Idiri¹

¹SSR - Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal - Wasquehal - France

Contexte : La prise alimentaire des résidents vivant en unité Alzheimer est difficile du fait des troubles de déglutition, des troubles praxiques et des troubles du comportement (déambulation notamment). Ceci a pour conséquences une dénutrition fréquente. Le temps des repas constitue un repère dans la journée. Il est considéré comme un soin s'il répond aux objectifs suivants : garantir les besoins nutritionnels du résident, apporter une dimension sociale, maintenir l'autonomie. Moyens : Devant les difficultés rencontrées au cours des repas chez ces résidents, un groupe de travail composé de soignants et d'une ergothérapeute a été créé au sein de l'unité Alzheimer, en mars 2013. Résultats et discussion : Les repas thérapeutiques sont instaurés depuis juin 2013. Il s'agit d'un face à face entre un soignant et un résident afin d'instaurer un moment de partage et de convivialité. Les résidents nécessitant cette prise en charge sont repérés chaque mois au cours d'une concertation en équipe. De juin à novembre 2013, 24 résidents (âge moyen 79,9 ans, 80 % de femmes) ont bénéficié de cette prise en charge pendant 2,45 mois en moyenne. Les repas durent environ 35 minutes lors d'un temps privilégié. Les soignants personnalisent les repas en fonction des résidents. On observe au cours des six premiers mois un gain de poids chez 54,1 % des résidents et une augmentation du taux d'albumine chez 62,5 % des résidents. Perspectives : Le ressenti des équipes est très positif, le repas thérapeutique permettant d'apporter un temps de plaisir et d'échange. Les résidents tirent bénéfice de ce dispositif tant sur le plan nutritionnel que relationnel. Ce dispositif rentre dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins.

P153

Intérêt de la mélatonine dans les agitations nocturnes de patients âgés hospitalisés en unité de court séjour gériatrique

S. Greffard¹, C. Sagot¹, C. Gard², V. Faucounau¹, A. Breining¹, J. Cohen-Bittan¹, Z. Barrou¹, L. Mora¹, J. Boddaert², M. Verny²

¹Gériatrie - Hôpital Pitié-Salpêtrière - Paris - France

²Pharmacie - Hôpital Pitié-Salpêtrière - Paris - France

Introduction : la mélatonine est proposée dans les troubles du comportement en sommeil paradoxal chez les patients ayant une maladie à corps de Lewy (MCL) et son intérêt fait l'objet de travaux dans le syndrome confusionnel et le "sundowning syndrome". Matériel et méthode : analyse rétrospective des prescriptions médicales consécutives de mélatonine sur l'année 2013 identifiées grâce au logiciel de prescription informatisée, dans un service universitaire de court séjour gériatrique. Critère de jugement principal : amélioration de l'agitation nocturne selon le jugement clinique

établi sur une concertation pluridisciplinaire. Résultats : parmi 729 hospitalisations (de janvier à novembre 2013), 25 patients ont reçu de la mélatonine soit 3,4 % (56 % femmes, 88 ± 5 ans, Médiane de séjour (Q1-Q3) : 23 jours (15-33)). Le motif de prescription était un trouble du sommeil sévère (agitation, déambulation ou hallucinations). 72 % avaient des troubles cognitifs connus dont 28 % MCL et 24 % de maladie d'Alzheimer, 8 % présentaient un syndrome confusionnel post opératoire. La dose de 3 mg/j était utilisée dans 76 % des cas avec augmentation à 6 mg/j dans 24 % des cas. La durée de traitement par mélatonine était de 15 ± 11 jours. Les coprescriptions comportaient en moyenne par patient 2 ± 1 psychotropes. Dans 76 % des cas, une amélioration a été notée. L'évolution était fluctuante dans 16 % des cas. Dans 8 % des cas, en l'absence d'amélioration, la mélatonine a été arrêtée. 44 % des patients sont rentrés à domicile, 48 % ont été transférés en SSR. Conclusion : la mélatonine pourrait être une piste thérapeutique intéressante pour traiter les agitations nocturnes des patients âgés, notamment dans les cas de MCL. Ce traitement ne semble pas avoir été efficace dans les confusions post-opératoires. Des études prospectives contrôlées en double aveugle sont nécessaires.

P154

Comparaison du QoL-AD et du DQoL chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer

A. Thierry¹, J. Novella², C. Barbe¹, I. Morrone², J. Ankr³, R. Mahmoud², D. Jolly⁴

¹Unité d'Aide Méthodologique - CHU de Reims - Reims - France

²Service de gériatrie - CHU de Reims - Reims - France

³Centre de gérontologie - AP-HP Hôpital Sainte Péline - Paris - France

⁴Pôle Recherche et Innovations - CHU de Reims - Reims - France

Introduction : Le Dementia Quality of Life (DQoL) et le Quality of Life in Alzheimer Disease (QoLAD) sont les deux questionnaires de qualité de vie spécifiques de la démence les plus utilisés dans le monde. L'objectif de notre étude est donc de comparer les propriétés psychométriques de ces deux questionnaires et de voir lequel est le mieux adapté en consultation gériatrique. Méthode : Afin d'évaluer les propriétés psychométriques de la validation en français du DQoL et du QoLAD, 123 patients, âgés de 65 ans et plus, souffrant de la maladie d'Alzheimer (score au Mini Mental State Examination ≥ 10) ont été recrutés dans six hôpitaux français et un hôpital suisse francophone. Le DQoL est un hétéroquestionnaire de 29 items, cotés sur une échelle de Likert à 5 niveaux, regroupés en 5 dimensions. Le QoLAD est une échelle contenant 13 items dont le score total va de 13 à 52. Résultats : Les deux questionnaires ont montré une bonne reproductibilité à deux semaines d'intervalle (coefficient de corrélation intra-classe $> 0,80$), une bonne cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach $> 0,70$) et une bonne validité convergente avec la dimension santé générale du Profil de Santé de Duke. Par contre, la QoLAD présente un temps de passation statistiquement inférieur (test de Student : $p < 0,0001$). Le DQoL, quant à lui, montre une meilleure capacité discriminante (au moins une dimension significative pour chaque sous-groupe de sévérité du déclin cognitif, dépendance,

existence d'une dépression ou de troubles du comportement).
 Conclusions : Pour une détection rapide de la qualité de vie lors d'une consultation gériatrique, on choisira le QoLAD et si l'on souhaite aller plus loin et faire de la recherche, on passera alors le DQoL.

P155

Utilisation de médicaments pour la maladie d'Alzheimer: étude exploratoire longitudinale sur 7 ans (2006-2012) de personnes traitées pour maladie d'Alzheimer (MA)

R. Van Tielen¹, I. Umbach¹

¹Etudes et Stratégie - Mutualités Libres-Onafhankelijke Ziekenfondsen (MLOZ) - Bruxelles - Belgique

Introduction: L'objectif de l'étude était d'analyser les caractéristiques des patients utilisant des médicaments pour la MA (N = 14.855), ainsi que les modalités du traitement en fonction du lieu de vie. Matériel et méthode: Les données ont été extraites de la base de données administrative de facturation de MLOZ. Le remboursement des médicaments spécifiques a été utilisé comme « proxy » pour le diagnostic de la MA. Tout patient ayant débuté un traitement pendant la période étudiée a été inclus dans l'analyse. Résultats: La prévalence des patients MA traités augmente progressivement entre 2006 et 2011 et se stabilise en 2012. L'incidence des patients traités reste stable entre 2007 et 2011 (environ 64/100 000 affiliés MLOZ de +65 ans), et chute brutalement en 2012 (48/100 000). Le taux des arrêts de traitement est le double en institution (MRS/MRPA) par rapport au domicile (respectivement 18 % et 9 % en moyenne). Entre 2011 et 2012, le taux annuel des arrêts de traitement a doublé quel que soit le lieu de résidence (17 % à 31 % en institution vs. 10 % à 23 % à domicile). Ces changements peuvent s'expliquer par une modification des modalités de remboursement en 2011 (suppression du remboursement dans la MA sévère) et un contrôle renforcé par les mutuelles en 2012. Fin 2012, 33 % des patients en institution et 58 % des patients à domicile étaient encore sous traitement médicamenteux pour la MA. La compliance au traitement est supérieure à 90 % sur toute la période étudiée (plus de 335 DDDs par an), quel que soit le lieu de résidence. Conclusions: Le taux d'arrêt de traitement des médicaments pour la MA est plus faible à domicile qu'en institution. Les mesures de 2011 et 2012 liées au remboursement des médicaments MA ont induit une diminution du nombre de nouveaux patients traités et une augmentation du nombre d'arrêts de traitement.

P156

Détermination de la durée du traitement médicamenteux de la maladie d'Alzheimer en Belgique par des analyses de survie

I. Umbach¹, R. Van tielen¹

¹Etudes et Stratégie - Mutualités Libres-Onafhankelijke Ziekenfondsen (MLOZ) - Bruxelles - Belgique

Introduction: Peu de données existent sur l'utilisation à long terme des médicaments pour la maladie d'Alzheimer (MA). Les données disponibles proviennent d'études cliniques dont le follow-up est de maximum 3 ans. L'objectif de l'étude est d'estimer la durée

du traitement médicamenteux de la MA dans la pratique, sur la période 2006-2012. Matériel et méthode: Les données ont été extraites de la base de données administrative de facturation de MLOZ. Le remboursement des médicaments spécifiques a été utilisé comme « proxy » pour le diagnostic de la MA. Tout patient ayant débuté un traitement pendant la période étudiée a été inclus dans l'analyse (N=14 855). Une analyse par des courbes de survie (Kaplan-Meier) permet de déterminer la durée de traitement réelle des patients, et ce en fonction de leur lieu de résidence (domicile ou institution). Résultats: La durée de traitement moyenne est de 1.571 jours (ES 16 jours) à domicile et 1.258 jours (ES 11 jours) en institution. 25 % des patients à domicile et 10 % des patients en institution sont traités pendant au moins 2.500 jours. Un patient qui commence son traitement à domicile est le poursuit en institution les prend en moyenne pendant 1.302 jours (ES 14 jours). Avant l'institutionnalisation, ce patient aura été traité à domicile pendant 1.026 jours en moyenne (ES 14 jours). Chez les patients ayant initié le traitement en institution, la durée moyenne de traitement est de 974 jours (ES 19 jours). Les 1.366 patients (9,8 %) qui ont arrêté le traitement au cours du premier mois ont été exclus des analyses subséquentes. Conclusions: La durée de traitement médicamenteux de la MA est significativement plus longue chez les patients traités à domicile que chez les patients traités en institution. Une minorité de patients (25 % à domicile et 10 % en institution) est traitée sur une période de 6,5 ans.

P157

Les vieux cerveaux rajeunissent-ils ? Effet cohorte sur la déposition amyloïde dans une étude clinicopathologique de 1599 cas

G. Gold¹, F. Herrmann¹, C. Bouras², E. Kövari²

¹Gériatre - Université et Hôpitaux Universitaires de Genève - Genève - Suisse

²Neuropsychiatrie - Université et Hôpitaux Universitaires de Genève - Genève - Suisse

Introduction: Les lésions neurofibrillaires (LNF) et les dépôts amyloïdes sont fréquemment rencontrés dans le vieillissement cérébral et la maladie d'Alzheimer (MA). Méthodes. la déposition amyloïde et les LNF ont été évaluées selon les classifications de Braak et Thal dans 1599 cerveaux de personnes autopsiées entre 1976 et 2006. Résultats: Chez les non-déments, la déposition amyloïde a diminué de 24 % alors que les LNF ont augmenté de 35 % en 30 ans. L'effet le plus important a été constaté chez les plus âgés (85 ans et plus): dans la cohorte la plus récente ces individus avaient moins d'amyloïde que des personnes 10 ans plus jeunes appartenant à la cohorte la plus ancienne. Dans les cas de MA le rapport amyloïde/LNF a diminué de 0,74 (SD = 0,13) à 0,56 (SD = 0,21) (p = 0,002) ce qui confirme une diminution de l'amyloïde après ajustement pour la sévérité de la maladie. Conclusions: Nous décrivons un important effet cohorte qui pourrait modifier la performance des marqueurs amyloïdes précoce de la MA et mettons en évidence des modifications précliniques compatibles avec plusieurs publications récentes décrivant une réduction de l'incidence et de la prévalence de la MA.

P158**Impact du statut fonctionnel sur la survenue des infections nosocomiales en unité de court séjour gériatrique**S. Mazière¹, P Couturier¹, G Gavazzi¹¹Médecine aiguë gériatrique - CHU Grenoble - Grenoble cedex 9 - France

Introduction: En médecine gériatrique, l'association entre infections et statut fonctionnel émerge. L'objectif de cette étude était d'évaluer le rôle du statut fonctionnel en tant que facteur de risque d'infection nosocomiale chez le sujet âgé hospitalisé en court séjour gériatrique (CSG). Méthodes : Etude descriptive prospective portant sur les patients consécutivement hospitalisés en CSG au CHU de Grenoble entre janvier et avril 2007. Critère de jugement principal: survenue d'une infection nosocomiale durant l'hospitalisation. Analyse portant sur l'évaluation gériatrique et les facteurs de risques d'infections nosocomiales connus. Résultats : Inclusion de 223 patients. L'âge moyen était de $86,7 \pm 6,5$ ans. La prévalence des infections nosocomiales était de 17,0 %. La moitié sont survenus dans les 12 premiers jours d'hospitalisation, et 25 % dans les 6 premiers jours. En analyse univariée, la présence d'une sonde urinaire, d'une escarre, la sévérité clinique, le nombre de médicaments, le diagnostic de pneumonie, les IADL, ADL à J-15 et à l'admission étaient associés à la survenue d'une infection nosocomiale ($p < 0,05$). Dans un premier modèle d'analyse multivariée, la présence d'une sonde urinaire (OR 4,43), d'une dépendance sévère à l'admission (OR 4,42) et d'un diagnostic menaçant le pronostic vital (OR 2,68) étaient indépendamment associés à la survenue d'une infection nosocomiale. Dans une seconde analyse multivariée, seul le statut fonctionnel à J-15 était indépendamment associé avec la survenue d'une infection nosocomiale (OR 2,21). Conclusion : Cette étude suggère un impact significatif du statut fonctionnel sur la survenue des infections nosocomiales chez le sujet âgé hospitalisé en CSG. Ces résultats montrent que la dépendance fonctionnelle est un facteur de risque plus important que ceux classiquement identifiés.

P159**Evaluation des bactériémies dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation**J. Lloveras¹¹Centre de Rééducation Fonctionnelle - Hopitaux de Luchon - Luchon - France

Les complications infectieuses, bactériémie et sepsis sont plus fréquentes chez le sujet âgé ; leur diagnostic doit être précoce du fait de leur gravité supérieure à celle des sujets jeunes et ceci justifie l'importance de la prescription adaptée des hémocultures. Nous avons étudié de façon rétrospective sur une période de six ans les hémocultures réalisées dans un service de SSR : nombre d'admissions moyen annuel : 1034 ; moyenne d'âge : 69 ans ; 26 % des patients âgés de plus de 80 ans. Les prélèvements bactériologiques positifs étaient déterminés par les germes mis en évidence ; les nombres d'échantillons total et de prélèvements positifs ont été rapportés au nombre d'admissions et comparés à ceux d'études similaires. Pendant la période étudiée (2007-12), 165 hémocultures

ont été réalisées ; parmi elles 27 étaient positives (16 %) ; les bactéries le plus fréquemment retrouvées sont, comme dans les autres études gériatriques, Staphylococcus (30 %) et E. coli (26 %). La prévalence de réalisation des hémocultures est de 165/6 202 soit 27/1 000 admissions. Cette dernière valeur est différente suivant les études, la taille et la nature des services hospitaliers mais le pourcentage de prélèvements positifs lui est le plus souvent compris entre 15 et 20 %. Chez le sujet âgé, les septicémies sont plus fréquentes et le pronostic y est plus grave, en raison de facteurs tels que le vieillissement, l'institutionnalisation, les comorbidités et la malnutrition ; celui-ci peut être amélioré grâce à un diagnostic et un traitement précoce. La pertinence de la pratique des hémocultures peut être appréciée par le nombre total de prélèvements pour 1 000 admissions.

P160**MobiQual Risques infectieux : un outil pour prévenir et maîtriser le risque infectieux en établissements médico-sociaux**S. Doutréline¹, G. Ruault²¹Programme MobiQual - SFGG - Suresnes - France²Délégation générale / Programme MobiQual - SFGG - Suresnes - France

Mis en œuvre depuis 2007, le programme MobiQual – Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles – de la Société Française de Gériatrie et Gériologie comporte depuis octobre 2013 un volet sur la thématique de la gestion du risque infectieux. L'enjeu est de mobiliser les établissements médico-sociaux sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux pour une meilleure sécurité des résidents tout en tenant compte de leurs spécificités et des moyens disponibles. Ces établissements étant des lieux de vie, il faut y trouver le juste équilibre entre sécurité et convivialité. À la différence des autres thématiques du programme MobiQual, la gestion du risque infectieux se présente sous la forme d'un site internet (à la différence d'une mallette rassemblant différents supports pédagogiques, comme cela a été le cas jusqu'à présent), avec accès sécurisé pour les professionnels intéressés. Ce site est complété par deux livrets pédagogiques présentant 1.les fondamentaux de la gestion du risque infectieux 2.les contenus du site et la navigation dans au sein de celui-ci. Fruit d'un travail collaboratif pluridisciplinaire et pluriprofessionnel, à la fois outil de sensibilisation/formation et outil opérationnel d'aide à la pratique, ce site internet comprend des contenus de formation adaptés à chaque métier sur six domaines de l'infectiologie, des ressources documentaires et des outils de formation, un accès rapide aux coordonnées des tutelles et organismes concernés ainsi qu'un glossaire commun à tous les corps professionnels : directeurs d'établissements médico-sociaux, cadres de santé et infirmier(ère)s coordinateur(ice)s, médecins coordonnateurs, et médecins traitants, infirmier(ère)s, aide(s)-soignant(e)s et pharmaciens. Nous nous proposons de vous présenter ce nouvel outil innovant du programme MobiQual ainsi que les premières remontées d'informations relatives à son emploi pratique.

P161**L'hypoalbuminémie est un facteur de risque de décès majeur**

J. Bloch¹, F. Durig², J. Beuscart³, B. Simovic¹, F. Puisieux¹

¹Médecine Gériatrique - CHRU de Lille - Lille - France

²Médecine Gériatrique - CHRU de Lille - Loos - France

³EA2694 - Département de biostatistiques - Lille - France

Introduction : L'infection est une cause fréquente d'hospitalisation en médecine aiguë gériatrique (MAG). L'hypoalbuminémie a une valeur pronostique chez les insuffisants cardiaques, rénaux sévères ou hépatiques. Il semble logique qu'elle soit également un marqueur pronostique chez le patient âgé hospitalisé infecté. L'objectif de notre travail était de vérifier si l'albuminémie pouvait être un marqueur pronostique indépendant de décès chez les patients âgés infectés hospitalisés en MAG. Méthodes : Etude rétrospective monocentrique réalisée en MAG du CHRU de Lille. Les patients âgés de 75 ans et plus ont été inclus entre le 15 novembre 2010 et le 15 mai 2011 et la date de point était le 15 novembre 2011. Le critère d'inclusion était la survenue d'un syndrome inflammatoire associé à un tableau infectieux. Nous avons réalisé une analyse par arbre décisionnel afin de déterminer les facteurs prédictifs du décès et contrôlé les résultats par un modèle de Cox à risques proportionnels. Résultats : La probabilité de survie à 6 mois pour les 154 patients inclus était de 61 %. L'analyse en arbre a permis d'identifier des sous-groupes de patients aux survies très différentes. Les patients ayant un ADL inférieur à 5,5 et une albuminémie inférieure à 27 g/l avaient une probabilité de survie à 6 mois de seulement 22 %. Pour ceux qui avaient un ADL inférieur à 5,5 et un score de Charlson supérieur ou égal à 3, le fait d'avoir une albuminémie inférieure à 36 g/l diminuait de moitié la survie à 6 mois, passant de 67 % à 32 %. L'analyse multivariée du modèle de Cox identifiait les mêmes facteurs de risque de décès que l'analyse en arbre décisionnel. Le taux de C-Reactive Protein n'était pas un facteur de risque indépendant du décès. Conclusion : Dans notre étude, l'hypoalbuminémie est un facteur de risque de décès majeur chez les patients âgés infectés hospitalisés, indépendamment du syndrome inflammatoire.

P162**Infections communautaires en Médecine Aiguë Gériatrique : Profil gériatrique et devenir des patients**

A. Charpentier¹, A. Dablemont¹, J. Beuscart¹, C. Gaxatte¹, F. Puisieux¹

¹Clinique de Gériatrie - CHRU de Lille - Lille - France

Contexte : Les maladies infectieuses sont une des principales causes d'hospitalisation des sujets âgés. L'objectif de l'étude était de décrire les infections communautaires en Médecine Aiguë Gériatrique (MAG) en s'intéressant au profil et au devenir des patients infectés. Méthode : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique portant sur tous les patients hospitalisés consécutivement en MAG au CHRU de Lille entre janvier et juillet 2013. Chaque patient a bénéficié d'une évaluation gériatrique. Le diagnostic d'infection reposait sur les critères révisés de McGeer,

et le caractère communautaire sur le délai d'apparition des symptômes et la provenance des patients. Résultats : 652 patients ont été inclus (âge moyen : 84.1 ± 6.4 ans, 65.3 % de femmes). Un tiers des patients présentaient une infection en MAG, selon les critères de Mac Geer. 119 patients hospitalisés présentaient une infection communautaire (18.3 %) : 73 infections pulmonaires, 22 infections urinaires et 12 bactériémies. Dix patients présentant une infection communautaire ont développé une infection nosocomiale. Les patients avec une infection communautaire avaient un profil gériatrique similaire aux autres patients, hormis un taux d'albumine ($p < 0.001$) et un score ADL à l'entrée ($p < 0.05$) significativement plus bas. La durée moyenne d'hospitalisation, l'orientation en service de SSR et la mortalité intra-hospitalière n'étaient pas différentes entre les patients présentant une infection communautaire et les autres patients. Conclusion : Près d'un patient sur cinq hospitalisés en MAG présente une infection communautaire. Le profil gériatrique de ces patients est comparable à celui des patients hospitalisés en MAG pour un autre motif. Le diagnostic d'infection communautaire n'est pas associé à une augmentation du risque d'infection nosocomiale, ni à une augmentation de la durée moyenne d'hospitalisation, de la mortalité intra hospitalière ou une orientation plus fréquente en SSR.

P163**Impact d'une démarche participative pour améliorer l'hygiène des mains sur l'incidence des infections en EHPAD : un essai randomisé**

M. Hocine¹, L. Temime¹, W. Dab¹, N. Cohen², P. Denormandie³, F. Bertin Hugault⁴

¹Laboratoire MSRSS - Conservatoire National des Arts et Métiers - Paris - France

²Direction Médicale - Groupe Korian - Paris - France

³Direction Générale - Institut du Bien Vieillir Korian - Paris - France

⁴Direction Ethique Médicale Qualité - Groupe Korian - Paris - France

Introduction : L'hygiène des mains (HM) est l'une des principales mesures permettant de réduire le risque de transmission d'infections en EHPAD. Cependant, l'observance des recommandations d'HM du personnel reste faible (~15 %). L'objectif de cette étude est de montrer l'impact d'un ensemble de mesures participatives liées à l'HM sur l'incidence des cas groupés de gastro-entérites aiguës (GEA) et d'infections respiratoires aiguës (IRA) en EHPAD. Matériel et méthode : L'étude, prévue sur un an, repose sur un schéma d'essai randomisé par grappes. L'échantillonnage des EHPAD sera réalisé par stratification régionale et par tirage au sort parmi des EHPAD volontaires en France. Les mesures liées à l'HM au sein des EHPAD du groupe intervention sont : - La mise en place d'un groupe de travail local qui établira des recommandations pour l'HM, sur la base d'un guide de travail national ; - La réalisation d'une campagne de sensibilisation à l'HM destinée aux résidents, visiteurs et personnels de santé et administratif à partir de ces recommandations ; - Un accès renforcé aux solutions hydro-alcooliques pour le personnel, les résidents et les visiteurs ; - La mise en place d'un programme éducatif des

tiné au personnel de santé. Résultats attendus : On attend une différence de l'ordre de 40 % entre les groupes intervention et témoin dans le nombre total de cas d'IRA et de GEA rapportés dans le cadre d'épisodes de cas groupés. Inclure 13 EHPAD par groupe suffit pour atteindre une puissance statistique de 90 %. Les critères secondaires de l'étude seront l'observance de l'HM, les hospitalisations, les décès et la consommation d'antibiotiques. Discussion/Conclusion : La démarche participative originale adoptée ici devrait permettre une meilleure adhésion du personnel et un impact plus durable de l'intervention. Cette étude sera suivie d'une analyse coût-bénéfice comparant le coût du dispositif au bénéfice réalisé en termes de décès, hospitalisations et consommation d'antibiotiques.

P164

Le devenir des sujets âgés VIH positifs : la question de l'admission en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

D. Naudet¹, F. Retornaz², A. Langhar³, C. Doncarli⁴

¹SSR/ULSD - Centre Interhospitalier du Pays d'Aix - Marseille - France

²Consultations ; cellule recherche - CGD 13 - Marseille - France

³Cellule recherche - CGD 13 - Marseille - France

⁴Médecine interne - Hôpital d'Aubagne - Marseille - France

Propos : Le nombre de personnes âgées porteuses du VIH (Virus de l'immunodéficience humaine) est de plus en plus important, de part l'augmentation des nouvelles contaminations après 50 ans et de part l'augmentation de l'espérance de vie grâce aux traitements actuels, avec des comorbidités et des incapacités qui peuvent parfois nécessiter une admission en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Le personnel, médical et paramédical, des EHPAD est-il favorable à l'admission de personnes séropositives au sein de leurs établissements ? Méthode : Envoi de questionnaires au personnel médical et paramédical de 100 EHPAD de la région PACA tirés au sort en 2013 Résultats : 54% des EHPAD ont répondu au questionnaire ; les médecins ont pour l'instant reçu peu de demandes d'admission pour des résidents VIH positifs (8,2 %) ; 67 % du personnel paramédical y est favorable sans restriction ; ceux qui s'y opposent ou émettent des réserves ont pour principales raisons le manque de formation sur la pathologie et la crainte de contamination du personnel (50 % et 48,5 %). Ils pensent en majorité (63 %) avoir besoin d'une formation actualisée sur le VIH. Près des deux-tiers des médecins interrogés pensent que cette étude est pertinente. Conclusion : La population âgée séropositive étant grandissante, il faut préparer le personnel des EHPAD en leur donnant une formation sur la pathologie, en particulier sur le mode de contamination, afin de diminuer leurs craintes éventuelles. Cependant le caractère polypathologique et polymédicamenté de certains de ces patients pose la question d'une admission éventuelle en ULSD plutôt qu'en EHPAD.

P165

Spondylodiscite à mycobacterium tuberculosis : un cas de co-infection chez une femme âgée

L. Goehrs¹, A. Bornand-Rousselot¹, E. Baudry¹, C. Schonheit¹, A. Monti¹, E. Pautas²

¹Court séjour gériatrique - Hôpital Charles Foix, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix, APHP - Ivry-sur-Seine - France

²Court séjour gériatrique - Hôpital Charles Foix - Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - Ivry-sur-Seine - France

Introduction : Les spondylodiscites sont des infections rares mais dont l'incidence augmente avec l'âge. Elles sont majoritairement causées par un seul germe. Nous rapportons un cas original de co-infection à mycobacterium tuberculosis et streptocoque agalactiae chez une patiente âgée. Observation : Une femme de 76 ans est hospitalisée pour chute dans un contexte de fièvre depuis 1 mois, traitée de façon empirique par pénicilline A puis fluoroquinolone. Ses antécédents se limitent à une hypertension artérielle et un syndrome parkinsonien. L'examen clinique objective une raideur cervicale avec déformation rachidienne en flexion antérieure sans douleur, et note l'apparition récente de troubles de déglutition. Il existe un syndrome inflammatoire biologique modéré. Le scanner puis l'IRM cervicale objectivent une ostéolyse des corps vertébraux de C5 à T1 et de spondylodiscite de C6-C7 avec un aspect de compression médullaire (imagerie présentée). La patiente est prise en charge chirurgicalement. Les prélèvements peropératoires retrouvent du streptocoque agalactiae et une antibiothérapie adaptée est débutée. Secondairement la culture revient aussi positive à Mycobacterium tuberculosis justifiant l'adjonction d'une quadrithérapie anti-tuberculeuse. Discussion – Conclusion : L'âge est un facteur de risque d'infection à S. agalactiae et à M. tuberculosis, mais un seul autre cas de spondylodiscite multi-germe a été rapporté dans la littérature. La réalisation systématique d'une biopsie est indispensable notamment devant l'existence de facteurs de risque d'infection à mycobactéries. L'origine de ces associations de germes n'est pas connue ; le rôle du polymorphisme génétique de certains récepteurs comme les Toll-like récepteurs a été évoqué mais des études complémentaires sont nécessaires.

P166

Hyperleucocytose inexpliquée du sujet âgé : Pensons au Clostridium difficile !

E. Baudry¹, L. Goehrs¹, J. Poisson¹, E. Pautas¹, A. Bornand²

¹Médecine Interne et Gériatrie - Hôpital Charles FOIX - APHP - Ivry-sur-Seine - France

²Médecine Interne et Gériatrie - Hôpital Charles Foix - Ivry-sur-Seine - France

Introduction : Les infections à Clostridium difficile sont actuellement les premières causes de diarrhées nosocomiales documen-

tées de l'adulte et particulièrement chez les sujets âgés. Nous rapportons ici le cas d'une infection à *Clostridium difficile* chez une patiente gériatrique inhabituelle par son mode de présentation essentiellement hyperleucocytaire. Cas clinique : Cette patiente, de 78 ans, avait comme antécédents prédisposant une polyarthrite rhumatoïde sous corticothérapie au long cours. Un mois avant son hospitalisation, elle a été victime d'une chute avec plaie du coude surinfectée, traitée par 6 jours d'amoxicilline-acide clavulanique. Elle a été hospitalisée pour exploration d'une hyperleucocytose découverte lors d'un bilan systématique (29 500 leucocytes/mm³ à prédominance neutrophile et une CRP à 41 mg/L). Il n'a été retrouvé aucun point d'appel clinique, un traitement antibiotique probabiliste a été introduit. Malgré cela, le syndrome inflammatoire et infectieux s'aggrave avec 76 400 leucocytes dont 73 300 polynucléaires neutrophiles et une CRP à 278 mg/L. Devant l'apparition d'une douleur en fosse iliaque droite et d'un discret épaississement du caecum au scanner, une coloscopie en urgence a été réalisée, retrouvant l'aspect typique de colite pseudo-membraneuse. La coproculture avec recherche de toxine *Clostridium* a été réalisée à l'arrivée sur une selle diarrhéique unique et a confirmé le diagnostic. Après 10 jours de métronidazole per-os, le syndrome inflammatoire a totalement régressé et la patiente a regagné son domicile. Discussion : L'infection à *Clostridium difficile* post antibiothérapie est typique et est favorisée chez cette patiente par l'immunodépression de la corticothérapie au long cours. En revanche, la présentation initiale uniquement hyper-leucocytaire est moins connue, bien que décrite dans la littérature. Certains auteurs considèrent que l'infection à *C. difficile* est une des principales causes chez le sujet âgé d'hyperleucocytose isolée, avec un seuil décrit à 30 000 polynucléaires. L'hyperleucocytose et l'insuffisance rénale sont également considérés comme facteurs de mauvais pronostics de cette infection chez le sujet âgé.

P167

Les altérations de la perfusion cérébrale chez des patients septiques critiques sont associées à un dysfonctionnement cognitif à la sortie de réanimation

C. Pierrakos¹, L. Decorte², R. Attou¹, E. Cytryn², A. Kolyviras¹, P. Gottignies¹, J. Devriendt¹, S. Malinverni¹, D. De Bels¹

¹Réanimation - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

²Gériatrie - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

Objectifsd: Chez des patients critiques en sepsis, l'altération de la perfusion cérébrale (index de pulsatilité, IP) est liée à une détérioration de la fonction cognitive. Le but de cette étude est d'évaluer ce lien à la sortie de réanimation. Méthodes : Nous avons évalué 20 patients septiques âgés de ≥ 65 ans, sans déficit neurologique connu et sortis vivants de réanimation. Les patients ayant un score de Lawton < 5 sans MMS dans les 6 derniers mois étaient exclus de l'étude. En utilisant l'écho-doppler transcrânien, nous avons mesuré la vitesse moyenne de l'ACM (cm.sec-1) et calculé l'indice de pulsatilité ainsi que l'index de perfusion cérébrale. Les mesures ont été faites dans les 24 h suivant le diagnostic du sepsis. La population a été divisée en deux groupes en fonction de l'IP à J1 (groupe A : $IP \geq 1.3$ et groupe B : $IP < 1.3$). Le dysfonctionnement cognitif

était défini par un MMS < 24 chez les patients ayant un Lawton ≥ 5 , ou une diminution de 5 points au MMS si le Lawton était < 5 . Le MMS est fait à la sortie de l'USI, le CAM ICU étant utilisé pour exclure la confusion. Résultats : Treize patients (65 %) avaient un $IP \geq 1.3$ (Group A). L'index de perfusion cérébrale était plus bas à J1 dans le groupe A par rapport au groupe B (347 ± 96 vs 559 ± 98 , $p < 0.01$). Un déclin cognitif fut observé chez 75 % des patients du groupe A par rapport à 14 % des patients du groupe B ($p = 0.02$). Il n'y avait pas de différence significative concernant l'âge, le score APACHE II, la tension artérielle moyenne ou la vitesse moyenne de l'ACM entre les 2 groupes. Conclusions : Les altérations de la perfusion cérébrale dans la phase aiguë du sepsis chez des patients âgés critiques pourraient être impliquées dans des troubles cognitifs à la sortie de réanimation.

P168

La grippe dans des unités de court séjour gériatrique pendant l'hiver 2012-2013 : Mortalité et Complications secondaires

S. Drevet¹, S. Mazière¹, N. Zerhouni¹, G. Gavazzi¹

¹Clinique universitaire de Médecine Gériatrique - Centre hospitalier Universitaire de Grenoble - Grenoble - France

Introduction : La population âgée paie le plus lourd tribut lié à la grippe chaque année (mortalité et hospitalisation) et en raison d'une efficacité vaccinale limitée elle est aussi exposée au risque de grippe nosocomiale. L'objectif de notre étude était de déterminer les taux de mortalité et de complications liés à la grippe des individus de 75 ans et + hospitalisés dans des unités de gériatrie aiguë pendant la période épidémique régionale (semaine 52, 2012 à semaine 11, 2013). Méthode : Les patients inclus avaient eu une PCR grippe A ou B positive ; Les gripes ont été classées en communautaire (PCR positive dans les 7 jours suivant l'admission) et nosocomiale ; Les critères de jugement étaient la mortalité et les taux et types de complications ; âge, durée de séjour, activité de la vie quotidienne 15 jours avant l'admission (ADL J-15) et à la sortie ont été relevés. Résultats : 56 patients sur 220 admis ont eu une PCR grippe et 29 étaient positives (46,7 %), 19 de type A (65,5 %) et 10 de type B, (34,5 %). L'âge moyen était de 88,5 ans ; l'ADL J-15 à 4,3/6. La première grippe était communautaire mais 20 (68 %) étaient nosocomiales. La mortalité intra-hospitalière était de 31,1 % (9/29) chez les patients grippés contre 10,5 % (20/191) pour la population indemne ; Le décès survenait en 25,2 jours après la PCR ; Les complications incluait : déclin fonctionnel (ADL-1,1 point), infections bactériennes (n = 13), insuffisances cardiaque et rénale aiguës (n = 8 et 9), hémorragies digestives (n = 2), défaillance multiviscérale (2). Conclusions : Les gripes communautaires ou nosocomiales sont pourvoyeuses d'une mortalité indirecte élevée, et induisent de nombreuses complications inattendues chez les sujets âgés hospitalisés. Elles s'accompagnent de déclin fonctionnel impactant la qualité de vie et ajoutant au poids économique de la grippe. Tous les modes de prévention semblent à promouvoir de façon urgente.

P169**Mortalité à un an d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur de 117 patients de plus de 75 ans**

S. Drevet¹, B. Chedal Bornu², C. Bioteau¹, P. Couturier¹, J. Tonetti², G. Gavazzi¹

¹Clinique Universitaire de Gériatrie - CHU de Grenoble - Grenoble - France

²Clinique Universitaire d'Orthopédie - CHU Grenoble - Grenoble - France

Introduction: L'arrivée des générations baby-boom va multiplier par 2 ou 3 l'activité traumatologique gériatrique en orthopédie. La fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) est une des complications les plus sévères de la chute de l'âge : c'est un problème de santé publique voire une épidémie. Malgré l'avancée des techniques chirurgicales orthopédiques et anesthésiques, la mortalité reste inchangée. Matériel et méthodes: Notre étude épidémiologique prospective portait sur des patients de plus de 75 ans évalués téléphoniquement un an après une FESF prise en charge dans le service d'Orthopédie et de Traumatologie de CHU de Grenoble. L'objectif principal était de déterminer le taux de mortalité un an après la FESF. Les objectifs secondaires étaient d'étudier les facteurs associés à la mortalité, le statut fonctionnel, le taux de réhospitalisation et de passage aux urgences un an après la FESF. Le seuil de significativité des tests était: $p < 0.05$. Résultats: L'âge moyen des 117 patients inclus était de 87,08 ans. La mortalité à un an de la FESF était de 35,6%. Les facteurs associés à la mortalité étaient les activités instrumentales à J-15 ($p=0,000$), le score de co-morbidités CIRS G ($p=0,001$) et le degré de sévérité des groupes homogènes de malades ($p=0,017$). A un an, 38 % étaient passés aux urgences, 44 % étaient réhospitalisés et les ADL moyennes étaient à 4,28/6 avec une perte fonctionnelle moyenne de 0,86 point. Discussion: Le haut taux de mortalité et l'absence de récupération fonctionnelle semblent être deux axes de travail primordiaux. L'identification et la gestion précoce des co-morbidités permettraient d'éviter des décompensations délétères en terme de morbi-mortalité à court et moyen terme. Dans le contexte médico-économique actuel et devant une pathologie aussi prévalente, l'optimisation des compétences de chaque intervenant par la mixité médico-chirurgicale semble être d'intérêt et nécessiterait d'être évaluée.

P170**Musclez vos méninges: un programme communautaire pour promouvoir la vitalité cognitive des aînés**

M. Parisien¹, S. Laforest², K. Nour³, N. Gilbert⁴, D. Guay⁴, N. Bier⁵, C. Desgagné-Cyr⁴

¹Promotion de la santé des aînés - Centre de santé et de services sociaux Cavendish-Centre affilié universitaire - Côte-Saint-Luc - Canada

²Département de kinésiologie - Université de Montréal - Montréal - Canada

³Direction de santé publique (secteur planification, évaluation et recherche) - Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie - Longueuil - Canada

⁴Équipe Prévention-promotion santé et vieillissement - CSSS Cavendish-CAU - Montréal - Canada

⁵École de réadaptation, programme d'ergothérapie - Université de Montréal - Montréal - Canada

Problématique: Le vieillissement normal implique des changements progressifs de certaines capacités cognitives. Ceci est source d'inquiétude pour une importante proportion d'aînés. Des facteurs tels que de saines habitudes de vie peuvent aider à garder sa vitalité cognitive. Musclez vos méninges est un programme de promotion de la vitalité cognitive, offert par des intervenants et bénévoles des milieux communautaires, à des aînés sans problème cognitif. Cette affiche décrit les étapes de développement de Musclez vos méninges et rapporte les résultats du suivi de processus réalisé auprès d'organismes communautaires ayant implanté le programme. Méthode: Le programme a été développé par des intervenants et des chercheurs du CSSS Cavendish-CAU avec plusieurs partenaires intersectoriels. La co-construction a impliqué plusieurs étapes, notamment: recension des écrits, élaboration d'un modèle logique, validation auprès d'experts et mise à l'essai. Une fois le programme finalisé, un suivi de processus a été réalisé auprès de 13 groupes offrant le programme ($n=143$ aînés). Les stratégies de collecte ont été: grilles de présence, questionnaires de satisfaction aux participants et entrevues aux animateurs et responsables d'organismes. Résultats Le programme, offert sous forme d'atelier de dix rencontres, privilégie une approche multistratégique, proposant: jeux intellectuels, enseignement de stratégies mnésiques, sensibilisation aux saines habitudes de vie, etc. Le suivi de processus, réalisé auprès des organismes, a montré que: les aînés apprécient le programme; ils disent en retirer des bénéfices; les taux de présence sont élevés; les animateurs trouvent les outils d'animation très utiles et les responsables d'organismes considèrent le programme facile à implanter. Discussion/conclusion: Musclez vos méninges est issu d'une démarche de co-construction intersectorielle. Un suivi de processus a montré la pertinence et la faisabilité de l'intervention. Les analyses d'une étude d'efficacité sont aussi en cours. Ce programme, maintenant disponible, pourra outiller les milieux communautaires à promouvoir la vitalité cognitive des aînés (<http://www.creges.ca/site/pratiques-de-pointe/ppsv/les-programmes>).

P171**Effet d'un programme de promotion de la vitalité cognitive sur le niveau de pratique d'activité physique**

C. Desgagné-Cyr¹, S. Laforest², K. Nour³, N. Bier⁴, D. Ellemberg⁵, M. Parisien⁶, D. Guay⁶, M. Fournier⁷

¹Etablissement scolaire - Université de Montréal - Pointe-des-cascades - Canada

²Département de kinésiologie - Université de Montréal - Montréal - Canada

³Santé - Direction de la Santé Publique de la Montérégie - Montérégie - Canada

⁴École de réadaptation - Université de Montréal - Montréal - Canada

⁵Faculté de Kinésiologie - Université de Montréal - Montréal - Canada

⁶Centre de recherche en gérontologie social - CSSS
Cavendish - Montréal - Canada

⁷Enseignement et recherche - Direction de santé publique de
Montréal - Montréal - Canada

Mise en contexte : Diverses études suggèrent que l'activité physique (AP) aurait un impact sur la vitalité cognitive des aînés. Le programme Musclez vos méninges inclue donc des stratégies pour encourager les participants à bouger davantage. Objectif : Cette étude vise à explorer : 1) le lien entre la pratique d'AP et différentes dimensions de la vitalité cognitive avant de débiter un programme de promotion de la vitalité cognitive, 2) l'effet du programme sur la pratique d'AP, 3) l'effet modérateur et médiateur de la pratique d'AP sur les impacts du programme sur la cognition. Méthode : 294 aînés de 60 ans et plus, intéressés à participer à un programme de vitalité cognitive ont été recrutés. Musclez vos Méninges a été offert par des organismes communautaires de Montréal. Les participants ont été évalués avec des tests cognitifs (MoCA, MIA, CVLT, RBMT, MMQ, Attention, Stroop) et des instruments sur la pratique d'AP (CHAMPS, test de marche de 2 minutes). Des corrélations ont été faites à l'entrée dans l'étude des participants. Des régressions multivariées ont été réalisées pour mesurer l'impact du programme et celle de la pratique d'AP. Résultats : Trois corrélations significatives ($p < 0,05$) étaient présentes à l'entrée dans l'étude entre les performances aux tests cognitifs et la pratique d'AP. La participation au programme amène une augmentation significative de la pratique d'AP. Les analyses n'indiquent pas d'effet significatif modérateur ou médiateur de la pratique d'AP avec les impacts du programme sur la cognition. Conclusion : Les résultats confirment l'importance de la pratique d'AP pour la vitalité cognitive des aînés. Ils démontrent qu'un programme multifactoriel, incluant la promotion de l'AP, peut modifier l'engagement des aînés dans des AP de façon significative. Des études futures devront toutefois démontrer si la pratique d'AP, avant de débiter un programme, peut avoir un effet médiateur sur la vitalité cognitive.

P172

Bienfaits potentiels de la marche avec bâtons pour les aînés : état des connaissances

B. Fournier¹, M. Parisien², M. Delichy², M. Mathieu¹, S. Laforest¹

¹Département de kinésiologie - Université de Montréal - Montréal - Canada

²Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale - Centre de santé et de services sociaux Cavendish - Montréal - Canada

Introduction : Depuis quelques années, un engouement envers la marche nordique, qui consiste à marcher avec des bâtons, est observé. La marche avec bâtons apparaît comme une activité avec de nombreux bénéfices pour la santé, notamment pour les personnes âgées. Objectifs : Présenter une recension des écrits qui dresse un portrait global des recherches reliées à la marche avec bâtons et explorer plus spécifiquement les bénéfices potentiels de cette activité sur la santé des aînés. Méthodes : Nous avons effectué une recension des écrits avec les mots clés : « pole walking »

ou « nordic walking » ou « exerstriding » dans les bases de données PubMed, SPORTDiscuss, Web of Sciences et CINAHL. Résultats : Près d'une centaine d'articles ont été retenus. Ils mettent l'accent sur les réponses physiologiques de l'activité et principalement sur ses effets auprès de personnes avec des conditions spécifiques de santé. Moins de 10 articles portent sur les bénéfices de la marche avec bâtons chez les aînés. Ces articles rapportent principalement des effets positifs de la marche avec bâtons sur la condition physique (e.g. augmentation de la force musculaire) et la santé cardiovasculaire (e.g. diminution de la pression artérielle). Discussion/Conclusion : Malgré un nombre relativement important d'articles traitant de la marche avec bâtons, encore peu d'études ont porté sur cette activité auprès des personnes âgées. Cependant, plusieurs impacts positifs de la marche avec bâtons semblent émerger communément de la littérature. Considérant l'activité comme une pratique prometteuse, une équipe d'intervenants et de chercheurs du Centre de santé et de services sociaux Cavendish a développé un programme de marche avec bâtons pour les aînés avec le but d'en étudier l'effet sur un large éventail de paramètres de santé physique et mentale.

P173

Prophylaxie de la maladie thrombo-embolique veineuse en gériatrie

J. Rwabihama¹, L. Rakotoarisoa², S. Sadedine³

¹Site gériatrique de l'Essonne - Hôpitaux universitaires Henri Mondor, AP-HP - Draveil - France

²Site gériatrique de l'Essonne - Hôpitaux universitaires Henri Mondor - Champceuil - France

³Pôle gériatrique de l'Essonne - Hôpitaux universitaires Henri Mondor - Limeil-Brévannes - France

La maladie thromboembolique veineuse représentée par la phlébite et l'embolie pulmonaire est une pathologie fréquente et grave chez le sujet âgé. Bien que sa prévention soit bien codifiée, la chimioprophylaxie de cette pathologie reste insuffisamment prescrite avec une posologie souvent inadaptée pour une durée illégalement prolongée. Nous avons initié une étude interventionnelle randomisée en cluster pour évaluer les prescriptions préventives de cette pathologie dans les 4 sites gériatriques des hôpitaux universitaires Henri Mondor en France. Les données de 1569 patients ont été recueillies dans 12 services gériatriques du groupe hospitalier. Après la randomisation en cours et l'intervention sur les rappels des recommandations aux prescripteurs, les résultats définitifs de cette étude seront communiqués au 10e congrès international francophone.

P174

Polytraumatisme et complications hémorragiques graves sous dabigatran chez un sujet âgé

L. Dourthe¹, J. Cohen-Bittan¹, S. Roche², S. Meaume³, M. Verny⁴, J. Boddaert⁵

¹UPOG. Gériatrie. GH Pitié-Salpêtrière. - APHP - Paris - France

²SSPI. GH Pitié-Salpêtrière - APHP - Paris - France

³SSR Plaies et cicatrisation. GH Rothschild - APHP - Paris - France

⁴Gériatrie. GH Pitié-Salpêtrière. - APHP - Paris - France

⁵UPOG. Gériatrie. GH Pitié-Salpêtrière. - APHP - Paris - France

Introduction: Le dabigatran (Pradaxa®), inhibiteur direct de la thrombine, appartient à la famille des nouveaux anticoagulants (NACO). Nous rapportons le cas d'une hémorragie grave dans un contexte de polytraumatisme chez une patiente traitée par dabigatran avec des conséquences lourdes sur le plan fonctionnel. Cas: Une patiente de 88 ans, autonome, sous dabigatran pour une fibrillation atriale, a été hospitalisée suite à un accident de la voie publique pour polytraumatisme (fractures du crâne, du massif facial, de l'omoplate, multiples de côtes, du bassin) et choc hypovolémique hémorragique. Malgré la transfusion de 15 culots globulaires, de plasma frais congelés, de culots unitaires plaquettaires et de PPSB jugés inefficaces, une artério-embolisation de l'artère poplitée et une épuration extra rénale ont été nécessaires. L'évolution a ensuite été marquée par un syndrome confusionnel sur hématome sous-dural non chirurgical, une perte d'autonomie malgré une prise en charge intensive par les kinésithérapeutes et l'apparition d'un hématome disséquant puis creusant de la cuisse limitant toute reprise d'autonomie. La patiente a été transférée en SSR spécialisé pour mise à plat chirurgicale et pose d'un dispositif de Thérapie par Pression Négative en vue d'une greffe de peau. Discussion: En raison des chutes et de leurs conséquences, de l'insuffisance rénale, des poids extrêmes, de la polyopathie et de la polymédication, l'utilisation des NACO n'est pas sans poser problème dans la population gériatrique, en l'absence d'antidote et de recommandation standardisée de prise en charge d'un accident hémorragique grave. Conclusion: Les patients âgés tirent le plus de bénéfice des anticoagulants dans la FA mais ils sont aussi les plus à risque de complications hémorragiques. Cependant le manque de données chez les plus de 80 ans incite à une grande prudence, comme le rappellent les recommandations de l'HAS qui place les AVK en première intention dans la FA.

P175

Mise en place d'une veille des hémorragies graves sous anticoagulants oraux

N. Layoun¹, C. Chantemesse¹, S. Hubiche¹, E. Gasco², M. Sportouch¹

¹Pharmacie - Centre Hospitalier - Beziers - France

²Urgence - Centre Hospitalier - Beziers - France

Dans le traitement de la fibrillation atriale ou de la maladie thromboembolique veineuse, les nouveaux anticoagulants oraux (NACO) sont destinés à être largement utilisés en remplacement des anti-vitamines (AVK) et représentent 30 % des traitements ambulatoires. Comme tout traitement anticoagulant (ACO), ils sont associés à un risque hémorragique. Une veille des cas d'hémorragie a été mise en place au niveau de notre établissement. L'objectif est de faire un état des lieux afin d'adapter nos pratiques dans l'attente d'antidote et/ou de dosage spécifique de NACO. Le recueil est réalisé durant 12 mois. Les critères d'inclusion sont : patient sous ACO, admis aux urgences et présentant une hémorragie grave spontanée. Le nombre de cas est de 77 : 67 sont liés à un AVK, 10 à un NACO (6 au dabigatran). A l'admission, les patients présentent une

insuffisance rénale sévère dans 26 % des cas et une anémie (hémoglobine < 10 g/dl) dans 39 %. Le groupe NACO compte 8 patients > 80 ans et 3 de poids < 60 kg. Les localisations principales de ces hémorragies graves sont : 57 % digestives (80 % des patients sous NACO versus 54 % de ceux sous AVK) et 29 % cérébrales (10 % des patients sous NACO versus 33 % de ceux sous AVK). La prise en charge de ces hémorragies a nécessité l'utilisation d'un médicament procoagulant non spécifique PPSB dans 41 cas (39 sous AVK ; 2 sous dabigatran). La durée moyenne d'hospitalisation est de 8 jours et 14 décès sont déplorés (11 sous AVK, 3 sous dabigatran). La proportion des cas d'hémorragies graves spontanées semble en adéquation avec ceux publiés dans la littérature, à savoir un risque majoré chez les patients âgés avec insuffisance rénale et/ou petit poids, un risque d'hémorragie cérébrale abaissé avec les NACO. Ce recueil témoigne d'un mésusage lié à une iatrogénie importante où la prise en compte du rapport bénéfice/risque fait défaut.

P176

Étude rétrospective sur la qualité du suivi de l'anticoagulothérapie orale

S. Gilbert¹

¹Département de pharmacie - Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

Les pharmaciens prennent en charge l'anticoagulothérapie des résidents hébergés en soins de longue durée selon une ordonnance collective depuis 2010. La warfarine est un anticoagulant oral utilisé en prévention d'un accident vasculaire cérébral (AVC) chez les aînés diagnostiqués avec une fibrillation auriculaire (FA) ou un problème récurrent de thromboembolie veineuse. Les données probantes suggèrent que le Ratio Normalisé International (RNI) devrait se situer entre 2 et 3 afin d'assurer une protection optimale en présence d'une FA. L'objectif de cette étude vise à mesurer la qualité de la gestion des RNI pour la clientèle hébergée en utilisant la proportion du temps dans lequel le RNI se situe dans l'écart thérapeutique. A l'été 2013, une étudiante en pharmacie a procédé à la cueillette d'information à partir des dossiers pharmacologiques informatisés. Une pharmacienne a procédé à l'analyse des données. Les données de 42 résidents ont été recueillies et analysées couvrant la période du 1 mai au 31 juillet 2013. Les calculs réalisés selon la méthode de Rosendaal donnent un résultat de 76,3 % et selon la méthode traditionnelle un résultat de 74 %. Le temps dans l'écart thérapeutique du RNI représente une mesure de la qualité de l'ajustement de la warfarine. Il représente un indicateur bien établi de sécurité. Un résultat de 76,3 % est excellent compte tenu de la rareté des études qui obtiennent un résultat supérieur à 60 %. Verhovsek et coll., dans une étude réalisée en soins de longue durée obtiennent un résultat variant de 40 à 51 %, quant à Rose et coll., dans leur étude VARIA, parlent d'un résultat variant de pauvre à excellent, soit de 38 à 69 %, selon le site étudié. Les pharmaciens sont donc en mesure d'assurer un suivi de qualité de l'anticoagulothérapie orale chez les résidents en soins de longue durée.

P177**Evaluation de la connaissance des patients de leur traitement par IEC (Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion) ou sartan dans un service de médecine gériatrique**

M. Wiart¹, A. Lefebvre¹, A. Lefebvre¹, V. Balenghien¹,
D. Dombrowski²

¹Pharmacie - Hôpital Saint Vincent de Paul - Lille - France

²Médecine gériatrique - Hôpital Saint Vincent de Paul - Lille - France

L'iatrogénie médicamenteuse est une des principales causes d'hospitalisation en gériatrie. La certification V2014 des établissements de santé français rappelle l'obligation d'améliorer la prise en charge des Personnes Agées (PA). Evaluer le niveau de connaissance des patients d'un service de gériatrie de deux classes thérapeutiques couramment iatrogènes, IEC et sartans, paraît nécessaire. Pendant un mois, un entretien est mené par une interne en pharmacie avec l'accord du clinicien auprès de chaque patient de plus de 65 ans traité par IEC ou sartan. Les critères d'exclusion sont l'Introduction : récente du traitement Anti-HyperTenseur Evalué (AHTE), les troubles cognitifs, et syndromes confusionnels. Des données clinico-biologiques et le score ADL d'autonomie du patient sont recueillis. Le questionnaire porte sur l'ensemble du traitement habituel puis sur les AHTE (modalités de prise, effets indésirables, Règles Hygiéno-Diététiques (RHD)...). Une fiche conseils sur le traitement AHTE est ensuite dispensée au patient. 70 % des 30 patients interrogés (âge moyen 80,7) connaissent insuffisamment (<1/3 du traitement chronique) le nom de leurs médicaments et 43 % insuffisamment leur indication. 63 % des patients n'identifient pas les AHTE sur leur prescription. Les modalités de prise sont correctement (1/3 à 2/3 des modalités attendues citées) connues pour 53 % des patients. 87 % des patients ne citent aucun effet indésirable. Les RHD sont majoritairement connues chez 57 % des patients. 36 % des patients estiment bénéficier d'une information correcte sur leur traitement AHTE, majoritairement dispensée par le médecin (64 %). Le prescripteur est presque exclusivement le médecin traitant (97 %). L'analyse des données clinico-biologiques ne décèle aucune contre-indication formelle au traitement AHTE. Cette étude démontre le manque de connaissance des PA de leur traitement AHTE. L'information thérapeutique au sein des services de soins par une équipe pluridisciplinaire incluant le pharmacien est indispensable pour lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse. L'entretien, jugé clair et utile par tous les patients, sera évalué lors des consultations post-hospitalisation.

P178**Optimisation d'une technique de soin : la perfusion sous-cutanée**

J. Chappe¹, A. Giroud¹, J. Bélizaire², A. Pont¹, N. Ikhlef²,
B. Coret-Houbart¹

¹Pharmacie - CHI Robert Ballanger - Aulnay-sous-Bois - France

²Gériatrie - CHI Robert Ballanger - Aulnay-sous-Bois - France

Introduction : La perfusion sous-cutanée est une technique de réhydratation et d'administration de médicaments fréquemment utilisée chez le sujet âgé. Dans notre établissement, des cathéters non sécurisés changés quotidiennement étaient utilisés jusqu'alors, ce qui favorisait la survenue d'accident d'exposition au sang (AES) et pouvait être inconfortable et douloureux pour le patient. Les objectifs de cette étude sont d'évaluer cliniquement et économiquement un nouveau dispositif adapté à cette voie. Matériel et méthodes : Le dispositif testé est un microperfuseur sécurisé avec cathéter pouvant rester en place jusqu'à 96h. Les essais ont été menés dans le service de gériatrie pendant un mois. Le confort du patient a été apprécié par interrogatoire et un questionnaire d'évaluation a été diffusé au personnel soignant. L'analyse économique tient compte des coûts d'utilisation des deux systèmes pour une durée de perfusion de 7 jours. Résultats : 53 microperfuseurs ont été testés sur 20 patients interrogeables, les patients ininterrogeables ont été exclus. Tous les patients ont jugé le dispositif confortable. Les soignants concluent unanimement sur la supériorité de ce nouveau produit en terme de sécurité, de facilité de pose et de gain de temps infirmier. Ce matériel ne montre pas d'avantage économique par rapport à la méthode actuelle. Discussion/Conclusion : Ce dispositif donne satisfaction au personnel soignant en diminuant le risque d'AES et en permettant un allongement du temps de maintien par rapport à un cathéter classique. Il permet une amélioration du confort patient en réduisant la douleur au point de ponction. Pour optimiser cette technique de soin, il faut également développer l'information au patient, les incompréhensions sur l'utilisation de cette voie sont nombreuses et peuvent favoriser une non-coopération. Le référencement de ce microperfuseur a été validé dans l'établissement et un protocole de bon usage comportant une liste des molécules pouvant être administrées par voie sous-cutanée a été élaboré.

P179**Patients âgés traités pour une fibrillation auriculaire (FA) par les nouveaux anticoagulants oraux : intérêt du programme PHARM-ACO®**

C. Lhermitte¹, A. Caffin¹, Y. Chabi¹, G. Camus¹, X. Bohand¹

¹Pharmacie - HIA Percy - Clamart - France

Introduction : La commercialisation récente de nouveaux anticoagulants oraux (NACO) suscite autant d'espoirs que de méfiance. En France, de nécessaires recommandations de bon usage ont été publiées en 2012 par l'Agence nationale de sécurité du médicament et en 2013, par la haute autorité de santé. La place du pharmacien y apparaît prépondérante. L'expérience de pharmaciens accompagnant les patients traités par NACO est présentée. Matériel et méthode : Tout patient atteint de FA, traité par NACO s'est vu proposer un entretien pharmaceutique (EP) selon la méthodologie du programme PHARM-ACO®. L'EP est conduit après accord du patient selon les 5 points-clés du programme : Pourquoi ? Hypericum perforatum. Automédication. Risques. Modalités de prise. Les dossiers des patients âgés de plus de 75 ans traités par NACO pour une FA ont été analysés. Résultats : En 10 mois (12/2012 – 09/2013), 57 patients (75-92 ans) ont bénéficié d'un EP dont 38 à l'hôpital et 19 en pharmacie d'officine. Trente-cinq patients étaient

traités par dabigatran et 22 par rivaroxaban. Trente et un patients (54 %) connaissaient le nom de leur médicament (63 % pour dabigatran, 41 % pour rivaroxaban) et quarante patients (85 %) leur pathologie. Aucun patient ne consommait de Millepertuis. Trente-quatre patients avaient recours à l'automédication mais seulement deux par aspirine ou AINS. Les risques hémorragiques et thrombotiques liés aux NACO n'étaient bien connus respectivement que par 25 % et 19 % des patients. Enfin, 33 patients (58 %) connaissaient les modalités de prise des NACO et 17 (30 %) la conduite à tenir en cas d'oubli de prise. Discussion/conclusion : Le bon usage des NACO, tant au niveau de la prescription, de la dispensation que de l'administration, est une condition indispensable de leur efficacité et de la limitation de leur iatrogénie. Les résultats présentés ici légitiment complètement la démarche pharmaceutique engagée auprès des patients âgés à travers le programme PHARM-ACO®.

P180

personnes âgées et gestion des anticoagulants oraux à domicile

C. Naline¹, E. Pautas², J. Golmard³, A. Mont², T. Cudenne⁴, A. de Malherbe⁴, S. Moulias⁴, L. Teillet⁴

¹Unité de gériatrie aigüe - Hôpital Ambroise Paré - Noisy le roi - France

²UGA - Hôpital Charles Foix - Ivry-sur-Seine - France

³Biostatistique - hôpital La pitié salpêtrière - Paris - France

⁴UGA - Hôpital Ambroise Paré - Boulogne-Billancourt - France

Chez les patients âgés, bien que les indications des antivitamine K (AVK) soient fréquentes du fait de l'augmentation d'incidence des pathologies thrombo-emboliques veineuses ou artérielles avec l'âge, ils restent sous-prescrits principalement en raison du risque hémorragique majoré avec l'âge. Améliorer la qualité de la gestion d'un AVK permet de diminuer ce risque hémorragique. Les modalités du traitement anticoagulant et la qualité de l'éducation ont été très peu évaluées chez des patients très âgés, et nous avons mené une étude pour préciser ces points dans une cohorte de 100 patients ambulatoires de plus de 75 ans traités par AVK. Les résultats de cette enquête téléphonique montrent que les patients âgés, ou leur aidant principal gérant le traitement au domicile, ont une connaissance satisfaisante de leur traitement AVK, quand elle est comparée à celle notée dans d'autres enquêtes pour des patients plus jeunes. Parmi les caractéristiques des patients, la dépendance est le facteur statistiquement le plus lié, de façon inverse, à l'état de connaissance des patients. Parmi les caractéristiques de la gestion du traitement, la possession d'un carnet AVK est positivement liée au fait d'avoir une connaissance minimale du traitement, et pourrait donc être considérée comme un reflet simple et pertinent de l'éducation thérapeutique reçue par le patient ou son entourage. L'éducation des patients âgés traités par AVK et de leur éventuel aidant principal paraît donc un objectif raisonnable et rentable, sous réserve d'une bonne évaluation de la dépendance. L'utilisation prochaine des nouveaux anticoagulants oraux ne réglera pas tous les problèmes inhérents à ce type de traitement, et les patients âgés devront toujours être bien informés voire éduqués, notamment sur le risque hémorragique, proche de celui des AVK, et sur l'importance d'une observance thérapeutique parfaite.

P181

Apport d'une présence pharmaceutique dans un service de gériatrie aiguë

P. Saint-Germain¹, C. Hosselet², M. Libessart², A. Mary², A. Terrier-Lenglet², M. Belhout², N. Pelloquin², P. Jouanny¹, A. Devendeville¹

¹Gériatrie - CHU Amiens - Amiens - France

²Pharmacie - CHU - Amiens - France

Introduction : Depuis mai 2013, un interne en pharmacie hospitalière est présent dans le service de gériatrie (76 lits) pour lutter contre la iatrogénie chez la personne âgée et améliorer la qualité de prise en charge médicamenteuse. L'objectif est d'effectuer un bilan comparatif entre les activités réalisées avant l'arrivée de l'interne dans le service et depuis l'ouverture du stage. Matériels et méthodes : Du 01/10/2012 au 30/04/2013 (période 1), l'analyse des prescriptions informatisées est réalisée depuis la pharmacie à usage intérieur (PUI) et du 01/05/2013 au 31/10/2013 (période 2) dans le service clinique. Les interventions pharmaceutiques (IP) sont acceptées lorsque la modification de prescription est conforme à l'avis pharmaceutique. Des tests du Khi 2 ont été utilisés pour comparer les pourcentages et la différence est significative lorsque $p < 0,05$. Résultats : En comparant la période 1 et la période 2, on retrouve 200 IP et 285 IP qui correspondent à : prescription hors livret 53 % vs 14 % ($p < 0,001$), posologies excessives 9 % vs 29 % ($p < 0,001$), voie et/ou administration inappropriées 8 % vs 16 % ($p < 0,05$), médicaments non indiqués 8 % vs 14 % ($p < 0,05$), interactions médicamenteuses 9 % vs 3 % ($p < 0,01$). Respectivement sur la période 1 et 2, les médecins ont accepté et changé leurs prescriptions dans 37 % et 80 % des cas ($p < 0,001$) et ont refusé l'IP dans 12 % et 13 % des cas (NS). Discussion/conclusion : L'IP est significativement différente lorsque l'interne est dans le service. Sur la 1^{re} période, l'IP concerne majoritairement des problèmes de prescription hors livret. Au cours de la 2^e période, l'IP est principalement tournée sur des problèmes d'adaptation de posologie et d'amélioration des voies d'administration du médicament. Le pourcentage d'acceptation des IP est significativement amélioré avec une présence pharmaceutique quotidienne dans le service. Un pharmacien dans le service de gériatrie paraît légitime et efficace pour lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée.

P182

Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé hospitalisé : évaluation des pratiques professionnelles

S. Vernardet¹, B. de Lavigerie², C. Barbato³, A. Benouaret⁴, C. Fuselier⁵, G. Ingrid⁵, L. Isabelle¹, A. Essertel Roncari⁵

¹Pharmaceutique - Centre Hospitalier d'Ardèche Nord - Annonay - France

²SSR - Centre Hospitalier - Annonay - France

³Qualité - Gestion des risques - Centre Hospitalier d'Ardèche Nord - Annonay - France

⁴SSR - Centre Hospitalier d'Ardèche Nord - Annonay - France

⁵EHPAD - Centre Hospitalier d'Ardèche Nord - Annonay - France

Introduction : Objectif : Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, les équipes gériatriques, pharmaceutiques et la cellule qualité se sont engagées dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (=EPP) sur la prescription chez le sujet âgé hospitalisé. La première étape a été la réalisation d'un audit des pratiques. Matériel et méthode : Conception de l'étude par l'équipe pluridisciplinaire : - Critères d'inclusion : Patients de plus de 75 ans hospitalisés depuis plus de 48h. - Tirage au sort de 85 dossiers (répartition homogène sur l'établissement). - Grille d'audit : 10 critères d'évaluation choisis selon les référentiels nationaux. Résultats : 85 dossiers ont été analysés (27 hommes pour 58 femmes avec une moyenne d'âge de 86 ans). Le poids était mesuré dans 100 % des cas. La clairance de la créatinine était évaluée dans 82 % des cas et 80 % des traitements étaient adaptés à la fonction rénale le cas échéant. 92 % des ordonnances ne comportaient aucune interaction médicamenteuse. En revanche, seuls 40 % des patients avaient moins de 6 médicaments per os et seulement 53 % des prescriptions comportaient moins de 2 psychotropes. La durée du traitement pour les traitements aigus n'était précisée que dans 50 % des cas. 22 % des ordonnances contenaient un médicament potentiellement inapproprié. Discussion- conclusion : Cette première évaluation a permis de dégager les points forts et les points faibles de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé dans notre établissement. La seconde étape « mise en place des mesures correctrices » se traduira par la rédaction d'un « guide de prescription chez le sujet âgé », diffusé à l'ensemble des prescripteurs. La troisième étape consistera à mesurer l'impact de notre travail en réitérant la même étude. Cette EPP renforce une des thématiques prioritaires de la certification V2014 concernant la sécurisation de la Prise en Charge Médicamenteuse du Patient.

P183

Effet indésirable médicamenteux grave et leur évitabilité chez les sujets âgés de plus de 65 ans

L. Kanagaratnam¹, M. Abou Taam¹, M. Heng¹, P. De Boissieu¹, M. Roux¹, T. Trenque¹

¹Centre Régional de Pharmacovigilance et de Pharmaco-épidémiologie de Champagne-Ardenne - Centre Hospitalier universitaire de Reims - Reims - France

Introduction : Les effets indésirables médicamenteux (EIM) sont très fréquents chez les sujets âgés et 10 à 20 % des cas conduisent à une hospitalisation. Cette iatrogénie est parfois évitable et sa caractérisation permettrait d'éviter certains EIM. L'objectif de notre étude était de décrire les EIM graves chez les sujets âgés de plus de 65 ans et d'évaluer leur évitabilité. Méthodes : Une étude rétrospective a été réalisée au Centre Régional de Pharmacovigilance de Champagne-Ardenne entre le 01/01 et le 13/05/2013. Les patients âgés de plus de 65 ans et ayant présenté un effet indésirable grave ont été inclus successivement dans l'étude. Une analyse descriptive des EIM et de l'évaluation de leur évitabilité selon l'échelle française d'évitabilité ont été effectuées avec le logiciel SAS 9.0. Résultats : Sur la période étudiée, 100 sujets âgés ont présenté un EIM grave soit 45 % des EIM graves signalés. Le sex ratio était de 0,96, l'âge moyen de 78±9 ans. Les acci-

dents hémorragiques étaient les EIM les plus fréquents (36 %). Pour 45 % des patients, des antiagrégants plaquettaires, anticoagulants ou nouveaux anticoagulants oraux (NACO) étaient suspectés. Les surdosages représentaient 18 % des cas, les interactions 11 %, le non respect du RCP (résumé des caractéristiques du produit) 10 % dont 3 % secondaires à une méconnaissance par le professionnel de santé d'un antécédent d'allergie. Neuf pour cent des EIM étaient évitables, 18 % potentiellement évitables, 38 % inévitables et 35 % non évaluables. Conclusion : Chez le patient âgé, tout médicament prescrit devrait être réévalué en fonction de sa balance bénéfico-risque, surtout dans le cas des antiagrégants plaquettaires, anticoagulants et NACO, grands pourvoyeurs d'iatrogénie. Les EIM évitables représentent de plus une problématique non négligeable pour laquelle le dossier médical partagé serait un élément de prévention.

P184

Modifications médicamenteuses à l'occasion d'une hospitalisation de patients cardiovasculaires.

M. Chalon¹, D. Even-Adin², N. Compté¹, S. De Breucker¹, T. Peppersack¹

¹Gériatrie - Hôpital Erasme, Université Libre de Bruxelles - Bruxelles - Belgique

²Pharmacie - Hôpital Erasme, Université Libre de Bruxelles - Bruxelles - Belgique

Introduction : les maladies cardiovasculaires constituent les pathologies les plus fréquentes en gériatrie et sont associées à une médication très variée. Le but de cette étude est d'étudier les changements de traitement proposés à l'occasion d'une hospitalisation de patients présentant des maladies cardiovasculaires. Méthodologie : étude rétrospective de patients de plus de 70 ans hospitalisés entre juillet et septembre 2013. Pour chaque patient, les données de l'évaluation gériatrique standardisée ont été collectées de même que leur traitement avant l'admission et à la sortie. Les changements thérapeutiques ont été classés en : -prescription d'une nouvelle molécule, -l'arrêt d'un traitement, -changement du nom du médicament reçu avant l'admission. Les changements ont été justifiés sur base des échelles STOPP et START et du jugement clinique. Résultats : Sur 73 admissions consécutives, 60 patients (82 %, 85±5 ans, 68 % de femmes) présentaient au moins une pathologie cardiovasculaire (70 % d'hypertension artérielle, 53 % de cardiopathie ischémique ; 12 % de cardiopathie valvulaire, 42 % de fibrillation atriale). Les modifications intentionnelles concernaient : 52 % d'au moins un nouveau médicament justifié, 55 % d'arrêt justifié, et 13 % de changements secondaires à l'absence du médicament présent au formulaire hospitalier. Parmi les modifications non intentionnelles nous avons observé : 13 % d'omissions, 3 % de dosages inappropriés et 7 % de non réconciliation médicamenteuse. Sur base des échelles STOPP et START, nous avons observé respectivement, à l'admission et à la sortie : 43 % vs 15 % de sous-prescription, 20 % vs 2 % de prescription inadaptée ("mis" prescription), et 20 % vs 3 % de sur-prescription. Conclusions : Une hospitalisation de patients cardiovasculaires en unité de gériatrie aiguë est associée à de nombreux changements médicamenteux. Elle permet une amélioration globale de la qualité des prescriptions même s'il persiste une proportion faible de

changements non intentionnels (ommission, dosage inapproprié, absence de réconciliation).

P185

Evaluation d'un programme d'éducation thérapeutique pour les patients âgés traités par AVK, après 4 années d'existence

N. Thiriat¹, S. Bernard-Charrière², I. Peyron¹, A. Monti³, E. Baudry³, E. Pautas³

¹Pharmacie - Hôpital Charles Foix, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix, AHP - Ivry-sur-Seine - France

²Centre de consultations - Hôpital Charles Foix, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix, AHP - Ivry-sur-Seine - France

³Court séjour gériatrique - Hôpital Charles Foix, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix, AHP - Ivry-sur-Seine - France

Introduction: Un programme d'éducation thérapeutique, destiné aux patients ≥ 75 ans traités par AVK, a été mis en place depuis 2008 dans un hôpital gériatrique universitaire parisien. Il comprend des séances collectives et individuelles coordonnées par une infirmière et un gériatre. Ses objectifs éducatifs sont une connaissance optimale du traitement anticoagulant de la part du patient et/ou de son entourage (indication, INR cible, modalités de maniement et de surveillance pour limiter le risque hémorragique). Bilan du programme fait après 4 ans d'existence, pour mettre en évidence points forts ou point faibles, difficultés de mise en œuvre, et pour proposer des axes d'amélioration. Matériel et méthodes: Audit externe réalisé par une pharmacienne spécialiste en éducation thérapeutique. Analyse rétrospective des dossiers de tous les patients depuis 2008. Recueil des caractéristiques du patient, des éléments du diagnostic éducatif et des séances individuelles initiales et à distance. Atteinte des objectifs éducatifs analysée via les réponses aux questionnaires posés lors des différentes séquences du programme. Résultats: 143 patients inclus, âge moyen 83,3 ans. Pour 95 patients, existence d'un aidant à la gestion des médicaments à domicile, présent lors des séances dans 82 cas. Impact éducatif positif du programme avec notamment des taux de bonnes réponses avant/après de respectivement 48 % vs 91 % pour la connaissance de l'INR cible, 25 % vs 91 % pour la connaissance des signes hémorragiques, 15 % vs 87 % pour la connaissance des situations ou des comédications déséquilibrant le traitement. Conclusion: Amélioration des connaissances des patients observée sur différents objectifs. Des axes d'amélioration sont en cours de mise en œuvre: ajouter des items au questionnaire d'évaluation à distance (valeurs récentes de l'INR pour tenter d'évaluer un impact sur la qualité de l'équilibre du traitement, données objectives sur la bonne tenue du carnet AVK). Programme actuellement étendu aux nouveaux anticoagulants oraux.

P186

Intérêt de la conciliation médicamenteuse de sortie dans un service de court séjour gériatrique

P. Le Fur¹, C. Duran¹

¹Court séjour gériatrique, Centre Antonin Balmès - CHRU Montpellier - Montpellier - France

Introduction: La sortie d'hospitalisation du patient représente un point de transition à risque d'erreur médicamenteuse. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'apport de l'intervention d'un pharmacien pour optimiser la continuité de la prise en charge médicamenteuse. Méthode: Une étude prospective de 3 mois, dans un service de court séjour gériatrique a été conduite par un interne en pharmacie. Une comparaison était réalisée entre la dernière prescription hospitalière, la lettre de sortie (LDS) et l'ordonnance de sortie. Les divergences non intentionnelles (DNI) entre les différents supports étaient relevées, et une proposition de correction était proposée au médecin prenant en charge le patient. Résultats: Nous avons accompagné la sortie de 218 patients (sur 393 hospitalisés), de 86,5 ans de moyenne d'âge. 95 DNI ont été observées, chez 64 patients. La moyenne de DNI par patient était de 1,48. Les plus fréquentes DNI étaient des informations manquantes sur la LDS (29,5 %), des divergences entre l'ordonnance de sortie et la LDS (21,1 %), des oublis dans le traitement de sortie (14,7 %), et des traitements d'entrée non repris (8,4 %). Les médicaments fréquemment concernés étaient les médicaments à visée cardiovasculaire (37,9 %) dont inhibiteurs du système rénine-angiotensine (15,8 %), les médicaments anti-ostéoporotiques (11,6 %), les anticoagulants et antiagrégants plaquettaires (7,4 %), les érythropoïétines (5,3 %) et les psychotropes (4,2 %). Les corrections proposées sur les LDS et ordonnances de sortie ont été acceptées respectivement dans 41,6 % et 85,7 % des cas. Discussion/Conclusion: Cette étude souligne le risque médicamenteux en sortie d'hospitalisation avec près d'un tiers des patients concernés. L'intervention d'un pharmacien permet d'optimiser la continuité de prise en charge médicamenteuse des patients. La correction des DNI sur les ordonnances de sortie est effective mais reste insuffisante sur les LDS.

P187

Comment réduire le risque iatrogénique aux interfaces ville-hôpital ?

S. Blanchemain¹, M. Colombe², A. Six³, N. Guesdon¹, G. Loggia¹, P. Lescure¹, V. Kowalski³

¹Court séjour gériatrique - CHU Caen - Caen - France

²Pharmacie - CHU Caen - Caen - France

³Médecine générale - CHU Caen - Caen - France

La conciliation médicamenteuse vise à garantir la continuité des soins en interceptant les erreurs médicamenteuses aux points de transitions et à favoriser la transmission de l'information entre les différents professionnels de santé. Un processus de conciliation médicamenteuse était déjà instauré à l'admission des patients en court séjour gériatrique. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'impact de la mise en place d'un processus de conciliation médicamenteuse de sortie d'hospitalisation sur le taux de divergences non documentées et non intentionnelles entre le traitement habituel des patients et le traitement de sortie d'hospitalisation. L'objectif secondaire était de mesurer la satisfaction des professionnels de santé de ville. Méthode Etude quasi expérimentale avant/après en court séjour gériatrique. Inclusion de tous les patients admis en

janvier 2013 pour le groupe avant et entre avril et août 2013 pour le groupe après. L'intervention consistait en la mise en place d'une fiche de conciliation médicamenteuse de sortie et en la formation des médecins et des internes. Résultats 60 patients ont été inclus dans le groupe avant et 223 dans le groupe après. Les 2 groupes étaient comparables en termes de sexe (60 % de femmes), d'âge moyen (86,6 ans), de lieu de résidence (76,7 % à domicile) et de nombre de médicaments habituels (7,5). Le taux de patients qui avaient au moins une divergence non documentée à la sortie est passé de 92,2 % à 36,8 % ($p < 0,0001$) et le taux de ceux qui avaient au moins une divergence non intentionnelle à la sortie de 43,1 % à 18,7 % ($p = 0,001$). 36 % des pharmaciens et 57 % des médecins de ville ont eu connaissance de la fiche de conciliation médicamenteuse de sortie et 85 % d'entre eux en sont très satisfaits. Conclusion La conciliation médicamenteuse de sortie semble être une bonne solution pour réduire le taux de divergences non documentées et non intentionnelles en sortie d'hospitalisation.

P188

Intérêt de l'intégration d'une pharmacienne clinicienne au sein d'un service de gériatrie aiguë utilisant la prescription électronique

J. De Weert¹, M. Hayef¹, E. Huard², H. Semlali², R. Ngoulie², M. Surquin², F. Benoit²

¹Pharmacie - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

²Gériatrie - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

Introduction : Dans un service de gériatrie aiguë (SGA), le rôle bénéfique du pharmacien clinicien (PC) sur la survenue d'événements indésirables médicamenteux a été démontré. Le but de cette étude est de décrire les interventions réalisées par le PC au sein d'un SGA utilisant un système de prescription électronique ainsi que d'évaluer l'acceptation des interventions proposées. Méthode : Il s'agit d'une analyse rétrospective des interventions du PC réalisées entre le 22/04 et le 8/11/2013 dans un SGA (24 lits) utilisant les prescriptions informatisées (InfoHos®). Le PC est présent dans l'unité 5 matinées par semaine. Il classe ses propositions selon le problème rencontré (au nombre de 5), le type de problème (avéré vs potentiel), les raisons (RI, au nombre de 18), les types d'interventions (TI, au nombre de 11) et le devenir de l'intervention (au nombre de 5). Résultats : 179 patients ont été hospitalisés et 169 interventions ont été réalisées par le PC. Seules 2 interventions ont été refusées par les médecins. Les RI les plus fréquentes sont : 1. voie ou forme d'administration inappropriée (18 %), avec, dans la moitié des cas, un remplacement par une forme galénique écrasable ; 2. Survenue d'une erreur dans le circuit du médicament (11,2 %), dont 66 % sont des erreurs d'encodage informatique. En outre, 5 % des RI sont des inadaptations de doses, dont les $\frac{3}{4}$ sont des inadaptations à la fonction rénale. Le TI le plus fréquent consiste à informer l'équipe soignante (26 %). Le PC interagit 1 seule fois avec le patient. Conclusion : Le PC interagit surtout avec le personnel soignant et ses interventions sont variées et largement acceptées au sein d'un service de gériatrie aiguë. L'adaptation du mode d'administration et la détection d'erreurs liées à l'encodage informatique représentent des interventions fré-

quentes du PC. Le PC participe activement à l'optimisation de la prise en charge des patients gériatriques.

P189

Mise en place et évaluation d'une activité de conciliation médicamenteuse à l'entrée dans un service de gériatrie aiguë

P. Saint-Germain¹, A. Terrier-Lenglet², S. Hannat¹, S. Sid-Idriss¹, A. Mary², M. Belhout², P. Jouanny¹, A. Devendeville¹, N. Pelloquin²

¹Gériatrie - CHU Amiens - Amiens - France

²Pharmacie - CHU - Amiens - France

Introduction : La conciliation est un processus conçu pour prévenir les accidents liés à la médication aux points de transfert du patient hospitalisé. A l'entrée, le traitement de ville ou bilan médicamenteux optimisé (BMO) est comparé avec l'ordonnance à l'admission (OMA). Cette activité a pour objectifs d'apporter une liste exhaustive des traitements à domicile, de mesurer le taux de divergences et les corriger si nécessaire. Matériels et méthodes Du 16/07 au 28/10, les patients entrant dans le service (38 lits) ont subi une conciliation médicamenteuse. Le BMO est établi à partir de différents sources (le patient, le médecin traitant, l'officine...). L'équipe pharmaceutique et le prescripteur discutent des divergences identifiées (volontaires ou non) et les corrigent si nécessaire. Résultats : En 70 jours, 200 patients sont concernés (moyenne d'âge = 85,5 ans \pm 5,96, sex ratio H/F = 0,82). La rédaction du BMO a été faite à l'aide de 3,6 sources différentes [1-6] dont la plus utilisée est l'appel de l'officine de ville (80,5 %). Pour 72 % des patients, la recherche et l'identification des divergences s'est fait dans les 24h suivant l'entrée en comptant 34 min en moyenne par patients [15-90]. Au total, 323 divergences non volontaires (DNV) ont été trouvées soit 1,62 [0-9] par patient. Les 3 principales erreurs sont l'omission (58 %), une mauvaise posologie (16 %) et un ajout (14 %). Les classes médicamenteuses les plus retrouvées sont les médicaments cardiovasculaires (33 %) et les médicaments du système nerveux (22 %). Après une discussion avec les prescripteurs, 75 % de ces erreurs ont été corrigées. Conclusion : Grâce à ce travail, la plupart des divergences sont identifiées et corrigées. Avec une polymédication, la population gériatrique est particulièrement sensible à ce type d'erreurs. Cette collaboration entre médecins et pharmaciens améliore la qualité de prise en charge du patient et diminue le risque iatrogène.

P190

Analyse quantitative et qualitative des consommations de médicaments des Français âgés en 2011

O. Saint-Jean¹, E. Lenain², J. Huon³, B. Sabatier³, G. Chatellier²

¹Gériatrie - Hôpital Européen Georges Pompidou - Paris - France

²Epidémiologie clinique - Hôpital Européen Georges Pompidou - Paris - France

³Pharmacie - Hôpital Européen Georges Pompidou - Paris - France

Les données concernant les consommations de médicaments des sujets âgés en France sont anciennes ou partielles. Une actualisation des données est indispensable car les recommandations professionnelles et l'offre de médicaments changent. Nous rapportons l'analyse quantitative et qualitative des médicaments remboursés en 2011 par l'Assurance-Maladie. Celle-ci se fonde sur un échantillon de 594 317 personnes, représentatif au 97^e de la population française. Sont colligés les médicaments prescrits et remboursés par les Assurances maladies françaises. Compte tenu des modes de remboursement, l'unité d'étude est le trimestre. L'analyse porte sur le quatrième trimestre de l'année 2011. L'effectif des 80 ans et plus est supérieur à 32 000. Le taux de consommateurs atteint 90 % entre 70 et 90 ans et décroît par la suite. Le nombre moyen de médicaments est de 5 (IC 95% 3-8) avant 80 ans et de 10 (7-10) après. Cette polymédication se répartit chez un même patient dans une médiane de 5 classes ATC différentes. Au sein d'une même classe ATC les profils de polyprescription varient suivant l'âge et la classe considérée. Le taux de patients consommant plus de 5 médicaments est supérieur à 80 % entre 80 et 90 ans et de 85 % au-delà. Parmi les médicaments les plus consommés après 80 ans, on observe un primat des antalgiques, des médicaments cardiovasculaires, des anticoagulants. Cette liste est très profondément différente de celle observée précédemment. La comparaison avec les données internationales montre que les Français âgés se voient prescrire presque deux fois plus de médicaments. Bien que ce haut degré de polymédication des malades âgés en France soit en partie explicable par la polypathologie, nos résultats laissent deviner une utilisation excessive de médicaments qu'aucune donnée épidémiologique ou recommandations de bonne pratique clinique ne légitimeraient. Une majorité de malades âgés est exposé à des risques iatrogènes sans certitude de bénéfices.

P191

Polymédication chez la personne âgée - A propos 600 cas (région sanitaire Sidi Hassine – Tunis – Tunisie)

M. Daly¹

¹Médecine générale - gériatrie - Santé Publique - Tunis - Tunisie

Daly Neji, Trimeche Abdelmajid, Triki Dalila, Ben Slama Fethi, Dahmouni Latifa

Prérequis : La polymédication est particulièrement fréquente chez les diabétiques âgés du fait de la polypathologie, de certaines maladies chroniques et invalidantes, de la demande croissante de soins, des progrès thérapeutiques, mais aussi de certains excès de prescriptions. Objectif : Nous avons essayé dans ce travail d'évaluer l'atteinte des objectifs thérapeutiques chez une population de diabétiques âgés, d'analyser la consommation médicamenteuse et d'en déduire une conduite pratique préventive. Méthodes : Cette étude rétrospective descriptive s'est intéressée à 600 dossiers de patients diabétiques âgés de plus de 60 ans, recrutés parmi les diabétiques suivis à l'Institut National de Nutrition et à la circonscription sanitaire de Sidi Hassine à Tunis regroupant trois dispensaires locaux au cours des années 2009-2010. Résultats : L'âge moyen de la population étudiée est de 70±0,5 ans avec des extrêmes de 65 à 92 ans. Dans notre étude, 91 % des patients présentent entre 2 et 5 pathologies chroniques et la majorité des sujets souffrent

d'handicaps. Le nombre de médicaments prescrits chez nos sujets (toutes formes galéniques confondues) varie entre 1 et 4 ; avec un pic intéressant les sujets traités par 2 à 4 médicaments, rencontrés chez 91 % des cas. La similitude des formes ainsi que des couleurs de certains médicaments prêtent souvent à confusion. Conclusion : La polymédication est fréquente chez le sujet diabétique âgé. D'où la nécessité d'une bonne coordination entre les différents prescripteurs afin d'éviter les abus et d'assurer la bonne éducation thérapeutique des patients et de leur entourage.

P192

Prescription médicamenteuse du sujet âgé

J. Podvin¹, C. Charan², I. Verheyde³, D. Huvent¹, F. Puisieux¹

¹Hôpital gériatrique les Bateliers - CHRU de Lille - Lille - France

²Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) - Médecin de Famille et Coordonnateur d'Hospitalisation à Domicile (HAD) - Lomme - France

³Réanimation Chirurgicale au CH de Roubaix - Praticien Hospitalier et Directeur Médical du Réseau Santé Qualité - Roubaix - France

Introduction : De nombreuses études ont révélé l'importance de la iatrogénie chez nos personnes âgées. Le problème de la prescription médicamenteuse dans cette population est bien réel et il nous faut réagir. Objectifs : Suite à ces constatations, nous avons mené un travail dont l'objectif est double : améliorer la prescription médicamenteuse et améliorer l'observance du patient par une meilleure connaissance de son traitement. Méthodes : Dans le cadre du partenariat OmédIT Nord Pas de Calais- Réseau Santé-Qualité-URPS Médecins Libéraux Nord Pas de Calais, un outil initié par la filière gériatrique du CHRU de Lille et le réseau gérontologique Lille-Hellemmes a été testé régionalement. Il s'agit d'un tableau « Mon Traitement ». Rempli par le médecin lors d'une hospitalisation en service gériatrique, il était remis au médecin traitant avec le courrier de sortie. Le médecin traitant remettait son tableau au patient en s'assurant de sa compréhension. Résultats : L'analyse a porté sur 382 saisies de tableaux effectuées de février à juin 2012 auprès de nos 8 établissements volontaires. Un questionnaire d'évaluation auprès des médecins hospitaliers a permis de constater que 50 % d'entre eux ont trouvé le tableau adapté, 50 % ont modifié leur prescription, 50 % déplorent le manque de temps et souhaiteraient l'intégrer à l'informatique. La qualité du remplissage est variable, des données importantes (clairance, MMS, poids, albuminémie) peuvent ne pas être renseignées. Les précautions particulières n'étaient pertinentes que dans 15 % des cas (écarts de 0 à 38 %). Conclusion : Notre ambition est de promouvoir la diffusion de ce tableau afin d'assurer une meilleure observance thérapeutique pour le patient âgé ou son aidant, de créer des messages clés utiles et simples à la disposition du médecin traitant.

P193

Prescriptions potentiellement inappropriées de médicaments à effets neurologiques chez la personne âgée par le médecin généraliste

P. Jouanny¹, O. Royer², J. Zmudka², F. Gleize², J. Serot²

¹Médecine Gériatrique - CHU Amiens - Amiens - France

²Médecine Gériatrique - CHU Hôpital sud - Amiens - France

Introduction: La iatrogénie médicamenteuse est fréquente en gériatrie, notamment avec les psychotropes. Laroche et coll. ont réalisé une adaptation française de la liste de Beers des médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée. Objectifs: Analyser les prescriptions de médicaments à effets neurologiques et psychotropes par le médecin généraliste. Méthodes: Analyse prospective des ordonnances d'entrée d'une série continue de patients de plus de 75 ans hospitalisés en gériatrie aiguë. Résultats: Parmi les 343 patients analysés, 97 % consommaient des médicaments avec en moyenne 6.9±3.2 médicaments. La consommation de psychotropes était de 53.3 %, avec (en pourcentage d'ordonnances totales): benzodiazépine (BZD) 42.3 (dont 24.5 de Z- BZD, et 22.2 d'anxiolytiques), antidépresseurs 22.2 (dont 12.8 d'ISRS), neuroleptiques 8.2. Pour les autres médicaments: antalgiques 25.7, anticholinergiques 15.2, antidémontiels 13.1, et vasodilatateurs 5.5. La consommation de médicaments inappropriés représentait en % des molécules: polymédication (>5) 77.6, Z-BZD à posologie trop élevée 81, deux BZD 24.8, BZD à ½ vie longue 25.5, neuroleptiques déconseillés 42.9, vasodilatateurs cérébraux 100, antihistaminiques H1 36.5, et hypnotiques anticholinergiques 30.8. Les déterminants de l'inadéquation aux critères de Laroche étaient: - pour la polymédication: les octogénaires, ceux aux antécédents de dépression ou d'AVC, le MMS élevé, les consommateurs de psychotropes et BZD, - pour les BZD inappropriés: les dépressifs et polymédiqués, - pour les neuroleptiques « déconseillés»: les non déments, les chuteurs, - pour les vasodilatateurs: le MMS élevé, - pour les anticholinergiques: les femmes. Conclusion: La surprescription et les prescriptions inappropriées sont encore trop fréquentes notamment pour les BZD. Une meilleure formation des prescripteurs (par des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles) serait nécessaire.

P194

Peut-on encore utiliser des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans le traitement de l'arthrose des membres inférieurs chez le sujet âgé? Per os ou en topique? Revue de la littérature

B. Verlhac¹, C. Cadet², P. Breville³, J. Gauvain⁴, J. Vetel⁵, E. Maheu⁶, C. Jeandel⁷, J. Le Quintrec⁸

¹Service de soins de suite et réadaptation orthopédique - Hôpital universitaire Paul BROUSSE (APHP)/AGRUM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Villejuif - France

²Cabinet médical - Cabinet de rhumatologie - Paris - France

³Service de Rhumatologie, - Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph, - Paris - France

⁴Centre de Médecine Interne Gériatrique - C.H.R. - Hôpital Porte Madeleine - Orleans - France

⁵Gériatrie - Hôpital Général - Le Mans - France

⁶Rhumatologie - Hôpital St Antoine (APHP) - Paris - France

⁷Médecine Interne et Gériatrie - Centre de Gérontologie clinique Antonin Balmès - Montpellier - France

⁸Médecine Gériatrique 3 - Hôpital Ste Péline (APHP) - Paris - France

Introduction: Si les AINS per os sont des traitements symptomatiques efficaces de la gonarthrose, leurs effets iatrogènes restreignent leur utilisation chez des sujets âgés. Au delà de 75 ans, l'ACR conseille de leur préférer des AINS topiques, jugés efficaces et sans danger par l'EULAR en 2003. Revue de la littérature Matériels et Méthodes: Recherche sur Pubmed. Résultats: Les essais d'AINS per os consacrés aux sujets arthrosiques ≥ 75 ans, avec bras placebo sont extrêmement rares: l'étude de Truitt a comparé sur 6 semaines efficacité et tolérance du rofécoxib, vs nabumétone vs placebo chez 341 patients ≥ 80 ans, normotendus, sans avoir noté de différences inter-groupes. Des essais, un peu plus nombreux, ont comparé AINS non sélectifs et coxibs chez des patients ≥ 65 ans. Whelton a ainsi, en 2001, étudié 810 patients hypertendus, traités par coxibs pendant 6 semaines. Sous rofécoxib 17 % ont eu une augmentation tensionnelle et 9,5% un œdème. Sous célécoxib, les valeurs étaient respectivement de 11 % et 4,9 %. Une revue de la littérature des AINS topiques retenant 19 articles sur 953, retrouve 39,3 % d'effets secondaires (ES) locaux et 17,5 % d'ES systémiques dont 5 cas d'interaction avec les AVK, avec 1 seul saignement digestif. Conclusion: Des recommandations existent sur l'utilisation des AINS dans le traitement de l'arthrose des sujets âgés. Elles en restreignent l'indication et sont plus fondées sur l'extrapolation des risques connus des AINS en population générale que sur les rares essais ayant été conduits chez des sujets de plus de 65 ans. L'application cutanée des AINS n'a pas été spécifiquement étudiée chez le sujet très âgé. Néanmoins les ES semblent plus fréquents « au-delà de 65 ans » et la qualification « sans danger » des recommandations de l'EULAR est probablement à nuancer, en particulier chez les patients sous AVK.

P195

Recommandations sur la place des opioïdes dans la prise en charge de la douleur chronique de l'arthrose chez le sujet très âgé: revue de la littérature

B. Verlhac¹, P. Breville², E. Maheu³, J. Le Quintrec⁴, C. Cadet⁵, J. Gauvain⁶, J. Vetel⁷, C. Jeandel⁸

¹Service de soins de suite et réadaptation orthopédique - Hôpital universitaire Paul BROUSSE (APHP)/AGRUM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Villejuif - France

²Rhumatologie - Hôpital St Joseph - Paris - France

³Rhumatologie - Hôpital St Antoine (APHP) - Paris - France

⁴Médecine Gériatrique 3 - Hôpital Ste Péline - Partis 75016 - France

⁵Rhumatologie - Cabinet Médical - Paris - France

⁶Centre de Médecine Interne Gériatrique - CHR Hôpital Porte Madelaine - Orleans - France

⁷Gériatrie - Hôpital Général - Le Mans - France

⁸Médecine interne et Gériatrie - Centre de Gérontologie clinique Antonin Balmès - Montpellier - France

Introduction: La prise en charge de la douleur des patients arthrosiques très âgés (plus de 85 ans) semble le plus souvent insuffisante. La place des opioïdes forts est difficile à préciser. Nous avons effectué une revue de la littérature des études incluant des patients arthrosiques âgés de plus de 75 ans. Méthodes: Moteur de recherche Pub Med, revues COCHRANE Résultats:

Peu d'études impliquent les sujets très âgés. Principaux Résultats : insuffisance régulière de prise en charge, avec retentissement négatif de la douleur sur les fonctions mentales de patients souvent très fragilisés ; danger particulier des coprescriptions notamment les médicaments agissant sur le système nerveux central; variabilité de la tolérance et de l'efficacité des divers opioïdes, ce qui pourrait amener à en privilégier certains (oxycodone, hydro-morphine, fentanyl, buprénorphine patch) et en éviter d'autres (morphine et surtout codéine) ; nécessité d'adapter la posologie et les intervalles de prise des médicaments, en raison du métabolisme de ces patients. Aucune étude sur l'utilisation au long cours, même chez les patients plus jeunes. Discussion : De nombreuses publications traitent de la prise en charge de la douleur chronique du sujet âgé (mais jamais le très âgé), avec des opioïdes forts. La majorité concerne la douleur cancéreuse mais il semble possible de transposer les résultats à la douleur arthrosique. L'essentielle appréciation du rapport bénéfice-risque est rendue difficile par l'absence d'études sur l'usage au long cours des opioïdes forts et par le manque d'études ayant inclus des patients très âgés, polyopathologiques, ayant souvent une déficience cognitive. Conclusion : Les publications sont parfois contradictoires mais il semble possible d'établir des recommandations spécifiques sur l'utilisation des opioïdes forts chez le sujet très âgé. Il apparaît néanmoins impératif de pouvoir bénéficier d'études précises, réalisées avec une méthodologie rigoureuse, portant sur de nombreux patients très âgés, pendant plusieurs années, avec divers opioïdes.

P196

Peut-on encore utiliser des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans le traitement de l'arthrose des membres inférieurs chez le sujet âgé (> 65 ans) ou très âgé (> 80 ans) ? Revue de la littérature

*B. Verlhac*¹

¹Service de soins de suite et réadaptation orthopédique - Hôpital universitaire Paul BROUSSE (APHP)/AGRHUM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Villejuif - France

Introduction : Si les AINS sont des traitements symptomatiques efficaces de l'arthrose, leurs effets iatrogènes rendent leur utilisation problématique chez des sujets âgés aux capacités physiologiques altérées, souvent polyopathologiques et polymédicamentés. Revue de la littérature Matériels et Méthodes : Recherche sur Pubmed. Résultats : Les essais ayant porté sur une population âgée et ayant comporté un bras placebo sont extrêmement rares : l'étude de Truitt a comparé sur 6 semaines l'efficacité et la tolérance du rofécoxib, vs nabumétone vs placebo chez 341 patients \geq 80 ans, normotendus, sans avoir noté d'augmentation tensionnelle ni d'ulcère gastro-duodénal. Un autre (Whelton) de 6 semaines, a inclus 810 patients \geq 65 ans, hypertendus traités, sous coxibs. 17 % des patients sous rofécoxib et 11 % sous célécoxib ont eu, pendant l'étude, une augmentation de tension artérielle systolique $>$ 20 mmHg. 9,5 % sous rofécoxib et 4,9 % sous célécoxib ont développé un œdème. Dans ses recommandations 2012, l'American College of Rheumatology recommande, chez les personnes \geq 75 ans, de préférer les AINS topiques aux

prise per os. Dans ses recommandations sur le traitement de la douleur chronique, l'American Geriatric Society, affirme que, bien que les AINS aient une efficacité à court terme supérieure à celle du paracétamol dans le soulagement de la douleur arthrosique, ils ne doivent être utilisés que rarement chez le sujet âgé, chez des patients sélectionnés, en échec d'autres traitements, en respectant les contre-indications, avec une protection gastrique, sous contrôle régulier Conclusion : Des recommandations existent sur l'utilisation des AINS dans le traitement de l'arthrose des sujets âgés. Elles en restreignent l'indication et sont plus fondées sur l'extrapolation des risques connus des AINS en population générale que sur les rares essais ayant été conduits chez des sujets de plus de 65 ans.

P197

Existe-t-il une relation entre Vitamine D et arthrose : Revue systématique des données disponibles

*B. Verlhac*¹, *E. Maheu*², *J. Le Quintrec*³, *C. Cadet*⁴, *P. Breville*⁵, *J. Gauvain*⁶, *J. Veteil*⁷, *C. Jeande*⁸

¹Service de soins de suite et réadaptation orthopédique - Hôpital universitaire Paul BROUSSE (APHP)/AGRHUM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Villejuif - France

²Rhumatologie - Hôpital St Antoine (APHP) - Paris - France

³Médecine Gériatrique 3 - Hôpital Ste Péline (APHP) - Paris - France

⁴Rhumatologie - Cabinet Médical - Paris - France

⁵Rhumatologie - Hôpital St Joseph - Paris - France

⁶Centre de Médecine Interne Gériatrique - CHR Hôpital Porte Madelaine - Orleans - France

⁷Gériatrie - Hôpital Général - Le Mans - France

⁸Médecine Interne et Gériatrie - Centre de Gérontologie VClinique Antonin Balmès - Montpellier - France

Introduction : Dans les études épidémiologiques, un lien a été suggéré entre taux bas de vitamine D et prévalence /progression de l'arthrose. Un essai prospectif plutôt négatif a été publié récemment. Matériels et Méthodes : Revue critique des données disponibles dans la littérature • Résultats : Les principales études épidémiologiques : Framingham Study: 556 patients, 70 ans au départ : Progression de 62 genoux arthrosiques associée à un taux bas de Vit D, mais 75 nouveaux genoux arthrosiques sans rapport avec les taux de vit D. Etude fractures « OP »: 237 femmes, 71 ans : Risque augmenté de coxarthrose incidente définie par le pincement articulaire, mais pas par les ostéophytes dans les tertiles moyens et bas de taux de 25-VitD comparés au tertile le plus haut. Rotterdam Study: 1248 sujets. Progression radio de la gonarthrose en comparant le tertile de prise de Vit D le plus bas au tertile le plus haut Mais pas de rapport entre taux de Vit D et gonarthrose incidente. « Osteoporotic fractures in men »: 1104 hommes, 77 ans en moyenne, coxarthrose prévalente si insuffisance en VitD 15-30 ng/ml. 1er essai randomisé contrôlé: McAlindon T (JAMA 2013) : 144 patients gonarthrose recrutés par téléphone traités 2 ans par cholécalférol 2000 UI/j. Résultats négatifs sur la progression radiologique de la gonarthrose. Léger mieux chez les patients aux plus bas taux initiaux de Vit D, mais beaucoup de patients avaient une arthrose discutable ou peu évoluée. Il faut

au moins 2 essais contrôlés pour affirmer un effet ou son absence. La durée d'observation est ici probablement importante: 6, 8 voire >10 ans dans les observations épidémiologiques Conclusion: De nombreuses observations prospectives ou transversales associent bas taux de Vit D et gonarthrose incidente ou progressant ou coxarthrose, mais pas l'arthrose digitale Un seul essai randomisé contrôlé négatif dans la gonarthrose à ce jour. D'autres essais randomisés sont souhaitables.

P198

Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et risque hémorragique chez les personnes âgées de plus de 75 ans sous anti-vitamine K (AVK)

C. Soave¹, A. Lebelhomme¹, E. Chidlovskij¹, Y. Gaboreau², G. Pernod³, J. Bosson⁵, P. Couturier¹

¹Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique - CHU - Grenoble - France

²Département de Médecine Générale - CHU - Grenoble - France

³Clinique de Médecine Vasculaire - CHU - Grenoble - France

⁴Centre d'Investigation Clinique - CHU - Grenoble - France

Introduction: Les événements hémorragiques sont des effets indésirables désormais connus des IRS. L'association AVK et IRS augmenterait ainsi le risque de saignement. Méthode: Dans une étude prospective multicentrique observationnelle cas-témoins, une cohorte de 208 patients (52 cas appariés à 156 témoins), âgé de 75 à 99 ans (âge moyen 83.1 chez les cas et 82.6 chez les témoins) ont été inclus lors une éducation thérapeutique par le réseau GRANTED (GRenoble Angiological Network For Thromboembolic Disease) de mai 2009 à mai 2010 et suivis pendant 1 an. L'objectif principal était d'évaluer et de comparer l'efficacité des scores de risque hémorragique HAS-BLED (Hypertension, Anomalie de la fonction rénale/hépatique, AVC, Hémorragie, INR instables, Age > 65 ans, Drogues/alcool) et ATRIA (Anémie, Age > 75 ans, Insuffisance rénale sévère, Antécédent hémorragique, Hypertension artérielle) dans la prédiction du risque hémorragique des patients de plus de 75 ans sous AVK. L'objectif secondaire était d'étudier le lien entre les facteurs intrinsèques et extrinsèques au sujet âgé (comorbidités, risque de chute, anémie, thrombopénie, dénutrition, gestion du traitement, médicaments, lieu de vie, autonomie) et le risque hémorragique. Le critère de jugement principal était la survenue d'un événement hémorragique grave ou cliniquement relevant. Résultats: En analyse multi-variée, la consommation d'IRS était associée à une augmentation du risque hémorragique (OR = 2.8; IC 95%, [1.08-7.47]; p = 0.034). Ce résultat confirme les données de la littérature sur la majoration du risque hémorragique lors de l'association AVK et IRS. Sur le plan physiopathologique il s'agirait des plusieurs mécanismes: dysfonctionnement d'hémostase primaire lors de l'agrégation plaquettaire, inhibition enzymatique des cytochromes P450 par certains IRS et probable majoration de la fragilité capillaire, la sérotonine étant impliquée dans la régulation de la vasoconstriction et la vasodilatation. Conclusion: Nos résultats suggèrent l'importance de la prise en compte du traitement par IRS à l'instauration des AVK chez une population de plus de 75 ans.

P199

Complications de la corticothérapie chez le sujet âgé: à propos de 60 cas

Y. Chérif¹, M. Jallouli¹, R. Gouiaa², S. Marzouk¹, H. Hriz¹, M. Snoussi¹, R. Ben Salah¹, F. Frikha¹, S. El aoud¹, H. Loukil¹, Z. Bahloul¹

¹Médecine Interne - CHU Hédi Chaker - Sfax - Tunisie

²Polyclinique CNSS - Polyclinique CNSS - Sfax - Tunisie

Introduction: L'utilisation de la corticothérapie générale et prolongée est parfois grevée de lourdes complications chez le sujet âgé. L'objectif de ce travail était de décrire les complications d'une corticothérapie prolongée chez les patients de plus de 65 ans. Patients et méthodes: Etude rétrospective de 60 patients (> 65ans) colligés dans le service de Médecine Interne CHU Hédi Chaker, Sfax-Tunisie (2002-2012), traités par corticothérapie moyenne à forte dose. Résultats: Il s'agissait de 36 femmes et 24 hommes ayant un âge moyen de 74±5 ans (65-92 ans). L'indication de la corticothérapie était essentiellement une maladie de Horton chez 42 patients, une pseudopolyarthrite rhizomélique chez 3 patients, une fibrose interstitielle diffuse chez 3 patients, une sarcoïdose chez 2 patients et un syndrome de Gougerot Sjogren chez 2 patients. Une corticothérapie forte dose était prescrite dans 53 cas, initiée par bolus de Méthylprednisolone dans 12 cas. La durée d'attaque était de 3 à 8 semaines. Le recul évolutif était 32±25 mois(3-94 mois). Un diabète cortico-induit était noté dans 10 cas (21,3 %) après un délai moyen de 7±12 mois (1 jour-36 mois). Parmi les patients diabétiques, une décompensation survenait dans 11 cas (84,6 %). Les autres complications métaboliques comportaient une hypertension artérielle dans 6 cas parmi 33 (18,2 %), une dyslipidémie dans 23 cas parmi 55 (41,8 %), une hypokaliémie dans 7 cas (11,7 %). Une ostéoporose et une ostéonécrose aseptique étaient diagnostiquées respectivement dans 15 et 2 cas. Douze patients présentaient 21 complications infectieuses: essentiellement 9 cas de pneumopathies, 6 cas d'infections cutanées et 3 cas d'infections urinaires. Un décès imputable à la corticothérapie, secondaire à un état de choc septique était noté dans un cas. L'étude analytique a montré que la valeur de la glycémie avant l'instauration de corticothérapie est un facteur de risque de diabète cortico-induit (p < 0,001), qu'un taux initial bas de lymphocytes (p = 0,03) et la durée d'attaque de la corticothérapie(p = 0,07) sont des facteurs de risque de complications infectieuses. Conclusion: Bien que les modalités de prescription de la corticothérapie chez le sujet âgé sont les mêmes que l'adulte jeune, la surveillance et la prévention des complications fréquentes de la corticothérapie doivent être rigoureuses.

P200

Les Complications de la corticothérapie au cours de la maladie de Horton chez les personnes âgées

N. Ghannouchi¹, A. Guigua¹, A. Atig¹, B. Ahmed¹, E. Ben Jazia¹, M. Khalifa¹, F. Bahri¹

¹Médecine Interne - CHU Farhat Hached - Sousse - Tunisie

Introduction: Dès son introduction en 1948, la corticothérapie est considérée comme indispensable au traitement de la maladie de

Horton. Chez une population de sujets âgés, elle n'est pas dénuée de risques. Le but de ce travail est d'évaluer les effets secondaires de la corticothérapie dans la maladie d'Horton. Matériel et Méthodes : Vingt et un cas de MH ont été colligés rétrospectivement en 3 ans. Le diagnostic de MH était retenu selon les critères diagnostiques de l'ACR. Résultats: Il s'agit de 11 hommes et 10 femmes âgés en moyenne de 74 ans. La corticothérapie représentait le traitement de première intention chez tous les patients à une posologie moyenne de 0.74 mg/kg/j et une durée moyenne de 14 mois permettant le contrôle de la maladie dans 90 % des cas. La survenue de complications liée à la corticothérapie était notée chez 50 % des patients et observées les six premiers mois de traitement dans 80 % des cas : diabète cortico-induit (42 %), d'ostéoporose cortisonique (33 %) et d'hypertension artérielle cortico-induite (23 %). Des complications oculaires étaient notées dans 19 % des cas et des troubles trophiques cutanés ainsi qu'une myopathie cortisonique dans 9 % des cas chacun. Des complications infectieuses justifiant l'hospitalisation n'étaient constatées que chez un seul patient (Zona étendu). Le recours à un traitement immunosuppresseur (Méthotrexate®) était nécessaire dans un but d'épargne cortisonique chez seulement deux patients. Discussion: Eviter les effets indésirables de la corticothérapie au cours de la MH, vascularite du sujet âgé par définition, passe par l'éducation du patient et de son entourage, par la prescription de la posologie minimale efficace avec une surveillance clinique, biologique et un dépistage régulier de l'ostéoporose. Nos données rejoignent celles de la littérature en retrouvant une prévalence importante des complications de la corticothérapie qui sont principalement métaboliques, osseuses et oculaires.

P201

Une hospitalisation en court séjour gériatrique est-elle l'occasion de réviser les prescriptions de psychotropes ?

L. Lechowski¹, S. Balesdent¹, P. Noyelle², Z. Mekerta³, V. Bourdaire⁴, M. Her⁵, L. Teillet⁴, D. Tortrat¹

¹Médecine gériatrique - Hôpital Sainte-Périne AHP - Paris - France

²Pharmacie - Hôpital Sainte-Périne AHP - Paris - France

³Médecine gériatrique - Hôpital Sainte-Périne AHP - Paris - France

⁴Médecine Gériatrique - Hôpital Sainte-Périne - Paris - France

⁵Epidémiologie - Hôpital Sainte-Périne AHP - Paris - France

Introduction : Après 70 ans, 50 % des personnes consomment des psychotropes au long cours. Les hospitalisations en gériatrie aiguë peuvent être l'occasion de réviser ces prescriptions. Objectif : Etudier les modifications de prescriptions de psychotropes durant une hospitalisation en court séjour gériatrique. Matériels et Méthodes : Etude prospective. Tous les patients hospitalisés dans une unité de 29 lits de gériatrie aiguë parisienne pendant 3 mois en 2013. Comparaison des prescriptions de psychotropes classés en catégories, à trois moments : dernière ordonnance de ville, prescription à 48 heures d'hospitalisation et lors de la sortie. Résultats : Il y avait 164 patients (88,6 ans ± 5,1), 77 % de femmes ; 58 % vivaient seuls. Ils provenaient surtout des urgences (90 %), rentraient directement au domicile (61 %) ou étaient transférés en soins de suite (29 %). Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient les

chutes (26 %). Le MMS moyen était de 20,7 ± 6,3, 54 % avaient une démence et 44 % une confusion. À l'entrée, 62 % des patients avaient au moins un psychotrope versus 68 % à la sortie. Les benzodiazépines et les antidépresseurs sérotoninergiques étaient les plus fréquemment prescrits. Un plus grand nombre de prescriptions de psychotropes était associé au sexe féminin, à l'agitation, et à une démence. Les benzodiazépines à courte demi-vie étaient plus fréquemment prescrites à la sortie et faisaient seules l'objet d'un changement significatif de prescription. Discussion : De façon concordante avec la littérature, les anxiolytiques et les hypnotiques étaient les psychotropes les plus prescrits. La seule modification significative de prescription consistait à une augmentation des prescriptions de benzodiazépines à demi-vie courte. Dans notre étude, la révision des ordonnances en court séjour gériatrique ne se soldait pas par une diminution du nombre moyen de psychotropes.

P202

Pharmacocinétique clinique de la vancomycine chez le patient très âgé

L. Bourguignon¹, G. Debeurme², C. Loeu², M. Ducher²

¹Pharmacie - CHU de Lyon, hôpital Antoine Charial - Francheville - France

²Pharmacie - Hôpital Antoine Charial - Francheville - France

La néphrotoxicité et la forte variabilité pharmacocinétique inter-individuelle de la vancomycine rendent son utilisation difficile, notamment en cas d'insuffisance rénale. Les patients âgés, en raison de leur fragilité et de la grande prévalence de l'insuffisance rénale dans cette population, sont particulièrement à risque. L'objectif de ce travail est d'étudier la pharmacocinétique de la vancomycine chez une population gériatrique. Une approche de pharmacocinétique de population a été utilisée. Cent dossiers de patients patients très âgés (moyenne 85,6 +/- 4,2 ans), traités par vancomycine durant leur hospitalisation, ont été utilisés. Pour chaque patient, les principaux descripteurs cliniques (âge, poids, fonction rénale), ainsi que l'historique des doses administrées et des concentrations mesurées étaient connus. Un modèle pharmacocinétique a été construit, puis validé sur une autre cohorte de patients (validation externe). Le modèle construit possède deux compartiments et six paramètres. Le paramètre d'élimination a été décomposé en une élimination non rénale et rénale proportionnelle à la clairance de la créatinine. Le volume de distribution du compartiment central a été divisé en une part constante et une part proportionnelle au poids corporel. Le volume de distribution moyen était de 36.3L (écart type : 15.2L), et la clairance d'élimination moyenne de 2 L/h (écart type : 0,9 L/h), valeurs assez proches de celles retrouvées dans une population gériatrique d'âge plus faible. Aucun lien entre paramètres pharmacocinétiques et âge n'a été retrouvé. Le modèle construit permet la prédiction des concentrations sanguines en vancomycine avec un biais très faible de -0.75 mg/l entre concentrations prédites et observées. L'étude réalisée montre que les patients très âgés n'ont pas de perturbations pharmacocinétiques majeures pour la vancomycine par rapport aux patients d'âge moins élevé. Le modèle construit présente des capacités prédictives satisfaisantes, et pourra être utilisé pour le suivi thérapeutique dans un contexte de fragilité clinique.

P203**Evaluation des troubles de vigilance et attentionnels, et des performances de conduite automobile, chez les patients âgés traités par zolpidem depuis plus d'un mois***B. Beauplet¹, G. loggia²*¹Medecine geriatrique 18.21 - chu - Caen - France²Medecine geriatrique - chu - Caen - France

Rationnel: En France, le zolpidem est un hypnotique fréquemment prescrit chez les sujets âgés avec plaintes du sommeil. L'HAS recommande de ne pas conduire la première semaine de traitement, et de ne pas poursuivre le traitement au-delà d'un mois. En réalité, les études témoignent que les prescriptions sont prolongées plusieurs mois. Objectifs : Evaluer les fonctions attentionnelles et les capacités de conduite automobile chez les patients âgés traités au long cours par zolpidem. Recherche d'éventuelles fluctuations du risque accidentogène au cours du nyctémère chez les sujets âgés. Méthode : 80 patients traités et équilibrés par zolpidem 10mg depuis au moins un mois, pour des troubles du sommeil initiaux, âgés de 65 à 89 ans, conducteurs réguliers participeront à cette étude. Ils seront comparés à 80 patients contrôles appariés, également recrutés auprès des médecins généralistes. Des tests neuropsychologiques seront réalisés à 9h et 14h. Les patients recrutés à Caen auront en plus une évaluation des performances de conduite automobile sur le simulateur de l'unité INSERM Comete. Résultats attendus : Ce projet intitulé CAZA soumis au PHRC-N 2013 n'est pas encore ouvert. Il s'agit d'un essai de phase 4, en soins courants, multicentrique (Caen, Rouen, Lille, Amiens, Nantes). Les résultats seront analysés par classe d'âge, sexe, niveau socio-culturel, et selon l'ancienneté de traitement par zolpidem. Chez les patients traités, nous attendons des performances inférieures à celles du groupe témoin, ainsi que des valeurs meilleures à 14h versus 9h, parallèlement à l'élimination du médicament. Il est également envisageable de retrouver des performances identiques si l'accoutumance au zolpidem pris au long cours dans le groupe traité ne perturbe plus l'attention. En cas d'altération aux tests, la prise de conscience pour les patients traités par zolpidem serait la motivation dans la démarche de sevrage.

P204**Sécuriser la prescription des neuroleptiques en EHPAD***P. Balard¹, M. Bulimaga²*¹EHPAD - ORPEA - Cagnes-sur-Mer - France²Médecin coordinateur - EHPAD ORPEA - Nice - France

Introduction: Les neuroleptiques (NL) sont souvent prescrits en EHPAD, notamment dans le cadre de troubles du comportement perturbateurs accompagnant les démences. Or les NL ont des effets secondaires délétères et des complications redoutables. L'HAS a édicté des règles de prescription pour sécuriser leur utilisation. Objectifs: Analyser les prescriptions des NL en terme de sécurité d'utilisation: respect des posologies, de la durée de traitement, des contre-indications, l'absence d'interactions médicamenteuses et la surveillance du traitement. Matériel et

méthode: Nous avons analysé 830 prescriptions dans 13 EHPAD des Alpes Maritimes du groupe ORPEA et repéré 213 prescriptions de NL. Chacune d'elles a fait l'objet d'une investigation. Résultats et discussion: Caractéristiques de la population sous NL: Age moyen 81.5 ans. Sexe ratio 70 % féminin. GIR moyen 2. MMS moyen 12.6. NPI-ES moyen 22.3 Posologie des NL: la prescription de la moitié de la dose habituelle a été respectée dans 96.7 % des cas. La durée de la prescription: elle dépassait dans 89.6 % des cas les recommandations de l'HAS en étant supérieure à 8 semaines. Le bilan électrocardiographique: il a été réalisé dans 57 % des cas et absent dans 43 %. La présence d'interactions médicamenteuses: au moins une dans 87 % des cas et 2 ou plus dans 57.7 %. Association avec un médicament allongeant le QT dans 48.4 % des cas. Le respect des contre-indications et/ou précautions d'emploi: Présent dans 42,3 % des cas et non respecté dans 57.7 %. La surveillance clinique dans le dossier de soins: elle était absente dans 23 % des cas et non régulière dans 49.3 % L'évaluation par le NPI-ES: absente. Conclusion: La prescription des NL n'est pas suffisamment encadrée pour qu'elle soit sécurisée. Avec un meilleur suivi et plus de précautions lors de leur utilisation, ces médicaments seraient sûrement mieux tolérés et moins dangereux.

P205**Prescriptions des inhibiteurs de la pompe à protons chez les sujets âgés: adéquation aux recommandations***C. Schonheit¹, E. Pautas², A. Monti¹, E. Baudry¹, H. Lepetitcorps¹, A. Gouronnec¹*¹Court séjour gériatrique - Hôpital Charles Foix, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix, APHP - Ivry-sur-Seine - France²Court séjour gériatrique - Hôpital Charles Foix - Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - Ivry-sur-Seine - France

Introduction: Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont largement prescrits et majoritairement chez des patients âgés. En 2011 en France, leurs prescriptions représentaient une dépense de 725 millions d'euros. Des recommandations de la Haute Autorité de Santé française, dont certaines spécifiques au sujet âgé, précisent leurs indications. Cette étude s'intéresse à la conformité des prescriptions d'IPP à ces recommandations et à l'AMM chez des patients âgés. Matériel et méthodes: Analyse descriptive prospective de tous les patients hospitalisés dans un service de gériatrie aiguë d'un hôpital universitaire sur une période de 2 ans, pour lesquels l'ordonnance à l'admission comportait un IPP. Résultats: 216 patients, d'âge moyen 85 ans, sont inclus (40 % des patients hospitalisés dans le service pendant la période de l'étude). 40 % des prescriptions d'IPP datent de plus de 5 ans et 48 % sont hors AMM. Les principales indications non conformes à l'AMM sont la prévention des lésions gastro-duodénales sous antiagrégant plaquettaire, AVK, ou corticoïde (24 %), une anémie (12 %) ou une épigastralgie (8,5 %) sans exploration endoscopique préalable Avant instauration des IPP, seulement 41 % des patients ont eu une fibroscopie œso-gastro-duodénale (FOGD) qui devrait être systématique chez les plus de 65 ans d'après les recommandations. Pour 38 % des patients ayant eu une FOGD après instauration des IPP et ayant une prescription initiale hors AMM, la FOGD a finalement retrouvé une lésion justifiant l'IPP. Discussion - Conclu-

sion : Même s'il appartient à chaque médecin d'évaluer le rapport bénéfique/risque d'une prescription d'IPP chez un patient âgé potentiellement plus fragile, il semble que la connaissance et le suivi des recommandations ne soient pas suffisants. Il faut aussi souligner les difficultés d'adaptation de ces recommandations chez les patients les plus âgés du fait d'atypies sémiologiques et de difficultés de réalisation d'une FOGD.

P206

A propos d'un cas d'acidose métabolique sévère associé à une 5-oxoprolinurie chez une patiente traitée par antibiotiques

P. Hanotier¹, C. Claeys¹, C. Lannoy²

¹Gériatrie - CHU Tivoli - La Louvière - Belgique

²Soins intensifs - CHU Tivoli - La Louvière - Belgique

Introduction : L'acidose métabolique à un trou anionique augmenté est souvent associée à l'accumulation d'acide lactique ou de corps cétoniques. Dans de rares cas, cette acidose est associée à une élimination urinaire d'acides organiques. Elle est généralement associée à des déficits enzymatiques innés du cycle γ -glutamyl et entraîne une mortalité précoce ou des anomalies neurologiques sévères dès l'enfance. Matériel et méthode : relater le cas d'une femme de 82 ans ayant présenté une acidose métabolique sévère, développer la démarche étiologique et confronter le diagnostic à une revue de la littérature sur base d'une recherche dans Pubmed avec les mots clés: acidosis, high anion gap, 5-oxoprolinuria et drugs. Résultats: une patiente de 82 ans est hospitalisée en gériatrie pour pyrexie et gonflement douloureux du genou gauche suite à une infiltration de corticoïdes. La prise de sang révèle un syndrome inflammatoire. L'examen bactériologique de la ponction articulaire reviendra positif pour un staphylocoque doré sensible à l'oxacilline. Un traitement par flucloxacilline et paracétamol sera débuté. Au dixième jour, la patiente développera un état stuporeux et une polygnée. La gazométrie mettra en évidence une acidose métabolique sévère. La prise de sang révélera un trou anionique à 20, sans insuffisance rénale ni hyperlactémie. La recherche de corps cétoniques urinaires sera négative. Les dosages urinaires d'acides organiques mettra en évidence un taux très élevé de 5-OH proline. Le traitement par paracétamol sera arrêté. La flucloxacilline sera remplacée par de la rifampicine et du Co-trimoxazole. L'acidose se corrigera, l'oxoprolinurie se normalisera et la reprise prudente du paracétamol ne fera pas réapparaître l'acidose. Discussion : nous retrouvons dans la littérature une vingtaine de cas cliniques similaires. L'administration de paracétamol apparaît être un facteur favorisant mais non suffisant. Chez notre patiente, le traitement par flucloxacilline semble être le mécanisme précipitant, vraisemblablement par inhibition de la 5 OH Prolinase.

P207

Etude exploratoire sur la consommation de médicaments en maison de repos

G. Karakaya¹, E. Macken², C. Van hul¹, C. Horemans¹

¹Study and strategies - MLOZ - Bruxelles - Belgique

Introduction/objectif : L'étude a principalement pour but d'analyser la consommation de médicaments en MR afin de fournir quelques recommandations pour une meilleure gestion des médicaments. Méthode: Les données utilisées proviennent de la base de données administratives des Mutualités Libres belges. Nos investigations portent sur les médicaments prescrits pendant le séjour en MR en 2011. Une comparaison de la consommation de médicaments avant institutionnalisation permet d'évaluer l'impact de celle-ci. Les critères BEERS/START/STOPP sont utilisés afin d'identifier les médicaments non recommandés. Résultats: - l'entrée en MR accroît la probabilité de consommer au moins un médicament. - polymédication importante qui ne diminue pas suite à l'entrée en MR. - les patients institutionnalisés ont tendance à prendre une plus large gamme de médicaments appartenant à différentes classes thérapeutiques. - la part des antidépresseurs/antipsychotiques en MR est interpellante. - l'entrée en MR a un impact très significatif sur la part de la population traitée par antipsychotique (+81 %) et antidépresseur (+34 %) et sur leur consommation journalière moyenne (resp. +32 % et +55 %). - une fois en MR les résidents arrêtent moins fréquemment leur traitement antidépresseur/antipsychotique et leur consommation de ces médicaments ne varie pas à travers le temps. - selon les critères BEERS/START/STOPP, l'antidépresseur prescrit est inapproprié pour 1 résident sur 5 et seulement 1 résident sur 10 reçoit un antidépresseur recommandé. Discussion/conclusion : La consommation en MR d'antidépresseurs/antipsychotiques et de certains médicaments inappropriés est interpellante. Il est important de prendre des mesures visant à améliorer la qualité des prescriptions en renforçant l'utilisation d'un formulaire et le rôle du médecin coordinateur et conseiller et en encourageant le développement de la concertation multidisciplinaire entre l'ensemble des acteurs de la prise en charge médicamenteuse des personnes résidant en MR. Il est recommandé de revoir périodiquement les prescriptions et de prévoir un usage plus rationnel des médicaments en stimulant notamment la livraison de médicaments par unité.

P208

Analyse des prescriptions « sous optimales » dans le service de SSR de l'hôpital Xavier Arnoz (Pessac). Etude descriptive rétrospective portant sur 600 patients de 2008 à 2013

D. Kobeh¹, M. Rainfray², J. Jenn², N. Salles²

¹Unité de soins de longue durée - CHU de Bordeaux - Pessac - France

²Pole de gérontologie clinique - CHU de Bordeaux - Pessac - France

Le terme de « prescription sous-optimale » regroupe les traitements prescrits par excès ou de manière inappropriée mais également l'absence de prescription pour une pathologie patente. Objectif : Evaluer la prévalence des prescriptions sous-optimales dans un service de Soins de suite et réadaptation gériatrique. Le traitement d'entrée de 600 patients âgés est analysé en utilisant des grilles explicites de lecture de l'ordonnance. Le sous traitement (Underuse) est identifié en s'inspirant de la liste START. Les traitements inappropriés (Misuse) sont les médications considérées comme inappropriées selon la liste de Laroche et celles qui, bien qu'appropriées, sont responsables d'un événement iatrogène. Le

sur-traitement (Overuse) est retenu si le médicament a un SMR insuffisant ou s'il n'a pas ou plus d'indication. Résultats : 85 % des patients (âge) présentent au moins une pathologie sous traitée, principalement l'ostéoporose (39 %) et les syndromes douloureux (38 %). Un Overuse est retrouvé dans 80 % des ordonnances. 75 % des ordonnances contiennent au moins un traitement n'ayant pas ou plus d'indication, principalement des molécules à visée cardio-vasculaire. 17,5 % des ordonnances contiennent un traitement à SMR insuffisant essentiellement des molécules vaso-actives (47 %). Un Misuse est rencontré dans 42 % des ordonnances analysées. 18 % des patients prennent un traitement inapproprié selon la liste de Laroche, principalement des benzodiazépines de longue durée d'action (11,6 %) et de la Digoxine à dose trop importante (10,7 %). Un événement iatrogène dû à un traitement « non inapproprié » est survenu chez 28,5 % des patients. Les traitements à visée cardio-vasculaire (IEC, diurétiques) sont les principaux responsables. La prévalence du Misuse et de l'Overuse augmente parallèlement au nombre de « lignes de traitement ». Conclusion : Les prescriptions « sous optimales » sont très fréquentes dans la population gériatrique aussi bien des prescriptions par excès que par défaut. Les traitements à visée cardio vasculaires sont à fort risque iatrogène.

P209

Déficit en vitamine D, étude comparative d'une supplémentation per OS ou IM

A. Ahmane¹, S. Makouf¹, J. David², S. Haulon¹

¹Gérontologie 4 - Emile Roux AP-HP - Limeil-Brévannes - France

²Gérontologie 3 - AP-HP Emile Roux - Limeil-Brévannes - France

Introduction : Etude chez les patients âgés ayant un déficit en vitamine D hospitalisés en SSR et en SLD. Matériel et méthode : ● Patients âgés hospitalisés en SSR, et en SLD, ayant un déficit en vitamine D inférieur à la normale (< 75 nmol/l). Recueil de données : Cliniques ; Biologiques, DEXA et biologie de contrôle à 1 et à 2 mois. En fonction du statut en vitamine D à leurs arrivés et selon le protocole de COMEDIM ● Groupe per os : les patients reçoivent L'UVESOSE 100 000UI : ● Groupe IM : injection de vitamine D3 BON 200 000 UI. Résultats : Notre étude a porté sur 47 patients, suivis pendant 2 mois. Le groupe IM comporte 23 patients. Le groupe per os comporte 24 patients. Discussion : ● les dosages moyens en vitamine D dans le groupe IM (n = 23) est de 24.13 nmol/l et dans le groupe per os (n = 24), il est de 30.95nmol/l ● A 1 mois, l'amélioration des dosages de la vitamine D avec un taux moyen de 66 nmol et de 134.4 nmol/l à 2 mois dans le groupe IM. ● Dans le groupe per os, le déficit en vitamine a été corrigé avec un taux moyen en vitamine D de 81.62 nmol/l et de 98 nmol/l à 1 mois et à 2 mois respectivement. Conclusion : ● Les deux voies d'administrations par voie orale et intramusculaire de vitamine D3 améliorent le statut en vitamine D, sans effets indésirables. ● La réponse au traitement par la supplémentation en vitamine D à 1 mois est meilleure dans le groupe per os, et à 2 mois la tendance s'inverse.

P210

Evolution de la consommation de psychotropes chez les sujets déments (2008-2011)

S. Bonin-Guillaume¹, R. Lo², Q. Boucherie³, V. Sciortino⁴, X. Thirion⁵, J. Micallef⁶

¹Médecine Interne Gériatrie/ URM CNRS 7289 - Assistance Publique Hôpitaux de Marseille/Aix Marseille Université - Marseille - France

²DRSM - DRSM Assurance maladie PACA Corse - Marseille - France

³Assistance Publique de Marseille - Service de Pharmacologie Clinique - Marseille - France

⁴Direction Régionale du Service Médical - DRSM Assurance maladie PACA Corse, - Marseille - France

⁵Laboratoire de santé publique EA 3279 - Aix Marseille Université - Marseille - France

⁶Service de pharmacologie Clinique/ UMR-CNRS 7289 - Assistance Publique Hôpitaux de Marseille/Aix Marseille Université - Marseille - France

Introduction : Une cohorte de patients atteints de maladie d'Alzheimer et maladie apparentée (MAMA) issue des bases de données de l'assurance maladie régime général a été initiée en 2008 pour une durée de 10 ans. Depuis, de façon annuelle, les remboursements des traitements psychotropes de cette population sont recensés permettant de suivre l'évolution des prescriptions (Cohorte PACA-Alz). Objectifs : Evolution de la prescription de psychotropes dans la cohorte PACA-Alz entre 2008 et 2011 Méthodes : Les sujets inclus dans la cohorte sont considérés comme atteints de MAMA s'ils bénéficient d'une ALD 15 (maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés) et/ou ont eu au moins une délivrance de traitement spécifique dans l'année en cours (anticholinestérasique et/ou antiglutamate). Cette étude observationnelle, rétrospective, non interventionnelle, porte sur les données de la cohorte PACA Alz 2008 et 2011. L'analyse exhaustive de la consommation de psychotropes est possible car tous sont soumis à prescription par un praticien. La consommation chronique a été définie comme un nombre ≥ 4 de délivrances d'un produit pour un patient donné au cours de l'année. Les molécules délivrées ont été étudiées d'après leur code ATC. Les données descriptives sont analysées en nombre et pourcentages Résultats : En 2011, le nombre de patients inclus dans la cohorte est de 36442 dont 69,7 % ont eu un traitement spécifique ; 74 % des patients de la cohorte ont eu ≥ 1 délivrance de psychotrope (73 % en 2008). Concernant les antipsychotiques, 25,6 % étaient consommateurs en 2008 (n = 7 057), 27,6 % en 2011 ; la consommation chronique concernait 16, 1 % de la population totale de la cohorte en 2008 et 11,6 % en 2011. Conclusion : Même si la consommation de psychotropes reste très élevée, il existe un recul notable de la consommation chronique d'antipsychotiques dans les MAMA. Ce résultat semble être un reflet positif des dernières mesures mises en place pour une meilleure prescription des AP (recommandations HAS 2009, AMI 2010).

P211**Évaluation de la prise en charge du risque tétanique chez les sujets âgés admis en médecine ambulatoire**

D. Nicolai¹, A. Farcet¹, C. Molines¹, G. Delalande¹, F. Retornaz¹

¹Pôle de gériatrie polyvalente - Centre Gérontologique Départemental - Marseille - France

Introduction : Le tétanos est une toxi-infection grave et potentiellement mortelle. Tous les cas surviennent chez les patients non ou mal vaccinés. Les tests immunochromatographiques (dont le Tetanus quick Stick (TQS)) ont démontré une efficacité dans les services d'accueil des Urgences. Notre étude a pour but de décrire la protection antitétanique des patients âgés en médecine ambulatoire et d'étudier l'intérêt de ces tests dans la pratique des médecins généralistes. Matériels : Cette étude prospective a inclus les patients âgés de 65 ans et plus ayant consulté en secteur ambulatoire au centre gérontologique départemental (Marseille). Un TQS ainsi qu'un auto-questionnaire des facteurs de risques de tétanos ont été réalisés à tous les patients. Résultats : Cent vingt-deux patients ont été évalués. La prévalence de la protection antitétanique était de 66 %. Les patients avaient en moyenne 2,52 facteurs de risque de tétanos et 35 % ayant consulté pour une plaie dans l'année avaient un TQS négatif. Conclusion : Les sujets âgés accumulent les facteurs de risque quels que soient leur âge et leur mode de vie. La protection antitétanique est inférieure aux objectifs fixés par la loi de santé publique. Si les médecins connaissent bien les recommandations, ils se retrouvent souvent confrontés à la difficulté de l'évaluation du statut vaccinal basé sur l'interrogatoire du patient qui n'est pas fiable. L'extension de l'application des tests immunochromatographiques en médecine de ville pourrait permettre un progrès pour la prise en charge des patients à risque tétanique.

P212**Vaccinations antigrippale et anti-pneumococcique chez les sujets âgés institutionnalisés : état des lieux en France et facteurs influençant la couverture vaccinale**

C. Vanhaecke Collard¹, F. Naqchaoui¹, C. Barbe², L. Bertholon¹, J. Novelle¹

¹Gériatrie Aiguë et Médecine Interne - CHU de Reims - Reims - France

²Unité d'Aide Méthodologique - CHU de Reims - Reims - France

Introduction : Les sujets âgés (SA) institutionnalisés payent annuellement un lourd tribut aux infections grippales et pneumococciques. Une prévention vaccinale efficace existe pourtant, permettant de diminuer la morbi-mortalité dans cette population particulièrement fragile. Méthodes : Etude observationnelle descriptive menée dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de la Marne de mars à mai 2013 afin de déterminer la couverture de la vaccination antigrippale (VAG) et anti-pneumococcique (VAP) chez les SA institutionnalisés et de repérer les facteurs liés au patient et à son environnement médical influençant ces vaccinations. Les patients étaient tirés au sort parmi les résidents de 75 ans et plus. Les caractéristiques sociodémographiques et gériatriques ainsi que l'environnement

médical, le statut vaccinal et les convictions quant à ces vaccinations étaient recueillis. Résultats : 282 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 87 ans (± 6) et on retrouvait 76 % de femmes. La couverture vaccinale antigrippale était de 76,2 %. Les principaux facteurs influençant positivement la vaccination antigrippale étaient le sexe féminin ($p = 0,046$), le bas niveau socio-éducatif ($p = 0,04$), la présence de comorbidités modérées ou sévères ($p = 0,001$), dont l'insuffisance cardiaque ($p = 0,029$). La conviction du patient de l'utilité et de l'innocuité du vaccin étaient des facteurs prédictifs essentiels de la vaccination ($p < 10^{-6}$), ainsi que le conseil de l'entourage ($p = 0,005$). La VAP concernait 32,6 % des patients et la couverture était de 21,7 %. Les facteurs influençant positivement cette vaccination étaient la conviction de l'utilité de la vaccination ($p = 0,02$) et le conseil du médecin ($p < 10^{-6}$). Pour la VAG et la VAP, la présence d'une politique vaccinale dans l'EHPAD favorisait la vaccination des résidents ($p = 0,01$). Discussion/Conclusion : Si la VAG atteint les objectifs vaccinaux, la VAP reste très insuffisante dans cette population fragile. Le rôle des médecins traitant et coordonnateur dans le suivi du calendrier vaccinal et dans l'éducation du patient semble essentiel.

P213**Évaluation des effets de la formation et de la supervision de services d'aide aux familles qui accompagnent des personnes atteintes d'une maladie de type Alzheimer**

M. Marquet¹, P. Missotten¹, V. Charlot², C. Hanoteau³, S. Adam¹

¹Unité de Psychologie de la Sénescence - Université de Liège - Liège - Belgique

²Asbl le bien vieillir - Asbl le bien vieillir - Namur - Belgique

³Asbl le bien vieillir - Asbl le bien vieillir - Liège - Belgique

Introduction : Il est nécessaire de développer des interventions visant à aider les professionnels qui accompagnent des personnes âgées (atteintes ou non de démence). Les programmes existants sont néanmoins essentiellement destinés aux aidants en milieu institutionnel. Objectif : Évaluer, au niveau de différents paramètres (âgisme, connaissances sur la maladie d'Alzheimer, sentiment de compétence, satisfaction professionnelle, burnout, stratégies de coping), l'efficacité d'une intervention destinée à des aidants professionnels à domicile. Méthodologie : 17 aides familiales ont bénéficié d'une formation et de supervisions visant à améliorer leurs connaissances sur les démences et à les aider à mettre en place des stratégies de résolution de problèmes face aux difficultés rencontrées dans leur pratique, et ceci, afin de favoriser une vision moins stigmatisante de la maladie d'Alzheimer. Différents auto-questionnaires ont été complétés par les participantes avant et après l'intervention. Résultats : Les analyses statistiques indiquent que l'intervention permet de diminuer l'âgisme des aidantes, d'améliorer leurs connaissances sur la maladie d'Alzheimer, leur sentiment de compétence et leur satisfaction vis-à-vis de leurs tâches professionnelles. Conclusion : L'intervention est efficace puisqu'elle atteint ses objectifs initiaux. Ces résultats encouragent non seulement la formation des aidants professionnels à domicile mais aussi l'évaluation de l'efficacité des interventions proposées, à la fois auprès des aidants professionnels, informels et

des personnes accompagnées. En effet, sur base de la littérature (Avorn & Langer, 1982 ; Coudin & Alexopoulos, 2010), nous faisons l'hypothèse que l'amélioration des connaissances et la diminution de l'âgisme réduisent le risque d'induire des comportements de dépendance chez les personnes accompagnées. Ce constat est important compte tenu du rôle des aides familiales, à savoir aider les personnes âgées (atteintes ou non de démence) qui présentent des difficultés dans la réalisation des activités (instrumentales) de la vie quotidienne afin qu'elles restent le plus longtemps possible à leur domicile.

P214

Continuum de services centré sur le rehaussement de la qualité de vie: étude pilote auprès des aidants et de leur proche

H. Carbonneau¹, S. Éthier²

¹Département d'Études en loisir, culture et tourisme - Université du Québec à Trois-Rivières - Trois-rivières - Canada

²Département de service social - Université Laval - Québec - Canada

Enjeux : Préoccupés par la qualité de vie des aînés avec des troubles cognitifs et de leurs proches, six organismes d'une région se sont mobilisés pour développer un continuum de services centré sur le rehaussement du potentiel et des aspects positifs. Une étude pilote a été menée auprès un nombre réduit de personnes afin de valider les outils mis de l'avant pour ce continuum. Objectifs : 1) Évaluer les effets du continuum pour les personnes atteintes de troubles cognitifs et leurs proches, 2) Analyser les processus en cause dans les divers outils et interventions prévues dans le continuum. Méthodologie : Le continuum a été déployé dans sept organismes œuvrant auprès des personnes avec des atteintes cognitives sur le territoire visé par le projet. Une recherche-action avec un devis mixte (données quantitatives et qualitatives) a été utilisée auprès des aidants et de leur proche pour cette étude pilote. Ainsi, des entrevues semi-dirigées, entrevues de groupes et questionnaires ont été utilisés pour la collecte des données. Résultats: Une présentation sommaire des effets préliminaires du continuum pour soutenir la qualité de vie des personnes atteintes et leur proche observés lors de l'étude sera faite tant sur le plan individuel que de la dyade aidant-aidé. Surtout, la présentation abordera dans quelle mesure le projet a permis d'harmoniser les services selon les aidants et les proches. En effet, bien que le continuum vise à harmoniser les pratiques dans une perspective de psychologie positive, l'étude pilote permet de mettre lumière certains éléments à considérer pour en maximiser les effets pour la personne atteinte et son proche. Projet soutenu par l'axe Interaction et soutien social du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement.

P215

Impact des stéréotypes liés au vieillissement et à la maladie d'Alzheimer sur le vécu des aidants familiaux

A. Bottard¹, S. Adam¹, C. Gilles², B. Guillaume³, P. Missotten¹

¹Psychologie de la Sénescence - Université de Liège - Liège - Belgique

²Clinique de la mémoire - Centre Hospitalier de l'Ardenne - Libramont - Belgique

³Service de neurologie - Bois de l'Abbaye - Seraing - Belgique

Introduction : Dans notre société, les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer sont les cibles à la fois de stéréotypes liés à l'âge, mais aussi de stéréotypes liés à cette maladie (Sartorius, 2003). Leur aidant familial est également souvent touché par l'image négative de la pathologie que les stéréotypes imputent à leur proche (Werner, 2008). Aussi, cette recherche a pour objectif de mieux connaître le point de vue d'aidants familiaux sur la maladie d'Alzheimer et le vieillissement, pour mieux appréhender les implications de ces représentations sur leur vécu. Méthode : Un ensemble de questionnaires, dont des mesures de la vision du vieillissement (FSA-R ; Boudjemadi & Gana, 2009) et de la maladie d'Alzheimer (FS-ADS ; Werner et al., 2011), ont été administrés à 38 aidants familiaux dont le proche est atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée. Résultats : Les analyses statistiques montrent que les individus qui présentent une vision négative du vieillissement sont ceux qui sont aidants depuis plus longtemps. Par ailleurs, les personnes qui ont un vécu négatif de la maladie (qui ont honte de leur proche ou qui sentent que les autres ont honte de lui), sont ceux qui se sentent moins compétents en tant qu'aidant. De même, le fait d'avoir peur de son proche, est associé à un épuisement physique et émotionnel, ainsi qu'à une humeur triste et anxieuse. Conclusion : Les stéréotypes liés à l'âge et à la maladie péjorent plusieurs éléments du vécu de l'aidant (santé, sentiment de compétence, expérience en tant qu'aidant.). En conséquence, il importe d'encourager la déconstruction des stéréotypes et idées reçues véhiculés par la société, notamment par le biais de programmes d'aide aux aidants.

P216

Evaluation de la perte ambiguë chez les aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée

N. Stalport¹, P. Missotten², B. Guillaume³, C. Gilles⁴, S. Germain⁵, S. Adam²

¹Sénescence - Université de Liège - Marchin - Belgique

²Psychologie de la Sénescence - Université de Liège - Liège - Belgique

³Service de neurologie - Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye - Seraing - Belgique

⁴Clinique de la mémoire - Centre Hospitalier de l'Ardenne - Libramont - Belgique

⁵Service de Neuropsychologie - Université de Liège - Liège - Belgique

Introduction : Dans le contexte de la maladie d'Alzheimer, le terme de perte ambiguë renvoie au sentiment pour les proches que le patient est présent physiquement mais absent mentalement. «C'est toujours mon conjoint. Physiquement, c'est la même personne ! Pourtant, ce n'est plus vraiment tout à fait mon conjoint». En ce sens, les membres de la famille ne savent plus s'ils doivent considérer leur proche comme faisant ou non partie du système familial. Dans ce contexte, ce projet a pour but d'étudier le lien

entre le sentiment de perte ambiguë des aidants familiaux, leur qualité de vie et la dépendance des patients. Nous postulons qu'un sentiment de perte ambiguë élevé est associé à une moindre qualité de vie des aidants et à davantage de dépendance des patients. Méthodologie : 41 aidants (de 33 patients) ont répondu à divers questionnaires dont une anamnèse, la BAS (Boundary Ambiguity Scale), des échelles de qualité de vie spécifique (Pixel) et modulaire (ISQV) ainsi qu'à l'ADL et l'IADL, évaluant le niveau de dépendance des patients dans leur quotidien. Résultats : Les analyses statistiques confirment que plus le sentiment de perte ambiguë est important, plus le patient est dépendant (respectivement $r = 0,45$; $p = 0,009$ pour le lien BAS-ADL et $r = 0,63$; $p < 0,001$ pour le lien BAS-IADL). De même, plus ce sentiment de perte ambiguë est intense, moindre est la qualité de vie de l'aidant (respectivement $r = -0,58$; $p < 0,001$ pour le lien BAS-Pixel et $r = 0,43$; $p = 0,006$ pour le lien BAS-ISQV Ecart générique; $r = 0,49$; $p = 0,002$ pour le lien BAS-ISQV Ecart spécifique). Conclusion : Même si aucun lien causal ne peut, à ce niveau, être établi entre les divers paramètres, nous suggérons qu'une prise en compte, au niveau thérapeutique, du sentiment de perte ambiguë améliorerait la qualité de vie des aidants de patients souffrant d'une pathologie démentielle.

P217

La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie en Algérie : Approche socio-anthropologique

S. Boumadjene¹, F. Benaoum²

¹Faculté des Sciences Sociales - Université de BOUIRA - Bouira - Algérie

²Département de Sociologie - Université de Mascara - Mascara - Algérie

Introduction : Le phénomène du vieillissement de la population concerne désormais le monde entier, y compris les pays en voie de développement qui se sont considérés, pour longtemps, comme « pays jeunes » tels que le cas de l'Algérie. Cependant, l'Algérie ne semble pas être épargnée par l'ampleur de ce phénomène, les données démographiques des deux dernières décennies révèlent un accroissement régulier de la tranche de + 60 ans; en passant de 0,01 % en 1962 à 7,4 % en 2005, et atteindra les 9 % en 2015. À travers une approche socio-anthropologique, cet article résume la prise en charge familiale des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment atteintes de la maladie d'Alzheimer vivant à domicile à Alger. Problématique/méthode : La faible représentation de cette catégorie dans la population totale, a fait en sorte que cette frange de la société n'a jamais bénéficié d'une politique vieillesse médico-sociale ou sanitaire spécifique. De ce fait, on relève la quasi-absence de dispositifs de prise en charge des problèmes liés à la vieillesse et à la perte d'autonomie. En revanche, la majorité des « personnes âgées Alzheimer » vivent au sein de leurs familles, prises en charge par leurs enfants. A partir de cette situation nous nous interrogeons : comment ces personnes vivent leur quotidien ? Comment l'entourage familial est organisé pour partager les tâches ? L'étude de terrain a été réalisée à Alger. La population enquêtée est composée de 5 cas étudiés dans leur environnement familial, à travers l'observation participante et l'entretien approfondi, destiné plus à l'entourage familial (aidants). Discussion/conclusion : Effectivement, vivre au quotidien avec une

personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer est une tâche lourde. Au fur et à mesure de la progression de la maladie, l'impact sur l'environnement social et familial devient de plus en plus compliqué, en raison de non-existence d'aidants professionnels et du soutien institutionnel.

P218

Familles face à la maladie d'Alzheimer

C. Dressen¹, Y. Magar², D. Boumedien², J. Delcourt³

¹Éducation thérapeutique - éduSanté - Paris - France

²ÉduSanté - Vanves - France

³Santé - FNMF - Paris - France

Introduction : L'importance du rôle des proches dans l'accompagnement des malades Alzheimer est largement reconnue. La nécessité d'une formation pour ces personnes qui risquent d'y perdre leur santé physique et mentale est moins souvent affirmée. L'objet de cette présentation est de faire part d'un programme de soutien psycho-éducatif qui a répondu à leurs attentes. Matériel et méthode : Depuis 2006, la Mutualité française a confié à éduSanté, société spécialisée en éducation du patient chronique, le soin de développer un programme pédagogique interactif. Les animateurs formés proposent aux proches de patients atteints de maladie d'Alzheimer, vivant à domicile, de participer à des ateliers de formation intitulés « Fil Mauve ». Les objectifs d'un tel programme sont d'améliorer l'information du proche, la compréhension de la maladie et des symptômes, la communication avec le proche, leurs connaissances des aides possible et leur prise de conscience de l'importance de se ménager du temps pour eux-mêmes. 150 animateurs ont été formés et plusieurs centaines de personnes ont bénéficié de ces ateliers, en majorité conjoints ou enfants de patients. Une évaluation par questionnaires de la satisfaction des proches et des effets positifs sur leur qualité de vie a été effectuée systématiquement. Des réunions d'échanges sur les pratiques des animateurs ont également été organisées chaque année et ont été riches d'enseignement. Discussion et conclusion : L'intérêt d'un tel programme a été largement plébiscité par les participants comme les animateurs. La pérennisation de cette initiative semble donc assurée et son élargissement à d'autres publics souhaitable. Un développement vers de nouvelles thématiques est en cours, en particulier sur la nutrition et le sommeil des proches. Une réflexion plus large sur des programmes de soutien psycho-éducatif destinés aux proches de patients dépendants en général reste à mener.

P219

Quelles sont les attentes des aidants d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées envers le médecin traitant

A. Daval¹, E. Achour², L. Livernois³, J. Roche⁴, N. Lapalus⁵

¹Gériatrie - CH Roanne - Roanne - France

²Gériatrie - gériatrie - St etienne - France

³Urgences - urgences - Roanne - France

⁴Médecine interne gériatrique - Chef de service - Roanne - France

⁵Médecine générale - médecine générale - Charlieu - France

Introduction : L'aide aux aidants est un problème de santé publique. Actuellement, la société n'offre ni les capacités financières ni les capacités d'accueil nécessaires à une prise en charge adaptée des malades Alzheimer. Il faut concentrer les efforts sur les personnes qui jouent un rôle dans le maintien à domicile du patient. Méthode : Nous avons réalisé une enquête qualitative basée sur des entretiens semi dirigés réalisés au domicile de quatorze aidants d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Les objectifs de cette étude étaient de connaître les attentes des aidants envers leur médecin traitant, de définir le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge médicale et globale de l'aidant et enfin, de dégager l'intérêt et les modalités de mise en œuvre de la consultation annuelle dédiée à l'aidant recommandée par l'HAS depuis février 2010. Résultats : Nos entretiens ont confirmé une souffrance des aidants et les conséquences physiques, psychiques, sociales et financières. Notre population était représentée par 71 % de femmes, âgées pour 65 % de 50 à 70 ans, enfants du malade dans 50 % des cas et conjoints dans 43 % des cas. Ces aidants exprimaient peu d'attentes envers leur propre médecin traitant et d'avantage envers le médecin du malade. Leurs attentes apparaissaient majoritairement d'ordre psycho social comparativement à la partie médicale de la prise en charge. La consultation annuelle dédiée à l'aidant n'était pas connue de ces intéressés et n'était visiblement pas proposée par les médecins. Conclusion : Il apparaît nécessaire d'améliorer la notoriété de la consultation annuelle dédiée auprès des aidants. Celle-ci doit être effectuée par les médecins. Pour ce faire, ils doivent être formés à l'accompagnement que nécessite un aidant, mais aussi informés de l'existence de structures locales qui peuvent répondre également aux attentes des aidants.

P220

La part de la déficience visuelle, dans la progression du handicap du diabétique âgé : cohorte des 3 Cités

I. Bourdel-Marchasson¹, M. Danet², F. Matharan³, K. Peres³

¹Gériatrie - Univ Bordeaux Segalen/ CHU Bordeaux - Pessac - France

²Gérontologie clinique - CHU Bordeaux/ Univ Bordeaux Segalen - Pessac - France

³Centre INSERM U897-Epidémiologie-Biostatistique - Univ. Bordeaux, ISPED - Bordeaux - France

Introduction : Le diabète est une pathologie invalidante par de multiples médiateurs. La déficience visuelle en vision de près est ici étudiée pour son rôle dans la progression du handicap chez le diabétique âgé en population. Objectifs : Etudier les relations entre diabète, déficiences visuelles et survenue d'incapacités dans la vie quotidienne du sujet âgé. Patients et méthodes Les données des 7 ans de suivi de l'étude 3C (cohorte observationnelle multicentrique en population urbaine de plus de 65 ans) ont permis d'étudier par des modèles logistiques mixtes ajustés le rôle du diabète et de la déficience visuelle (score de Parinaud \geq 3) dans la survenue d'incapacités (IADL, Instrumental Activities of Daily Living) et de restriction de participation (confinement). L'espérance de vie totale, avec et sans incapacité et selon la présence de diabète et de déficit visuel sont également présentées. Résultats : Les

8476 sujets non déments (femmes 60,5 %, âge 74,0 (5,5) ans), dont 799 diabétiques (femmes 45,7 %) ont été suivis 7 ans. Les modèles ajustés sur les variables socio-démographiques, l'IMC et les consommations de nutriments, d'alcool et de tabac montrent un effet du diabète et de la déficience visuelle modérée à sévère sur la survenue d'incapacité aux IADL et de confinement. Après ajustement sur les médiateurs possibles du diabète (cardiopathie ischémique, AVC, artérite des membres inférieurs, HTA, dyspnée) le diabète n'apparaît plus associé à la dépendance. Chez les hommes les espérances de vie totale, sans incapacité ou avec incapacité sont plus courtes chez les diabétiques quel que soit leur âge. Chez les femmes il n'y a pas de différences d'espérance de vie selon la présence d'un diabète. Conclusion : Le diabète et la déficience visuelle ont un effet négatif sur la survenue de handicap chez le sujet âgé. Le genre modifie la relation avec un effet négatif marqué chez les hommes, plus touchés par le diabète.

P224

Evaluation économique des séjours hospitaliers pour lésions induites par la chute de personnes âgées vivant à domicile

L. Di Pierdomenico¹, J. Uwiteka², P. Leclercq³, T. Pepersack⁴, E. Mendes Da Costa⁵, M. Pirson⁶

¹CR1 Economie de la santé- Gestion des institutions de soins- Sciences Infirmières - ULB-Ecole de Santé Publique - Bruxelles - Belgique

²ESP - ULB - Bruxelles - Belgique

³CR1 - ULB-ESP - Anderlecht - Belgique

⁴Gériatrie - ULB- Hôpital Erasme - Anderlecht - Belgique

⁵CR2 - ULB-ESP - Bruxelles - Belgique

⁶CR1 - ULB-ESP - Bruxelles - Belgique

Introduction : 30% des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile chutent au moins une fois par an. Peu de données économiques belges sont disponibles concernant cette problématique. L'objectif de l'étude est d'évaluer le coût à charge de la sécurité sociale des séjours hospitaliers pour lésions induites par les chutes des personnes âgées vivant à domicile. Matériel et méthode : Les données de facturation de 908 séjours hospitaliers de 2010 dans 5 hôpitaux généraux ont été analysées. Ces séjours ont été sélectionnés sur base des critères suivants : patients âgés de 65 ans et plus, provenant du domicile, ayant dans leur résumé clinique minimum un des codes ICD-9-CM associés aux chutes et un APR-DRG correspondant à des lésions consécutives à une chute. Résultats : L'âge moyen (DS) est de 81 ans (7), 76 % des patients sont de sexe féminin, 73 % ont été admis pour une fracture, 70 % sont rentrés à domicile après l'hospitalisation, 19 % ont été institutionnalisés en maison de repos ou maison de repos et de soins et 6 % sont décédés en cours d'hospitalisation. Le coût moyen (DS) d'un séjour suite à une chute est de 5.187 €(3.632), pour une durée moyenne (DS) de séjour de 19 jours (21). Le coût des séjours hospitaliers induits par les chutes des personnes âgées vivant à domicile est estimé en 2010 à 136 millions €. Sur base des projections démographiques, ce coût pourrait être estimé à 246 millions € en 2050. Conclusion : Cette étude est limitée à l'analyse des montants à charge de la sécurité sociale durant le séjour hospitalier. Le coût

global de la prise en charge de ces patients est sous-estimé, une bonne partie des coûts étant engendrés dans le secteur ambulatoire, dans les institutions de revalidation ou en maisons de repos. Cette problématique constitue un enjeu majeur de santé publique.

P225

Fin de vie des migrants âgés atteints de troubles cognitifs : prise en compte des repères culturels, propositions à partir des données recueillies dans l'étude MATC

J. Duchier¹, J. Rwabihama², A. Duguet¹, F. Abdallah², J. Mantovani³

¹UMR 1027 - INSERM/Université Toulouse3 - Toulouse - France

²Pôle gériatrique de l'Essonne, Site Joffre-Dupuytren - Hôpitaux Universitaires Henri Mondor - Draveil - France

³Sociologue - ORSMIP - Toulouse - France

En France 229 000 immigrés de plus de 65 ans sont originaires d'un pays du Maghreb. « Enracinés » souvent depuis plus de trente ans avec leurs familles, ils sont confrontés à des conceptions différentes du vieillissement et à d'importantes difficultés sociales. « Invisibles », ils sont sous-représentés dans les structures d'hébergement et autres dispositifs gérontologiques. Quand survient la fragilité, des troubles cognitifs entraînant la perte d'autonomie, la prise en charge est essentiellement familiale au domicile. L'institutionnalisation n'est acceptée qu'en dernier recours lorsque les troubles du comportement deviennent incontrôlables ou en l'absence d'aidant naturel. Les retards au diagnostic sont importants, la plupart de ces patients entrant à l'hôpital par le biais des urgences. Le retour au domicile est souvent compromis par l'état d'avancement de la pathologie démentielle et une institutionnalisation via le circuit gériatrique s'impose dans des conditions souvent culpabilisantes pour la famille. Certaines de ces familles considèrent les institutions d'hébergement médico-sociales incompatibles voire hostiles à leur conception pour accueillir et accompagner les aînés pour leurs derniers jours. Des entretiens menés au cours d'une étude anthropologique avec des patients, des aidants familiaux et des professionnels originaires du Maghreb dans des services gériatriques à Draveil et à Toulouse (Etude MATC) ont révélé le manque de prise en compte dans ces institutions de repères culturels (pièce de prière, lien avec l'imam local, fond musical coranique...). Ce frein pourrait être diminué et le patient accueilli dans un milieu apaisant pour ses derniers jours. Une telle démarche nécessiterait l'implication des responsables des établissements publics afin de valider des procédures encadrées pouvant être intégrées dans les dispositifs actuellement en vigueur. Une adaptation environnementale aux considérations culturelles spécifiques à ces patients dans les institutions d'hébergement médico-sociales s'avère indispensable pour faire bénéficier les migrants âgés et leur famille d'un accompagnement respectueux de leurs codes culturels.

P226

Le lien intergénérationnel et la transmission des savoirs dans la pratique de l'action bénévole

J. Fortier¹, A. Sévigny², H. Carbonneau¹, J. Castonguay³

¹Département d'études en loisir, culture et tourisme - Université du Québec à Trois-Rivières - Trois-rivières - Canada

²Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec - Département de médecine familiale, Université Laval - Québec - Canada

³Étudiante au Doctorat en gérontologie - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

De nombreuses organisations au Québec dépendent de l'engagement de bénévoles. Toutefois, plusieurs soulignent une difficulté au niveau de leur recrutement et de leur rétention. À titre de candidats potentiels, on peut compter les aînés et les jeunes. En effet, l'Enquête canadienne sur le don, le bénévolat et la participation dévoile qu'en 2007, les personnes de 55 à 64 ans arrivaient au second rang avec 205 heures de bénévolat. Arrivent au premier rang les personnes âgées de 65 ans et plus accumulant en moyenne 218 heures de bénévolat. Cette même enquête précise que les Canadiens âgés de 15 à 24 ans sont plus susceptibles de faire du bénévolat que ne le sont les autres Canadiens. En effet, 58 % d'entre eux faisaient du bénévolat en 2007. Aînés et jeunes peuvent-ils œuvrer ensemble au sein des organisations? L'action bénévole peut certes s'avérer une occasion d'encourager et de favoriser les liens intergénérationnels. Plusieurs études démontrent que les liens intergénérationnels ont des effets positifs. C'est notamment le cas de l'étude de Ayala et al. (2007) qui spécifie que les activités qui privilégient ces liens contribuent à réduire l'isolement, à améliorer la santé et la confiance et à renforcer les capacités. Il importe donc de mieux saisir de quelle façon peut-on favoriser le lien intergénérationnel et la transmission des savoirs entre jeunes et aînés dans le cadre de l'action bénévole. Pour ce faire, nous procédons actuellement à des groupes de discussion (20 au total) avec des aînés (50 ans et plus) et avec des jeunes (15-24 ans) et ce, dans dix régions du Québec. Ces entrevues de groupe nous permettent de comprendre les attentes des jeunes et des aînés dans le cadre du bénévolat, les conditions de réussite et les obstacles à cette relation et les meilleures façons de transmettre les savoirs en action bénévole.

P227

Pour actualiser les liens intergénérationnels : L'exemple des Maisons des Grands-Parents québécoises

J. Castonguay¹, A. Sévigny², S. Proulx², L. Danielle²

¹Faculté des lettres et sciences humaines - Université de Sherbrooke - Saint-Nicolas - Canada

²Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec - CHU de Québec - Québec - Canada

Introduction : La politique « Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec » préconise un échange cons-

tant entre tous les groupes d'âge. Parmi les choix favorisant ces liens intergénérationnels, on propose la consolidation des Maisons des Grands-Parents (MGP), leur réseautage et la création de nouvelles. La communication a pour but de présenter le modèle des MGP telles qu'il s'actualise au Québec. Méthode: Les travaux d'élaboration du modèle furent menés selon la méthode de la théorisation ancrée et une approche participative. Les responsables des six MGP actuelles ont été les experts consultés. Ils ont mutualisé leurs expertises respectives et validé l'état des travaux au fur et à mesure de leur progression. Cette approche mise sur l'entraide, selon une itération réflexion/action et permet la production de connaissances issues des données émergeant du terrain. Résultats: Les MGP sont des milieux de vie qui favorisent la création de liens intergénérationnels dans un esprit de grand-parentalité, à travers des relations dans lesquelles la réciprocité se manifeste au bénéfice de tous. Le modèle vise à en définir les assises. Aussi, il comprend la définition d'une MGP, sa mission et ses objectifs et l'esprit de grand-parentalité qui l'habite. Il décrit les activités proposées, le statut légal, la gouvernance et la vie associative et la gestion du bénévolat. Il tient compte des complémentarités et des collaborations qui s'y tissent. Discussion: Les personnes âgées actives au sein des MGP y voient une opportunité de socialiser, de se sentir utiles et de se réaliser. La transmission des savoirs, savoir-faire et savoir-être des aînés aux enfants, adolescents et jeunes adultes s'enrichit d'une relation de réciprocité, puisque les plus jeunes apportent aussi aux aînés. De plus, nous estimons important de présenter ce modèle afin qu'il puisse être reproduit dans des milieux qui le souhaiteraient.

P228

Projet intergénérationnel pour un partage du transport en commun favorable aux aînés

A. Lorthios-Guillemot¹, K. Nour², M. Parisien³, S. Dupont⁴, S. McLeod⁵

¹École de santé publique - Université de Montréal - Montréal - Canada

²Direction de santé publique - Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie - Longueuil - Canada

³Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale - Centre de santé et de services sociaux Cavendish - Centre affilié universitaire - Côte-Saint-Luc - Canada

⁴Programme Perte d'autonomie liée au vieillissement - Centre de santé et de services sociaux Cavendish - Centre affilié universitaire - Côte-Saint-Luc - Canada

⁵Direction - Conseil des aînés et des aînées de Notre-Dame-de-Grâce - Montréal-ouest - Canada

Introduction: La mobilité communautaire est d'une importance incontestable pour vieillir en santé puisqu'elle permet d'accéder aux soins et services de santé et d'accroître la participation sociale. Prendre le transport en commun est un moyen qui favorise la mobilité communautaire des aînés mais qui n'est pas toujours adapté à leurs besoins. À Montréal (Canada), des aînés et des organismes communautaires ont soulevé l'importance de promouvoir une cohabitation intergénérationnelle respectueuse dans les transports en commun. « Partager le transport en commun » est un atelier de sensibilisation à la courtoisie envers les aînés dans

le transport en commun développé pour répondre à ce besoin. Il est destiné aux adolescents et animé par des aînés bénévoles. Cette communication décrira le développement de l'atelier et les résultats de sa mise à l'essai exploratoire. Méthode: La démarche comprenait une recension des écrits et le développement des outils de l'atelier en collaboration avec des aînés, des adolescents et des professionnels provenant de différents secteurs (santé, communautaire, scolaire). Ensuite, une mise à l'essai a été réalisée dans trois classes de niveau secondaire. Résultats: La recension des écrits a permis de documenter la courtoisie comme facteur limitant l'utilisation du transport public des aînés et d'identifier des stratégies prometteuses de sensibilisation à la courtoisie. Un atelier de 60 minutes et des outils d'animation destinés aux aînés bénévoles et aux adolescents ont ensuite été créés. La mise à l'essai exploratoire effectuée auprès de 63 adolescents du secondaire a démontré que l'atelier était pertinent et faisable. Discussion/Conclusion: « Partager le transport en commun » est une activité de sensibilisation originale s'inscrivant dans une perspective de créer des conditions favorables à la mobilité communautaire des aînés. Maintenant que l'atelier est accessible en ligne, la prochaine étape consistera à créer un plan de diffusion de l'atelier avec les différents partenaires.

P229

L'engagement bénévole dans les associations de soutien à domicile de la région de La Chaudière-Appalaches: des défis à relever

J. Castonguay¹, A. Sévigny²

¹Faculté des lettres et sciences humaines - Université de Sherbrooke - Saint-Nicolas - Canada

²Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec - CHU de Québec - Québec - Canada

Introduction: Les associations de soutien à domicile de la région de Chaudière-Appalaches (Québec) reposent essentiellement sur l'action bénévole. Celles-ci doivent relever des défis pour assurer le recrutement, l'accueil et la fidélisation des bénévoles. Afin de mieux cerner les actions à entreprendre afin de relever ces défis, une consultation a été menée dans le but de dresser un état régional de la situation de l'action bénévole en soutien à domicile et de mieux connaître les facteurs qui peuvent la favoriser ou la freiner. Méthode: Cette consultation régionale s'appuie sur des méthodes qualitatives. Deux techniques de collecte de données ont été privilégiées: un questionnaire et des groupes de discussion. Vingt-huit associations ont rempli le questionnaire et 101 personnes ont participé aux groupes de discussion (45 coordonnatrices et 56 bénévoles). Les données ont été soumises à une analyse qualitative de contenu thématique mixte. Résultats: Des facteurs facilitant ou contraignant les phases de l'engagement bénévole (recrutement, accueil, soutien, formation, fidélisation et reconnaissance) ont été identifiés. Ces facteurs individuels ou organisationnels s'influencent. Aussi, les phases de l'engagement bénévole sont interdépendantes: ce qui a lieu à un moment peut avoir une incidence sur la poursuite du parcours du bénévole; le cheminement d'un bénévole peut avoir une influence sur l'engagement d'autres personnes. Discussion/Conclusion: Ces facteurs mettent en évidence quatre enjeux: 1) Le recrutement

dans un contexte de transformations sociales ; 2) Le soutien aux bénévoles (formation, suivi et reconnaissance) ; 3) La connaissance et la crédibilité de l'organisme ; 4) Les disparités entre les milieux ou les conditions de vie. Chacun de ces enjeux comporte des défis que les associations ont à relever pour assurer le maintien et le développement du soutien à domicile des aînés de leur région.

P230

Quelle image les aînés ont-ils d'eux-mêmes ?

J. Dayez¹

¹Énéo, mouvement social des aînés asbl - Mutualité chrétienne - Schaerbeek - Belgique

L'image que la société renvoie des aînés est généralement sans complaisance. La vieillesse est vue comme une tare, comme une ennemie dont il faut se protéger. Si les études sur l'âgeisme et les stéréotypes négatifs qu'il charrie sont nombreuses, on ne sait que peu de choses de ce qu'en pensent les principaux intéressés : les aînés eux-mêmes. Préfèrent-ils être qualifiés d'aînés, de pensionnés ou de seniors ? Quel âge ont-ils dans leur tête ? Que pensent-ils des stéréotypes qui les disent lents, avarés, seuls ou sages ? Comment se positionnent-ils par rapport au vieillissement ? À quel point sont-ils satisfaits de leur existence ? Quelle estime ont-ils d'eux-mêmes ? Pour tenter de mieux comprendre la façon dont les aînés se voient et de répondre à ces différentes questions, Énéo, mouvement social des aînés, a mené une vaste étude. Par le biais d'un large questionnaire (187 questions fermées), 1542 Belges de 50 ans et plus et d'horizons divers se sont livrés, dévoilant ce qu'ils pensent d'eux-mêmes et de ce que la société pense d'eux. Cette étude a mis en évidence que les personnes de 50 ans et plus 1) n'aiment pas être qualifiées de vieux/vieilles ou de personnes âgées (sans forcément se reconnaître dans le terme « aînés », 2) se sentent 8 à 12 ans plus jeunes que leur âge, 3) ont une perception positive d'elles-mêmes, 4) sont satisfaites de leur existence, 5) ont une très bonne estime d'elles-mêmes et 6) se sentent perçues négativement par le monde politique et par les adolescents. Les notions d'identification au groupe d'âge, d'âge subjectif, de (méta)-stéréotypes, de perception du vieillissement, de satisfaction de vie et d'estime de soi, très présentes dans cette étude, sont également discutées.

P231

Les difficultés de l'application de la loi sur la fin de vie (Loi Leonetti) en Gériatrie : Etude rétrospective de 115 décès

E. Achour¹

¹Gérontologie clinique - CHU de Saint Etienne - Saint-Etienne - France

Introduction : Dans le cadre des soins palliatifs, les professionnels de santé ont des obligations qui sont inscrites dans le Code de Déontologie Médicale ou des lois spécifiques comme la Loi "Leonetti" de 2005. Les procédures de soins à respecter sont : l'absence d'obstination déraisonnable, la sédation, l'information du patient, des décisions clairement inscrites dans le dossier médical et si patient incapable d'exprimer sa volonté, prise en compte des directives anticipées et de l'avis de la personne de confiance. Des enquêtes suggèrent que ce cadre législatif est insuffisamment

respecté en Gériatrie. Méthode : Etude monocentrique rétrospective sur une période de 15 mois par le recueil exhaustif des décès observés en Gériatrie portant comme diagnostic le code "soins palliatifs" (code Z515 du PMSI). Résultats : Sur 115 décès, 67 dossiers ont été retenus (car 35 avec pathologies graves d'emblée, 13 incomplets). Dans 57 %, la preuve d'une décision collégiale existait avec des traces écrites. L'entourage était présent dans 81 %. La simplification du traitement pour ne pas imposer une obstination déraisonnable et une réévaluation du traitement ont été réalisées dans 97 %. Les traces écrites d'une information explicite du patient étaient présentes dans le dossier dans 16 % des cas, mais dans 60 % des cas, le malade n'était pas en mesure d'exprimer sa volonté. Aucune directive anticipée écrite n'a été retrouvée. Dans 5 cas, les patients ont donné des directives anticipées sous forme "orale". Conclusion : L'application au quotidien de la Loi Leonetti doit faire l'objet d'amélioration, notamment au niveau de la traçabilité écrite des décisions collégiales, de la place de la personne de confiance. Par contre, certains dispositifs de la loi comme les directives anticipées sont difficiles à mettre en œuvre dans notre discipline.

P232

Le soutien à domicile des aînés québécois : contexte politique et enjeux

J. Castonguay¹, M. Beaulieu², A. Sévigny³

¹Faculté des lettres et sciences humaines - Université de Sherbrooke - Saint-Nicolas - Canada

²Faculté des lettres et sciences humaines, École de travail social - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

³Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec - CHU de Québec - Québec - Canada

Introduction : Le recrutement et la fidélisation des bénévoles sont problématiques pour les associations de soutien à domicile des aînés. Leur fonctionnement reposant essentiellement sur l'action bénévole, une meilleure compréhension des leviers et des obstacles de cet engagement s'impose. Méthode : Considérant que le contexte sociopolitique a une influence sur la capacité d'une association à favoriser l'engagement bénévole, cette communication pose un regard critique sur les politiques (n = 3) et cadres d'orientation (n = 1) qui ont marqué l'histoire du soutien à domicile au Québec, à l'égard de ce qui concerne les associations et les bénévoles. Résultats : Deux enjeux, le financement et le partenariat, apparaissent en toile de fond de ces documents et peuvent avoir une influence importante sur l'engagement bénévole. D'une part, un sous-financement étatique est susceptible d'avoir des répercussions sur les ressources des associations et, ipso facto, sur la coordination des bénévoles. D'autre part, la concrétisation du partenariat entre les acteurs du soutien à domicile n'est pas exempte de tensions. Une première concerne le rôle des associations par rapport à l'État : sont-elles considérées comme des partenaires à part entière ? Une seconde a trait aux relations entre les bénévoles, les proches et les travailleurs salariés. Les frontières délimitant la contribution de chacun de ces acteurs sont ténues. Par conséquent, la place des bénévoles doit se négocier et se justifier par rapport à celle qui est accordée aux autres acteurs.

Discussion/Conclusion : De quelle façon le contexte sociopolitique influence l'engagement bénévole dans les associations d'autres pays ? Les mêmes enjeux seraient-ils identifiés ? Outre cet aspect macrosocial, l'engagement bénévole est un processus complexe dans lequel interviennent des facteurs propres aux bénévoles et aux associations. Il importe donc de tenir compte de l'ensemble de ces éléments et de la dynamique qui les lie entre eux afin de favoriser l'apport des bénévoles au soutien à domicile des aînés.

P234

Actualités sur le maintien de la conduite chez les sujets âgés

S. Bonin-Guillaume¹, R. Gonthier²

¹Médecine Interne Gériatrie/ URM CNRS 7289 - Assistance Publique Hôpitaux de Marseille/Aix Marseille Université - Marseille - France

²Pôle Gériatologie - CHU Saint Etienne - Saint Etienne - France

La conduite automobile est devenue une activité incontournable de la vie quotidienne chez les personnes âgées. Elle permet de maintenir le lien social et une autonomie pour les activités courantes (exemples faire les courses). L'arrêt de la conduite automobile peut chez certains conducteurs et dans certaines conditions être à l'origine de dépression, de perte d'autonomie et d'entrée en institution. A l'aire de la prévention de la dépendance il est donc important de se pencher sur les facteurs liés au maintien de la conduite chez les personnes âgées et les préconisations souhaitables en cas d'arrêt nécessaire. La conduite automobile est une tâche complexe associant les habitudes de conduites antérieures, le comportement routier et les aptitudes médicales. Un groupe interministériel rassemblant des experts de disciplines différentes a élaboré en 2012 un document à l'usage des médecins concernant les aptitudes à la conduite ; un autre document a été produit en 2013 pour les usagers de la route. Leur objectif est d'informer et de prévenir. Une autre question est celle de la sécurité routière. La dangerosité de conduite pour le sujet âgé est surtout pour lui-même car les conséquences d'un accident pour le sujet âgé sont souvent plus graves en raison d'une plus grande vulnérabilité. De plus une population est particulièrement vulnérable sur la route : les piétons âgés. La France est l'un des 6 pays européens où une visite médicale pour les seniors pour un renouvellement le permis n'est pas requise. Des études récentes ont même démontré l'effet délétère de ce type de mesure. Un groupe européen d'experts chercheurs, et institutionnels s'est réuni en 2013 pour apporter des solutions à la perspective de la route partagées pour les aînés : le projet : Consolproject. Les principales conclusions seront apportées.

P235

Études de cas sur la participation sociale au travers de Ville amie des aînés au Québec: La reconnaissance des aînés et de la vieillesse

M. Paris¹, S. Garon², M. Beaulieu²

¹Gérontologie - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

²École de service social - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

La démarche des Villes amies des aînés au Québec (VADA) poursuit un modèle logique de programmation (Kaplan & Garrett, 2005). Chaque projet est dirigé par un comité de pilotage composé d'aînés et de représentants d'associations d'aînés, ainsi que de leaders et décideurs de la société civile, de l'administration publique et de la scène politique. L'implantation de VADA comprend 3 étapes (Butterfoss, 2007) : 1) un diagnostic social des ressources communautaires et des besoins des aînés ; 2) un plan d'action fondé sur un modèle logique; et 3) une mise en œuvre des actions réalisée par une concertation et une collaboration intersectorielle. Le but de la présentation est de comprendre comment la participation sociale au travers de VADA façonne la reconnaissance des aînés et de la vieillesse. Pour ce faire, on s'appuie sur les travaux théoriques du philosophe Axel Honneth (2002) sur la reconnaissance sociale qui explique le processus par lequel les individus se sentent reconnus comme membres à part entière de leur milieu. Notre recherche est une étude de cas multiples (Yin, 2009) sur 4 projets VADA au Québec. On a d'abord réalisé une analyse de contenu descriptive et comparative des données recueillies lors de VADA (c.-à-d. groupes de discussion, documentation et réseautage organisationnel). Ensuite, on a mené une analyse thématique qualitative de 14 entretiens sur la participation avec des aînés (60 ans et plus) impliqués dans VADA. En guise de résultats, on remarque que certaines formes de participation (p. ex. le loisir et le bénévolat) ont plus d'attention que d'autres dans l'implantation de VADA. De plus, il est question des expériences personnelles des aînés rencontrés au sujet de la démarche VADA, ainsi que de leurs représentations liées à la vieillesse. Enfin, à travers les nombreuses interrogations soulevées par les cas étudiés, nous établissons des recommandations pour le développement de l'approche VADA.

P236

Vieillir avec le VIH : faire face à l'augmentation de l'incertitude

C. Rapo¹

¹Institut de Psychologie - Université de Lausanne - Cheyres - Suisse

Depuis l'arrivée des trithérapies, l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH a considérablement augmenté rejoignant quasiment celle de la population générale. Le vieillissement des personnes séropositives est une problématique émergente et les systèmes de soins vont devoir s'adapter aux besoins spécifiques de cette population. En 2011 en Suisse, les patients âgés de plus de 50 ans représentaient 31.7 % des patients infectés par le VIH. Le but de cette recherche est d'explorer la manière dont les personnes séropositives se positionnent face à l'avancée en âge et leur expérience du vieillissement. S'inscrivant dans une approche qualitative, cette recherche s'appuie sur une méthode biographique. Nous avons réalisé 7 histoires de vie auprès de personnes vivant avec le VIH âgées de 50 à 74 ans. Après une analyse thématique de contenu, nous avons pu mettre en évidence une augmentation des vulnérabilités physiques et une augmentation de l'incertitude

associée au VIH, au traitement et au vieillissement. Penser à l'avenir peut être une source d'anxiété. L'espoir, l'optimisme et la spiritualité sont des ressources qui permettent de gérer le stress et l'anxiété liés à l'augmentation de l'incertitude. Prendre en compte l'histoire de vie du patient séropositif vieillissant et son vécu global de la maladie permet d'accompagner et d'aider le développement de nouvelles stratégies pour faire face à cette nouvelle étape de vie. Dans cette perspective, une prise en charge interdisciplinaire des patients séropositifs âgés nous semble indispensable.

P237

Modes de vivre la retraite au Portugal

G. Joana¹, F. António M.²

¹Gerontologie et Service Social - Haute École de Service Social du Porto - Matosinhos - porto - Portugal

²Psychologie - Université Catholique du Porto - Porto - Portugal

Face à la longévité de la population portugaise, la retraite suscite des défis par rapport aux rôles que les personnes âgées peuvent exercer dans un pays où l'État social est récent. L'universalisation du droit à la retraite date de 1976, réduisant le temps d'activité et faisant de la retraite un objectif désiré, surtout quand les professions sont peu stimulantes et créatives. L'objectif de cette étude est de construire une typologie des modes de vivre la retraite au Portugal, montrant que ceux-ci ne reflètent pas des choix individuels, mais découlent des biens et potentialités accumulés au cours des trajectoires de vie. Le passage à la retraite représente une des transitions significatives de la seconde moitié de la vie et la longue période qui s'ouvre après ce passage est compatible avec de nouveaux projets, au lieu d'être un temps improductif, de désengagement et de mort sociale. Dans le cadre d'une approche quantitative, notre enquête s'inspire d'une autre, lancée en France par Guillemard (1972). Elle a été appliquée à 540 personnes des deux sexes, de différents milieux sociaux, économiques, familiaux, culturels, relationnels, impliquées ou non dans des projets sociaux, de soutien à la famille et/ou à la communauté. Les résultats permettent de confirmer l'existence d'une pluralité de types de modes de vie à la retraite. Certains retraités se consacrent à de nouvelles activités, considérant qu'ils assument ainsi un rôle actif dans la société, alors que d'autres prennent soin de leurs enfants et petits-enfants. Cependant, près de la moitié expriment l'ennui qu'ils ressentent et presque tous reconnaissent qu'ils ne font aucun projet à court ou à long terme, ce qui démontre la nécessité de mettre en œuvre des projets collectifs qui permettent aux retraités de donner du sens à leur vie, dans une optique solidaire et intergénérationnelle.

P238

Retraite, vieillissement, bonheur et... travail : une réponse possible au défi de longévité !

P. Caro¹

¹Direction - Association A6 - Saint gildas des bois - France

Les défis de la longévité : créativité et innovations Retraite, vieillissement, bonheur et... travail : une réponse possible ! La retraite et le vieillissement c'est la possibilité d'une espérance de vie de trente, quarante ans et plus durant laquelle nous devons tout mettre en

œuvre pour demeurer acteur dans et avec une société de quatre, cinq voire six générations. Continuer à apprendre afin de transformer le temps libéré du travail obligé de la carrière en un temps de travail choisi, appris, compris et entrepris avec plaisir et bonheur. Il le sera d'autant mieux qu'il sera préparé. C'est donc continuer d'apprendre lorsque l'on a dépassé cinquante ans, en revisitant savoir être, savoir-faire et expériences afin de les transformer en outils pour mener cette nouvelle étape de vie offerte avant d'être, peut-être, «vieux» et dépendant. Il s'agit de prendre conscience que le travail devient libre. Nous n'apprenons plus pour une production obligée, réglementée, soumise, mais pour nous-mêmes, pour ce que nous voulons apporter aux autres, à la société. Cette liberté est difficile à maîtriser. Le pire échec serait de penser que «nous avons fait notre temps de travail» durant la carrière obligée ! Le défi de la longévité se gagnera dans un partenariat réel et sincère avec toutes les générations pour construire le monde de demain. De ce travail dépend le bonheur de vivre ensemble dans la paix, le respect de soi et des autres, dans la sobriété et la solidarité envers les plus démunis. Les retraités ont du temps, des expériences, ils ne craignent ni le licenciement, ni une hiérarchie despotique, ils reçoivent leur pension même si elle est très faible. Si, à la sortie de leur formation, quelle qu'elle soit, les jeunes disposaient de tels éléments, beaucoup entreraient dans le monde du travail avec un état d'esprit plus serein.

P239

La double stigmatisation en oncogériatrie

S. Schroyen¹, S. Adam¹, G. Jerusalem², P. Missotten¹

¹Psychologie clinique de la sénescence - ULg - Liège - Belgique

²Oncologie médicale - CHU - Liège - Belgique

Introduction : Le cancer est un problème de santé majeur dont l'âge constitue un facteur de risque avéré. Paradoxalement, les personnes âgées cancéreuses sont souvent exclues des essais cliniques et sous-traitées comparativement à des patients plus jeunes. Un élément explicateur de ces constats est la stigmatisation liée à l'âge (c.à.d. nos stéréotypes liés à l'âge, et donc l'âgisme). Toutefois, si certaines études ont démontré l'influence péjorative de l'âgisme chez des professionnels de la santé ainsi qu'auprès de sujets âgés « normaux », l'impact de la vision que les patients cancéreux eux-mêmes ont du vieillissement est peu connue. Outre les stigmas liés à l'âge, ces patients sont confrontés aux stigmas liés à la pathologie car le cancer véhicule aujourd'hui encore beaucoup d'images négatives. Toutefois, cette stigmatisation n'a pas été étudiée spécifiquement chez le sujet âgé. En conséquence, la question de la double stigmatisation (âge et cancer) et de son influence sur le patient oncogériatrique est actuellement sans réponse. Méthodologie : Nous suivrons de façon longitudinale (0-3-6-12 mois) une cohorte de 120 patients âgés de plus de 65 ans atteints d'un cancer (poumon, sein ou gynécologique). Les patients seront soumis à des échelles mesurant des paramètres cliniques, psychologiques (dont la double stigmatisation), de qualité de vie, etc. Hypothèses : (a) Une importante double stigmatisation serait initialement associée à une moins bonne santé (physique et mentale) et à un moindre bien-être des patients. (b) La stigmatisation liée à la pathologie serait plus marquée chez les patients avec cancer du poumon, car celui-ci est

associé à des comportements perçus comme ayant contribué à son développement. (c) Le niveau de double stigmatisation serait prédictif de l'évolution du patient sur le plan de sa santé et son bien-être. Conclusion : Les résultats dégagés permettront d'élaborer des programmes de prévention et d'intervention ciblés favorisant un meilleur accompagnement des patients oncogériatriques.

P240

Association entre la stigmatisation sociale perçue envers les troubles mentaux et l'utilisation des services de santé pour des symptômes de détresse psychologique chez les personnes âgées: Validité de l'échelle STIG

D. Mechakra-Tahiri¹, M. Prévillé², H. Vasiliadis², S. Gontijo-Guerra², C. Lamoureux-Lamarche², D. Berbiche²

¹Axe Santé Mentale - Centre de Recherche de l'Hôpital Charles LeMoine - Outremont (Montréal) - Canada

²Centre de recherche - Hôpital Charles-LeMoine - Université de Sherbrooke - Montréal - Canada

Introduction : La stigmatisation sociale envers les personnes souffrant de maladie mentale constitue un obstacle important à la recherche d'aide médicale. Chez les personnes âgées, la stigmatisation viendrait s'ajouter à la discrimination en fonction de l'âge (âgisme). L'objectif de cette étude est de documenter la fiabilité et la validité de construit de la mesure de la stigmatisation sociale perçue (STIG) envers la santé mentale, par les personnes âgées, et d'examiner son association avec leur utilisation des services de santé pour des symptômes de détresse psychologique. Matériel et Méthodes : Les données proviennent de l'étude ESA-services, menée en 2011-2013, auprès d'un échantillon probabiliste de personnes âgées en attente de services médicaux, dans les cliniques de soins primaires (n = 1 765). La stigmatisation sociale perçue envers la santé mentale a été mesurée, à l'aide d'une adaptation du « Depression Stigma Scale » (Griffiths et al., 2004). La validité de construit du STIG a été testée en utilisant la version 8.8 de LISREL Résultats: Nos résultats ont montré qu'un modèle factoriel d'ordre second ajustait adéquatement les données observées. La fiabilité du STIG était de 0,83. En outre, 40 % des personnes âgées percevaient de la stigmatisation sociale envers les personnes ayant un problème de santé mentale. La stigmatisation sociale perçue était associée directement à la présence d'un besoin de santé (b = 0.11) chez les répondants et indirectement à leur utilisation des services de santé (b = 0.07). Discussion/Conclusion : Cette étude a montré que la stigmatisation sociale perçue envers la santé mentale, par les personnes âgées, avait un impact sur leur recherche d'aide médicale. Vu les répercussions négatives, tant sociales qu'économiques, de ce phénomène, les praticiens et les décideurs de santé publique devraient mettre en place des interventions ciblées, chez les personnes âgées, en vue de modifier leurs opinions négatives à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale.

P241

Projection du film documentaire à caractère scientifique "Et au bout...la VIE !"

I. Lescaut¹

¹Art-thérapie - Association francophone "Fenêtres Francophones" - Puteaux - France

Pour la première fois est abordé dans un film, le thème de l'Art-Thérapie (profession paramédicale) et de ses bienfaits dans la prise en charge non médicamenteuse des patients qui présentent la maladie de type Alzheimer. On estime que plus de 850 000 personnes sont atteintes de démences type Alzheimer. En France, et quasiment partout dans le monde, elle concerne 6 % des personnes âgées de plus de 65 ans. Chaque année près de 200 000 nouveaux cas sont diagnostiqués. D'ici 2020, le nombre de personnes atteintes de cette maladie devrait dépasser un million et deux millions en 2040. La fréquence de la maladie et le vieillissement progressif de la population font en effet de la maladie d'Alzheimer une véritable épidémie dont le poids socio-économique ne cesse de croître au cours des années. L'art-thérapie, une nouvelle approche, une nouvelle manière de stimulation cognitive et physique, le concept de plasticité neuronale est évoqué. L'art-thérapie peut redonner un bien-être physique, psychique et corporel chez la PERSONNE, à travers le pouvoir de l'ART et en l'associant à un protocole thérapeutique de prise en charge ! Un message d'espoir, un message d'Amour, un message de VIE ! Des intervenants : gérontopsychiatre, neuropsychologues apportent leur point de vue de spécialistes dans le film et donnent un nouvel éclairage en expliquant les fondements de ces nouvelles thérapies. A qui s'adresse le film ? Aux Maisons de Retraite A des hôpitaux spécialisés en gérontologie Au monde médical ou paramédical (médecins, psychologues, art-thérapeutes etc. . .) Au monde associatif Aux familles de personnes qui présentent la maladie de type Alzheimer A tout public sensibilisé à la maladie de type Alzheimer A tout public désireux de découvrir et comprendre mieux cette maladie La durée du film est de 60 minutes. Après la projection, pourra être organisé un débat avec le public.

P242

l'EMPG des Pyrénées Orientales

R. Fayaud¹

¹Equipe mobile de psychogérontologie - Centre Hospitalier GREGORY - Thuir - France

Présentation de l'équipe et bilan de 7 ans des pratiques de soins ambulatoire: domicile, CMP, gérontopsychiatrie de liaison en services MCO, SSR, EHPAD, MAS ; réseaux gérontologiques prise en charge d'aval et d'amont des hospitalisations ; aides aux aidants familiaux et institutionnels, formations DPC ; retours d'expérience et services rendus ; articulation et maillage institutionnel ; projets en développement et difficultés rencontrées.

P243

Activité de l'équipe mobile de gériatrie du CHIC

M. Cufi¹, V. Sans¹, C. Corine¹, N. Paul Ranvier¹

¹Médecine gériatrique - CHIC Castres Mazamet - Castres - France

Activité de l'équipe mobile de gériatrie du CHIC Castres-Mazamet L'équipe mobile de gériatrie du CHIC qui a été créée en 2003 conformément au cadre réglementaire en France décrit par le Dr Bascoul intervient sur un territoire de santé qui concerne 21 000 personnes âgées de plus de 75 ans. Elle est inscrite dans une filière de soins gériatriques hospitalière complète qui comprend un service de médecine, d'hospitalisation de jour, d'une consultation mémoire labellisée, de consultations gériatriques et d'oncogériatrie, d'un service de SSR spécialisé, d'un pôle gérontologie constitué de 554 lits avec des unités d'hébergement spécialisées. En extra hospitalier, elle contribue au développement au travail en réseau avec les partenaires du domicile qui est très développé. Elle exerce les missions de repérage, d'évaluation, de diagnostic thérapeutique, d'aide à l'orientation, de formation, d'éthique et d'accompagnement des personnes âgées en intra et extra hospitalier (domicile et Etablissements d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante, EHPAD). La composition de l'équipe est pluridisciplinaire (cadre de santé, infirmier, ergothérapeute, neuropsychologue, assistante sociale, secrétariat, et médecin gériatre) et ses modalités d'intervention en intra hospitalier concernent tous les services de médecine, chirurgie, urgences et psychiatrie. En extra hospitalier elle se déplace essentiellement dans les établissements d'hébergement (28) qui ont signé une convention avec l'hôpital ainsi qu'au domicile sur demande de médecins généralistes. Elle travaille également avec l'équipe de liaison de psychiatrie pour améliorer la prise en charges des troubles psycho comportementaux des résidents qui vivent en EHPAD. Elle collabore avec le Conseil Général du TARN et la MAIA (Maison pour l'Accueil et l'Information des malades Alzheimer) pour la gestion des situations complexes. Elle participe à des protocoles de recherche menés par le Gerontopole de Toulouse et envisage dans l'avenir l'utilisation des nouvelles technologies comme la télémédecine pour développer son activité.

P244

Admission au service d'accueil des urgences et retour précoce au domicile : Impact des différentes recommandations de l'équipe mobile de gériatrie

C. Launay¹, C. Annweiler², R. Hureau¹, O. Beauchet¹

¹Gériatrie - CHU d'Angers - Angers - France

²Service de Gérontologie Clinique - CHU d'Angers - Angers - France

Introduction : Déterminer si les recommandations médicales et/ou sociales de prise en charge émises par les équipes mobiles de gériatrie (EMG) permettent de réduire la durée d'hospitalisation des patients âgés admis au service d'accueil des urgences (SAU) est un objectif à atteindre. Objectif. Identifier quelles recommandations de l'EMG, c'est-à-dire gériatriques (médicales) ou gérontologiques (médicales + sociales), étaient associées à un retour précoce au domicile des patients âgés de 75 ans et plus admis au SAU. Matériel et méthode : 168 patients (âge moyen 85,0±5,2 ans ; 64,9% de femmes) admis au SAU du CHU d'Angers ont été inclus de manière prospective dans cette analyse. L'âge, le sexe, le nombre de classe thérapeutiques pris quotidiennement, un antécédent de chute, un trouble des fonctions cognitives, l'isolement social, le lieu de vie, le motif d'hospitalisation, et les 2 types de recommandations émises par l'EMG (c'est-à-dire gériatriques ou gérontologiques) ont

été recueillis. Résultats : 32 patients âgés (19 %) sont retournés immédiatement au domicile après leur admission au SAU. Parmi eux, 5 patients (15.6 %) avaient reçu des recommandations gériatriques. Le modèle de régression logistique multivarié a montré que les recommandations gériatriques, mais pas les recommandations gérontologiques, étaient significativement associées à une durée d'hospitalisation inférieure à 48 heures (OR = 4.38 avec P = 0,046). Discussion. Conclusion : les recommandations gériatriques de l'EMG au SAU, basées sur une aide diagnostique et/ou une modification thérapeutique, permettaient un retour précoce au domicile.

P245

Repérage des patients âgés à risque de décès après une admission dans un service d'accueil des urgences : Etude de cohorte prospective

O. Beauchet¹, C. Launay¹, C. Annweiler¹

¹Gérontologie Clinique - Centre Hospitalo-Universitaire d'Angers - Angers - France

Introduction : Repérer dès l'admission dans le Service d'Accueil des Urgences (SAU), les personnes âgées à risque de décès durant l'hospitalisation qui va suivre est un objectif à atteindre. L'objectif de cette étude était d'identifier les caractéristiques cliniques des patients hospitalisés dans un SAU associées au fait de décéder à l'Hôpital. Matériel/Méthodes : A partir d'un plan d'étude de type cohorte observationnelle, 426 patients (âge moyen 84,9±5,6 ans, 64,2 % de femmes) admis au SAU du centre hospitalo-universitaire d'Angers ont été inclus de manière prospective. L'âge, le sexe, le nombre de classe thérapeutiques pris quotidiennement, un antécédent de chute, un trouble des fonctions cognitives, l'isolement social, le lieu de vie, le motif d'admission au SAU (répartis en défaillance d'organe, trouble neuropsychiatrique, trouble de la marche, problème social) et la durée d'hospitalisation (exprimée en nombre de jours) ont été enregistrés. Résultats : Au total, 34 patients âgés (8,1 %) sont décédés durant l'hospitalisation après leur admission par le SAU. Le modèle de régression de Cox a montré que le fait d'être hospitalisé pour un problème social (OR = 2,25 avec P = 0,036) était significativement associé avec un décès durant l'hospitalisation. Discussion/Conclusion : En conclusion, l'hospitalisation pour un motif social un facteur de risque de décès durant l'hospitalisation dans la population étudiée, et de ce fait doit faire rechercher une ou des pathologies plus ou moins aiguës et non diagnostiquées pouvant entraîner le décès du patient âgé.

P246

Observance des conseils émis par une équipe de gériatrie de liaison

J. Paul¹, H. Rouvière¹, C. Desmedt², M. Deswarte¹, M. Beeckmans de West-Meerbeek¹, E. Lechanteur¹, B. Boland¹, P. Cornette¹

¹Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

Contexte : Le programme de soins pour le patient gériatrique en Belgique prévoit, en cas d'hospitalisation hors gériatrie, l'évaluation par une Equipe multidisciplinaire de gériatrie de liaison (EGL).

L'observance au lieu de vie des conseils émis par l'EGL est peu connue. Méthodes : Cohorte prospective de patients âgés fragiles (âge ≥ 75 ans, ISAR ≥ 3) hospitalisés fin 2012 hors service de gériatrie dans notre institution, pour lesquels un avis a été donné par l'EGL. Les conseils ont été transmis oralement et par écrit à l'équipe soignante de l'hôpital et au médecin généraliste en charge du suivi du patient. Ils ont été classés en sept catégories. Les patients (ou un proche) ont été contactés par téléphone trois mois après la sortie de l'hôpital pour préciser si le conseil avait été observé. Résultats : Sur 123 patients évalués, 47 ont été exclus (19 refus, 24 absences de référent, 4 fin de vie) et 76 inclus. A 3 mois, 15 patients étaient perdus de vue et 11 décédés. Pour les 50 patients restants (84 \pm 4 ans, 52 % de femmes) 121 conseils ont été donnés. 52 % des conseils avaient été suivis (63/121 (52 %)) parmi lesquels : proposition de séjour en réadaptation (15/20 (75 %)), améliorations médicamenteuses (17/27(63%)), conseils diététiques (7/14(50%)), aides au domicile humaines (11/23(48%)), aides techniques (4/11), examen diagnostique complémentaire (9/26(34%)). Lors de l'appel, 40 patients étaient à domicile, 7 en institution de soins de longue durée (6 retours, 1 admission) et 3 en hospitalisés en réadaptation. Conclusions : La mortalité à trois mois est élevée (18 %). 92 % des survivants ont retrouvé leur lieu de vie. La moitié des conseils émis par l'EGL ont été suivis, en proportion plus élevée pour un séjour hospitalier de réadaptation (75 %) et l'adaptation médicamenteuse (63 %). Une collaboration plus étroite autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital est nécessaire pour améliorer la réalisation du plan de soins gériatrique.

P247

Impact d'une Unité Mobile de Gériatrie dans l'optimisation du codage PMSI. Retour d'expérience au CHU de Caen

N. Guesdon¹, F. Lefort², G. Loggia³, P. Descatoire³, P. Lescure³, S. Blanchemain³

¹Gériatrie - CHU Caen - Hérouville-Saint-Clair - France

²DIM - CHU Caen - Caen - France

³Gériatrie - CHU Caen - Caen - France

Introduction : Les Unités Mobiles de Gériatrie (UMG) ont un mode de financement spécifique par une enveloppe budgétaire MIGAC (Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) en opposition à la prise en charge financière de la tarification à l'activité (T2A). La démarche d'évaluation de l'activité et de l'efficacité des UMG, du point de vue de la qualité des soins, est déjà bien étudiée. Cependant, peu de travaux précisent l'impact médico-économique. L'objectif principal de l'étude était de quantifier l'impact médico-économique du codage par l'UMG. Matériel/Méthodes : Une étude comparative avant/après a été réalisée entre les périodes de Juin à Aout 2012 et Juin à Aout 2013. L'intervention, mise en place en juin 2013, consistait à faire réaliser le codage de l'activité de l'UMG par les médecins de l'UMG. Tous les séjours des patients évalués par l'UMG au CHU de Caen ont été inclus. Les séjours des patients mutés en court séjour gériatrique et des patients évalués en psychiatrie, en hôpital de jour ou de semaine ont été exclus. Les valorisations moyennes des séjours ont été comparées par

un test de Mann-Whitney. Résultats : 133 séjours ont été analysés dans le groupe contrôle, 157 dans le groupe intervention. Les groupes étaient comparables en termes d'âge moyen (85 ans), de sexe (62 % de femmes), de durée moyenne de séjour (14 jours) et de services demandeurs. Dans le groupe contrôle, 21 séjours avaient un impact sur le GHM, soit une revalorisation totale de 30 755 euros ; le gain moyen était de 231 euros par séjour. Dans le groupe intervention, 39 séjours avaient un impact sur le GHM, soit une revalorisation totale de 71 156 euros ; le gain moyen était de 453 euros par séjour. La différence était significative ($p = 0,032$). Discussion/Conclusion : Le codage « expert » par l'UMG permet de revaloriser substantiellement les séjours par rapport au codage initial du service demandeur.

P248

Un modèle intégré de co-construction d'outils d'intervention

K. Nour¹

¹Evaluation-recherche - Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie - Longueuil - Canada

Introduction : L'équipe Prévention Promotion Santé et Vieillesse (PPSV) du CSSS Cavendish-CAU travaille auprès de populations âgées présentant différents profils d'autonomie et ciblent divers enjeux liés au vieillissement. Dans l'optique d'offrir des interventions de promotion de la santé rigoureuses, cette équipe, avec ses partenaires, voulait se doter d'un modèle intégré d'élaboration, d'évaluation et de diffusion d'outils d'intervention. Cette présentation présente ce modèle. Méthode : La méthodologie qui a mené au développement d'un modèle intégré de co-construction comprend 1) une recension des modèles et cadres théoriques dont le modèle de planification en promotion de la santé (Green et Kreuter, 2005), ceux de gestion de projets (Martin, 2002 ; Merredith et Mantel, 2002) et d'évaluation de programmes (Ridde et Dagenais, 2009) ; 2) des informations terrain colligées sur les programmes et interventions en santé et leur développement. Résultats : Le modèle de développement d'outils d'intervention en promotion de la santé des aînés comporte six étapes : 1) définir et planifier le projet ; 2) développer l'intervention ; 3) valider les outils d'intervention ; 4) mettre à l'essai l'intervention ; 5) appliquer et évaluer et 6) revitaliser l'intervention. Tout au long de la démarche, interviennent des partenaires, identifiés parmi les parties prenantes. La diffusion et l'évaluation de l'intervention se préparent dès l'origine du projet, avec l'implication des acteurs clés. Discussion/Conclusion : Ce modèle présente quelques avantages dont la production d'outil d'intervention rigoureux, pertinents et faisables et un processus de partage des connaissances bilatéral. Toutefois, certains défis sont rencontrés tel que le temps nécessaire pour actualiser la démarche. Le modèle a permis de développer plusieurs interventions visant à promouvoir le vieillissement actif : Musclez vos méninges (maintien de la vitalité cognitive), Mon arthrite, je m'en charge ! (autogestion des maladies chroniques) et le Programme de marche avec bâtons pour aînés.

P249**L'hypovitaminose D comme biomarqueur du risque d'hospitalisation prolongée en unité de court séjour gériatrique**L. Hélard¹, O. Beauchet¹, J. Barré¹, C. Annweiler², V. Guir¹¹Gériatrie - CHU d'Angers - Angers - France²Service de Gérontologie Clinique - CHU d'Angers - Angers - France

Introduction: La durée d'hospitalisation en court séjour gériatrique (CSG) est un marqueur objectif des morbidités et de la charge en soins requise par les patients âgés. L'objectif de cette étude était de déterminer si la concentration sérique de vitamine D, une hormone impliquée dans le fonctionnement de multiples organes, était associée à la durée d'hospitalisation en CSG. Matériel et méthode: Entre juin et décembre 2008, 253 patients (âge moyen 86,2±6,0 ans; 66,8% de femmes) hospitalisés dans le CSG du CHU d'Angers ont été séparés en 2 groupes en fonction de leur statut vitaminique D (insuffisance définie par une concentration de 25-hydroxyvitamine D (25OHD) ≤ 50nmol/L). La durée d'hospitalisation en CSG a été mesurée en jours. L'âge, le sexe, le score AGGIR, le lieu habituel de résidence, le nombre de pathologies aiguës diagnostiquées à l'admission, le nombre de morbidités, la supplémentation habituelle en vitamine D et la clairance de la créatinine ont été utilisés comme potentiels facteurs de confusion. Résultats: La concentration moyenne de 25OHD était 33,9±21,1 nmol/L. Les 207 patients avec une hypovitaminose D avaient une durée de séjour plus longue que les autres (15,2±8,2 jours contre 12,1±7,0; p = 0,017). La concentration de 25OHD était inversement corrélée à la durée de séjour (r = -0,138; p = 0,028). Cette association inverse restait significative après ajustement (β = -0,07; p = 0,043). Discussion: La concentration sérique de 25OHD était inversement associée à la durée d'hospitalisation en CSG, suggérant que le dosage sérique de 25OHD en début d'hospitalisation pourrait prédire la complexité du parcours de soins des patients âgés.

P250**Les facteurs favorisant de la perte d'autonomie chez le sujet âgé tunisien**Z. Kaouech¹, A. Kefi²¹Médecine interne - hôpital Charles Nicolle - Tunis - Tunisie²Médecine interne - hôpital Charles Nicolle - Nabeul - Tunisie

Introduction: La perte d'autonomie est un concept complexe et multifactoriel dans la population gériatrique. Le but de notre travail est d'évaluer la fréquence de la dépendance ainsi que ses facteurs favorisant dans un groupe de patients tunisiens. Patients et méthodes: La population étudiée correspondait à des personnes âgées de plus de 65 ans, se présentant spontanément à une campagne de dépistage. Le degré d'autonomie était évalué par les scores ADL et IADL. Les facteurs favorisant étaient déterminés. Le risque de syndrome dépressif était évalué par le score mini GDS. Résultats: Il s'agit de 38 sujets, 13 hommes et 25 femmes, d'âge moyen de 75,7 ans [65-89]. Cinq (13,2%) vivaient

seuls, 32 (84,2%) avec leurs familles. Les conditions socioéconomiques étaient précaires dans 65,7% des cas. Quatorze sujets étaient poly-pathologiques. Quatorze sujets avaient un déficit cognitif (score MMSE inférieur à 24). Vingt-trois (60,5%) avaient une forte probabilité de dépression. Une autonomie des activités quotidiennes instrumentales et non instrumentales (ADL = 6, IADL = 8) était notée chez 14 sujets (36,8%). Le score ADL moyen était de 5[0,5-6] avec dépendance touchant: la continence chez 20 patients (52,8%), l'hygiène corporelle chez 9 sujets (23,7%), l'habillement chez 6 personnes (15,8%), la locomotion chez 5 personnes (13,2%), la toilette quotidienne et le repas chez 3 sujets (7,9%). Le score IADL moyen était de 5,8 (0-8) avec dépendance touchant: les courses chez 12 sujets (31,6%), l'utilisation du téléphone et le transport chez 9 sujets (23,7%), la gestion de l'argent et des médicaments respectivement chez 8 (21,1%) et 5 (13,2%) personnes, les activités de ménages, de lessive et de cuisine respectivement chez 6, 9 et 7 sujets. Conclusion: La dépendance chez le sujet âgé tunisien est fréquente (2/3 des sujets) et multifactorielle. Néanmoins, le bon soutien social demeure le point fort de notre population.

P251**Hypertonies déformantes acquises de la personne âgée: définition du cadre nosologique et prévalence en milieu institutionnel (enquête HDA)**A. Godard¹, P. dehaill², N. faucher³, Y. Coulomb⁴, A. Schnitzler⁵, P. Denormandie⁶, C. Jeandel⁷¹SSR gériatrique bellevue - CHU Montpellier - Montpellier - France²Gériatrie - CHU pellingrin - Bordeaux - France³Gériatrie - CHU - Paris - France⁴MPR - CHU - Paris - France⁵MPR - CHU - Garches - France⁶Orthopédie - CHU garches - Garches - France⁷Gériatrie - CHU - Montpellier - France

L'hypertonie déformante acquise ou HDA définit toute déformation articulaire avec réduction d'amplitude et augmentation de la résistance à la mobilisation passive, quelle qu'en soit la cause, à l'origine d'une gêne fonctionnelle, d'un inconfort ou de toute autre limitation dans les activités quotidiennes. BUT: déterminer la prévalence des HDA dans 39 EHPAD et USLD françaises, décrire les atteintes articulaires des membres et le retentissement pour le patient et les équipes soignantes (habillement, nursing, fonction préhension ou marche, complication cutanée). Méthode: enquête observationnelle transversale multicentrique coordonnée par un groupe d'experts composé de gériatres, médecins de médecine physique et orthopédistes. Résultats: 692 patients sur 3 145 (22%) présentaient une HDA. Le nombre d'HDA moyen était de 4.4±3.2 par patient. La présence d'au moins une HDA générait 83% de difficultés. 68.5% présentaient une HDA des membres supérieurs. Les difficultés concernaient le nursing et l'habillement. 80.1% présentaient une HDA des membres inférieurs. L'adductum de hanche gênait l'hygiène et le triple retrait limitait l'habillement, la verticalisation et la marche. Discussion: L'étude confirme la grande fréquence des HDA et leurs répercussions au quotidien

ainsi que le défaut de prise en charge thérapeutique : éviction des épines irritatives, entretien des amplitudes articulaires, traitements locaux (injection de neurotoxine botulique, neurolyse chimique), techniques chirurgicales micro invasives (ténotomies percutanées). Une prise en charge multidisciplinaire précoce s'avère nécessaire afin de limiter l'installation des HDA et la perte d'autonomie.

P252

Le SHERPA : outil d'aide à la décision de TAVI

M. Beeckmans de West-Meerbeek¹, B. Boland¹, M. Dzukou², J. Kefer², P. Cornette³

¹Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc UCL - Bruxelles - Belgique

²Pathologie cardiovasculaire - Cliniques universitaires Saint Luc-UCL - Bruxelles - Belgique

³Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc UCL - Wezembeek-oppem - Belgique

Contexte : Chez les patients âgés candidats à un remplacement valvulaire aortique par voie transfémorale (TAVI), la survie à 1 an est influencée par des caractéristiques gériatriques plus que cardiovasculaires. Nous avons étudié chez des patients octogénaires l'impact sur la survie un an après TAVI de la fragilité gériatrique, mesurée par le Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie (SHERPA). Méthodes : Evaluation rétrospective de patients âgés de 80 ans et plus, hospitalisés pour TAVI en cardiologie dans un hôpital universitaire (01/2009-10/2010). Les caractéristiques médicales, cardiovasculaires et gériatriques [Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS), incluant l'indice de masse corporelle (IMC)] ont été collectées à l'admission, de même que le SHERPA, un outil multidimensionnel évaluant le risque de déclin fonctionnel après hospitalisation (PCornette Eur.J.PublicHealth 2006 ; 16 : 203-8). La survie des patients à 1 an a été déterminée par suivi téléphonique et étudiée par analyse multi-variée. Résultats : Les 30 patients (85±3.2 ans, ♀ 47 %) présentaient avant TAVI des caractéristiques fonctionnelles moyennement altérées (Katz 8.2/24, Lawton 3.5/7, SHERPA 6/11.5 en médiane). En analyse bi-variée, les 8 patients décédés (27 %) dans l'année après le TAVI, par rapport aux survivants, avaient significativement ($p < 0.05$) une sténose aortique plus serrée (0.5 ± 0.1 vs. 0.62 ± 0.13 cm²) et des caractéristiques gériatriques telles que chutes multiples (62.5 % vs. 23 %), SHERPA élevé (7.9 ± 1.6 vs. 5.4 ± 2.3) et IMC diminué (22.8 ± 2.6 vs. 26.2 ± 0.5 kg/m²). En analyse multi-variée, seuls le SHERPA et l'IMC prédisaient la mortalité à un an, doublée pour chaque unité d'augmentation du SHERPA ou de diminution de l'IMC ($p < 0.001$). Discussion : Le SHERPA et l'IMC aident à l'identification de patients octogénaires qui ne bénéficieront probablement pas du TAVI en termes de survie à un an. Dans cette population, l'utilisation de l'EGS et des interventions gériatriques qui la suivent devraient être mieux étudiées en termes de limitation du déclin fonctionnel et d'amélioration de la qualité de vie.

P253

Version marocaine de la Mattis Dementia Rating Scale

S. Sanhaji¹, I. Elargoub², M. El Alaoui Faris², C. Lemaréchal²

¹Casablanca - Maroc

²Service de Neurologie et de Neuropsychologie « A » - Hôpital des spécialités - Rabat - Maroc

La Dementia rating scale «DRS» par abréviation, a été développée par Coblenz et al en 1973 puis reprise par Mattis 1976, pour prendre par la suite l'appellation de : Mattis Dementia rating scale ou, « MDRS » par abréviation, à compter de 1988. La valeur de la MDRS a été confirmée, suite au nombre croissant d'études ayant rapporté son utilisation dans le diagnostic et, la recherche de la différenciation entre patients atteints de MA et ceux ayant d'autres maladies neurodégénératives comme la maladie de Parkinson, la coré de Huntington et les démences vasculaires. Aussi la MDRS a-t-elle été traduite dans différentes langues & adaptée dans différents pays ; procédure que nous avons adopté également chez notre population marocaine de manière à ce que ce test soit adapté en arabe et normalisé par la suite au Maroc. Nous avons traduit et adapté la MDRS en arabe dialectal, ainsi il a été par la suite appliqué à des sujets sains de manière individuelle, dans l'ordre prescrit par son Auteur (Mattis). La présente étude porte sur un échantillon de 192 participants marocains à parité égale entre les deux sexes et, il est classifié en quatre groupes d'âges (18-39 ans, 40-59 ans, 60-69 ans et ≥ 70 ans) et trois niveaux d'instruction (3-6 ans, 7-10 ans et ≥ 11 ans). Les résultats révèlent une moyenne de 124/144{4.64} chez les sujets dont la moyenne d'années de scolarité est de 8.64, avec une forte influence de l'âge et du niveau d'instruction sur les performances à la MDRS. Les sujets les moins instruits et les plus âgés, obtiennent de faibles scores, au niveau du score total comme au niveau des sous-scores.

P254

Expression scénique : au carrefour des émotions, de la mémoire et du langage

F. Marquis-Buissonnier¹

¹SLD - Hôpital Charles Foix - Paris - France

La scénothérapie ou expression scénique est une thérapie originale qui s'appuie sur des textes littéraires et poétiques sélectionnés pour leur pouvoir inducteur d'émotions et répertoriés selon le sentiment dominant. La thérapie se situe donc dans le temps de rencontre avec les émotions des personnages. Elle est une méthode d'exploration du triple clavier linguistique, imaginaire et émotionnel du patient mais aussi un moyen d'investigation de ses appareils perceptifs d'un côté et de ses instruments d'exécution et d'expression de l'autre. Jusqu'à présent cette technique concernait une population jeune (adolescents) et adulte. L'effet novateur était donc de proposer cette méthode aux patients âgés atteints de pathologies neuro-dégénératives à un stade sévère de l'hôpital Charles Foix (Paris). La prise en compte du vieillissement sensoriel et de l'atteinte des fonctions cognitives m'a amenée à modifier la technique en effectuant un certain nombre d'adaptations. Les principaux objectifs de cette prise en charge originale est de stimuler la communication verbale et non verbale, la compréhension et le raisonnement, la mémoire épisodique et sémantique. L'émotion et les cinq sens, éléments moteurs de la mémoire facilitent l'émergence de souvenirs, de réactions, d'associations. Les mots des textes

offrent aux patients un véritable « bain linguistique » dont ils se servent comme soutien à leur propre expression. Les champs imaginaires et émotionnels sont sans cesse renouvelés. Au fil des textes, nous recréons le tissage de la vie, les principales trames étant l'émotion, la mémoire et le langage.

P255

Une formation ouverte à distance en Gériatrie pour l'Afrique de l'Ouest

F. Pignol¹, E. Niamkey¹, A. Ehouman¹, A. Kadjo¹, D. Ouattara¹

¹UFR de Sciences Médicales - Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody - Abidjan - Côte d'Ivoire

La création d'un enseignement en gériatrie (2008) a été réalisée à la suite de journées en 2005 sur le thème « Vieillesse et Société ». Les 18 pays africains présents à Abidjan, ont fait ressortir l'impérieuse nécessité de créer un enseignement de gériatrie vu l'expansion démographique et la courte espérance de vie. Le Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées de Gériatrie et de Gérontologie (DESS GG) a donc été créé et fait l'objet d'un arrêté de l'université le 17 Août 2008. La Formation à distance (FOAD) apparaît comme l'outil le mieux adapté pour les médecins isolés et éloignés des centres de formations universitaires. Ses objectifs visent à combler un déficit national et sous régional dans cette spécialité et à acquérir des connaissances sur le processus physiologique du vieillissement, sur l'étude des pathologies spécifiquement gériatriques et sur la prise en considération des problèmes sociaux liés à la personne âgée.

P256

Balanite de Zoon

G. Loggia¹, S. Blanchemain¹, D. Claeys¹, P. Lescuré¹

¹Service de médecine gériatrique - CHU de Caen - Caen - France

Introduction : La balanoposthite est une inflammation du gland et du prépuce. Cette pathologie peut apparaître à tout âge, mais la prévalence augmente au fil des années. On estime à 11 % le taux de balanites vues en consultations d'urologie. Les balanoposthites peuvent être la conséquence de plusieurs étiologies : agents infectieux, candidoses, désordres immunologiques, dermatoses...
Matériel et méthode : Nous rapportons une observation clinique d'un homme âgé de 86 ans hospitalisé pour une asthénie marquée et une anorexie présentant à l'examen clinique, une lésion pigmentée de la verge non douloureuse, bien délimitée, lisse, brillante, sans ulcération, non infiltrée, et unique du gland. Résultats : La biopsie de la lésion apporte le diagnostic de certitude, à savoir une balanite de Zoon. Discussion/Conclusion : La balanite de Zoon est une balanoposthite chronique circonscrite bénigne à plasmocytes. Elle touche les hommes non circoncis avec une incidence estimée à 1,4 % des dermatoses péniennes. Son mécanisme de survenue est inconnu, mais probablement favorisé par un agent infectieux. Les facteurs favorisants sont la friction, la chaleur, les traumatismes, une hygiène insuffisante avec rétention de smegma ou

encore un hypospadias. Elle se situe préférentiellement au niveau du gland avec une image en miroir sur le feuillet interne du prépuce possible. La lésion est localisée, bien délimitée, fixe et reste de la même taille. Sa surface est lisse, brillante et luisante « comme un vernis en train de sécher », de couleur « rouge orangé ou brun chocolat » et complétée par une moucheture de points rouge « couleur poivre de Cayenne ». Le diagnostic de certitude est histologique. Le principal diagnostic différentiel est le carcinome in situ et notamment l'érythroplasie de Queyrat et la maladie de Bowen. Plusieurs traitements sont proposés, mais la circoncision reste le traitement radical de choix.

P257

Programme de développement professionnel interprofessionnel interuniversitaire en enseignement des soins aux personnes âgées dans les unités de médecine familiale du Québec et leurs milieux associés

P. Lebel¹, M. Abdelnour², I. Caron³, L. Champagne⁴, N. Farley⁵, N. Fournier⁴, A. Giguère⁶, D. Marier⁷, M. Morin⁸, V. Paquette⁴, M. Tassé⁹

¹Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé - Université de Montréal - Montréal - Canada

²UMF St-Mary's - Université McGill - Montréal - Canada

³Service social - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal - Montréal - Canada

⁴UMF Charles-Lemoyne - Université de Sherbrooke - Montréal - Canada

⁵Ergothérapie - Hôpital Maisonneuve-Rosemont - Montréal - Canada

⁶Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec - Université Laval - Québec - Canada

⁷Coordination du projet - Université de Montréal - Montréal - Canada

⁸Département de médecine familiale et de médecine d'urgence - Université Laval - Québec - Canada

⁹UMF Bordeaux-Cartierville - Université de Montréal - Montréal - Canada

La population québécoise vieillit. Répondre adéquatement aux besoins de soins de santé et de services sociaux des aînés pose des défis uniques et exige des compétences spécifiques. Comment les universités québécoises préparent-elles ses apprenants à ces particularités ? Quelques études suggèrent que les jeunes professionnels, médecins et non médecins, manquent, en fin de formation, d'aisance face à cette clientèle et que plusieurs enseignants se sentent mal outillés pour prodiguer l'enseignement nécessaire, notamment dans certains environnements de soins, tels que le domicile et les milieux d'hébergement. Or, avec les récentes politiques privilégiant le vieillir chez soi, il importe que la première ligne demeure habilitée à prodiguer des soins et services de qualité aux aînés, là où ils se trouvent. Depuis 2010, un cadre de référence balise l'approche à la personne âgée en milieu hospitalier. Mais rien encore ne cible le suivi en bureau, notamment dans les unités de médecine familiale (UMF) où se déroule une grande partie des apprentissages de ces futurs cliniciens, ni dans les milieux de vie (domicile et milieu d'hébergement). Pour combler ce vide, un regroupement interuniversitaire et interprofessionnel

s'est vu confier le mandat : 1) d'évaluer les besoins de formation cliniques et pédagogiques de tous les cliniciens enseignants des UMF du Québec en matière de soins aux aînés ; 2) d'identifier les meilleures méthodes pédagogiques pour satisfaire ces besoins ; 3) de comprendre les facteurs facilitant l'enseignement de ces soins dans les UMF, à domicile et en milieu d'hébergement ; 4) d'implanter un programme de formation professorale interprofessionnel cohérent avec les informations précédemment obtenues ; 5) de mesurer les effets de l'implantation de ce programme de développement sur la prestation des soins aux aînés par les prochaines cohortes de gradués. Le déroulement de ce projet, ses innovations et ses succès seront exposés lors de la présentation.

P258

Évaluation des besoins de formation des cliniciens enseignants pour la prestation et l'enseignement des soins aux personnes âgées au sein des Unités de médecine familiale du Québec

A. Giguère¹, F. Proust¹, P. Carmichael², P. Karazivan³, B. Martineau⁴, C. Rodríguez⁵, M. Morin¹, G. Dechêne⁶, P. Lebel⁷, M. Abdelnour³, I. Caron⁸, L. Champagne⁴, N. Farley⁹, N. Fournier¹⁰, D. Marier⁴, V. Paquette⁴, M. Tassé¹¹

¹Centre d'Excellence sur le Vieillissement de Québec - Université Laval - Québec - Canada

²Centre d'Excellence sur le Vieillissement de Québec - Centre de recherche du CHU de Québec - Québec - Canada

³Département de médecine familiale - Université de Montréal - Montréal - Canada

⁴Département de médecine familiale - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

⁵Département de médecine familiale - Université McGill - Montréal - Canada

⁶UMF Verdun - Université de Montréal - Montréal - Canada

⁷Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) - Université de Montréal - Montréal - Canada

⁸Santé et des services sociaux - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal - Montréal - Canada

⁹École de réadaptation - Université de Montréal - Montréal - Canada

¹⁰UMF Charles-Lemoyne - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

¹¹Faculté de Pharmacie - Université de Montréal - Montréal - Canada

Introduction: Le vieillissement de la population et la complexité des besoins de santé des personnes âgées (PÂ) représentent des défis pour le clinicien enseignant en première ligne qui doit rendre cette pratique attrayante aux futurs cliniciens. Ce projet vise à évaluer les besoins de formation pédagogique et clinique des cliniciens qui supervisent les stagiaires, et ce dans divers contextes de pratique (cabinet, domicile, établissement de soins de longue durée). Matériel et méthode: Suivant une méthodologie séquentielle mixte, un balayage environnemental et un consensus d'experts ont d'abord permis d'établir une liste de thèmes cliniques prioritaires pour les soins aux PÂ, et un questionnaire a ensuite permis de connaître la perception des enseignants de leurs besoins de formation pour donner et enseigner les soins

aux PÂ, et ce pour chaque thème prioritaire et contexte de pratique. Une régression logistique multivariée a permis d'identifier les variables influençant la perception des enseignants de leurs besoins de formation. Résultats : Nous avons identifié 13 thèmes cliniques prioritaires pour les soins aux PÂ. Les 352 enseignants ayant participé au sondage (taux de réponse : 37%) ont rapporté consacrer 42 % de leur pratique aux soins aux PÂ. Le sondage a révélé qu'ils percevaient davantage de besoins de formation pour l'enseignement des soins aux PÂ que pour la prestation de ces soins (Rapport de cotes, RC = 1.25, P < 0.001), davantage pour les thèmes Démence (RC = 3.2, P < 0.001), Dépression (RC = 1.8, P < 0.001) et Déclin fonctionnel (RC = 1.75, P < 0.001) que pour le thème Épuisement des proches aidants, et davantage pour les soins en établissement de soins de longue durée (RC = 1.53, P < 0.001) et à domicile (RC = 1.34, P < 0.001) comparativement au cabinet. Discussion/Conclusion: Un programme de formation pour améliorer les compétences des enseignants pour les soins aux PÂ devrait prioriser la formation pédagogique, certains thèmes cliniques, et des contextes de soins autres que le cabinet.

P259

Proposition et validation d'une courte question évaluant l'influence de l'alimentation sur le statut vitaminique D en gériatrie

X. Gleyses¹, G. Chevallereau¹, O. Beauchet², C. Annweiler³

¹Faculté de Médecine - Université d'Angers - Angers - France

²Gériatrie - CHU d'Angers - Angers - France

³Service de Gériatrie Clinique - CHU d'Angers - Angers - France

Introduction: L'alimentation constitue la principale source exogène de vitamine D. Afin de limiter les dépenses de santé liées au dosage de 25-hydroxyvitamine D (25OHD) sérique chez la personne âgée, nous avons fait l'hypothèse qu'il était possible de prédire l'hypovitaminose D chez la personne âgée en explorant les apports alimentaires de vitamine D. L'objectif de cette étude était de déterminer si la réponse binaire oui/non à une question courte explorant la diète ("Mangez-vous du poisson gras au moins une fois par semaine et/ou des œufs plusieurs fois par semaine ?") était associée au statut vitaminique D chez la personne âgée. Matériel et méthode: Entre mars et mai 2013, 261 patients (âge moyen 83,5±8,1 ans ; 57,5 % de femmes) consultant ou hospitalisés en gériatrie au CHU d'Angers, France, ont été inclus dans cette analyse et séparés en 2 groupes en fonction de leur réponse oui/non à la question alimentaire. L'hypovitaminose D a été définie par une concentration sérique de 25OHD ≤ 75 nmol/L. L'âge, le genre, l'indice de masse corporelle, la mycose buccale, le nombre de morbidités, le score iADL, la prise de suppléments de vitamine D, l'exposition au soleil à la mi-journée, l'ethnie, la concentration sérique d'hormone parathyroïde et la clairance de la créatinine ont été utilisés comme potentiels facteurs de confusion. Résultats: La concentration moyenne de 25OHD était 55,8±32,5 nmol/L. Les 176 participants avec une hypovitaminose D ont plus souvent répondu "non" à la question alimentaire que les autres (p = 0,002). Répondre "non" était associé à l'hypovitaminose D (odds ratio = 3,22, p = 0,001) après ajustement sur les potentiels

facteurs de confusion, avec une valeur prédictive positive de 79 %. Discussion : Un simple question explorant les apports alimentaires de vitamine D permet d'identifier, dans une population gériatrique hospitalière, les patients présentant une hypovitaminose D qui devraient bénéficier d'une supplémentation en vitamine D d'emblée sans dosage sérique préalable.

P260

Revue systématique de questionnaires de qualité de vie liée à la vision pour des personnes âgées atteintes de démence et vivant en institution de soins de longue durée

H. Kergoat¹, E. Bédard², B. Leclerc³, M. Kergoat⁴

¹Optométrie - Université de Montréal et Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

²Optométrie - Université de Montréal - Montréal - Canada

³Centre de recherche et de partage des savoirs - CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent - Montréal - Canada

⁴Médecine spécialisée - Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

Introduction : L'évaluation de la qualité de vie (QdV) est de plus en plus utilisée afin d'obtenir le point de vue du patient sur les bénéfices de divers traitements. Ceci est particulièrement pertinent pour les patients atteints de maladies dégénératives incapacitantes à même d'avoir un impact sur leur mieux-être global. Cependant, certains patients ne peuvent répondre à ces questionnaires à cause de déficits cognitifs importants. Il faut alors utiliser des questionnaires "proxy" où une tierce personne répond pour le patient. L'objectif, vu notre intérêt pour la double déficience cognitive et visuelle, était de vérifier si des questionnaires QdV liés à la vision (QdVV) "proxy" avaient été développés pour les personnes avec démence plus avancée. Méthodologie : Une revue systématique de la littérature a été effectuée dans sept bases de données pertinentes, limitée aux journaux avec comité de pairs, publiés en anglais, français, espagnol, italien ou allemand, entre 1982 et 2012. Les questionnaires QdV retenus ont été décrits et évalués. Résultats : La revue a indentifié 461 articles potentiellement pertinents, dont 69 ont été retenus et révisés. De ce nombre, 10 présentaient des questionnaires ayant été administrés à des personnes âgées institutionnalisées, dont 8 ciblaient des gens avec démence. Trois questionnaires QdVV ont ainsi été identifiés, dont aucun n'a été conçu et validé pour la personne âgée institutionnalisée atteinte de démence plus avancée. Discussion : Cette revue indique clairement qu'aucun questionnaire QdVV n'a été développé et validé pour la population ciblée. Il est important de bâtir et valider un tel questionnaire afin de fournir un outil de recherche à même d'évaluer l'impact d'une amélioration/diminution de la vision sur la QdVV des personnes âgées faisant partie de ce secteur grandissant de la population âgée. Cette revue aura permis d'identifier plusieurs thèmes pertinents que pourrait contenir l'outil que nous allons développer.

P261

Adaptation et normalisation du test de Grober et Buschke en arabe chez la population marocaine

A. Azdad¹

¹ Doctorant en neuropsychologie clinique - Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat - Taza - Maroc

L'altération significative et progressive de la mémoire épisodique confirmée par des tests neuropsychologiques fiables est un critère primordial pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer probable (Dubois et al., 2007). En effet, le test de Grober et Buschke garde un rôle essentiel pour diagnostiquer la nature du trouble mnésique et il reste, actuellement, parmi les épreuves neuropsychologiques de l'évaluation de la mémoire épisodique les plus pertinentes en pratique clinique car il permet de contrôler les processus d'encodage et de récupération en se basant sur le principe de la spécificité de l'encodage que Tulving (Tulving et Thomson, 1973) avait introduit. Le but de notre travail est de décrire l'adaptation et la normalisation de ce test chez la population marocaine en tenant compte de ses différents variables sociolinguistiques. L'échantillon est composé de 170 participants normaux, âgés entre 18 et 83 ans. Les données normatives issues de cette étude ont montré que les performances mnésiques des sujets normaux dépendent de l'âge et du niveau d'instruction alors que le sexe n'avait pas d'influence significative sur elles.

P262

Comment éviter les erreurs médicamenteuses chez les sujets âgés par le retour d'expérience ?

P. Morin¹, G. Saint-Lorant¹, P. Lescure²

¹ Pharmacie - CHU de Caen - Caen - France

² Gériatrie - CHU de Caen - Caen - France

Introduction : Une Enquête Nationale française sur les Evènements Indésirables associés aux Soins menée en 2004 et 2009 a démontré l'importance des erreurs médicamenteuses faisant de leur prévention une priorité nationale. L'objectif de cette étude est d'identifier et d'analyser les erreurs médicamenteuses latentes, potentielles et avérées au sein de notre institution afin d'améliorer et de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients. Matériel et Méthode : Entre Mars et Avril 2013, tous les professionnels de la résidence pour personnes âgées du CHU ont déclaré les erreurs médicamenteuses dans un carnet Retour d'Expérience. Ce support a été déployé auprès des soignants dans les 9 unités de soins (260 résidents). La nature des erreurs a été déterminée selon les critères de la Société Française de Pharmacie Clinique. Une analyse de Pareto a été réalisée. Résultats : 131 déclarations ont été renseignées sur le mois de l'étude par les personnels médical, infirmier et aide-soignant. 18 % des erreurs médicamenteuses étaient liées à un problème technique, 33 % au non-respect des bonnes pratiques, 36 % relevaient de problèmes de communications. 29 % des erreurs ont atteint les patients. Suite à cette étude épidémiologique, un plan d'action a été validé par tous les acteurs du circuit des médicaments comprenant un rappel des bonnes pratiques, un travail sur l'écrasement des comprimés, une révision du circuit logistique. Pour limiter les erreurs de communication, des réunions pluri professionnelles sont organisées entre les services. Discussion/Conclusion : La connaissance des erreurs médicamenteuses permet d'identifier les points critiques, d'établir un plan d'action approprié avec tous les professionnels pour une amélioration de la prise en charge médicamenteuse des patients.

P263**Evaluation de la douleur avec ALGOPLUS® chez les patients âgés déments et/ou dépressifs**

P. Rat¹, P. Rat², R. Lauretta³, C. Nalin⁴, F. Capriz⁵, E. Jouve⁶, R. Truillet⁶, S. Bonin-Guillaume⁷, C. Doloplus⁸

¹Equipe de prise en charge de la douleur - Assistance

Publique Hôpitaux de Marseille - Marseille - France

²Equipe douleur - Collectif Doloplus - Marseille - France

³Service de médecine interne - Centre hospitalier de Salon - Salon de provence - France

⁴Service de gériatrie - Centre Hospitalier du Pays d'Avesnes - Avesnes sur Helpe - France

⁵Pôle activités d'aval de tendre SSR- T3 - CHU Nice - Nice - France

⁶Unité de Pharmacologie Clinique et d'Évaluations Thérapeutiques - Antenne CIC Timone AP-HM - Marseille - France

⁷Service de Médecine Interne et Gériatrie, Hôpitaux Sud - Assistance Publique Hôpitaux de Marseille - Marseille - France

⁸Centre de Soins Palliatifs - CHR Metz-Thionville - Thionville - France

Le collectif Doloplus a développé puis validé l'échelle comportementale Algoplus® (Rat et al, 2010) afin de détecter la douleur aiguë chez les patients âgés ayant des troubles de la communication verbale. Bien que quelques items soient cotés plus fréquemment présents chez certains patients non douloureux avec comorbidités, les qualités psychométriques d'Algoplus® sont bonnes. But : tester les performances de l'échelle dans des populations âgées présentant démence et/ou dépression. Méthode : Une étude multicentrique a été menée pour comparer le score total d'Algoplus® et la fréquence de cotation des items entre différents sous-groupes de patients âgés (≥ 65 ans) avec et sans douleur, avant/après traitement antalgique, avec et sans dépression, avec et sans démence, avec et sans démence et dépression. Résultats : 171 patients ont été évalués. Le score d'Algoplus® (moyenne \pm SD) diffère significativement entre patients avec et sans douleur, avant/après traitement, respectivement : 2.35 ± 0.99 vs 0.24 ± 0.44 , 2.3 ± 1.0 vs 0.5 ± 0.8 (sous-groupe contrôle), 2.19 ± 1.29 vs 0.68 ± 0.82 , 2.3 ± 1.3 vs 1.2 ± 1.3 (sous-groupe avec dépression), 3.30 ± 1.17 vs 0.58 ± 0.58 , 3.5 ± 1.2 vs 1.1 ± 1.2 (sous-groupe avec démence), 3.30 ± 1.15 vs 1.00 ± 0.89 , 3.5 ± 1.1 vs 1.0 ± 0.9 (sous-groupe avec démence et dépression). La fréquence de la plupart des items d'Algoplus® diffèrent aussi significativement. Une courbe ROC analysant les performances d'Algoplus® à un score seuil de 2 (cf. étude de validation) montre que la spécificité d'Algoplus® pour détecter les situations de douleur est bonne à excellente dans tous les sous-groupes (71 à 100 %) avec une très bonne sensibilité (80 à 96 %), à l'exception du sous-groupe avec dépression (62 %). Conclusion : Chez les patients âgés déments et/ou dépressifs, Algoplus® détecte efficacement la présence de douleur (à un score seuil de 2/5) ainsi que l'amélioration après antalgie.

P264**Approbation de l'échelle ALGOPLUS® dans les services de soins**

P. Rat¹, F. Capriz², A. Lucas³, P. Cimerman⁴, P. Schindelholz⁵, G. Didier⁶, A. Vidal⁷, P. Rat⁸, C. Doloplus⁹

¹Equipe de prise en charge de la douleur - Assistance Publique Hôpitaux de Marseille - Marseille - France

²Pôle activités d'aval de tendre SSR- T3 - CHU Nice - Nice - France

³Centre d'évaluation et de traitement de la douleur - CHRU Brest - Brest - France

⁴CNRD - Centre National de Ressources et de lutte contre la Douleur. - Paris - France

⁵USLD - CH Lavour - Lavour - France

⁶UMSP - Hôpital Dr Emile Roux - Le Puy-en-Velay - France

⁷Service de médecine interne - Hôpital Nord AP-HM - Marseille - France

⁸Equipe douleur - Collectif Doloplus - Marseille - France

⁹Centre de Soins Palliatifs - CHR Metz-Thionville - Thionville - France

Introduction : Il est recommandé pour évaluer la douleur des patients âgés ayant des troubles de communication verbale de recourir à des échelles comportementales. La plupart évaluent la douleur chronique et sont consommatrices de temps : ainsi seuls 11 % des soignants y ont recours systématiquement d'où une insuffisance de prise en charge. C'est pourquoi le collectif Doloplus a développé Algoplus® (Rat et al, 2010), échelle comportementale fiable, détectant en moins d'une minute la douleur aiguë chez les patients âgés non communicants. But : Evaluer la façon dont Algoplus® est acceptée et utilisée par les soignants. Méthode : Analyses multicentriques associant études sur dossiers de soins et questionnaires qualité (2009 à 2013). Résultats : 1/ Etude prospective sur la mise en place d'Algoplus® en USLD (70 dossiers): le pourcentage d'utilisation systématique passe de 0 % à 59 % après un an. 2/ Etudes qualitatives sur l'utilisation d'Algoplus® : • En court séjour, Algoplus® a été estimée facile à comprendre par 55 % des soignants (IDE), rapide à utiliser par 36 % et adaptée aux patients par 27 % d'entre eux. • En unité mobile de soins palliatifs Algoplus® a été estimée facile à comprendre par 86 % des soignants (médecins, CS, IDE, AS), facile à utiliser par 94 % et présentant un intérêt dans la prise en charge par 88 % d'entre eux. • Dans l'étude REGARDS (prise en charge de 35000 gestes douloureux) Algoplus® a été évaluée par échelle numérique (0 à 10) : 74% des 303 soignants ont attribué une note $\geq 7/10$ pour la facilité et la rapidité d'emploi et 60 % pour son intérêt dans la prise en charge. • En EHPAD, Algoplus® a été estimée facile à utiliser et appropriée par 80 % des soignants et fiable par 82 %. Conclusion : L'échelle comportementale Algoplus® présente globalement une bonne appropriation par les soignants avec un indice de satisfaction élevé.

P265**Comment sont utilisés les outils d'évaluation de la douleur chez la personne âgée dans les EHPAD du Nord-Finistère ?**

F. Marchand¹, A. Lucas¹, N. Mimassi¹, P. Nabbe¹, J. Conrad¹

¹Département de médecine générale - Université de Bretagne Occidentale - Brest - France

Introduction: La prise en charge de la douleur est une préoccupation quotidienne dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Différents outils sont à la disposition des soignants pour l'évaluation de la douleur. Comment sont-ils utilisés dans les EHPAD du Nord-Finistère, en France ?
Matériel et Méthode : Etude quantitative observationnelle sur un échantillon de résidents de quatre EHPAD répartis sur six sites. Les données socio-démographiques, les pathologies, la recherche d'une évaluation de la douleur, l'outil utilisé, ont été extraits des dossiers médicaux. Un questionnaire complémentaire à destination des soignants a été distribué. Résultats: Sur une population de 781 résidents, 241 résidents ont été inclus. Les auto-évaluations représentaient 14,11 % des dossiers, les hétéro-évaluations représentaient 11,2 %. Il existait une disparité dans les pratiques entre les établissements étudiés. Les soignants étaient concernés par notre étude avec un taux de réponse au questionnaire de 45,8 %. Les outils d'hétéro-évaluation étaient les plus appréciés. Discussion : L'évaluation de la douleur représente un enjeu important. La mention de l'utilisation d'un outil était très peu retrouvée. Des difficultés peuvent entraver l'évaluation de la douleur, la formation du personnel est fondamentale pour un dépistage de qualité. Conclusion : L'utilisation d'un outil d'évaluation de la douleur doit être améliorée. Un travail de recherche complémentaire auprès des soignants serait nécessaire pour obtenir les facteurs influençant les différences de prise en charge constatées.

P266**Compatibilité de la continuité des soins avec l'absence d'infirmière la nuit en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

S. Moulia¹, F. Catelain², E. Bertrand³, L. Teillet⁴

¹Département de gériatrie aiguë - Site Ambroise Paré, GHU Paris Ile de France Ouest, APHP - Boulogne - France

²EHPAD Résidence La Tour - DomusVi - Conflans-Sainte-Honorine - France

³Gestion des risques - APHP, GHU PIFO, site Ambroise Paré - Boulogne - France

⁴Unité de Gériatrie - APHP, GHU PIFO, site Ambroise Paré - Boulogne - France

Les maisons de retraite souhaitent pouvoir assumer pleinement la prise en charge de la vie des résidents jusqu'à leur fin ultime, en limitant les hospitalisations in extremis très douloureusement vécues non seulement par le résident et son entourage, mais aussi par les soignants. Ces hospitalisations ont souvent lieu la nuit. A ce jour, il n'existe pas en France d'autorisation pour le recrutement d'infirmières de nuit en EHPAD. Pourtant les aides-soignantes n'ont pas le droit de faire la plupart des gestes, y compris l'administration nocturne d'un antalgique ou la réfection d'un pansement qui se

serait détaché. Ainsi les patients institutionnalisés en EHPAD ont un accès aux soins moindre que ceux vivant à domicile, qui peuvent bénéficier de l'aide de leurs proches ou de structures d'intervention à domicile. Il existe actuellement des solutions alternatives à la présence d'une infirmière de nuit: l'inscription systématique de chaque nouveau membre du personnel de nuit à une formation diplômante organisée par un hôpital public, la signature d'une convention de partenariat avec une structure d'Hospitalisation A Domicile, mais ils n'ont pas toujours assez de personnels pour intervenir la nuit, la signature d'une convention de partenariat avec le réseau de soins palliatifs. Le stage permet l'assimilation des techniques d'aspiration trachéo-bronchique. Ainsi, les résidents le nécessitant peuvent être aspirés à tout moment, de jour comme de nuit. La solution idéale, qui permettrait de maintenir des soins 24h/24 serait une astreinte médicale avec infirmière de nuit 24h/24, mais cela a un coût, non envisagée actuellement par les tutelles. Ainsi il existe à ce jour en EHPAD un paradoxe: il s'agit d'une structure médicalisée, qui accueille des résidents toujours plus âgés donc de plus en plus poly-pathologiques, nécessitant ainsi une surveillance accrue et une complexification des soins, sans qu'il soit possible à l'heure actuelle d'organiser une continuité de la prise en charge médicale et paramédicale auprès des résidents.

P267**Analyse des facteurs influençant l'intensité des soins dans un service de gériatrie aiguë**

E. Meert¹

¹Gériatrie - UCL Saint Luc - Bruxelles - Belgique

Introduction: le « Projet Thérapeutique » est un outil utilisé aux cliniques universitaires Saint luc permettant d'établir, dans les premiers jours de l'arrivée du patient, l'intensité avec laquelle il sera soigné en cas de complication (Arca + USI (PT1), USI seul (PT2ON), pas d'ARCA pas d'USI (PT2NN)) Le premier objectif était d'analyser les caractéristiques médicales et gériatriques de ces trois groupes de patients. Le second objectif était de définir la proportion de patients, de médecins généralistes et de familles informées de l'existence de ce projet thérapeutique. Méthode: nous avons réalisé une étude prospective, observationnelle et récolté 98 projets thérapeutiques au jour 4 de l'admission en gériatrie aiguë. Parallèlement, une série de données gériatriques, démographiques et fonctionnelles ont été collectées (âge, sexe, lieu de vie, durée de séjour, MNA, MMSE, Katz, Lawton, CIRS, chutes...). Résultats: on a pu observer que les trois groupes de patients (PT1, PT2ON, PT2NN) différaient significativement pour les critères suivant: l'âge, le lieu de vie, le MMSE, le MNA, le Katz et le Lawton. Par ailleurs, seulement 20 % des patients, 11 % des médecins traitants et 14 % des familles étaient informés de la décision. Conclusions actuelles: les échelles de l'évaluation gériatrique standardisées semblent influencer le gériatre lors de la décision du projet thérapeutique. L'âge reste un critère négatif significatif en ce qui concerne la réanimation cardiaque ou la descente aux soins intensifs. Les comorbidités du patient ne semblent pas influencer le projet thérapeutique. Un effort devrait être réalisé quant à l'intégration de l'avis du patient dans l'élaboration de son projet thérapeutique.

P268

Déterminer l'intensité des soins pour des patients à profil gériatrique : Comparaison entre une unité de gériatrie et les autres unités de soins

J. Paul¹, E. Meert¹, P. Cornette¹, P. Cornette¹, E. Lechanteur¹, M. Deswarte¹, M. Beeckmans de West Meerbeek¹

¹Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

Introduction : le «Projet Thérapeutique» (PT) est un outil permettant d'établir l'intensité avec laquelle un patient sera soigné en cas de complication. Il est défini par le médecin et les soignants en concertation ou non avec le patient, sa famille et le médecin traitant (MT). Il est indicatif. 3 PT existent : PT1) Aucune limitation de soins PT2) Limitation concernant l'arrêt cardiaque (ARCA), pas de limitation pour les soins intensifs (USI) PT3) Pas d'ARCA et pas d'USI. Un projet palliatif existe également, il concerne les patients en fin de vie, ceux-ci ont été exclus de l'étude. Méthode : Cohorte prospective, observationnelle de 200 patients. Les PT sont récoltés dans l'unité de gériatrie et dans les autres unités de soins. Des données démographiques, médicales et fonctionnelles par Evaluation gériatrique standardisée ont été collectées ainsi que l'existence d'une information concernant ce projet thérapeutique au patient, au médecin traitant et à la famille. Objectifs : (i) analyser les caractéristiques médicales et gériatriques des patients dans les trois groupes de PT (ii) définir la proportion de patients, de médecins généralistes et de familles informés de l'existence d'un PT (iii) analyser les différences de prise en charge des médecins en gériatrie et hors gériatrie. Résultats : (i) Les patients diffèrent significativement pour les variables suivantes : âge, lieu de vie, situation cognitive, nutritionnelle, fonctionnelle (échelle de Katz et de Lawton) dans les différents groupes de PT (ii) La proportion des patients, familles et MT informés est faible indépendamment du service. (iii) Alors que les profils de fragilités et la fréquence des complications sont comparables, 10 fois plus de patients ont un PT en unité de gériatrie. Conclusions : Les facteurs influençant la décision d'une limitation de soins et la fréquence des PT sont différents en fonction du service d'hospitalisation. L'information donnée sur l'existence de ce PT est globalement insuffisante.

P269

Analyse des facteurs influençant la décision de limitation des soins dans un service de gériatrie aiguë

J. Paul¹, E. Meert¹, P. Cornette¹, P. Cornette¹

¹Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

Introduction : Le « Projet Thérapeutique » (PT) est un outil permettant d'établir, pour chaque patient l'intensité des soins au travers deux questions : faut-il réanimer le patient ? (ARCA?) Le transférerait-on aux soins intensifs? (USI?). Il y a trois PT : PT1 (ARCA : oui USI : oui) ; PT2 (ARCA : non USI : oui) ; PT3 (ARCA : non USI : non) Objectifs : (i) analyser si les caractéristiques médicales et gériatriques des patients dans les différents groupes de PT diffèrent. (ii) définir la proportion de patients, de médecins généralistes (MG) et de familles informées de l'existence de ce PT.

Méthode : Cohorte prospective, observationnelle de 98 patients consécutifs hospitalisés dans le service de gériatrie aiguë. Le PT est récolté au jour 4 après l'admission. Une série de données, démographiques et fonctionnelles sont également collectées (âge, sexe, lieu de vie, durée de séjour, MNA, MMSE, Echelle de Katz et de Lawton, CIRS, chutes...). Résultats : Les trois groupes de patients diffèrent significativement pour les critères suivants : l'âge, le lieu de vie, le MMSE, le MNA, l'échelle de Katz et de Lawton. Les patients en PT1 sont significativement ($p < 0,005$) plus jeunes que les patients en PT2. Les patients en PT3 ont des caractéristiques fonctionnelles et gériatriques significativement ($p < 0,005$) moins bonnes mais une comorbidité équivalente aux deux autres PT. Par ailleurs, seul 20 % des patients, 11 % des MG et 14 % des familles étaient informés de l'existence d'un PT. Conclusions : les échelles de l'évaluation gériatrique standardisées semblent influencer le gériatre lors de la décision de transférer un patient à l'USI tandis que l'âge influence la décision de réanimer en cas d'arrêt cardiaque. Les comorbidités du patient ne semblent pas influencer le projet thérapeutique. Un effort devrait être réalisé quant à l'information du patient de sa famille et de son MG.

P270

Evaluation après quatre mois d'un programme de Cordination Gérontologique (COGERT)

M. Devès¹, J. Bohatier¹, M. Nierga¹, A. Guérin³, A. Boucaumont²

¹Pôle Gériatrie-gérontologie - CHU Clermont Ferrand - Riom - France

²Urgences - CH Moulins - Moulins - France

³Pôle Gériatrie Gérontologie - CH Riom - Riom - France

Le principe de COGERT est de coordonner via une « hot line » la prise en charge du patient âgé depuis son lieu de soin Le numéro de téléphone est réservé aux médecins quel que soit leur mode d'exercice. Le COGERT doit coordonner l'action du pôle gérontologie, mais aussi améliorer la collaboration entre les différents intervenants (ville/hôpital, sanitaire/médico-social...). Il permet de joindre directement un gériatre du CHU du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30, lui-même capable de mobiliser sans délais les ressources du pôle gériatrie-gérontologie du CHU Objectifs : Son objectif principal est d'optimiser les parcours de soin des personnes âgées dans la filière gérontologique. Favoriser les entrées directes en court séjour gériatrique. Diminuer de fait les passages inutiles aux urgences des plus de 75 ans. Maintenir le sujet âgé sur son lieu de soin en évitant les hospitalisations non nécessaires. Méthodes : Le Médecin COGERT centralise les demandes des confrères pour y apporter une réponse rapide et pertinente. Résultats : Plus de 500 appels pour 248 cas traités du 27/11/2012 au 27/03/2013. Age moyen des patients 84.6 ans. Médecins requérants : principalement médecins généralistes (62 %) et médecins coordonnateurs d'EHPAD (15 %). Réponses apportées : 134 hospitalisations dont 82 % en CSG, 11 % des patients ont été directement orientés vers les urgences, 42 consultations urgentes, 14 interventions des unités mobiles. Délai de 0.9 jours pour les hospitalisations urgentes, et 5.6 jours pour les consultations urgentes.

3(1%) patients sont entrés urgences alors qu'ils attendaient une place en CSG. Problèmes médicaux liés à l'appel : comportement (17 %), chutes (6 %), confusion (5 %), cognitif (7 %), infectiologie (9 %), altération de l'état général (11 %), social (6 %). Pendant la période le taux d'entrée directe sur les courts séjours gériatriques du CHU (60 lits) est passé de 31 % à 40 %. Conclusion: D'une démarche de coordination simple le COGERT évolue vers une démarche intégrative rendue souvent nécessaire par le manque de réactivité des systèmes institutionnels. C'est en décloisonnant les secteurs sanitaires et sociaux, hospitaliers et libéraux que l'on a une chance de pouvoir répondre ra

P271

Résultats d'une enquête portant sur les ratios professionnels actuels et souhaités en Unité de courte durée gériatrique (UCDG)

M. Kergoat¹, M. Dugas², A. Bolduc³

¹Département de Médecine spécialisée - Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

²Gériatrie - Centre hospitalier universitaire de Québec - Québec - Canada

³Centre de recherche - Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

Introduction : Les décideurs des réseaux de santé doivent se pencher sur les besoins en main-d'œuvre qui seront nécessaires pour faire face aux soins et services requis par la population vieillissante. Toutefois, il existe peu d'informations dans la littérature sur les ratios appropriés spécifiques aux soins hospitaliers spécialisés de gériatrie. Un objectif prioritaire du Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ) était d'effectuer une compilation des professionnels travaillant dans les Unités de courte durée gériatriques (UCDG) québécoises et de sonder l'avis des responsables de ces unités sur l'adéquation de leurs effectifs. Méthodes : En 2011-2012, deux questionnaires ont été soumis par voie électronique aux responsables médico-administratifs des UCDG. Résultats : Au total, 46 responsables d'UCDG (96 % des UCDG membres du RUSHGQ) ont répondu au premier questionnaire et les médecins responsables de 30 UCDG au deuxième. Les UCDG se répartissent selon 3 profils de soins : réadaptation (28 %), soins aigus/évaluation (22 %) et mixte (50 %). Les ratios de jour, en équivalent temps complet (35h/sem), jugés appropriés pour 15 patients ayant un séjour moyen de 26 jours sont : médecin (1,4), infirmière-chef (0,6), assistante infirmière-chef (0,7), infirmières (1,9), infirmières auxiliaires (1,7), préposés aux bénéficiaires (1,7), physiothérapeute (1,1), ergothérapeute (1,0), travailleur social (1,1), nutritionniste (0,5) et pharmacien (0,6). Ces ratios constituent une augmentation modeste (0,1-0,2 ETP) par rapport à la situation actuelle, et ce, peu importe la taille ou le type d'UCDG. Conclusion : Des points de repère ont été établis pour aborder la planification des ressources professionnelles en UCDG.

P272

L'organisation des activités de soutien pour les personnes âgées démentes en long séjour

C. Federspiel¹, J. Steinmetz¹

¹Recherche & Développement - ZithaSenior - Luxembourg - Luxembourg

Introduction : Au Luxembourg en 10 ans les bénéficiaires de l'assurance dépendance ont doublé pour atteindre en 2012 2,4 % de la population protégée résidente. La démence est la première de dépendance (33,5 %). 2/3 de l'ensemble des dépenses de l'assurance dépendance sont attribuées pour des pathologies démentielles. Le temps moyen hebdomadaire accordé au bénéficiaire est de 51 heures, dont 34,6 heures pour des activités de soutien, qui en individuel ou en groupe sont offertes à domicile, en centre de jour ou en long séjour stationnaire. Après une expérience de 15 ans d'assurance dépendance se posait la question de la pertinence du modèle luxembourgeois pour l'attribution des ressources. Méthodologie : Pour examiner l'adéquation entre les ressources et les prestations les équipes pluridisciplinaires, coordonnées par des ergo, kiné et psychologues ont revu dans le cadre d'une démarche de soins interdisciplinaire les plans de prise en charge individuellement adaptés. Sur base d'un assessment gériatrique global axé sur le volet des aptitudes cognitivo-fonctionnelles les personnes âgées de 4 longs séjours (+/- 250) ont été évaluées par une équipe multidisciplinaire pour redéfinir leurs besoins requis en actes essentiels de la vie et en activités de soutien. Résultats : Au terme de cette révision complète nous avons défini les outils d'assessment pertinents, ainsi que le rythme de leur utilisation, pour proposer aux personnes âgées démentes en établissement un planning quotidien et hebdomadaire comportant en plus du nursing de base des activités de soutien en ergothérapie, kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie et psychothérapie. Conclusions : Un assessment gériatrique validé des personnes âgées démentes permet la détermination adéquate des activités de soutien requises selon le stade de leur pathologie démentielle et en respectant la logique de l'assurance dépendance où la prévention vise le maintien de l'autonomie.

P273

La prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées au Luxembourg : nécessité de la mise en place d'une filière gériatrique efficiente

K. Hamadachi¹

¹Gériatrie - Clinique Sainte Marie - Fondation François Elisabeth - Esch-sur-Alzette - Luxembourg

Introduction : La filière gériatrique est devenue l'un des paradigmes de la prise en charge des personnes âgées. Elle s'entend comme un dispositif de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée prenant en compte le caractère évolutif de ses

besoins de santé. La filière est donc une évolution organisationnelle qui vise à développer la connaissance et les coopérations entre les différents acteurs, afin de garantir une prise en charge optimale pour l'ensemble des personnes âgées. Le Grand Duché de Luxembourg, de part ses spécificités géographiques et démographiques, devrait donc constituer un terrain favorable à l'essor de filières gériatriques efficaces. Résultats : Les personnes âgées de plus de 65 ans, représentent quelque 14 % de la population totale du Luxembourg. En 2009, dans la tranche d'âge comprise entre 60 et 79 ans, une personne sur trois a été soignée à l'hôpital une fois dans l'année. Cette proportion atteint plus de la moitié chez les plus de 80 ans. Suite à l'introduction de l'assurance dépendance en 1999, le Luxembourg a la chance de pouvoir offrir un encadrement de qualité à toutes les personnes âgées dépendantes, vivant à domicile ou en institution, et ceci quelle que soit leur situation financière. La pérennité du système doit être garantie (coût annuel moyen d'un bénéficiaire de l'assurance dépendance en 2010 : 31.469€, allant de 14.454€ au domicile à 55.532€ en établissement). Conclusion : La filière gériatrique permet un accès gradué à l'offre de soins. Cette organisation propose une offre de services sanitaires et médico-sociaux qui peuvent intervenir à différents degrés de besoins. Les options retenues par la Fondation François Elisabeth pour optimiser le parcours de soins des patients âgés sont de réorienter le projet médical de la clinique Sainte Marie dans un projet médical à visée gériatrique intégrant ultérieurement la ZithaKlinik.

P274

L'unité de courte durée de l'Institut de gériatrie de l'université de Sherbrooke (CSSS-IUGS), 30 ans d'évolution des clientèles

G. Lacombe¹, J. Jacques Thibault², M. Marquis², L. Audet², S. Hotte²

¹Gériatrie - CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada

²Unité de courte durée gériatrique - CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada

Depuis 1980 l'espérance de vie a gagné 4 ans chez les femmes et 6 ans chez les hommes, et majoritairement en vie active. L'hôpital demeure le lieu privilégié des épisodes de soins à haut risque, le maintien à domicile et les soins de proximité se développent. Nous présentons l'évolution des clientèles de l'UCDG de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke durant ses 30 ans d'existence. La moyenne d'âge dans les années 80 variait de 71 à 76 ans, 80 ans en '96 et 82 ans en 2012. Le pourcentage d'homme est passé de 30 % en '83, 37 % en 96, 34 % en 2004 et 29 % en 2012. La dépendance à l'admission mesurée par le SMAF est toujours élevée, à -39 en 2012. Les séjours passent de 40 jours en '83, 30 en 2003 et 23 jours en 2013. Le nombre de diagnostics passe de 3 en 1983, à 7 en 96 et 12 en 2003 et 2013. En 1983 les patients retournaient à domicile sans service ou étaient hébergés. Déjà en '93 près de 40 % retournent dans leur milieu grâce aux services à domicile et 93 % des retours à domicile reçoivent des services pour diminuer la durée de séjour hospitalier. En 1984, 68 % partaient de l'unité vers une ressource d'hébergement '83, en '96 de 9 % se dirige vers un CHSLD et 29 % en famille d'accueil et en 2003

26 % iront en hébergement dont 14 % en CHSLD. En 2013 moins de 13 % ne retournent pas dans leur milieu de résidence. Jusqu'en 2007 près de 50 % des admissions provenaient du domicile puis près de 100 % d'un milieu hospitalier. En 2013, 20 % proviennent du domicile avec l'augmentation du support ambulatoire à la première ligne. Le rôle régional se maintient, près de 30 % de la clientèle provient de l'extérieur de Sherbrooke.

P275

Besoin des professionnels de la santé en matière de partage d'information via une plateforme numérique de coordination des soins : expérience du projet LICORNE (Liaison et COordination par un Réseau Numérique de santé)

G. Sacco¹, M. Demory², J. Guerin-Ducret², L. Guichot³, G. O'Brien⁴, O. Guérin¹

¹Pôle de gériatrie - CHU Nice - Nice - France

²CIU santé - Université de Nice - Sophia Antipolis - Nice - France

³Marketing Développement - Agfa Health Care - Bordeaux - France

⁴Domicalis - Radhuis - Merignac - France

1. Introduction : Le projet LICORNE est lauréat de l'appel à projet Investissement d'avenir « Développement de l'économie numérique » dans la catégorie « Santé et autonomie sur le lieu de vie grâce au numérique ». La première étape indispensable pour la réalisation d'un outil numérique commun de coordination des soins était d'interroger les principaux futurs utilisateurs afin de déterminer quelles étaient pour eux les informations indispensables pour assurer une coordination optimale des soins à l'aide d'un tel outil. 2. Matériel et Méthode : Grâce à la méthode de consensus d'expert par groupes nominaux, nous avons interrogé trois groupes (6 médecins, 6 infirmières libérales et 4 assistants sociaux de secteur) afin de déterminer les flux d'information minimaux à transmettre entre les différents corps de métiers. 3. Résultats : Comme nous l'attendions, certaines informations indispensables à la coordination étaient d'importance identique entre les différents corps de métier : informations administratives (état civil, présence d'une Affection longue durée déclarée), antécédents médicaux actifs, traitement actualisé et daté). D'autres informations étaient plus spécifiques à chacun des corps de métiers. Pour les médecins, la grille gérante, le suivi du poids ou encore le statut cognitif étaient des éléments importants. Pour les travailleurs sociaux, il s'agissait davantage des ressources financières, des aides en places, de la grille AGGIR et des mesures de protections juridiques alors que pour les infirmières, on retrouvait la présence de protocole de soins explicite, l'accès aux comptes-rendus de consultation ou d'hospitalisation ou encore la définition claire et précise d'un projet de soin pour le patient. 4. Conclusion : Ce travail représente le premier pas indispensable pour que la plateforme LICORNE, via le portail web Domicalis.com, se présente comme une solution alternative originale, performante et innovante pour l'optimisation de la coordination des soins à domicile.

P276**Planification du curriculum de transferts des compétences dans le développement des réseaux cliniques de mémoire avec les groupes de médecine familiale au Québec**G. Lacombe¹, E. Azuelos², K. Thorn³, H. Bergman⁴¹Gériatre - CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada²Regroupement clientèle SAPA - Centre d'excellence en Santé cognitive - Laval - Canada³Clinique de mémoire - Institut de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada⁴Service de médecine familiale, médecine et oncologie - Université McGill - Montréal - Canada

Le MSSS du Québec structure les suites du rapport « Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence » déposé en mai 2009 par le comité dirigé par Dr Bergman. Il compte sur deux volets indépendants : la prise en charge des problèmes neurocognitifs et le support en cas de problèmes psycho-comportementaux. Le volet cognitif mise sur l'organisation d'un réseau de groupes de médecine familiale liés par région à une clinique de mémoire. Trois régions ont développé efficacement des structures semblables. Un cheminement des clientèles et une boîte à outils sont développés. Un modèle de formation prépare l'implantation de ces réseaux qui valorisent la première ligne. Elle se structure autour de 6 composantes. 1-Cibles pédagogiques 2-Modalités de formation 3-Contenus spécifiques allant des bases cognitives à l'intervention 4-Évaluation des activités 5-Accréditation pour les différents ordres professionnels 6-Instruments de formation locorégionale. Elle tient compte d'une vague de 38 GMF puis de l'extension à l'ensemble des GMF du Québec. Les infirmières jouent un rôle majeur dans la prise des clientèles cognitives. Quatre modalités de formation 1) 6 heures de cours initient les GMF, médecins et infirmières aux thèmes principaux et présentent la boîte à outils, soit par regroupement régional soit équipe par équipe 2) des rencontres mensuelles réunissent les GMF et leur clinique de mémoire de référence pour augmenter les liens, maintenir les compétences à partir de discussion de cas et un menu de contenu. Des formes différentes se développent en fonction des disponibilités régionales 3) Un site en ligne vise le maintien d'une norme nationale et la certification d'exposition à certains contenus. 4) Opportunité annuelle de rencontre des intervenants de toutes les régions, possiblement intégrée aux Congrès québécois sur la maladie d'Alzheimer ou de la Société québécoise de gériatrie.

P277**Maladie d'Alzheimer : travailler en institution généraliste accroît le risque de burn out**P. Zawieja¹, L. Benattar², F. Guarnieri³¹Cellule Recherche - ORPEA - Puteaux cedex - France²Direction médicale - ORPEA - Puteaux cedex - France³Centre de recherche sur les Risques et les Crises - MINES ParisTech - Sophia antipolis cedex - France

Introduction : Le vieillissement général de la population et la dynamique propre à la maladie d'Alzheimer (dont l'incidence atteint 20 % au delà de 85 ans) multiplient les occasions de contact entre les

soignants et les personnes atteintes. Or, les troubles du comportement productifs et le contexte de fin de vie constituent, en théorie, deux facteurs de risque de burn out pour les soignants. Cette recherche cherche à établir si le type d'établissement accueillant des personnes âgées influe sur le niveau de burn out des soignants. Matériel et méthode : Cette étude transversale et multicentrique a été menée chez 2 602 soignants dans 186 sites du groupe ORPEA-CLINEA : 141 EHPAD et 45 cliniques SSR. Le burn out a été mesuré par les trois sous-dimensions du Maslach Burnout Inventory (score d'épuisement professionnel, SEP ; score de dépersonnalisation, SD ; score d'accomplissement personnel, SAP). Résultats La prévalence du burn out dans l'échantillon s'élevait à 8,4 %. Les soignants exerçant en SSR polyvalent montrent un SEP inférieur à la modalité de référence (- 11 %) et un SAP supérieur (+ 4,5 %). En SSR gériatrique, le SEP (+ 14 %) et le SD (+ 13 %) sont supérieurs. En accueil de jour, le SAP est supérieur (+ 7,5 %). En unité protégée, le SEP et le SD sont inférieurs (resp. - 9 % et - 11 %). Au final, exercer en SSR polyvalent ou en unité protégée Alzheimer diminuent le niveau de burn out, tandis que travailler en SSR gériatrique l'augmente. Discussion : Ces résultats suggèrent que la spécialisation de l'institution (locaux, soins, activités sociales et formation du personnel adaptés, etc.) permet de limiter le burn out des soignants. Il soulignent l'intérêt, pour la santé psychique des soignants, l'intérêt du concept d'unité protégée Alzheimer, dont les bénéfices pour les personnes âgées sont établis.

P278**Maladie d'Alzheimer : le risque de burn out est maximal en milieu de carrière**P. Zawieja¹, L. Benattar², F. Guarnieri³¹Cellule Recherche - ORPEA - Puteaux cedex - France²Direction médicale - ORPEA - Puteaux cedex - France³Centre de recherche sur les Risques et les Crises - MINES ParisTech - Sophia antipolis cedex - France

Introduction : Le burn out est un syndrome associant un épuisement professionnel, des attitudes de dépersonnalisation et l'affaiblissement du sentiment d'accomplissement personnel, auquel les soignants sont particulièrement exposés. Matériel et méthode : Cette étude transversale et multicentrique a été menée chez 2 602 soignants dans 186 sites du groupe ORPEA-CLINEA : 141 EHPAD et 45 cliniques SSR, par questionnaire autoadministré et anonyme. Le burn out a été mesuré par les trois sous-dimensions du Maslach Burnout Inventory (score d'épuisement professionnel, SEP ; score de dépersonnalisation, SD ; score d'accomplissement personnel, SAP). Les tableaux de contingence puis la méthode des moindres carrés ont été utilisés. Résultats : Aucune relation linéaire n'a pu être établie entre ancienneté dans la fonction et burn out. Les méthodes quadratiques permettent en revanche de montrer que la relation entre ancienneté et SEP prend la forme d'un U inversé : l'épuisement professionnel croît avec l'ancienneté mais jusqu'à un certain point, puis décline. On ne trouve aucun effet de l'ancienneté sur le SD. La relation entre ancienneté et SAP prend la forme d'un U : l'accomplissement personnel décroît avec l'ancienneté puis augmente. Globalement, le burn out trace aussi une courbe en U inversé, atteignant son maximum à environ 11 années d'ancienneté dans la fonction. Discussion : Cette

étude n'est que partiellement conforme aux données de la littérature, retrouvant des niveaux de burn out plus élevés en début de carrière (entre un et trois ans), puis en milieu de carrière (« crise de la quarantaine »). Ne revêtant aucun caractère longitudinal, elle ne tient pas compte des décisions effectives de quitter le métier pour échapper à un burn out jugé trop élevé (« effet de fuite »), ni de certaines données extraprofessionnelles (situation matrimoniale, âge des enfants, etc.). Des recherches complémentaires semblent nécessaires.

P279

Protocole des bonnes pratiques liées à la contention : un pas de plus vers la qualité des soins

R. Leflot¹, C. Huynen¹, A. Lacroix¹, S. Martinuzzi¹, M. Rychlik¹

¹Gériatrie - CHR Citadelle - Liège - Belgique

Introduction : Consciente qu'il fallait à la fois améliorer la sécurité de cette pratique et en réduire au maximum le recours, le cadre infirmier de gériatrie du C.H.R. de la Citadelle s'est fixé comme objectif stratégique la réalisation d'un guide des bonnes pratiques professionnelles sur le thème de la contention physique. Méthode : Dans ce document, la contention est considérée, d'une part, comme une pratique en partie évitable en proposant des alternatives appropriées et d'autre part, comme une pratique utile et nécessaire. Un référentiel de critères de pratique est proposé pour en améliorer la sécurité et un ensemble d'outils a été créé afin d'en assurer la traçabilité. Les outils construits sont : un logigramme décisionnel, une procédure d'utilisation du matériel de contention, un document de surveillance et de suivi infirmiers ainsi qu'une brochure explicative à destination du patient et de sa famille. Enfin, l'ensemble du personnel soignant a été formé à l'utilisation de ces différents outils et un triptyque de poche a été rédigé. Conclusion : L'existence de ce référentiel ne vise pas à encourager la pratique de la contention mais à améliorer sa sécurité quand elle est considérée comme inévitable tout en préservant les droits et la qualité de vie des patients et en assurant aux professionnels de la santé un cadre de référence.

P280

Caractéristiques de patients admis déshydratés en unité aiguë de gériatrie

Y. Maes¹, B. Leruste¹, M. Alvarez Villamandos¹, I. Dierkens¹, P. Fievet¹, J. Caillet¹, G. Fayt¹, N. Compté¹, S. De Breucker¹, T. Pepersack¹

¹Gériatrie - Hôpital Erasme, Université Libre de Bruxelles - Bruxelles - Belgique

Introduction : La déshydratation dont les conséquences peuvent être dangereuses est devenue un motif d'hospitalisation de plus en plus fréquent chez les personnes âgées. Méthode : Les patients admis consécutivement ont bénéficié d'une évaluation gériatrique globale associée à une analyse des facteurs de risque de déshydratation et une évaluation de l'état buccal. La déshydratation était définie soit comme la présence d'une dissociation des taux sériques d'urée/créatinine > 40, soit par la présence d'une natrémie > 145 mEq/L. Résultats : Sur base d'un rapport urée/créatinine > 40, (52% des patients) aucune différence clinique n'a été observée par rapport aux contrôles. En comparant les

87 contrôles aux 16 patients hypernatrémiques, ces derniers présentaient de manière significative une plus grande proportion de sujets de plus de 85 ans (69 % vs 37 %, p=0.022), d'hommes (69 % vs 39 %, p=0.028), et de sujets venant d'institution (40 % vs 11 %, p=0.028). Sur le plan clinique les patients hypernatrémiques présentaient plus souvent des urines foncées (56 % vs 11 %, p < 0.001), un besoin d'assistance pour boire (44 % vs 20 %, p=0.035) et une dépendance fonctionnelle pour : -se déplacer (69 % vs 37 %, p=0.017), -faire sa toilette (69 % vs 34 %, p=0.010), -et manger (50 % vs 17 %, p=0.004). Les autres données de l'évaluation gériatrique globale, en particulier l'état buccal, n'étaient pas différentes entre les groupes. Conclusions : Le grand âge, le genre masculin, la dépendance fonctionnelle, et la présence d'urines foncées étaient associés à la présence d'une hypernatrémie. Le petit nombre de patients hypernatrémiques ne permet pas de faire une analyse multivariée afin d'exclure des facteurs confondants. Toutefois ces signes d'appel cliniques pourraient sensibiliser les soignants à la reconnaissance de la déshydratation.

P281

Prévision de l'odontologie gériatrique à l'horizon 2050

V. Pouysségur¹, J. Sabot¹

¹Prothèses - Faculté chirurgie dentaire - Nice - France

Le vieillissement de la population française est un phénomène majeur qui évoluera à la hausse de façon importante d'ici à 2050. L'objectif de ce poster est d'en exposer les données clés ainsi que les enjeux de santé publique qui semblent s'en dégager. Les conséquences du vieillissement, d'un point de vue physiologique, médical et psycho-sociales rendent les soins aux personnes âgées complexes à bien des égards. Ainsi, ce poster expose les données connues et projetées concernant la demande en soins d'odontologie gériatrique en France, parallèlement à celles concernant l'offre de ces mêmes soins. En l'occurrence, une augmentation en valeur absolue du nombre de personnes âgées, notamment dépendantes et/ou souffrant de pathologies chroniques est à prévoir. De même, des problématiques de difficulté d'accès aux soins pour des raisons pratiques (déplacements difficiles) et/ou économiques vont émerger. En parallèle, il est établi que la démographie professionnelle va vers une raréfaction des chirurgiens-dentistes sur le territoire, et qu'à ce jour leurs compétences en odontologie gériatrique est pour le moins limitée. On peut donc légitimement se poser les questions suivantes : en 2050, qui soignera les séniors ? Où seront-ils soignés ? Leur santé bucco-dentaire sera-t-elle comparable à l'actuelle ? Les chirurgiens-dentistes occuperont-ils une place dans leur entourage thérapeutique ?

P282

L'hygiène bucco-dentaire : Une priorité du «SUCCESSFUL AGING»

V. Pouysségur¹, J. Sabot¹

¹Prothèses - Faculté chirurgie dentaire - Nice - France

Introduction : L'hygiène bucco-dentaire, si elle est déficiente, aura un impact très négatif sur la santé générale des patients, particulièrement des personnes âgées. Objectifs : Informer les personnes

âgées, leurs aidants et leurs soignants, de l'importance de maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire et prothétique, pour leur bien-être et leur santé générale (lien avéré de potentialisation des pathologies générales par les bactéries bucco-dentaires). Former ces mêmes personnes à l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire simplifiée. Méthode : Explication de l'incidence positive de l'hygiène bucco-dentaire sur la santé physique, le bien-être moral et social, des personnes âgées. Importance de l'hydratation qui sert aussi au nettoyage buccal. Proposition de formation auprès des patients, des soignants et des aidants, sur les techniques d'hygiène bucco-dentaire et prothétique. Ces techniques seront simples, rapides à réaliser, et avec peu de matériels. Proposition de protocoles simplifiés et iconographiés à afficher dans les lieux de réalisation des soins d'hygiène. Résultats : Résultat attendu : prise de conscience et amélioration de l'hygiène bucco-dentaire et prothétique, ainsi que du confort buccal des personnes âgées, autonomes ou non. En conséquence, participation à l'amélioration de la santé générale de ces personnes. Conclusion : L'absence d'hygiène bucco-dentaire et prothétique peut avoir des conséquences graves, telles que la dénutrition, l'aggravation du diabète, ou l'exclusion sociale, en lien avec les pathologies buccales qui en découlent. Ces faits, ainsi que des méthodes simples pour le maintien d'une bonne hygiène buccale, doivent donc être connus des personnes âgées, autonomes ou non, ainsi que de leur entourage aidant et soignant.

P283

L'hygiène bucco-dentaire en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes : A propos d'une étude clinique dans un EHPAD des Alpes-Maritimes

V. Pouysségur¹, J. Sabot¹

¹Prothèses - Faculté chirurgie dentaire - Nice - France

Introduction : Les douleurs buccales, souvent en lien avec une mauvaise hygiène bucco-dentaire, peuvent avoir des conséquences négatives sur l'alimentation des personnes âgées dépendantes. Objectif : Mettre en évidence la nécessité pour la santé générale et le bien-être physique d'une bouche saine et indolore chez les personnes âgées dépendantes. Méthode : Pour 30 résidents d'un EHPAD des Alpes Maritimes : • Consultation de médecine générale par le même médecin : poids, MNA, pathologies associées, nutrition, appétence • Consultation bucco-dentaire par le même dentiste : formule dentaire, état des tissus environnants, présence ou absence d'une prothèse adaptée ou non, hygiène bucco-dentaire : niveau et aptitudes • Ressenti individuel : confort bucco-dentaire et alimentation, bien-être, haleine, possibilité de mastication, goût, odorat, appétence. Résultats : Trois cas de figures principaux se dégagent : • Bouche indolore et bonne hygiène bucco-dentaire : o Forte appétence (sauf lourde pathologie médicale) o Nutrition qualitative • Bouche indolore et mauvaise HBD : o Sècheresse buccale o Perte de goût et d'odorat des aliments o Perte d'appétence o Modification qualitative alimentaire (plus sucré, plus salé...) o Difficultés à la déglutition o Halitose et altération du lien social (communication) • Bouche douloureuse : o Difficultés de mastication, jusqu'à refus de s'alimenter o Repli sur soi, désocialisation Conclusion : Plus que le nombre de dents

en bouche, c'est la sensation de confort procurée par une bonne hygiène (toilette buccale) qui a le plus d'impact positif sur le vieillissement en santé.

P284

Programmation clinique de l'équipe de consultation en gériatrie du CHUS : Intégration du "soutien-conseil" au rôle des infirmières cliniciennes

G. Lacombe¹, J. Neveu², D. Mailhot-Bisson³, V. Poulin³, C. Richard³

¹Gériatre - CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada

²Gériatrie - CHUS - Sherbrooke - Canada

³Consultations gériatriques - CHUS - Sherbrooke - Canada

Les équipes de consultation en gériatrie du CHUS ont été mises en place en 1996. Nous constatons des difficultés de suivi des recommandations par les unités de soins. Dès 2008, nous révisons la mission, le rôle et les mécanismes de fonctionnement de ces équipes. Des objectifs de processus, des règles de priorisation des consultations sont développées dans une nouvelle programmation clinique. Surtout elle attribue un rôle de « consultante/expert » aux infirmières cliniciennes. Depuis 2009 les infirmières cliniciennes spécialisées de l'équipe de consultation en gériatrie (ICSG) du CHUS ont développé des compétences de « consultante » basées sur le modèle de Lescaubeau et all. (Profession : consultant 2003). Le rôle de soutien/conseil, directement auprès des équipes soignantes, en complément mais indépendant de la consultation médicale, a été développé pour supporter les unités de soins dans l'application quotidienne des pratiques exemplaires en soins aux personnes âgées. Ce nouveau rôle est appuyé sur le modèle de compétence de mentorat de l'infirmière en pratique avancé (SPROSS 2009) et le processus de soutien/conseil sur le modèle de Legault (2009). Le rôle évolue avec l'enrichissement de la cueillette de données auprès des familles et l'élaboration du plan de soins gériatrique. Il permet aussi de créer un lien de confiance et d'échange avec famille et équipe traitante, facilitant la concrétisation des recommandations. Cette expérience fournit une perspective de ce que les infirmières soignantes peuvent attendre d'une ICSG et soutien le développement de cette nouvelle fonction de soutien-conseil de l'ICSG au CHUS. Cette nouvelle responsabilité devient encore plus pertinente dans le contexte d'application du programme ministériel québécois de L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (MSSS, 2011). L'équipe y joue un rôle de troisième palier, consultante et spécialisée et les ICSG participent activement au transfert de compétence auprès des intervenants de premiers et seconds paliers.

P285

Standardisation des pratiques de soins de bouche en gériatrie

A. Bros¹, M.-C. Fréville², Y. Grosbaz², G. Sattonnay³, N. Dey¹

¹Pharmacie - Centre hospitalier du Haut Bugey - Oyonnax - France

²Cadre de santé - Unités de soins

³Gériatrie - Centre Hospitalier du Haut Bugey

Introduction: Le soin de bouche non médicamenteux est un soin relevant du rôle propre infirmier, mais souvent réalisé en collaboration avec les aides soignants. Néanmoins, le soin de bouche médicamenteux doit être réalisé sur prescription médicale. L'hygiène buccodentaire constitue un enjeu partagé par les médecins, les infirmiers et les aides soignants. Objectif: L'étude menée au sein de l'établissement a permis la rédaction de protocoles clairs et complets, afin d'harmoniser les pratiques de soins de bouche chez le sujet âgé, à l'hôpital et en institution. Méthode Un questionnaire concernant les soins de bouche (types de soins pratiqués, produits médicamenteux ou non et dispositifs utilisés, ...) a été rempli par 90 infirmiers et aides-soignants de trois services de l'hôpital et de deux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Résultats Les pratiques se sont révélées hétérogènes : après les bains de bouche d'Amphotéricine B, seuls 35.6 % des professionnels font avaler la solution au patient après gargarisme. Le personnel soignant est formé à évaluer régulièrement la bouche des patients et à distinguer les types de situations nécessitant une prise en charge. Néanmoins, lors de la réunion du groupe de travail multidisciplinaire, il souligne le manque d'outils permettant d'adapter le soin à l'état buccal. Le médecin tient à rappeler sa position de prescripteur quant aux soins médicamenteux, notamment en cas de bouche infectée. Après analyse des pratiques et revue de la bibliographie, un arbre décisionnel permettant d'associer le soin adéquat à l'état buccal du patient a été rédigé. Discussion/Conclusion : Les soins de bouche chez le sujet âgé sont désormais standardisées et revalorisées dans les services de l'hôpital et EHPAD. Ce travail a été reçu avec beaucoup d'intérêt par les professionnels de santé : une formation des étudiants aides soignants a été programmée.

P286

Des trajectoires de bénévoles en soins palliatifs offerts aux aînés : Entre continuité et transformations

J. Castonguay¹, A. Sévigny², M. Guirguis-Younger³, C. Gaucher⁴, I. Olazabal⁵, J. Viriot-Duranda⁶, V. Abgrall⁷, G. Caron⁷

¹Faculté des lettres et sciences humaines - Université de Sherbrooke - Saint-Nicolas - Canada

²Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec - CHU de Québec - Québec - Canada

³Faculté des Sciences humaines - Université St-Paul - Ottawa - Canada

⁴École de travail social - Université de Moncton - Nouveau-brunswick - Canada

⁵Équipe VIES - Centre de Recherche et d'Expertise en Gérontologie Sociale - Montréal - Canada

⁶Département carrières sociales / IUT de Belfort - Université de Franche-Comté - Belfort - France

⁷Techniques d'éducation spécialisée - CÉGEP de La Pocatière - La Pocatière - Canada

Introduction : De plus en plus, les soins palliatifs sont offerts à des aînés. Les organismes bénévoles y sont très impliqués, mais sont confrontés au vieillissement et à la désertion de leurs effectifs. Notre étude visait à : 1) Mieux connaître les facteurs associés à l'engagement des bénévoles dans le domaine des soins palliatifs;

2) Mieux comprendre les transformations de leur engagement à travers le temps. Méthode : Cette étude qualitative a rejoint des bénévoles de trois milieux de pratique : des organismes communautaires œuvrant à domicile (n = 14) ; des Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) (n = 4) ; des maisons dédiées aux soins palliatifs (n = 6). Le contenu des entrevues, menées selon la méthode du récit de vie thématique, a fait l'objet d'une analyse qualitative. Cette approche permet de mieux comprendre les facteurs agissant sur l'engagement bénévole à partir des expériences des acteurs. Résultats : Il existe autant de trajectoires que de bénévoles. Plusieurs similarités traversent ces différentes trajectoires. Les motivations à débiter un engagement, le cesser ou le modifier sont d'ordre individuel, interactionnel (interactions entre les acteurs), organisationnel ou sociétal. Plusieurs participants soulignent l'importance de poser un geste qui, tout en étant gratuit (don), leur rapporte beaucoup en retour. Les modifications sur le plan de l'engagement ont souvent trait aux interactions entre les bénévoles et entre les bénévoles et les aînés. La reconnaissance des bénévoles favorise leur fidélisation. La dynamique familiale et l'état de santé représentent des motifs importants pour cesser temporairement l'engagement. Discussion : Les bénévoles cherchent à évoluer et à apprendre. De leur côté, les organisations ont un grand rôle à jouer dans la fidélisation des bénévoles. Une meilleure compréhension des facteurs sur lesquels les organismes peuvent intervenir contribuera à la réflexion entamée sur le mode de recrutement et de fidélisation des bénévoles.

P287

Soins palliatifs pour personnes âgées avec démence au Luxembourg

J. Leners¹

¹CCDH Commission des Droits d l'Homme au Luxembourg - Luxembourg - Luxembourg

1) Introduction : Au Luxembourg plus de 5500 personnes sont atteintes d'une forme de démence et 60% des résidents en long séjour. Depuis 2009 une loi sur les prestations soins palliatifs existe.

2) Méthode : Quel est à l'heure actuelle l'encadrement de ces malades en institution ou en hospice ? Une analyse rétrospective est réalisée sur les prestations de l'assurance dépendance et sur le supplément soins palliatifs accordé par le contrôle médical.

3) Les malades avec démence en fin de vie peuvent bénéficier via l'assurance dépendance d'une moyenne non pondérée de 48 heures par semaine (soins pour hygiène, habillage, nutrition, mobilité et activités de soutien) par rapport à une population générale qui n'en reçoit que 31 heures. En supplément des interventions spécialisées de type accompagnement spirituel, stimulation basale, musicothérapeutique, etc. peuvent être demandées par le forfait soins palliatifs. Ici la demande pour les malades souffrant de démence en stade final est largement inférieur (moins 41 %) à la moyenne. Un deuxième aspect important est celui des malades avec démence admis en hospice. Il n'existe qu'un seul hospice de 15 lits, peu de ces malades y sont admis. Sur quelque 80 admissions par an, 8 % au maximum sont atteints d'un déclin cognitif important. Si les troubles du comportement sont prédominants, leur intégration mène à des tensions difficilement surmontables. Une autre proposition d'encadrement existe pour ces malades :

l'oase, un espace multi-lits (5 à 8) en grande salle avec intimité garantie par l'agencement de la salle. Deux expériences – pilotes continuent à fonctionner dans deux institutions et les premiers résultats concernant une présence et une communication accrues sont présentés. 4) Conclusions: L'approche soins palliatifs pour malades avec démence est multiple ; domicile, maison de soins et hospice peuvent augmenter la qualité de vie, même si elle reste difficile à évaluer.

P288

Fin de vie et soins palliatifs en EHPAD. Peut-on identifier une phase terminale et quel en serait l'intérêt ?

P. Balard¹, G. Dosa²

¹EHPAD - ORPEA - Cagnes-sur-Mer - France

²Médecin coordonnateur - EHPAD - Nice - France

Introduction: L'EHPAD représente pour la quasi-totalité des résidents leur dernier lieu de vie et 75 % des décès y surviennent. Pouvoir définir l'entrée en phase terminale dans le continuum du déclin est intéressant notamment pour mettre en place des actions adaptées. Objectif : Elaborer une "fiche d'entrée en phase terminale », analyser sa pertinence et savoir si elle contribue à une meilleure prise en charge du résident. Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude prospective, multicentrique à type d'enquête dans 12 EHPAD durant 4 mois. Une fiche recense les différents signes évoquant cette phase : - arrêt spontané de l'alimentation et de l'hydratation - grabatisation et la tendance à l'immobilisme - troubles des fonctions supérieures L'utilisateur note la date d'apparition de ces signes puis la date du décès. Résultats : Nous avons colligé 31 fiches. Age moyen : 90,8 ans, sexe ratio : 9 femmes pour 1 homme, GIR 1 et 2 : 93 %. Le nombre des jours estimé d'une phase terminale selon les critères précédents est en moyenne de 9 mais avec des écarts allant de 1 jour (10 %) à plus de 25 (13 %). Concernant la prise en charge du résident : • 76 % des médecins répondent que cette fiche les a aidés à définir la phase terminale. • 56 % ont déclaré une aide à mieux accompagner la famille • 83 % des soignants pensent que globalement cette fiche est une aide pour mieux prendre en charge le patient. Conclusion - discussion : Si la moyenne est de 9 jours, les écarts sont trop importants pour que cette fiche ait une valeur pronostique fiable. Le point positif est une aide à la prise en charge, l'outil a le mérite de « tirer la sonnette d'alarme » dans le continuum du déclin du résident et de réaliser une rupture avec une prise en charge routinière.

P289

Vision soignante des limitations et arrêt des thérapeutiques actives (LATA)

S. Moulias¹, A. Abel², P. Gaurier³, B. Ru⁴, M. Derome⁴, I. Dufour², J. Norès⁴, M. Spranz²

¹Département de gériatrie aiguë - Site Ambroise Paré, GHU Paris Ile de France Ouest, APHP - Boulogne - France

²Groupe d'Intérêt Ethique (GIE) - GHU PIFO, APHP - Boulogne - France

³Groupe d'Intérêt Ethique (GIE) - GHU PIFO - Boulogne - France

⁴Groupe d'Intérêt Ethique (GIE) - GHU PIFO, APHP - Garches - France

Les LATA ont été définies dans la loi Léonetti de 2005. Huit ans plus tard, elles posent toujours problème. Nous avons interrogé par questionnaire des professionnels autour des notions de LATA et d'acharnement thérapeutique. 55 réponses. 81 % connaissent les LATA, 62 % en ont déjà eu dans leur service. 60 % pensent qu'il vaut mieux ne pas entreprendre un traitement que l'arrêter. Les images associées sont plutôt positives (respect de volonté du patient), mais les connaissances sont encore à parfaire.

P290

Fiche d'aide à la décision pour les situations d'urgence palliative en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

V. Druon¹, A. Ridao¹, D. Balieu¹, H. Blaquart¹, F. Chevillard², H. Idiri¹

¹SSR - Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal - Wasquehal cedex - France

²EMSP - Maison Médicale Jean XXIII - Lomme - France

Contexte : Plusieurs équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) interviennent dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du territoire de Lille Métropole (France). De nombreux patients présentant une pathologie grave et évolutive souhaitent rester dans leur lieu de vie. Lors de leurs interventions, les EMSP ont constaté l'existence au sein de ces EHPAD, d'outils destinés aux services d'aide médicale d'urgence. Ils précisaient qu'une décision de limitation de soins avait été prise. Ils étaient différents en fonction des établissements et rarement en conformité avec la loi française relative à la fin de vie. Méthode : Afin de proposer aux EHPAD un outil d'information clair et s'inscrivant dans le cadre de la loi, un groupe de travail s'est constitué regroupant deux EMSP et un médecin coordonnateur d'EHPAD. Résultats : Une fiche unique a été créée, à l'intention des services d'aide médicale d'urgence résumant la procédure collégiale en cas de limitation de soins. Elle reprend tous les dispositifs de la loi française relative à la fin de vie : - pathologies, - existence d'un suivi par une EMSP, - discussion préalable avec le patient, - directives anticipées, - personne de confiance, - mandataire judiciaire, - consultation familiale. Elle est signée et datée par le médecin référent du patient et par les autres médecins ayant pris part à cette collégialité. Elle est laissée en évidence dans le dossier médical. Discussion : Depuis sa mise en place en 2010, le retour des équipes soignantes et des familles est globalement positif. Cette fiche constitue une aide à la prise de décision par les médecins urgentistes et a permis d'éviter des hospitalisations non souhaitées. Une analyse est en cours pour évaluer la pertinence de cet outil.

P291

RCP et staff-EPP sur les Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP) en gériatrie

M. Leglise¹, M. Bonnin², M. Colson¹

¹Gérontologie clinique - CHRU - Montpellier - France

²Direction de la qualité - CHRU - Montpellier - France

But et contexte : Au CHRU de Montpellier, 9 LISP sont reconnus sur le pôle de gériologie. Choix d'une prise en charge transversale Formalisation sous forme de démarches pluridisciplinaires avec deux objectifs : - l'aide aux décisions difficiles sur des situations complexes par une RCP Réunion de Concertation Pluridisciplinaire - la prise de recul et l'intégration de bonnes pratiques sous forme de staff-EPP pour une analyse collégiale des pratiques à partir de cas cliniques et de références sélectionnées Méthode : - La RCP hebdomadaire avec l'équipe des LISP : discussion collégiale sur le passage de curatif en palliatif et la poursuite des soins ; utilisation de la grille d'identification des Personnes âgées relevant de soins palliatifs - Le staff-EPP : sélection par l'utilisation d'un outil relevant les problématiques rencontrées lors des RCP, en fonction de leur fréquence et de leur impact clinique, psychologique et éthique et formalisation d'une réunion pluri-professionnelles pour examiner collectivement ses pratiques à partir de cas cliniques et de références et définir des actions d'amélioration et de suivi. Résultats et discussion : Problèmes soulevés par ordre de fréquence : La limitation thérapeutique dans : 27 % L'implication des familles dans : 23 % Le soulagement de la douleur dans : 21 % Aux frontières du palliatif dans 15 % Annonce d'un diagnostic dans 4 % Impact de la pathologie psychiatrique dans 3 % Les thèmes traités en EPP : 1. Débordement émotionnel 2. Perfusion sous-cutanée et hydratation 3. La question de l'avenir 4. Epuisement des soignants de soins palliatifs 5. Limitation thérapeutique et souffrance des familles 6. insuffisance cardiaque terminale et soins palliatifs Apports de la démarche : Pluridisciplinarité et forte motivation des équipes. Meilleure identification des problématiques nécessitant une analyse approfondie Perspectives : Questionnaire sur l'apport de cette organisation et sur le ressenti des équipes Thèmes pour le DPC en gériatrie.

P292

Expérience d'une Équipe Mobile de Soins Palliatifs gériatrique

C. Bernard¹

¹Pavillon Jean Masse/EMSP - Centre Gériologique Départemental - Marseille - France

En France, le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 visait à favoriser le développement de la culture palliative et l'intervention d'équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En effet, la fin de vie est devenue un enjeu important pour ces établissements. 90 000 personnes y décèdent chaque année et pourtant 25 % des EHPAD n'ont aucun lien avec une structure de soins palliatifs. Dans ce contexte, l'Agence Régionale de Santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur a décidé de créer en Décembre 2011, une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) gériatrique qui intervient exclusivement dans les EHPAD. Cette équipe développée par le centre gériologique départemental de Marseille est composée d'un médecin, de deux infirmiers, d'une psychologue, d'une psychomotricienne et d'une secrétaire. Elle peut se déplacer dans toutes les maisons de retraite de la ville pour soutenir les résidents, leur famille et accompagner les équipes soignantes dans leur démarche palliative. Une aide à la

réflexion et à la décision éthique peut également être apportée par l'équipe. A deux ans d'existence, la file active des patients suivis est en essor constant. Les appels émanent principalement des infirmiers coordinateurs. La principale difficulté rencontrée est celle de la mise en place d'une démarche palliative et de limitation des thérapeutiques actives. L'équilibre entre obstination déraisonnable et abandon thérapeutique reste pour beaucoup de structures réellement difficile à trouver. L'EMSP favorise la concertation entre les équipes soignantes, les médecins, la famille et le résident pour que le projet de soins et de vie soit adapté au mieux à l'état clinique du patient, à ses pathologies et à son désir. La douleur reste encore trop souvent sous-évaluée et sous-traitée. L'équipe mobile forme et soutient les équipes autant pour le repérage et l'évaluation des douleurs et autres symptômes difficiles que pour leurs prises en charge.

P293

Évaluation de la fragilité avant une chirurgie cardiaque élective

M. de Saint-Hubert¹, J. Jamart², L. Gabriel³, M. Gourdin⁴, J. Mitchell⁴, I. Michaux⁵

¹Gériatrie - CHU Dinant Godinne - Yvoir - Belgique

²Biostatistique - CHU Godinne - Yvoir - Belgique

³Cardiologie - CHU Godinne - Yvoir - Belgique

⁴Anesthésie - CHU Godinne - Yvoir - Belgique

⁵Soins intensifs - CHU Godinne - Yvoir - Belgique

Introduction : Les outils d'évaluation préopératoires utilisés en chirurgie cardiaque (Euroscore, STS) semblent moins utiles pour prédire le risque de complications périopératoires chez les sujets âgés. Nous faisons donc l'hypothèse que des marqueurs de fragilité seraient de meilleurs prédicteurs de l'évolution fonctionnelle et de la durée de séjour aux soins intensif (DS-USI) et à l'hôpital (DS-H) Matériels et méthodes : Participants : patients âgés de 75 ans+, admis consécutivement pour une chirurgie cardiaque élective (remplacement valvulaire, pontages aorto-coronariens). L'Edmonton Frail Scale (EFS : 0-14), l'état fonctionnel (AIVJ), la comorbidité (CIRS-G) et la vitesse de marche ont été mesurés en pré-opératoire. Enregistrement des DS-USI et DS-H. Le déclin fonctionnel (DF) a été évalué 3 mois après la sortie d'hôpital (perte d'un point sur les AIVJ). Résultats : Parmi 116 patients éligibles, un suivi complet était disponible pour 47 (âge moyen, 80.2±3.4, 48.9% de femmes) : 24 ont présenté un DF. La vitesse de marche était significativement plus basse chez les patients présentant un déclin fonctionnel (0.7±0.23 m/s vs 0.58±0.19 m/s, p=0.048). EFS était significativement associé à la DS-USI et DS-H (spearman's rho=0.357 et 0.383, p=0.007 et 0.006 respectivement). Discussion : En chirurgie cardiaque élective, la vitesse de marche préopératoire est significativement associée à l'évolution fonctionnelle après la sortie. Dépister la fragilité contribue à identifier les patients à risque de séjour prolongé (DS). Le recrutement se poursuit et des analyses futures viseront à déterminer si une combinaison de scores préopératoires conventionnels et de fragilité améliore l'identification des patients à risque. A terme, l'objectif serait de contribuer à la prise de décision chirurgicale et au management périopératoire.

P294**Synthèse des recommandations sur la prise en charge non pharmacologique (exercices physiques/perte de poids) de l'arthrose des membres inférieurs des sujets très âgés : revue systématique de la littérature**

B. Verlhac¹, J. Le Quintrec², P. Breville³, E. Maheu⁴, C. Cadet⁵, J. Gauvain⁶, J. Vetel⁷, C. Jeande⁸

¹Service de soins de suite et réadaptation orthopédique - Hôpital universitaire Paul BROUSSE (APHP)/AGRHM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Villejuif - France

²Service Médecine Gériatrique 3 - Hôpital StePérine (APHP)/AGRHM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Paris - France

³Rhumatologie - Hôpital St Joseph/AGRHM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Paris - France

⁴Rhumatologie - Hôpital St Antoine(APHP) / AGRHM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Paris - France

⁵Rhumatologie - Cabinet médical/AGRHM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Paris - France

⁶Centre de Médecine Interne Gériatrique - CHR Hôpital Porte Madeleine/ AGRHM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Orleans - France

⁷Gériatrie - Hôpital Général/ AGRHM (association Gériatrie et Rhumatologie) - Le Mans - France

⁸Médecine interne et Gériatrie - Centre d Gérontologie clinique Antonin Balmès/AGRHM (Association Gériatrie et Rhumatologie) - Montpellier - France

Introduction : Les recommandations existantes reposent sur des essais chez des sujets de 60/70 ans. Aussi avons-nous effectué une revue de la littérature concernant exercices physiques et perte de poids du sujet très âgé. Patients et Méthodes : Etude des revues Cochrane, des références des recommandations internationales et méta- analyses, interrogation de la base MEDLINE avec le filtre « eighty and over ». Résultats : Parmi 83 essais identifiés, 15 avaient un âge moyen ≥ 70 ans. Exercices physiques (8 essais):leur efficacité sur la douleur et la fonction (vitesse et/ou distance de marche) est démontrée, même en cas d'arthrose évoluée. Exercices aquatiques (5 essais) : leur efficacité est prouvée sur la douleur et la fonction, similaire à celle des exercices à sec. Perte de poids (2 essais): seuls les patients bénéficiant de la double prise en charge (régime + exercices) sont améliorés. Discussion Les exercices physiques sont efficaces et bien tolérés, mais leur efficacité à long terme nécessite un programme d'exercices à domicile. Les exercices aquatiques ont une efficacité équivalente, mais requièrent une infrastructure lourde. La perte de poids n'est efficace qu'associée aux exercices. Conclusion : Cette revue de la littérature confirme que les recommandations internationales sur la prise en charge non pharmacologique de l'arthrose des membres inférieurs sont applicables à des sujets très âgés autonomes. Des essais consacrés aux sujets très âgés ou poly pathologiques sont nécessaires, ces sujets étant très exposés à l'iatrogénie médicamenteuse.

P295**Un cas d'hémorragie sévère suite à l'utilisation d'hypodermoclyse chez une centenaire**

H. Semlali¹, J. Praet¹, B. Namias¹, S. Allegre¹, W. Mabibi¹

¹Gériatrie - CHU Saint-Pierre - Bruxelles - Belgique

Introduction : L'hypodermoclyse ou la perfusion de solutés dans l'espace sous-cutanée est une technique courante en gériatrie mais reste grevée de complications telles qu'œdèmes, hématomes locaux, infections et dans les cas graves d'hémorragies. L'indication principale réside dans la prévention et le traitement des déshydratations légères à modérées. Les contre-indications sont principalement des déshydratations majeures et une hypocoagulation franche. Cas clinique : Une patiente de 105 ans, institutionnalisée, nous est référée suite au développement d'un hématome de la paroi abdominale en regard du point de ponction d'une hypodermoclyse. Dans son traitement, hormis l'aspirine, on ne retrouve aucun pro-coagulant. Aux urgences, une anémie sévère est objectivée (hémoglobine à 5.9 g/dl) et la patiente développe rapidement un état de choc hémorragique suivi d'un arrêt cardio-respiratoire. Après une brève réanimation et une transfusion de globules rouges, elle restaure une activité cardiaque spontanée. Compte tenu de l'âge de la patiente et conformément à son désir, il est décidé d'assurer avant tout son confort. Elle bénéficie d'une nouvelle transfusion de globules rouges et est autorisée à regagner sa résidence. Discussion : L'utilisation correcte de l'hypodermoclyse en termes de respect d'isotonicité, asepsie et quantité de liquide permet de réduire au maximum les complications. Les incidents observés rapportés sont principalement des hématomes de taille réduite localisés au site d'injections. Bien qu'un risque actuel existe chez les patients en hypocoagulation spontanée ou thérapeutique, nous n'avons trouvé dans la littérature qu'un cas d'hémorragie sévère avec décès. Conclusion : L'utilisation de la d'hypodermoclyse en prévention et en traitement de la déshydratation reste une technique élégante et avec peu d'effets secondaires pour autant que l'on respecte les indications et les procédures d'administration correcte. Une hémorragie grave comme notre cas reste heureusement très exceptionnelle.

P296**Analyse des pratiques transfusionnelles dans un hôpital gériatrique universitaire**

E. Pautas¹, N. Mitha², A. Monti¹, E. Baudry¹, P. Chaïbi²

¹Court séjour gériatrique - Hôpital Charles Foix - Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - Ivry-sur-Seine - France

²Onco-hémato gériatrique - Hôpital Charles Foix - Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - Ivry-sur-Seine - France

Introduction : L'indication d'une transfusion de concentrés de culots globulaires (CG) chez le sujet âgé anémié sous-entend la prise en compte d'un seuil transfusionnel, mais aussi des comorbidités susceptibles d'être décompensées par l'anémie. En l'absence

de recommandations spécifiques aux patients âgés, se pose la question des pratiques transfusionnelles en gériatrie. L'objectif de cette étude est d'analyser les motivations déclaratives de transfusion de CG chez des patients âgés hospitalisés dans un hôpital gériatrique universitaire. Matériel et méthodes : Etude réalisée à partir du recueil rétrospectif, sur un an, des informations mentionnées sur 736 ordonnances de CG. Le taux d'hémoglobine (Hb) au moment de la transfusion et le nombre de CG ont été rapportés aux informations cliniques mentionnées par le prescripteur. Résultats : Le taux moyen d'Hb pré-transfusionnelle est de $8,45 \pm 0,94$ g/dL. Deux variables sont significativement associées à une élévation de ce seuil transfusionnel au-dessus de 9 g/dL : existence d'une mauvaise tolérance de l'anémie ($p < 10^{-4}$) et notion d'un terrain à risque de mauvaise tolérance ($p = 0,008$). Les manifestations de mauvaise tolérance sont principalement cardiovasculaires mais sont aussi mentionnées des événements aigus de type neuro-psychiatrique qui pourraient être considérés comme des critères transfusionnels spécifiques aux patients âgés. Le seul facteur prédictif du nombre de CG transfusés est le taux d'Hb ($p < 0,001$). Discussion – Conclusion : Dans notre pratique gériatrique hospitalière, les seuils et les objectifs transfusionnels paraissent comparables à ceux évoqués dans les seules recommandations françaises disponibles (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé en 2002). L'étude souligne en revanche l'existence de particularités gériatriques dans les motifs de transfusion de CG, avec utilisation de certains critères de tolérance clinique semblant liés à des comorbidités non cardiovasculaires. Des études interventionnelles prospectives pourraient être menées pour tenter d'évaluer la pertinence de ces éventuelles spécificités gériatriques dans les indications transfusionnelles.

P297

Syndrome d'apnées du sommeil du sujet âgé : étude d'une cohorte de patients âgés de 75 ans et plus

A. Monti¹, K. Kinugawa², V. Nguyen-Michel², J. Golmard³, E. Pautas⁴, E. Baudry¹

¹Court séjour gériatrique - Hôpital Charles Foix, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix, APHP - Ivry-sur-Seine - France

²Explorations fonctionnelles - Hôpital Charles Foix, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix, APHP - Ivry-sur-Seine - France

³Département de biostatistiques - Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix, APHP - Paris - France

⁴Court séjour gériatrique - Hôpital Charles Foix - Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix - Ivry-sur-Seine - France

Introduction : La prévalence du syndrome d'apnées du sommeil (SAS) augmente avec l'âge et son diagnostic est important car il entraîne une altération de la qualité de vie et constitue un facteur de risque cardio-vasculaire. Cette étude vise à rechercher d'éventuels facteurs cliniques ou thérapeutiques spécifiques aux patients âgés. Matériel et méthodes : Inclusion consécutive, entre avril 2009 et juin 2013, de patients ≥ 75 ans hospitalisés dans un hôpital gériatrique universitaire et bénéficiant d'une polygraphie ventilatoire pour suspicion de SAS. Recueil des caractéristiques

cliniques (symptômes évocateurs de SAS, comorbidités) et pharmacologiques de chaque patient. Résultats : Parmi les 93 patients inclus (âge moyen $85,6 \pm 5,3$ ans, 62 % de femmes), 64,5 % présentent effectivement un SAS (obstructif dans 87 % des cas) avec un index apnées-hypopnées moyen à 43/h (73 % de SAS sévères). Le nombre total de médicaments prescrits est de 8,3 et 78,5 % des patients prennent au moins un psychotrope. Parmi les symptômes classiques de SAS ou les pathologies associées, seuls les poids (OR = 1,04 par kg de poids ; $p = 0,032$), un antécédent d'AVC (OR = 4,16 ; $p = 0,008$) et les pauses respiratoires nocturnes (OR = 5,17 ; $p = 0,037$) sont statistiquement corrélés au diagnostic de SAS. Aucune variable n'apparaît statistiquement liée à la sévérité ou au type du SAS, mais on note quelques tendances : prédominance de l'insuffisance cardiaque et de la fibrillation auriculaire en cas de SAS central, prédominance de la dépression ou un nombre de benzodiazépines plus élevé dans le SAS obstructif ($p = 0,09$). Conclusion : Dans cette cohorte spécifiquement gériatrique, il semble que certains symptômes classiques de SAS ne soient pas discriminants pour le diagnostic chez les sujets âgés. L'inclusion de patients se poursuit pour augmenter la puissance des tests statistiques afin de confirmer certaines tendances.

P298

Les traitements antalgiques chez les résidents en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

F. Marchand¹, C. Tanguy¹, N. Mimassi¹, J. Conrad¹, P. Nabbe¹

¹Département de médecine générale - Université de Bretagne Occidentale - Brest - France

Introduction : En EHPAD, prendre en charge la douleur est un enjeu quotidien. Reconnaître et traiter la douleur est difficile chez cette population à forte prévalence de troubles cognitifs, avec une augmentation de la dépendance. Connaître et comprendre cette prise en charge pourrait aider les équipes soignantes dans la démarche de soins. Quelles sont les stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses de soulagement de la douleur chez les résidents d'EHPAD du Nord-Finistère, en France ? Méthode : Etude quantitative observationnelle sur un échantillonnage statistique de résidents de quatre EHPAD répartis sur six sites. Les données démographiques, les pathologies, les informations concernant la douleur, la prise en charge, ont été extraites des dossiers médicaux. Un questionnaire complémentaire a été distribué aux soignants. Résultats : Sur une population de 781, 241 résidents ont été inclus après tirage au sort. 62,2 % bénéficiaient d'une thérapeutique non médicamenteuse, sans lien retrouvé avec la présence de douleur. La prévalence de la douleur était de 47 %. 94 % des résidents douloureux avaient un traitement médicamenteux. L'analyse des réponses du questionnaire complémentaire a montré que les soignants n'appliquaient pas les techniques auxquelles ils étaient formés. Discussion La prescription des antalgiques était en accord avec les recommandations actuelles. Les stratégies non pharmacologiques étaient peu utilisées. Des études complémentaires sur les freins à l'usage des thérapeutiques non médicamenteuses en EHPAD seraient utiles.

P299**Intérêt des huiles essentielles en rééducation gériatrique**L. Lorentz¹, E. Viguier², S. Batt²¹Court-Séjour Gériatrique - Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller - Bischwiller - France²Rééducation - Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller - Bischwiller - France

Introduction: Depuis début 2012 les rééducateurs du CHDB développent l'utilisation des huiles essentielles comme alternative ou complément au traitement physique de la douleur, des hématomes, des troubles circulatoires, respiratoires et digestifs. Matériel et méthode : L'utilisation des huiles essentielles fait appel à une démarche diagnostique des rééducateurs visant à rechercher l'étiologie de la douleur pour définir quelles huiles utiliser. Le traitement physique procède de massages ou d'applications, selon les situations pathologiques prises en charge. Cinq types d'actions ont été retenus pour leur usage en physiothérapie, pour sept types d'indications (cf. tableau). La pharmacie hospitalière fournit les huiles essentielles au service de rééducation. Le rééducateur effectue la dilution et le mélange suivant l'indication thérapeutique retenue. Résultats : L'utilisation des huiles essentielles en rééducation s'est développée du fait de l'adhésion rapide de toute l'équipe de rééducation (kinésithérapeutes, ergothérapeutes et médecins rééducateurs) mais aussi des patients. Elles sont actuellement employées quotidiennement, avec une modification durable des pratiques professionnelles. Sur un recul de deux ans d'expérience, nous n'avons constaté aucun effet secondaire ni intolérance. Discussion : Les huiles essentielles ont une place intéressante dans la rééducation des patients âgés. Leur emploi peut être une alternative non médicamenteuse à la prise en charge de la douleur notamment. L'administration par massage ou application renforce le contact physique avec le patient, et remet le kinésithérapeute dans son rôle de masseur-kinésithérapeute. On constate un gain de confort pour le patient, et un réinvestissement de la relation soignant-soigné par les rééducateurs, avec une satisfaction partagée.

P301**Le dossier prospectif gériatrique en communauté, de l'implantation à l'apprentissage par service en communauté pour les étudiants en médecine**G. Lacombe¹, T. Fulop¹, P. Roy², E. Lachance²¹Gériatre - CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada²Médecine Familiale - CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada

Depuis 1987, la FMSS forme aux compétences gériatriques dès la première année de médecine. Le modèle d'épisode de soins aigus des stages hospitaliers confronte les étudiants à des aînés en sévère perte d'autonomie et en delirium laissant une perception négative des soins gériatriques. Nous voulions créer un contexte d'apprentissage non confrontant, favorisant l'acquisition de compétences réelles valorisant l'intervention auprès des aînés et permettre une réflexion personnelle sur la santé et le vieillissement confrontée à celles d'autres étudiants et médecins

d'expérience. Chaque étudiant évalue à 4 reprises en 2 ans un aîné de sa communauté, de préférence à domicile. Il complète à chaque visite le «Dossier Prospectif», y colligeant l'histoire médicale et pharmaceutique, l'examen cognitif et fonctionnel et son interprétation de la situation biopsychosociale. En troisième année, 8 étudiants partagent leurs travaux avec un médecin. Dans le contexte québécois où le vieillissement change rapidement, nous avons évalué les modifications successives du dossier prospectif (l'implantation initiale, le virage médical puis le virage cognitif) à partir de données dénominalisées des dossiers prospectifs de 1990, 2004 et 2012. Les étudiants choisissent en majorité leurs grands-parents à domicile, âge moyen 76 ans. Les aînés portent autant de pathologies, mais subissent moins d'épisodes mortels ou morbides. Ils consomment autant de médicaments mais demeurent plus autonomes et cognitivement performants. Des questions spécifiques à une problématique gériatrique par visite force la recherche sur ces thèmes et approfondit le caractère expérimental. Avec le Moca et le «timed-up and go» les étudiants discutent du maintien des capacités, de la prévention des pertes cognitives et fonctionnelles plutôt qu'uniquement de la démence et l'immobilisation. Plus du tiers accompagne leur aîné lors de services à la communauté et 65% les aident dans la compréhension de leur situation. Nous implantons cette année une quatrième version de l'activité qui intègre l'approche par service en communauté.

P302**Evaluation d'un outil novateur de formation sur les troubles du comportement des résidents institutionnalisés atteints de démences**G. Pisica Donose¹, A. Floriot², F. Barthelemy²¹Médical - DomusVi - Suresnes - France²Expertise et Soins - DomusVi - Suresnes - France

Dans les établissements pour personnes âgées dépendantes les troubles du comportement occupent quotidiennement les équipes: refus de soins, agitation, agressivité, état d'anxiété, apathie, cris, déambulation, troubles du sommeil, fugues. Objectif: élaborer puis évaluer un outil de formation ludique à base de planches avec dessins décrivant des scènes de vie en institution. Méthode: Travail en groupe multidisciplinaire. Réalisation d'une enquête dans 117 établissements pour estimer les difficultés des équipes face aux troubles de comportement et répertorier les moyens d'actions disponibles. Identification de la formation comme axe principal d'action et création de l'outil. Définition du mode d'utilisation, évaluation de l'outil auprès d'un échantillon de participants. Résultats: Création de 30 planches regroupant les principales situations décrites par les équipes. Mode d'utilisation: en une heure, la psychologue et le médecin coordonnateur abordent un thème avec les participants (soignants, aidants, etc.). Les formateurs ont avec eux le dessin et les questions à poser ainsi que les propositions de réponses. Au fil des interactions, les réponses sont proposées, discutées et tous les participants peuvent interagir. Les formateurs guident, valorisent les «bonnes» réponses et attitudes apportées, forment et informent sur les maladies. Les discussions autour du dessin permettent de faciliter l'expression, de faire apparaître le savoir-faire de chacun, de partager les compéten-

ces et les solutions. Evaluation de l'outil dans un établissement, avec 51 participants, a retrouvé 91 % de satisfaits. Conclusion: Cet outil ludique permet d'échanger en interdisciplinarité, d'apaiser et de former pour améliorer la prise en soin du résident. Il aide aussi à connaître les situations de crise pour mieux les prévenir, à éviter chez le soignant des réactions agressives de défense et à définir les limites de chaque équipe. Cet outil a été adapté pour s'adresser aux aidants avec 20 planches et a été accueilli très favorablement.

P303

Le syndrome de stress post traumatique chez les personnes âgées : validité de la mesure (S-SPT)

M. Prévaille¹, C. Lamoureux-Lamarche², H. Vasiliadis¹, S. Grenier³, O. Potvin⁴, S. Gontijo-Guerra², S. Mechakra Tahir⁵, D. Berbiche⁶

¹Département des sciences de la santé communautaire - Université de Sherbrooke - Longueuil - Canada

²Faculté de Médecine et des sciences de la santé - Université de Sherbrooke - Longueuil - Canada

³Centre de recherche - Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

⁴Centre de recherche - Institut universitaire en santé mentale de Québec - Québec - Canada

⁵Épidémiologie - Centre de Recherche de l'Hôpital Charles LeMoine - Longueuil - Canada

⁶Faculté de médecine et des sciences de la santé - Centre de recherche - CSSS Champlain-Charles-Le Moine - Longueuil - Canada

Objectif : documenter la validité et la fiabilité du S-SPT pour mesurer le syndrome de stress post-traumatique dans la population âgée de 65 ans et plus. Méthode : Les données de cette étude proviennent l'étude ESA-services menée en 2012-2013 auprès d'un échantillon probabiliste de personnes âgées de 65 ans et plus en attente de services médicaux dans des cliniques de santé primaires. Résultats : Nos résultats ont montré qu'un modèle de mesure du syndrome de stress post-traumatique composé de trois dimensions : (1) le nombre d'événements traumatiques rapportés, (2) la fréquence d'apparition de réactions et symptômes de détresse associés aux événements rapportés et (3) la présence de conséquences sur la fonctionnalité sociale des individus qui rapportent un événement traumatique ajustait adéquatement les données observées ($\chi^2=0,00$, $p=1,00$). La fiabilité de la mesure S-SPT était de 0,83. Douze pour cent (12,2 %) des personnes âgées qui ont consulté en médecine générale avaient un syndrome de stress post-traumatique probable au cours des 6 derniers mois précédant leur visite médicale. Nos résultats ont, par ailleurs, montré que les femmes étaient plus à risque de rapporter un syndrome de stress post traumatique que les hommes et que les personnes âgées de 75 ans et plus étaient moins à risque que les personnes âgées entre 65 et 74 ans de rapporter ce syndrome. Conclusions : Ces résultats nous amènent à conclure qu'il s'agit d'un problème de santé mentale fréquent chez les personnes âgées de 65 ans et plus et que les omnipraticiens peuvent jouer un rôle important dans le dépistage de ce problème de santé mentale.

P304

La qualité de vie liée à la santé et la qualité de vie associées au syndrome de stress post-traumatique chez les personnes âgées

C. Lamoureux-Lamarche¹, H. Vasiliadis², S. Gontijo-Guerra¹, M. Prévaille²

¹Faculté de Médecine et des sciences de la santé - Université de Sherbrooke - Longueuil - Canada

²Département des Sciences de la Santé Communautaire - Université de Sherbrooke - Longueuil - Canada

Objectif : L'objectif de cette étude était de déterminer l'association entre la qualité de vie liée à la santé et la qualité de vie en général et la présence du syndrome de stress post-traumatique chez une population de personnes âgées. Méthodes : Les données obtenues proviennent de l'étude ESA Services qui inclut une population de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont consultées et qui ont été recrutées dans un établissement offrant des soins de première ligne. La qualité de vie liée à la santé a été mesurée par EuroQOL-5D qui mesure l'utilité selon la perspective de la population générale et l'EQ-Visual Analog Scale (EQ-VAS) a été utilisé pour mesurer l'état de santé auto-rapporté à partir de la perspective du patient. Le CASP a été utilisé pour mesurer la qualité de vie. Les réactions et les symptômes associés avec le syndrome de stress post-traumatique ont été déterminés à l'aide d'une version adaptée de l'Impact of Event Scale-Revised (IES-R). Des régressions linéaires multi variées ont été utilisées pour étudier la qualité de vie liée à la santé et la qualité de vie en fonction du syndrome de stress post-traumatique et des caractéristiques de santé physique et sociodémographiques. Résultats : La qualité de vie liée à la santé mesurée par l'EuroQOL-5D et l'EQ-5D n'était pas associée de façon significative avec le syndrome de stress post-traumatique. La qualité de vie mesurée par le CASP était significativement associée au syndrome de stress post-traumatique. Un plus grand score sur l'IES-R était associé avec une plus faible qualité de vie.

P305

La dépression et l'anxiété chez les aînés : effet d'un programme d'intervention

L. Marcoux¹, S. Lapierre¹, M. Dubé¹, S. Desjardins¹, P. Miquelon¹, R. Boyer², M. Alain¹

¹Département de psychologie - Université du Québec à Trois-Rivières - Trois-rivières - Canada

²Centre de recherche Fernand-Seguin - Université de Montréal - Montréal - Canada

La dépression est le problème de santé mentale le plus fréquent chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Elle entraîne des difficultés à réaliser les activités quotidiennes et occasionne l'abandon d'activités sociales et de loisirs, ce qui contribue à l'aggravation des états dépressifs et anxieux. Dans le but de briser ce cercle vicieux et de contrer la dépression et l'anxiété chez les aînés, un programme d'intervention de groupe, favorisant la poursuite de buts personnels a été testé auprès de cette clientèle. D'une durée de 14 semaines, le programme permet aux participants

d'élaborer, de planifier, de poursuivre et de réaliser des projets personnels significatifs, concrets et réalistes. Il est basé sur l'approche cognitivo-comportementale, mode d'intervention dont l'efficacité est largement documentée. Les participants ont complété, à trois temps de mesure (prétest, post-test et relance, six mois plus tard), des questionnaires portant sur leur capacité à réaliser leurs buts, les symptômes dépressifs, l'anxiété, ainsi que diverses dimensions du bien-être psychologique. Les 24 participants (14 femmes et 10 hommes), âgés entre 65 et 84 ans ($M = 68.6$), étaient modérément déprimés (Inventaire de Dépression de Beck-II, $M = 21.1$) et significativement anxieux (Inventaire d'anxiété gériatrique de Pachana, $M = 12,25$) lors du prétest. L'analyse des résultats indique une diminution significative des symptômes dépressifs ($F(1.48, 34.03) = 20.86$, $p < 0.001$) et de l'anxiété ($F(2, 46) = 10.75$, $p < 0.001$). Cette amélioration s'est maintenue six mois plus tard. Les analyses de variance multivariées à mesures répétées (temps X sexe) ont aussi démontré que les hommes se sont améliorés autant que les femmes en ce qui a trait à la dépression et l'anxiété. Le programme sur la gestion des buts semble donc efficace comme outil d'intervention auprès des personnes âgées dépressives, particulièrement chez les hommes.

P306

Peur de chuter et variabilité de la marche : existe-t-il une association chez la personne âgée ?

F. Ayoubi¹, C. Annweiler², C. Launay³, O. Beauchet³

¹CeRAL - CHU d'Angers - Angers - France

²Service de Gériatrie Clinique - CHU d'Angers - Angers - France

³Gériatrie - CHU d'Angers - Angers - France

Introduction : La peur de chuter (PDC) est fréquente après 65 ans, avec une prévalence atteignant 85 %. Le lien entre la peur de chuter et l'augmentation de la variabilité du pas (STV), généralement assimilée à un trouble de la marche de haut niveau, a été peu étudié et reste encore mal compris en raison de résultats contradictoires. L'objectif de cette étude était de déterminer si la PDC était associée à une augmentation de la STV dans une population âgée de chuteurs et non-chuteurs. Matériel et méthode : 1106 personnes âgées (âge moyen $70,4 \pm 4,7$ ans ; 49,1 % de femmes) ont été séparées en 4 groupes en fonction de l'existence d'une PDC et des antécédents de chutes au cours des 12 derniers mois. La STV a été mesurée avec le système GaitRite® ou SMTEC®. L'âge et le sexe ont été utilisés comme potentiels facteurs de confusion. Résultats : 648 participants (58,6 %) n'avaient pas chuté au cours de la dernière année et ne présentaient pas de PDC, 225 (20,3 %) n'avaient pas chuté mais présentaient une PDC, 110 (10,0 %) avaient chuté sans PDC, et 123 (11,1 %) avaient chuté et présentaient une PDC à l'examen. La STV était plus élevée chez les chuteurs avec PDC que chez les non-chuteurs sans PDC ($P = 0.031$). Il n'y avait pas d'autre différence. L'augmentation de la STV était associée à la PDC uniquement chez les chuteurs ($\beta = 0,01$ avec $P = 0,009$). Conclusion : La PDC était associée à une augmentation de la variabilité de la marche uniquement chez les chuteurs. Ce résultat pourrait expliquer les divergences précédemment rapportées dans la littérature.

P307

Sujet âgé diabétique et chute, les données de la consultation multidisciplinaire de la chute du CHRU de Lille

S. Gloria¹, C. Gaxatte², V. Pardessus², F. Puisieux²

¹Clinique de gériatrie - CHRU de Lille - Roubaix - France

²Clinique de gériatrie - CHRU de Lille - Lille - France

Introduction : Les données épidémiologiques récentes identifient le diabète du sujet âgé comme un enjeu de santé publique majeur dans les années à venir. En effet, la prévalence du diabète chez le sujet âgé est en augmentation et un quart des personnes diabétiques sont aujourd'hui âgées de plus de 75 ans. En plus des complications liées au diabète, ces patients sont exposés à développer plus tôt que le reste de la population des syndromes gériatriques tels que la chute. Objectifs : L'objectif était de décrire la population âgée diabétique ayant consulté pour chute et de comparer les facteurs de risques de chute des sujets âgés diabétiques aux non diabétiques. Méthodes : L'étude incluait les patients ayant bénéficié d'une consultation multidisciplinaire de la chute au centre hospitalier et universitaire de Lille « les Bateliers » de 1995 à 2011. Au cours de chaque consultation, les facteurs de risque de chute étaient identifiés et un examen physique ainsi qu'une évaluation de la marche étaient réalisés. Résultats : Parmi les 1 179 patients rencontrés, 205 patients étaient diabétiques (17 %). Les sujets chuteurs diabétiques étaient significativement plus jeunes et plus dépendants que les non diabétiques (77,9 ans versus 80,9 ans et 4,90 versus 5,1). La peur de tomber était plus fréquemment identifiée chez les sujets diabétiques (83,7 % versus 77,49 %) et s'accompagnait d'une restriction des sorties du domicile (66 % versus 73 %). À l'examen clinique, 76 % des diabétiques présentaient des troubles proprioceptifs contre 61 % chez les non diabétiques. Enfin, 51 % des diabétiques recevaient plus de 8 médicaments par jour. Conclusion : La prévalence de plusieurs facteurs de risque de chute est augmentée chez les patients diabétiques rencontrés en consultation multidisciplinaire de la chute. Une prise en charge multifactorielle de ces patients chuteurs ou à risque de chute reste primordiale que les patients soient diabétiques ou non.

P308

Approche interprofessionnelle pratique et structurée des troubles de la mobilité dans les Unités de courte durée gériatriques du Québec (UCDG)

J. Latour¹, M.-J. Kergoat¹, M. Vu, S. Lafrenière, J. Filion, F. Dubé¹, L. Duquette, C. Fortier

¹Gériatrie - CHUM - Montréal - Canada

Introduction : Dans un but d'amélioration continue, un sous-comité de travail d'une communauté de pratique en soins gériatriques hospitaliers (RUSHGQ) s'est donné pour mandat d'élaborer un guide de pratique clinique interprofessionnel des troubles de la mobilité. Méthodes : Les éléments clés d'un processus de soins de bonne qualité ont été déterminés à partir d'une recension des écrits et d'une consultation par groupes de discussion et sondages écrits

auprès de professionnels de la santé provenant de 30 UCDG de tailles et de régions différentes. Résultats : L'approche comporte 4 moments stratégiques qui se déclinent en 12 étapes. En premier lieu, dès les 24-48 heures suivant l'admission, une évaluation de base de la mobilité par le médecin, l'infirmière et le physiothérapeute doit être faite. Cette évaluation initiale a pour but : 1) d'assurer la sécurité et de fournir l'aide requise aux patients tout en favorisant le maintien de leurs capacités; et 2) d'identifier ceux qui présentent des troubles modérés à sévères de la mobilité. Ces patients ont été définis selon 4 principaux profils. Les éléments et les modalités d'évaluation et d'intervention qui devraient systématiquement être abordés (en partenariat avec le patient et son entourage) pour maintenir ou améliorer la mobilité ont été identifiés pour chaque catégorie de professionnels. Des indicateurs sont proposés pour mesurer l'impact de l'approche sur les patients/entourage et son application par l'équipe. L'approche a été diffusée auprès des 500 professionnels et questionnaires rattachés aux 51 établissements membres du RUSHGQ. Des visioconférences sont offertes pour approfondir les éléments spécifiques à chaque profession. Une implantation de l'approche a débuté dans une UCDG en milieu universitaire et des outils de formation pour l'équipe médico-nursing ont été développés. Conclusion : Ce guide clinique s'adresse aux équipes UCDG qui désirent optimiser les soins qu'ils dispensent aux patients présentant des troubles de la mobilité modérés à sévères.

P309

Vivre en Équilibre : Une innovation pour reprendre confiance et mieux participer dans sa communauté

J. Filiatrault¹, J. Desrosiers², L. Gauvin³, S. Laforest⁴, L. Richard⁵, M. Parisien⁶, A. Lorthios-Guilledroit⁷

¹École de réadaptation - Université de Montréal - Montréal - Canada

²École de réadaptation - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

³Département de médecine sociale et préventive - Université de Montréal - Montréal - Canada

⁴Département de kinésiologie - Université de Montréal - Montréal - Canada

⁵Faculté des sciences infirmières - Université de Montréal - Montréal - Canada

⁶Service de pointe Prévention Promotion Santé et Vieillesse - Centre de santé et de services sociaux Cavendish-Centre affilié universitaire - Côte-Saint-Luc - Canada

⁷Centre de recherche - Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

Introduction : La peur de tomber, un phénomène très fréquent chez les aînés vivant à domicile, peut contribuer à une restriction excessive de leurs activités et accroître leur risque de chutes. C'est pourquoi de nombreuses études soutiennent l'importance d'agir sur cette peur dans le but d'en limiter les conséquences. Or, peu de programmes de prévention des chutes ont considéré ce facteur jusqu'à maintenant et les rares exceptions ne sont pas adaptées à la population francophone. Vivre en Équilibre a été développé pour répondre à ce besoin. Le but de cette communication est de pré-

senter : 1) les étapes de développement de Vivre en Équilibre, un programme ciblant la peur de tomber offert en groupe par des pairs formés; et 2) les résultats préliminaires d'une étude des effets de ce programme. Matériel et méthode : Le contenu et le matériel du programme ont d'abord été validés par un comité d'experts, puis mis à l'essai auprès d'un groupe d'aînés vivant en résidence pour aînés autonomes. Une étude quasi expérimentale faisant appel à des mesures répétées (pré-programme, post-programme et 6 mois après l'entrée dans l'étude) est en cours. Celle-ci implique 10 groupes d'aînés (5 groupes expérimentaux et 5 groupes témoins). Résultats : La pertinence du programme pour les aînés a fait l'unanimité dans le comité de validation. La facilité de recrutement et le bon taux de participation au programme lors de la mise à l'essai démontrent l'intérêt et la satisfaction des aînés vis-à-vis du programme. Les résultats colligés jusqu'à maintenant suggèrent les bienfaits du programme sur les facteurs psychologiques associés aux chutes. Discussion/conclusion : Vivre en Équilibre est un programme novateur de par sa cible d'intervention et son approche par les pairs. Ce programme accessible à la francophonie s'inscrit dans la perspective d'augmenter le pouvoir d'agir des aînés sur leur santé et leur qualité de vie.

P310

Effets d'un entraînement cognitif sur la marche chez les personnes âgées

V. Cornu¹, J. Steinmetz², C. Federspiel³

¹Clinical Neuropsychology - Saarland University - Steinsel - Luxembourg

²Recherche et Développement - ZithaSenior - Luxembourg - Luxembourg

³Rééducation gériatrique (1), Recherche & Développement (2) - Zitha Klinik (1), Zitha Senior (2) - Luxembourg - Luxembourg

I. Introduction : Plusieurs études ont pu démontrer l'association entre troubles de la marche, chutes et fonctions cognitives (attention, fonctions exécutives) chez les personnes âgées. Il semble ainsi prometteur dans le cadre de la prévention de chutes, d'analyser les effets d'un entraînement cognitif sur la marche. En ce qui concerne les paramètres de la marche, une variabilité du pas élevée et un ralentissement de la vitesse de marche sous condition de double tâche, sont des indicateurs sensibles permettant d'évaluer le risque de chutes. La présente étude a analysé les effets d'un entraînement neurocognitif sur ces différents paramètres. II. Matériel et méthode : L'échantillon est composé de 24 personnes âgées (âge moyen : 85, écart-type : 5.69). Les participants ont été affectés soit à un groupe d'intervention participant à un entraînement cognitif de six semaines (n = 14), soit à un groupe contrôle (n = 10). Un design quasi expérimental avec des mesures pré- et posttest a été utilisé. L'analyse de la marche a été effectuée à l'aide du système Gaitrite® qui permet de mesurer e.a. la vitesse, la variabilité de la durée du cycle de marche et la variabilité de la longueur du cycle de marche. III. Résultats : Sous la condition double tâche, des effets d'importance clinique ont pu être observés dans le groupe d'intervention après l'entraînement cognitif. Une réduction de la vitesse de marche moins importante après l'entraînement (taille d'effet, $\delta = .27$) ainsi qu'une réduction de la variabilité de la

longueur du cycle de marche ont pu être observées (taille d'effet, $\delta = .71$). IV. Discussion et conclusion : Ces premiers résultats sont prometteurs et suggèrent qu'un entraînement cognitif peut avoir le potentiel d'améliorer les troubles de marche. Néanmoins, des recherches ultérieures avec des échantillons plus grands sont nécessaires afin de confirmer et de renforcer les résultats trouvés lors de l'étude présente.

P311

Marche et attention sélective chez les personnes âgées

V. Cornu¹, J. Steinmetz², C. Federspiel³

¹Clinical Neuropsychology - Saarland University - Steinsel - Luxembourg

²Recherche et Développement - ZithaSenior - Luxembourg - Luxembourg

³Rééducation gériatrique (1), Recherche et Développement (2) - Zitha Klinik (1), Zitha Senior (2) - Luxembourg - Luxembourg

I. Introduction : Un lien entre troubles de la marche, chutes et fonction cognitives (fonctions exécutives et attention), chez les personnes âgées peut être considéré comme établi. En ce qui concerne les paramètres de la marche, une variabilité du pas élevée et un ralentissement de la vitesse de marche sous condition de double tâche, sont des indicateurs sensibles permettant d'évaluer le risque de chute. La présente étude s'est intéressée aux différences de ces paramètres de marche en fonction de la performance dans un test d'attention sélective. II. Matériel et méthode : L'échantillon est composé de 24 personnes âgées en long séjour (âge moyen : 85, écart-type : 5.69). L'analyse de la marche a été effectuée à l'aide du système Gaitrite® qui permet de mesurer e.a. la vitesse, la variabilité de la durée du cycle de marche et la variabilité de la longueur du cycle de marche. L'attention sélective a été mesurée avec un test d'attention sélective adapté aux personnes âgées. Les personnes ont été regroupées sur la base de leur performance dans ce test (temps requis et erreurs commises) afin d'obtenir deux groupes : un groupe plus performant et un groupe moins performant. III. Résultats : On a pu observer des différences de marche en fonction de l'attention sélective. Plus précisément, dans le groupe moins performant considérant les erreurs commises lors du test, la variabilité de la longueur du cycle de marche sous condition double tâche était supérieure à celle du groupe plus performant (taille d'effet, $\delta = |.32|$). Il est de même pour le groupe moins performant considérant le temps requis (taille d'effet, $\delta = |.34|$). IV. Discussion et conclusion : Ces résultats mettent en évidence les différences dans les paramètres de marche, et le risque de chute associé, en fonction de la capacité d'attention sélective chez les personnes âgées.

P312

Chute du sujet âgé au centre 15: Caractéristiques des appels et place de la régulation dans le prise en charge du chuteur

S. Gloria¹, V. Petit², P. Valette³, J. Devienne³, F. Puisieux⁴

¹Clinique de gérontologie - CHRU de Lille - Roubaix - France

²Equipe mobile d'évaluation gérontologique - CH d'Arras - Arras - France

³Pôle urgences et soins critiques - CH d'Arras - Arras - France

⁴Clinique de gérontologie - CHRU de Lille - Lille - France

Introduction : La chute chez le sujet âgé de plus de 75 ans est un motif de recours aux services d'urgences mais elle est aussi à l'origine de nombreux appels au centre 15. Cependant, les assistants de régulation médicale ne disposent pas toujours de réponse adéquate. Objectifs : L'objectif principal de cette étude est de décrire les appels pour chute des personnes âgées de plus de 75 ans au SAMU 62. L'objectif secondaire est d'identifier les hospitalisations à distance des sujets ayant eu recours au SAMU 62 pour chute sur le centre hospitalier d'Arras. Méthode : La première partie de l'étude s'est déroulée au SAMU 62 du 3 octobre au 4 décembre 2011. Les patients âgés de plus de 75 ans appelant pour chute ont été inclus. La seconde partie s'est déroulée jusqu'au 31 mai 2012 et s'intéressait aux patients ayant appelé le centre 15 pour chute et réhospitalisé au centre hospitalier d'Arras. Résultats : Nous avons reçu 1 331 appels pour chute. 85 % des appels émanaient du domicile. 28 % des personnes ont été relevées et laissées sur place principalement par les sapeurs pompiers (63 %). Parmi les patients transportés, 97 % ont été adressés à un service d'urgences. 87 % des chuteurs n'ont pas pu se relever seuls, 69 % avaient déjà des antécédents de chute connus. Parmi les 162 appels pour chute sur la communauté urbaine d'Arras, nous avons constaté 35 réhospitalisations dont 18 pour une chute et 12 dans le premier mois suivant l'appel au centre 15. Conclusion : Le centre 15 a un rôle clé dans le parcours du sujet âgé chuteur. L'identification de certains facteurs de risque de chute au moment de l'appel puis le signalement à l'équipe mobile de gériatrie permettraient une prise en charge ambulatoire précoce, une réduction du risque de perte d'autonomie et de réhospitalisation.

P313

Déterminants du développement d'un syndrome de stress post-traumatique chez des personnes âgées de plus de 75 ans à 2 mois d'une chute

F. Bloch¹, M. Blandin², R. Ranerison², A. Rigaud³, Y. Claessens⁴, G. Kemoun⁵

¹Gerontologie 1 - Hôpital Broca (AP-HP) - Paris - France

²Urgences - Hôpital Cochin (AP-HP) - Paris - France

³Pole de Gériatrie - Hôpital Broca (AP-HP) - Paris - France

⁴Urgences - Centre Hospitalier Princesse Grace - Monte-Carlo - Monaco

⁵Laboratoire « Mobilité, Vieillesse, Exercice » (MOVE), EA 3813 - Université de Poitiers - Poitiers - France

Introduction : Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est un trouble psychologique qui peut se développer dans les mois qui suivent un traumatisme et entraîner d'importantes répercussions. Le tableau psychologique présenté par une personne âgée après une chute n'a jamais été étudié sous l'angle du SSPT. Dans ce cas, y a-t-il des éléments dans le tableau aigu pouvant être pronostique du développement, à distance d'un SSPT ? L'objectif de cette étude est une évaluation de l'anxiété post chute des personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences et à 2 mois afin de mettre en évidence des déterminants possibles. Méthode : Etude de cohorte, prospective,

monocentrique, observationnelle aux urgences et à 2 mois par des échelles d'évaluation de l'anxiété : l'inventaire d'autoévaluation de l'anxiété et le PTSD check-list Scale (PCL-S). Résultats : Cinquante-deux patients ont été inclus, 36 ont terminé l'étude. La population, d'âge moyen $87 \pm 6,7$ ans était féminine pour 86 %, avec un bon état cognitif pour 88 % des cas et vivait seule à domicile dans 75 % des cas. Trente pour cent rapportaient un antécédent de chutes répétées. La chute était accidentelle dans 70 % des cas, 33 % des patients avaient pu se relever seuls et 44 % ont été hospitalisés au décours. Nos résultats montrent que 23 % des sujets avaient une anxiété plus forte que d'habitude après leur chute aux urgences et 26 % présentaient des critères de SSPT à 2 mois. Les facteurs significativement prédictifs de SSPT à 2 mois étaient l'anxiété post-chute immédiate, les antécédents de chutes répétées et la capacité à se relever seul après une chute. Conclusion : L'association entre peur de chuter et SSPT chez certains patients suggère qu'elle puisse être la manifestation du SSPT. La mise en évidence de facteurs prédictifs de développement d'un SSPT peut permettre d'isoler précocement une population pouvant bénéficier d'une rééducation adaptée.

P314

Chutes des personnes âgées vivant à domicile : conséquences sur la vie quotidienne et aménagements du domicile pour les prévenir

E. Mendes da Costa¹, I. Godin², M. Bantuelle³, Y. Coppeters¹, T. Pepersack⁴, A. Levêque¹

¹Centre de Recherche en Epidémiologie, Biostatistiques et Recherche Clinique - Université Libre de Bruxelles (U.L.B.) - Ecole de Santé Publique - Bruxelles - Belgique

²Centre de recherches Approches sociales de la santé - Université Libre de Bruxelles (U.L.B.) - Ecole de Santé Publique - Bruxelles - Belgique

³ASBL Educa Santé - ASBL Educa Santé - Charleroi - Belgique

⁴Service de Gériatrie - Université Libre de Bruxelles (U.L.B.) - Hôpital Universitaire Erasme - Bruxelles - Belgique

Introduction : Les chutes des personnes âgées, problématique multifactorielle importante, peuvent entraîner des répercussions physiques et psychologiques considérables. Notre objectif est de décrire les circonstances entraînant une peur de tomber, les activités réduites par peur de tomber, et les aménagements du domicile réalisés ou nécessaires pour réduire le risque de chute. Méthodologie : Enquête transversale - avril à août 2006 – Fontaine l'Évêque (Belgique) - questionnaire auto-administré - 501 répondants non-institutionnalisés (65 - 96 ans ; 60.6 % de femmes). Résultats Plus de 60 % des personnes disent avoir peur de tomber. Les circonstances associées à cette peur les plus fréquemment mentionnées sont 'dans les escaliers, les marches' (52.9%) et lors d'un déplacement à l'extérieur (46.4 %). Près de 40 % des personnes ont réduit certaines activités : celles en hauteur (35.6 %), les déplacements (31.9 %) et les tâches ménagères (22.1 %) sont le plus souvent limitées. Près de 30 % des personnes ont déjà aménagé leur logement pour prévenir les chutes ; la pose de rampes (47.7 %) et les installations permettant d'éviter les escaliers (39.6 %) sont

le plus souvent rapportées. Des modifications du domicile seraient nécessaires pour 23.8 % des personnes : 31.5 % des personnes mentionnent des installations permettant d'éviter les escaliers, 21.1 % des aménagements de la salle de bain et 20.0 % et la pose de rampes. Les pourcentages susmentionnés diffèrent selon que les personnes reçoivent ou non de l'aide pour remplir le questionnaire : la peur de tomber, la restriction d'activités et les aménagements du domicile sont notamment plus souvent rapportés chez les personnes ayant été aidées. Conclusion : La peur de tomber et la restriction d'activités liée affectent des activités importantes du quotidien des personnes. Si certaines ont déjà aménagé leur domicile, une part non négligeable pense que des aménagements y seraient nécessaires pour réduire le risque de chute. Cette demande explicite devrait être l'objet d'actions de prévention efficaces.

P315

Facteurs de risque de chute chez des sujets résidant en maison de repos : étude prospective d'une durée de 2 ans

F. Buckinx¹, C. Beaudart¹, J. Slomian¹, D. Maquet², M. Demonceau², S. Gillain³, J. Petermans³, J. Reginster¹, O. Bruyère¹

¹Département des Sciences de la santé Publique, Epidémiologie et Economie de la Santé - Université de Liège - Liège - Belgique

²Département des Sciences de la Motricité - Université de Liège - Liège - Belgique

³Service de Gériatrie - Université de Liège - Liège - Belgique

Introduction : Cette étude a pour objectif de dégager les caractéristiques démographiques et cliniques des sujets « chuteurs », afin de déterminer les facteurs de risque de chute chez les personnes âgées institutionnalisées en maison de repos. Matériel et méthode : 100 sujets ont été suivis durant 24 mois pour la survenue des chutes. Leurs caractéristiques démographiques (sexe, âge, IMC, nombre de médicaments consommés, antécédents médicaux, antécédents de chutes) et cliniques (niveau de dépendance de Katz, score obtenu au test de Tinetti, données quantitatives de la marche évaluées au moyen d'un accéléromètre triaxial) ont été récoltées à l'inclusion. Résultats : Un total de 440 chutes a été comptabilisé durant les 2 ans d'étude et 75 sujets ont chuté au moins une fois (moyenne : 4.44 ± 6.79 chutes par patient). La courbe de survie de Kaplan-Meier montre que 25 % des sujets ont chuté dans les 2 premiers mois de l'étude alors que 75 % des sujets ont chuté durant la première année de suivi. Les caractéristiques initiales des sujets « chuteurs » par rapport aux sujets « non chuteurs » sont comparables, excepté pour le score obtenu au test de Tinetti (18.4 ± 4.45 points chez les « chuteurs » versus 20.6 ± 4.73 points chez les « non-chuteurs », $p = 0.04$) et pour la fréquence des pas mesurée en double tâche (0.77 ± 0.22 chez les « chuteurs » versus 0.66 ± 0.14 chez les « non chuteurs », $p = 0.02$). Selon le modèle de régression logistique, la fréquence des pas mesurée en double tâche est l'unique facteur prédictif des chutes chez les personnes âgées institutionnalisées ($p = 0.003$). Conclusion : Les sujets chuteurs ont un score de Tinetti plus petit et une fréquence des pas mesurée en double tâche plus grande par rapport aux sujets « non

chuteurs ». Celle-ci est particulièrement prédictive du risque de chute chez les sujets âgés résidant en maison de repos.

P316

Éducation thérapeutique centrée sur la chute en Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique

L. Mora¹, J. Jenn², M. Rainfray², N. Salles²

¹Gériatrie - Hôpital Pitié Salpêtrière - Paris - France

²Gériatrie - Xavier Arnozan - Bordeaux - France

La chute est un événement multifactoriel qui nécessite une prise en charge globale. Malgré son essor actuel, l'éducation thérapeutique (ET) fait peu souvent partie du plan d'intervention. Objectifs : Décrire l'ET incluse dans la prise en charge pluridisciplinaire d'un SSR. Évaluer l'impact des ateliers sur le nombre de chutes à 2 mois et la satisfaction des patients. Méthodes : Étude prospective sur 7 mois. Critères d'inclusion : âge > 75 ans, antécédents de chutes ou risque de chute, MMS > 18/30. Durant l'hospitalisation, les patients bénéficiaient, en plus de la prise en charge rééducative multidisciplinaire, de trois ateliers d'ET, animés par une équipe de rééducateurs. Les patients, réunis par groupe, échangeaient et réfléchissaient sur les différents sujets : Atelier n°1 : « vécu et partage d'expérience » Atelier n°2 « risques de chutes et solutions » Atelier n°3 : « que faire si je tombe ? » A 2 mois de la sortie, rappel téléphonique des patients, de l'entourage et du médecin traitant : recueil des récurrences de chute, de l'autonomie fonctionnelle (Barthel), d'un questionnaire de satisfaction. Résultats : 70,6 % des patients ont manifesté un intérêt pour les séances, 61,8 % des patients ont jugé avoir acquis des connaissances, 44,2 % ont estimé que les séances avaient eu un impact dans leur vie quotidienne. Seulement 23,7 % des patients inclus ont présenté une ou des chute(s). Seul un patient a présenté une chute grave. Parmi les chuteurs à 2 mois, 33,3 % ont réussi à se relever du sol. Conclusion : Cette étude a permis de démontrer que l'ET est faisable et accueillie favorablement. Nous n'avons pas pu avoir de résultats significatifs du fait du faible effectif et de l'absence de groupe témoin. Toutefois les résultats sont encourageants et justifient une expansion de la pratique de l'ET en gériatrie.

P317

Chute chez la personne âgée : sont-elles suffisamment informées ?

S. Christelbach¹, M. Noël², J. Petermans², S. Allepaerts²

¹Gériatrie - CHU Liège - Sprimont - Belgique

²Gériatrie - CHU Liège - Liège - Belgique

Introduction : La chute concerne 30 à 40 % des personnes âgées et entraîne des comorbidités et une mortalité significatives. Leur prévention est primordiale. Objectifs : Analyser les connaissances d'une population de personne âgée vivant au domicile et ayant présenté une chute dans les 6 mois. Méthodes : Soixante patients hospitalisés en salle de gériatrie ont été interrogés sur les circonstances de la chute, sa gravité, sur les facteurs potentiels provoquant les chutes, leurs conséquences et leur demande en

information. Résultats : Plus des 2/3 des personnes pensent que la chute est un événement anodin et 1/3 qu'il est normal de tomber avec l'avancée en âge, 31 % disent avoir peur de tomber. Plus des 2/3 des personnes avaient déjà présenté une chute. 58 % connaissent la cause de la chute et 22 % n'ont pas averti leur entourage. Dans l'ensemble les personnes sont bien conscientes de la plupart des facteurs favorisant la chute. Par contre, ils ne le sont pas suffisamment sur le rôle de l'alimentation, de la douleur et de la peur de tomber. La perception de la gestion de la chute est moins bonne, ainsi 58 % des personnes interrogées pensent qu'il faut restreindre ses activités et 76 % disent qu'il vaut mieux ne plus quitter son domicile. Seulement 60 % sont demandeurs d'information. Conclusions : La chute n'est pas un événement anodin chez la personne âgée. Les facteurs favorisant la chute sont bien connus des personnes âgées. Par contre, il y a un manque d'information sur l'attitude à adopter après une chute. La demande d'information est faible. Il reste un grand travail de sensibilisation par les équipes de soins.

P318

Introduction d'une démarche éducative chez le sujet âgé chuteur : le programme Ninon

A. Ridao¹, V. Pardessus³, V. Beghin², P. Lagardere⁴, F. Puisieux⁵

¹SSR - Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal - Wasquehal cedex - France

²Hôpital de jour - Hôpital gériatrique les Bateliers, CHRU Lille - Lille - France

³Rééducation - Hôpital gériatrique les Bateliers, CHRU Lille - Lille - France

⁴Formation continue - AGA'PES formation - Cenon - France

⁵Pôle Gériatrie - Hôpital gériatrique les Bateliers, CHRU Lille - Lille - France

La chute chez le sujet âgé représente une problématique de santé publique majeure. L'éducation thérapeutique (ETP) du sujet âgé chuteur représente un nouveau champ d'action dans la prise en soins de ces sujets fragiles. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'adhésion des participants au programme d'éducation thérapeutique du sujet âgé chuteur, l'atteinte des objectifs individualisés et le devenir à 3 mois. Les données des patients ayant participé au programme d'ETP du CHRU de Lille ont été étudiées rétrospectivement. Les sujets sont suivis tout au long d'un programme de douze semaines puis lors d'une journée de rappel, 3 mois après les ateliers éducatifs. Entre avril 2009 et décembre 2012, 43 patients âgés en moyenne de 78,4 ans ont participé au programme d'ETP. 79 % de la population est tombée au moins une fois dans les 6 mois précédant l'ETP. L'adhésion est importante avec 69,8 % des participants ayant achevé le parcours éducatif. Les évaluations mettent en évidence une amélioration des tests réalisés (Get up and Go test, vitesse de marche). 60 % des participants n'ont pas présenté de nouvelle chute trois mois après les ateliers thérapeutiques. De manière subjective, on note une amélioration de la qualité de vie et une diminution de la peur de la chute. L'adhésion aux recommandations est importante avec deux tiers de la population suivant totalement l'intégralité des conseils

d'éducation prodigués. La démarche d'éducation thérapeutique du sujet âgé chuteur représente une nouvelle philosophie du soin plaçant le sujet au centre de sa prise en charge. Cette approche permet au sujet âgé chuteur de prendre conscience de ses propres facteurs de risque et de les modifier s'il le désire. Les retours de ce programme d'ETP sont positifs mais ceci sur une population restreinte. Des investigations sur une population plus large et réalisées à plus long terme restent à mener.

P319

Groupe "Equilibre, prévention des chutes" du Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller

L. Lorentz¹, M. Schneider²

¹Court-Séjour Gériatrique - Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller - Bischwiller - France

²Rééducation - Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller - Bischwiller - France

Depuis octobre 2011, le Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller propose un groupe « Equilibre, prévention des chutes ». Il s'agit d'une prise en charge de rééducation collective complétant le travail individuel, qui s'adresse aux patients vivants à domicile, hospitalisés en Court-Séjour, SSR et Hôpital de Jour gériatriques. Les objectifs sont : diminuer le risque de chute et les troubles de l'équilibre, augmenter la confiance en soi, corriger certains troubles de la marche, mettre en situation de vie quotidienne (situations à risque à domicile) et préparer le retour à domicile. Le cycle comporte 8 séances de 1h00, 2 fois par semaine. Une séance est dédiée à l'évaluation fonctionnelle des participants par plusieurs tests tels que la vitesse de marche, le Timed-Up-and-Go test, la station unipodale, la marche sur une ligne, l'enjambement d'obstacle et le relever du sol. Les autres séances sont thématiques, mais comprennent toujours un échauffement, des exercices de marche et d'équilibre et des mises en situation de vie quotidienne. Le nombre maximum de participants par groupe est fixé à 8 personnes. Les critères d'exclusion sont la non compréhension des consignes et l'agitation. Les groupes sont animés par deux personnes dont au moins un ergothérapeute. En 2012, 124 personnes ont suivi le programme, avec une moyenne de 6 participants par séance. A l'issue de la prise en charge, les patients décrivent une diminution de la peur de tomber et déclarent faire « plus attention » dans leurs activités quotidiennes. Certains envisagent des modifications de leurs habitudes et de leur environnement à leur retour à domicile. Le bénéfice de ce programme est reconnu par les patients et les rééducateurs. La régularité des séances et l'assiduité des patients sont primordiales. L'intégration de ce programme dans une démarche d'éducation thérapeutique formalisée est envisagée.

P320

Approche neuropsychologique des troubles de l'attention chez le sujet atteint de sclérose en plaques

M. Damas¹, M. Damas¹

¹Psychologie - Université d'Alger - Alger - Algérie

L'effet favorable de la prise en charge neuropsychologique sur le fonctionnement cognitif chez les patients atteints de maladies dégénératives a été montré par les neuropsychologues depuis plusieurs années. Des tests d'évaluation neuropsychologique qui mesurent l'attention (stroop-d2-passat) furent réalisés avant et après une prise en charge neuropsychologique chez 20 patients. Le protocole thérapeutique a donné des résultats très encourageants. Nous avons proposé un programme d'entraînement neuropsychologique pour prendre en charge les sujets atteints de troubles neuropsychologiques (en particulier les troubles attentionnels) chez les sujets atteints de maladies dégénératives. Ce programme a été validé sur les patients souffrants de sclérose en plaques, nous avons respecté la procédure suivante: Nous avons diagnostiqué les troubles de l'attention à l'aide des tests suivants: - Le test "STROOP" qui vise à l'évaluation de l'attention sélective. -Le "d2" qui permet l'évaluation de l'attention concentrée. Notre échantillon se compose de 20 cas il se divise en 2 groupes, un groupe témoin qui se compose de 10 cas et un groupe expérimental qui se compose de 10 cas. Nous avons rééduqué le groupe expérimental à l'aide du programme que nous avons proposé durant 2 mois, et lors de la deuxième passation des tests le groupe expérimental a marqué une amélioration.

P321

La mémoire rétrograde dans le trouble cognitif léger et la démence de type Alzheimer

R. Langlois¹, S. Joubert², S. Benoit³, V. Dostie¹, I. Rouleau³

¹Psychologie - UQÀM - Montréal - Canada

²Département de psychologie - Université de Montréal - Montréal - Canada

³Département de psychologie - Université du Québec à Montréal - Montréal - Canada

L'objectif de ce projet était d'étudier la mémoire rétrograde dans le trouble cognitif léger de type amnésique (TCLa) et la démence de type Alzheimer (DTA), à l'aide d'un questionnaire portant sur des événements publics médiatisés (PUB-40). Vingt patients atteints de TCLa, 20 patients atteints de DTA et 20 participants âgés sains ont répondu au PUB-40. Celui-ci est composé de 40 événements qui ont été sélectionnés à travers 4 époques (1960-75, 1976-90, 1991-2005, 2006-11), afin d'examiner l'effritement des souvenirs au fil du temps. De plus, la moitié des événements a été médiatisée à plusieurs reprises depuis leurs survenues (durables), alors que l'autre moitié relève de la petite histoire et a été médiatisée uniquement durant une courte période de temps circonscrite et éphémère (transitoires). Des MANOVA ont été menées, afin de comparer le profil de réponses des groupes aux deux types d'événements, à travers les époques. Les résultats révèlent que les trois groupes performant selon un patron de réponses similaire (interaction n.s.) tant pour les événements durables que transitoires. Toutefois, on observe des différences quant aux niveaux de performance des groupes. Plus précisément, aux questions qui portent sur les événements durables, le rendement des patients TCLa est comparable à celui des sujets témoins ($p = .07$) et supérieur aux patients DTA ($p < .0005$). Au contraire, pour les items liés à des événements transitoires, les patients TCLa obtiennent un score se rapprochant

de celui des patients DTA ($p = .06$) et significativement inférieur au groupe contrôle ($p < .01$). Ces résultats permettent de réconcilier les deux principaux modèles concernant la mémoire rétrograde, soit la théorie des traces multiples et la théorie de la réallocation corticale. De fait, la préservation des souvenirs liés aux événements durables dans le TCLa laisse croire qu'avec la répétition, les souvenirs pourraient devenir indépendants du lobe temporal médian.

P322

Existe-t-il des troubles de la mémoire rétrograde dans le Trouble cognitif léger ?

S. Joubert¹, S. Benoit², R. Langlois², M. Joannette¹, I. Rouleau³

¹Département de psychologie - Université de Montréal et CRIUGM - Montréal - Canada

²Département de psychologie - UQAM et CRIUGM - Montréal - Canada

³Département de psychologie - UQAM & Hôpital Notre-Dame - Montréal - Canada

Les personnes âgées présentant un Trouble cognitif léger (TCL) représentent un groupe particulièrement à risque de développer une maladie d'Alzheimer. Bien que les difficultés d'apprentissage (mémoire antérograde) représentent l'un des éléments intégrants du diagnostic de TCL, l'intégrité de la mémoire rétrograde dans le TCL demeure en revanche encore relativement méconnue. L'objectif de cette présentation sera de faire une revue d'études récentes réalisées par notre équipe qui explorent la nature des troubles de la mémoire rétrograde chez des individus TCL. Dans un premier temps, nous documenterons la nature des troubles de la mémoire sémantique dans le TCL, ainsi que les origines cérébrales de ces déficits. Dans un deuxième temps, nous examinerons le cas des connaissances sur les personnages célèbres et les événements marquants dans le TCL. Des résultats récents de notre équipe suggèrent que l'intégrité des connaissances rétrogrades dans le TCL varie en fonction de la nature des stimuli (personnes vs. événements), de la dimension durable vs. transitoire des stimuli, ainsi que de l'époque à laquelle les informations ont été encodées. Des tests cliniques évaluant la mémoire rétrograde peuvent représenter un ajout important à l'évaluation neuropsychologique de la personne âgée présentant une plainte mnésique ou des troubles de la mémoire.

P323

Effets d'un programme communautaire pour promouvoir la vitalité cognitive sur les stratégies mnésiques, habitudes de vie et cognition des aînés

S. Laforest¹, N. Bier², K. Nour³, D. Ellemberg¹, M. Fournier⁴, A. Lorthios-Guillemot⁵, D. Guay⁶, C. Desgagnés Cyr⁶, C. Desgagnés Cyr⁶, M. Parisien⁶

¹Département de kinésiologie - Université de Montréal - Montréal - Canada

²Département réadaptation - Université de Montréal - Montréal - Canada

³Secteur Planification, évaluation et recherche - Direction de la Santé Publique de la Montérégie - Longueuil - Canada

⁴Recherche - DSP Montréal-centre - Montréal - Canada

⁵Département médecine sociale et préventive - Université de Montréal - Montréal - Canada

⁶CREGÉS - CSSS Cavendish - Montréal - Canada

Objectif: Muscler vos méninges est un programme de promotion de la vitalité cognitive, offert par des intervenants de milieux communautaires pendant dix semaines, à des aînés sans problème cognitif au Québec/Canada. Cette intervention multifactorielle unique répondait à une demande des milieux pour les outiller en regard des préoccupations des aînés face à leur mémoire. Cette étude vise à évaluer les effets du programme sur l'utilisation de stratégies mnésiques, les loisirs, l'activité physique (AP) et la cognition. Méthode: Un devis quasi expérimental a été choisi. 23 organismes communautaires ont recruté 294 aînés de plus de 60 ans demeurant dans la communauté et intéressés à participer au programme. Les groupes expérimentaux offraient le programme après le pré-test et les groupes témoins mis sur une liste d'attente. Les participants étaient évalués avant et après le programme avec des tests cognitifs (MoCA, MIA, CVLT, RBMT, MMQ, attention, Stroop) et des instruments sur la pratique d'AP et de loisirs (CHAMPS, Florida). Des analyses de régressions ajustées ont été réalisées. Résultats: 92 % des sujets se sont présentés au post-test ($n = 271$; âge moyen 71 ans; 87 % de femmes; score moyen au MoCA 25,6/30). Les analyses de régressions indiquent des améliorations significativement plus grandes pour les groupes expérimentaux comparativement aux témoins pour l'utilisation de stratégies mnésiques, la pratique d'AP et de loisirs. Une tendance a été observée pour MIA capacité. Discussion: Le programme a pu amener des changements significatifs au niveau de la pratique d'activité physique et de loisirs et par rapport à l'utilisation de stratégies mnésiques. Bien que les effets soient moins marqués que ceux d'interventions individuelles ou offertes par des professionnels au niveau des variables cognitives, Muscler vos Méninges est un programme de promotion qui peut être diffusé à large échelle et qui contribuera à favoriser le maintien de la vitalité cognitive des aînés vivant dans la communauté.

P324

Difficulté des traitements des douleurs aiguës et chroniques du zona chez la personne âgée

G. Pickering¹, G. Gavazzi², C. Mann³, F. Liard⁴, M. Labetoulle⁵, P. Gorwood⁶, C. Deback⁷, N. Atta⁸

¹Centre de Pharmacologie Clinique - CHU Clermont-Ferrand - Clermont-Ferrand - France

²Service Gériatrie - Hôpital Nord Michallon - La Tronche - France

³Unité d'évaluation et de traitement de la douleur - Clinique Clementville - Montpellier - France

⁴Médecine générale - Cabinet de médecine générale - Saint-Epain - France

⁵Service d'Ophtalmologie - CHU Bicêtre, Université Paris Sud - Kremlin-Bicêtre - France

⁶CMME - Centre Hospitalier Sainte-Anne, Université Paris Descartes & INSERM U894 - Paris - France

⁷Service de Virologie - Hôpital Paul Brousse, Université Paris Sud - Villejuif - France

⁸INSERM U987 et Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur - Hôpital Ambroise Paré - Boulogne-Billancourt - France

Introduction : Le zona est une affection virale douloureuse dont l'incidence et la sévérité augmente avec l'âge. L'objectif prioritaire de son traitement consiste à éviter ou contrôler la douleur. Méthode. Un groupe multidisciplinaire d'experts s'est réuni pour échanger sur la difficulté de la prise en charge thérapeutique du zona chez la personne âgée. Résultats : Lors de la phase aiguë, l'objectif des traitements antiviraux est de réduire la durée de l'infection et des douleurs. Ils peuvent être associés à des antidépresseurs (amitriptyline) et/ou des anti-épileptiques (gabapentine) à visée antalgique, et parfois lors de douleurs très sévères à des opioïdes. L'efficacité des traitements antiviraux dans la prévention des douleurs post-zostériennes (DPZ) est controversée. Bien qu'il existe de nombreuses options de traitement des DPZ (antidépresseurs, antiépileptiques, opioïdes, tramadol, anesthésiques locaux, seuls ou associés), aucune ne donne totale satisfaction. Toutes les molécules présentent des effets secondaires limitant leur utilisation chez les personnes âgées. Ainsi, les antiépileptiques occasionnent vertiges, somnolence, et chutes ; les traitements systémiques contrairement aux traitements locaux (lidocaïne, capsaine) affectent les fonctions cognitives. A l'efficacité limitée des traitements et leurs effets secondaires s'ajoutent des modifications inhérentes à l'âge : modification de paramètres pharmacocinétiques (diminution de l'absorption, la biotransformation, et l'élimination) et pharmacodynamiques (diminution de la sensibilité des tissus cibles, du nombre de récepteurs. . .), polyopathologies, et polymédication. Ces modifications augmentent le risque d'effets secondaires. Le risque d'interactions médicamenteuses est majeur chez les patients porteurs de pathologies chroniques souvent polymédiqués. Enfin, l'âge augmente le risque de troubles sensoriels (vision), cognitifs (confusion, défaut de communication), sociaux (isolement), psychologiques (dépression), et physiques (tremblements) favorisant le mésusage ou la non-adhérence thérapeutique. Conclusion : Le traitement de la douleur lors de zona reste insatisfaisant. C'est un réel challenge chez la personne âgée. Le prescripteur doit tenir compte de critères cliniques mais aussi cognitifs, sociaux, et psychologiques propres à chaque patient.

P325

Statut vitaminique D et fonctionnement du cortex moteur primaire chez la personne âgée : résultats d'une étude de spectroscopie par résonance magnétique

C. Annweiler¹, O. Beauchet², R. Bartha³, V. Hachinski⁴, M. Montero-Odasso⁵

¹Service de Gériatrie Clinique - CHU d'Angers - Angers - France

²Gériatrie - CHU d'Angers - Angers - France

³Robarts Research Institute - University of Western Ontario - London, on - Canada

⁴Neurology - University of Western Ontario - London, on - Canada

⁵Geriatrics - University of Western Ontario - London, on - Canada

Introduction : La vitamine D est impliquée dans la physiologie cérébrale et a été associée à la performance des membres inférieurs chez la personne âgée. L'objectif de cette étude était de déterminer dans une cohorte de personnes âgées si l'hypovitaminose D était associée à un dysfonctionnement neuronal dans la région caudale du cortex moteur primaire (cCMP) évalué en spectroscopie par résonance magnétique. Matériel et méthode. Vingt participants âgés de la "Gait and Brain Study", tous caucasiens et vivant à domicile (âge moyen 74,6±6,2 ans ; 35 % de femmes), ont été inclus dans cette analyse. Le ratio de N-acétyl-aspartate sur créatine (NAA/Cr), un marqueur de la fonction neuronale, a été calculé en spectroscopie par résonance magnétique dans un voxel placé sur le cCMP. Les participants ont été séparés en deux groupes en fonction du ratio NAA/Cr moyen. L'hypovitaminose D a été définie pour une concentration sérique de 25-hydroxyvitamine D (25OHD) ≤ 75 nmol/L. L'âge, le genre, le nombre de morbidités, le risque vasculaire, la performance cognitive, la performance de marche, la prise de suppléments de vitamine D, l'épaisseur du cCMP, le grade de leucoaraïose, et la concentration sérique d'hormone parathyroïde ont été utilisées comme potentiels facteurs de confusion. Résultats : Comparé aux participants avec un NAA/Cr élevé (n = 11), ceux avec un NAA/Cr bas (synonyme de fonction neuronale diminuée) avaient une concentration sérique de 25OHD plus basse (p = 0.044) et plus fréquemment une hypovitaminose D (p = 0.038). L'hypovitaminose D était associée à une diminution du ratio NAA/Cr après ajustement sur les caractéristiques cliniques (β = -0.43, p = 0.016), les mesures de neuroimagerie (β = -0.44, p = 0.014) et les mesures sériques (β = -0.44, p = 0.023). Conclusions : L'hypovitaminose D était associée à une réduction de la fonction neuronale dans le cCMP. Ce résultat contribue à expliquer la physiopathologie des troubles de la marche et des chutes observés chez la personne âgée avec hypovitaminose D.

P326

Comparaison du Rivermead Behavioral Memory Test avec des mesures objective et subjective de la mémoire chez des aînés vivant dans la communauté

L. Auger¹, N. Bier², K. Nour³, M. Parisien⁴, C. Desgagnés-Cyr⁵, D. Guay⁴, D. Ellemberg⁵, S. Laforest⁵

¹École de réadaptation - Université de Montréal -

St-jean-sur-richelieu - Canada

²École de Réadaptation - Université de Montréal - Montréal - Canada

³Planification, évaluation et recherche - Direction de la Santé Publique de la Montérégie - Longueuil - Canada

⁴Prévention et Promotion de la Santé et Vieillesse - Centre de Recherche et d'Expertise en Gériatrie Sociale - Montréal - Canada

⁵Département de kinésiologie - Université de Montréal - Montréal - Canada

Introduction : Le RBMT est un instrument qui évalue la mémoire selon une perspective écologique à travers des situations de la vie

quotidienne. L'objectif général est d'explorer la validité du Rivermead Behavioral Memory Test (RBMT) avec les personnes âgées. Méthodologie : Un devis quasi expérimental s'échelonnant sur un an a été effectué. Seuls les résultats au temps 1 (pré-intervention) ont été utilisés pour la présente étude. Les participants étaient recrutés à partir de centres communautaires de Montréal pour participer à un projet de recherche de plus grande envergure évaluant l'impact d'un programme d'intervention multifactoriel de promotion de la santé cognitive chez les personnes âgées. 294 personnes âgées (\bar{x} = 129, âge moyen : 70.74 ± 7.23) ont pris part à l'étude. Les critères d'inclusion étaient : 1) être âgé d'au moins 60 ans, 2) pouvoir communiquer en français ou en anglais, 3) ne pas avoir suivi un programme similaire dans la dernière année et 5) ne pas avoir reçu de diagnostic d'un problème cognitif. Le RBMT a été administré. La mémoire a aussi été évaluée avec une mesure objective (California Verbal Learning Test) et une mesure subjective (Multifactorial Memory Questionnaire Ability). Le niveau de fonctionnement cognitif général a été évalué avec le MoCA. Les variables confondantes étaient la dépression (Échelle de Dépression Gériatrique) et les facteurs sociodémographiques, incluant l'âge, le sexe et la santé globale. Des corrélations partielles ont été réalisées entre les variables. Résultats : Le RBMT n'est significativement corrélé qu'avec le MoCA ($r = .13$, $p = .032$) lorsque les variables confondantes sont contrôlées. Conclusion : Le RBMT mesure des aspects spécifiques de la mémoire qui ne sont pas explorés par les mesures objectives (CVLT) et subjectives (MMQ) de mémoire. Il est toutefois influencé par le fonctionnement cognitif général. Le RBMT est donc un outil utile et complémentaire à utiliser pour guider la réadaptation des personnes âgées.

P327

Quelles activités de loisirs influencent la vitalité cognitive des aînés?

L. Auger¹, B. Fournier², C. Desgagnés-Cyr², M. Parisien³, N. Bier⁴, K. Nour⁵, D. Guay³, S. Laforest²

¹École de réadaptation - Université de Montréal - St-jean-sur-richelieu - Canada

²Département de kinésiologie - Université de Montréal - Montréal - Canada

³Prévention Promotion de la Santé et Vieillesse - Centre de Recherche et d'Expertise en Gérontologie Sociale - Montréal - Canada

⁴École de réadaptation - Université de Montréal - Montréal - Canada

⁵Secteur planification, évaluation et recherche - Direction de la Santé Publique de la Montérégie - Longueuil - Canada

Introduction: Les activités de loisirs sont reconnues comme un moyen de diminuer le risque de développer des troubles cognitifs et de ralentir leur progression chez les aînés. Peu d'études ont par contre exploré les bénéfices associés aux loisirs de type cognitifs et sociaux, et à la pratique d'activités de loisirs spécifiques sur la vitalité cognitive Objectifs: Explorer les relations entre les fréquences totales d'activités de loisirs de types cognitives et sociales et des fréquences d'activités de loisirs spécifiques sur la vitalité intellectuelle. Méthodologie: Devis transversal avec

294 aînés (\bar{x} = 255, âge moyen : 71,0 ans) fréquentant des centres communautaires évalués au niveau des loisirs (Florida Cognitive Activities Scale) cognitifs ($n = 13$) et sociaux ($n = 3$), des fonctions cognitives (MoCA, RBMT, California Verbal Learning Test-II, Metamemory In Adulthood, Multifactorial Memory Questionnaire, Stroop, Questionnaire Auto-administré de l'Attention) et des facteurs sociodémographiques. Les corrélations étaient contrôlées pour les facteurs personnels. Des analyses de régression suivront. Résultats: Les corrélations pour la fréquence totale de loisirs cognitifs étaient significatives ($p \leq .05$) pour: MoCA ($r = .17$), RBMT ($r = .12$), CVLT-courbe app ($r = .20$), QAA ($r = .12$), Stroop ($r = .20$). La fréquence totale de loisirs sociaux n'était associée ($p \leq .05$) à aucun test cognitif. L'utilisation de l'ordinateur était le loisir associé au plus grand nombre de tests cognitifs ($n = 4$), suivie par les mots-croisés/sudokus qui étaient associés à 2 tests. 8 autres activités de loisirs étaient associées à 1 seul test. Conclusion: La pratique de plusieurs loisirs cognitifs est corrélée à la vitalité cognitive des aînés, contrairement aux loisirs sociaux. Les activités de loisirs spécifiques sont généralement liées à des sphères isolées des fonctions cognitives. Comparée à l'engagement fréquent dans un seul loisir, la pratique de différentes activités de loisirs de type cognitives pourrait amener davantage de bénéfices pour la vitalité intellectuelle des aînés. Toutefois, plus d'études sur ce sujet sont nécessaires.

P328

Influence du type de matériel dans l'évaluation des connaissances sémantiques sur les personnes célèbres dans le trouble cognitif léger et la maladie d'Alzheimer

S. Benoit¹, I. Rouleau², R. Langlois², V. Dostie³, S. Joubert³

¹Département de psychologie - Université du Québec à Montréal - Montréal - Canada

²Psychologie - Université du Québec à Montréal - Montréal - Canada

³Psychologie - Université de Montréal - Montréal - Canada

Introduction: Des difficultés sémantiques seraient relevées dans le trouble cognitif léger (TCL) - particulièrement lorsque du matériel unique (ex. personnes célèbres) est utilisé - et seraient associées à un plus grand risque de développer la maladie d'Alzheimer (MA). Or, les mécanismes de ces atteintes précoces demeurent peu étudiés. Matériel/Méthode: Une tâche d'évaluation des connaissances sémantiques liées à des personnes célèbres contenant des questions sur 10 personnalités connues depuis longtemps (1960-1975) et 10 autres plus récemment célèbres (1990-2005) a été administrée à 20 TCL, 20 MA et 19 sujets contrôles. On y distingue les célébrités de notoriété transitoire (i.e. n'ont marqué l'actualité que de façon ponctuelle) de ceux ayant une notoriété durable (i.e. demeurent encore connus aujourd'hui). Une question générale et une seconde évaluant des connaissances plus spécifiques accompagne chaque nom. Résultats: Les TCL obtiennent un meilleur score total que les MA, mais performent significativement moins bien que les contrôles ($F(2,56) = 20,42$, $p \leq .001$). Leur profil varie toutefois selon le type de stimuli utilisé puisqu'une ANOVA Époque X Groupe révèle une interaction significative uniquement auprès des stimuli durables ($F(2,56) = 8,11$, $p < .01$). Ainsi, la performance des TCL est similaire aux contrôles pour les stimuli durables

anciens, mais comparable aux MA pour le matériel récent. Pour les stimuli transitoires, la performance des TCL est toujours significativement plus faible que les contrôles, toutes époques confondues. Elle se compare toutefois à celle des MA pour les stimuli transitoires anciens, mais pas pour les récents. De plus, les questions spécifiques distinguent mieux les trois groupes que les questions générales. Discussion/Conclusion : Les différences relevées entre les groupes sont conformes aux atteintes sémantiques rapportées dans la littérature. Celles-ci varient toutefois selon le matériel utilisé. Cette étude souligne également l'intérêt de recourir au matériel sémantique le plus spécifique possible lors d'évaluations cliniques de TCL.

P329

Echelle de Réserve Cognitive comme prédicteur du fonctionnement cognitif global des personnes âgées

C. Grotz¹, X. Seron², S. Adam¹

¹Unité de Psychologie de la Sénescence - Université de Liège - Liège - Belgique

²Unité des Neurosciences Cognitives - Université catholique de Louvain - Louvain - Belgique

Introduction : La « réserve cognitive » est une notion théorique, proposée pour rendre compte de la plasticité cérébrale du sujet âgé. Plus précisément, un individu très actif tout au long de sa vie (éducation, loisirs, activité professionnelle) va développer une forme de réserve cognitive qui lui permettra de compenser les effets négatifs du vieillissement cérébral. Si ce concept apparaît de plus en plus central dans la littérature, il reste relativement abstrait dans le sens où peu d'outils ont été développés pour quantifier l'influence de ces différents facteurs de réserve. Tout au plus, l'évaluation de la réserve se limite à la prise en compte du niveau d'étude ou de l'utilisation d'un sous-test d'une batterie d'intelligence. Objectif Dans ce contexte, l'objectif est : (1) d'élaborer et valider une échelle de réserve cognitive (inspirée d'une échelle préexistante²) qui intégrera de façon exhaustive les facteurs reconnus comme alimentant la réserve ; (2) de déterminer si l'effet de l'âge sur le fonctionnement cognitif est différent en fonction du niveau de réserve. Méthologie : L'échantillon se compose de 103 sujets âgés entre 55 et 84 ans. L'échelle de réserve regroupe différents facteurs (ex : éducation, loisirs, profession, langues) Des analyses de régressions linéaires multiples (actuellement en cours) sont effectuées afin de vérifier s'il existe une association entre la cognition et chacun des facteurs de réserve. Ceci permettra ensuite d'extraire un indice général de réserve afin de vérifier si ce dernier est prédicteur du fonctionnement cognitif indépendamment de l'âge du sujet. Bibliographie : 1. Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 448–460. doi:10.1017/S1355617701020240 2. Nucci, M., Mapelli, D., & Mondini, S. (2011). The cognitive reserve questionnaire (CRIq): A new instrument for measuring the cognitive reserve. *Aging and Clinical Experimental Research*. Advanced online publication. doi:10.3275/7800.

P330

Le Trail Making Test au Maroc entre l'effet de la langue, de l'âge, et du niveau d'instruction

A. Oumellal¹

¹Service de Neurologie A et de Neuropsychologie. Hôpital des spécialités - Rabat - Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat - Rabat - Maroc

Objectif : Cette étude propose d'élaborer le Trail B Marocain, et d'examiner l'effet de l'âge, du niveau d'instruction, du genre et de langue sur la performance au Trail A, Trail B Marocain et le Trail B originel, dans le but d'obtenir des normes pour les sujets Marocains. Méthodes : L'échantillon se compose de 348 participants (156 Femmes et 192 Hommes). Il est classifié en quatre groupes d'âges (18–39 ans, 40–59 ans, 60–69 ans et ≥ 70 ans) et trois niveaux d'instruction (3–6 ans, 7–10 ans and ≥ 11 ans). Résultats : la performance au Trail A, au Trail B Marocain et au Trail B originel diminue significativement avec l'augmentation de l'âge et le faible niveau d'instruction et non pas par le genre. Il n'y a pas de différence de performance entre le Trail B Marocain et le Trail B originel. Conclusion : Les données actuelles représentent des normes préliminaires pour le the Trail A, Trail B Marocain et le Trail B originel. Elles permettront au neuropsychologue de déterminer à quel degré les scores reflètent une déficience de performance dans différents âges, niveaux d'instruction et langues.

P331

L'apport du Montreal Cognitif Assessment (MoCA) comme outil de dépistage pour l'identification de déficits cognitifs légers (DCL) selon différents seuils, dans la population âgée générale

L. Boucher¹, P. Nolin²

¹Psychologie - UQTR - Repentigny - Canada

²Psychologie - UQTR - Trois-rivières - Canada

Objectifs : La présentation permettra de comparer le score au MoCA. (Nasreddine et al., 2005) selon deux seuils différents (< 26 et ≤ 23), aux scores d'un bilan neuropsychologique, afin de voir lequel de ces deux seuils est le plus approprié pour l'identification de DCL chez les personnes âgées vivant en communauté. Méthode : Les participants sont 93 individus en bonne santé, âgés de 65 ans et plus, soit 63 femmes et 30 hommes. Les participants ont été sollicités dans la communauté à l'aide d'annonces dans les journaux locaux. Cette annonce invitait les personnes à participer à un projet de recherche sur l'attention, la mémoire, etc. Les participants DCL ont été identifiés à l'aide du MoCA avec un seuil < 26 , tel que décrit par les auteurs du test, et également avec un seuil ≤ 23 . Les participants DCL et non DCL, ciblés à partir de ces critères, ont été comparés sur leur bilan neuropsychologique. Deux séances ont eu lieu au CSSS du sud de Lanaudière et à l'UQTR (Québec, Canada) où l'ensemble des tests leur a été administré.

Résultats : Les résultats ont démontré une grande variabilité dans l'identification du DCL selon la méthode choisie. En effet, selon le seuil choisi (< 26 ou ≤ 23) au MoCA, comparativement au bilan neuropsychologique, de 8 à 27 personnes ont été identifiées DCL. Ceci représente donc 9 % à 29 % de l'échantillon. Conclusion : Cette communication présente les avantages et les limites des différentes approches évaluatives du DCL dans la population générale. Les résultats soulignent l'importance du jugement clinique et des précautions à prendre avec les personnes âgées qui sont très scolarisées lors de l'utilisation du MoCA pour la détection de DCL chez une population vivant en communauté. De même, les résultats invitent à la prudence. Finalement, la présente communication démontre que l'évaluation neuropsychologique apparaît comme le moyen le plus fiable à utiliser dans la démarche diagnostique du DCL.

P332

les médecins traitants français face aux syndromes démentiels: applicabilité des recommandations de la Haute Autorité de Santé

A. Bouquet¹, A. Corvo², S. Belliard³

¹Rééducation - Centre Régional de Gériatrie - Chantepie - France

²Equipe mobile de gériatrie - CHU Pontchaillou - Rennes - France

³Neurologie - CHU Pontchaillou - Rennes - France

Les médecins généralistes sont amenés, du fait du vieillissement de la population, à prendre en charge un nombre croissant de patients concernés par les syndromes démentiels. Cette prise en charge se révèle toutefois difficile le médecin généraliste intervenant bien sûr dans le champ médical mais également dans les champs sociaux et juridiques. C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé a émis en décembre 2011 de nouvelles recommandations sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, redéfinissant le rôle du médecin traitant tout au long du parcours de soins de ces patients. Ces dernières renforcent le rôle du médecin traitant comme pilote de l'ensemble du suivi médico-social et impose la réalisation régulière d'évaluations standardisées globales. Une méthode de recherche qualitative de type focus groups a été utilisée auprès de médecins généralistes du bassin rennais. Deux focus groups constitués respectivement de 8 et 5 médecins généralistes d'une durée de 2h chacun ont été constitués en fin d'année 2013. Après retranscription verbatim, une analyse thématique transversale a été effectuée. Les données recueillies montrent les nombreuses difficultés rencontrées par les médecins généralistes, qu'il s'agisse de l'évaluation clinique initiale ou de la coordination de soins avec les différents acteurs du secteur médico-social. Certains n'ont même pas eu connaissance des dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé. Au-delà d'un simple manque de formation, l'absence de perspective thérapeutique semble constituer un frein à l'intérêt qu'ils portent à ces patients. Les dernières recommandations semblent perçues comme compliquant la prise en charge de ces derniers. L'applicabilité des dernières recommandations pose question, les médecins traitants rencontrés les jugent complexes, doutant de leur intérêt pour leurs patients. Nous discuterons des freins à la

prise en charge optimale en ville des patients présentant un syndrome démentiel.

P333

Fluctuation cognitive isolée révélatrice d'une maladie à corps de Lewy

K. Segers¹, F. Benoit², A. Hambye³, V. Kovac², L. Divano⁴, J. Robberecht², M. Surquin²

¹Neurologie - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

²Gériatrie - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

³Radio Isotopes - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

⁴Radiologie - CHU Brugmann - Bruxelles - Belgique

Introduction: La Fluctuation Cognitive (FC), symptôme fréquent dans les démences, représente également un élément important dans le diagnostic différentiel. Matériel et méthode: cas clinique Une patiente de 78 ans avec des antécédents cérébrovasculaires consulte pour des épisodes récurrents de confusion depuis plusieurs mois, induisant des erreurs de gestion de médicaments. L'examen clinique neurologique est normal. Le bilan neuropsychologique montre une atteinte de la mémoire à long terme visuelle, une dyscalculie, un syndrome dysexécutif, une apraxie et des troubles visuo-constructifs. Quand la patiente est revue le lendemain, elle présente une agitation rapidement résolutive, sans trouble attentionnel. Vu l'importance de la FC, même sans hallucinations une scintigraphie des récepteurs dopaminergiques (à l'ioflupane) est prescrit à la recherche d'une maladie à corps de Lewy (MCL). Une semaine plus tard, la patiente est hospitalisée pour un délire aigu avec agitation. Résultats: Les analyses biologiques sont normales. La résonance magnétique révèle des lésions ischémiques péri-ventriculaires et un dépôt d'hémisidérine occipital gauche. La scintigraphie confirmera la présence d'une hypoactivité bilatérale des noyaux de la base. Après deux mois de traitement par donépézil 5 mg, plus aucun épisode de confusion ou hallucination n'est rapporté et l'on note une augmentation du Mini Mental State de 23/30 (consultation initiale) à 28/30. Discussion Le diagnostic de MCL probable requiert la présence d'une démence ainsi que 2 des 3 critères majeurs (FC, hallucinations visuelles récurrentes, syndrome extrapyramidal non-iatrogène). Toutefois, ce diagnostic peut également être établi sur base d'un seul critère majeur, si la scintigraphie à l'ioflupane est pathologique. Conclusions: Notre cas illustre l'importance de la FC, critère majeur dans le diagnostic de MCL probable, surtout, et même en cas d'apparition isolée, où elle peut simuler une confusion aiguë. Il souligne le rôle de la scintigraphie des récepteurs dopaminergiques dans la détection des présentations atypiques.

P335

Troubles cognitifs et risque de chute chez les sujets âgés institutionnalisés malentendants

E. Brocquet¹, S. Leusie², C. Renard³, M. San Jullian⁴, L. Vergnon⁴, F. Puisieux⁵

¹Gériatrie - CHRU de Lille - Premesques - France

²Orthophonie - GRAP Santé - Paris - France

³ORL - GRAP Santé - Lille - France

⁴ORL - GRAP Santé - Paris - France

⁵Gériatrie - CHRU de Lille - Lille - France

Contexte : Des données concordantes suggèrent que la privation sensorielle auditive est un facteur de risque de développer des troubles cognitifs et de chute chez les personnes âgées. La question qui se pose est de savoir si la correction des troubles auditifs par un appareillage auditif réduit ces risques. Notre étude constitue une première approche du problème et a pour objectif principal d'évaluer la cognition par l'échelle du MMSE chez des sujets malentendants appareillés et non appareillés. Les objectifs secondaires sont l'évaluation de la cognition par d'autres échelles validées et l'évaluation du risque de chute dans cette population. Méthode : Etude observationnelle cas témoin réalisée avec le soutien du groupe GRAPsanté dans 15 EHPAD et 2 foyers logements du Nord. 91 sujets âgés de 60 ans et plus ont été inclus. Une évaluation de l'audition a été réalisée grâce à une audiométrie tonale et vocale. Les fonctions cognitives ont été évaluées par le MMSE, les 5 mots de Dubois, l'horloge, les fluences verbales. Les facteurs de risque de chute ont été répertoriés. Résultats : La régression linéaire multiple a révélé que le score du MMSE était inférieur de 3,86 points dans le groupe des sujets non appareillés par rapport aux sujets appareillés ($p=0,00182$). L'évaluation cognitive par les autres échelles a retrouvé une différence significative entre les groupes appareillés et non appareillés avec des scores plus élevés pour les sujets appareillés. La prévalence de la chute était de 23 % chez les malentendants sans différence significative entre les sujets appareillés et ceux qui ne l'étaient pas. Conclusion : L'étude conclut à un niveau de sévérité des troubles cognitifs plus grand chez les sujets malentendants non appareillés comparés à des malentendants appareillés. Elle apporte un argument supplémentaire en faveur d'un lien entre déficience auditive et déclin cognitif sans pouvoir définir la nature de ce lien. L'appareillage des sujets malentendants doit être une préoccupation des professionnels de santé et de tous ceux qui travaillent avec les personnes âgées.

P336

Observation d'une amélioration du vieillissement cognitif : Effet Flynn, réserve cognitive ou protection vasculaire ?

G. Lacombe¹, F. Langlois², H. Imbeault²

¹Géronte - CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada

²Clinique de mémoire - CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada

La définition de la normalité demeure un défi en gériatrie. Plusieurs des "valeurs normales" publiées au début des années 80 ont été modifiées par l'identification de maladies spécifiques traitables. La "démarche sénile" est de plus en plus attribuée à la pathologie microvasculaire sous-corticale potentiellement réversible. Et le vieillissement cognitif? Depuis 1989, dans le cadre de l'évaluation de programme, les travaux d'évaluation cognitive des étudiants en médecine dans le dossier prospectif en communauté sont évalués. De façon prospective certaines données sensibles sont dénomalisées et conservées pour comparaison ultérieures. Nous présentons une étude rétrospective des 3 années pour lesquels les données démographiques, fonctionnelles et cognitives, les patho-

logies et médicaments sont disponibles. 425 dossiers évalués: 1992 (n = 80), 2006 (n = 161), et 2012 (n = 172). De milieux sociaux considérés comparables, les patients gardent une moyenne d'âge 77-78 ans, Mais le MMSE montre une augmentation progressive, statistiquement significative des performances entre 1992 (M = 23/30), 2006 (M = 25/30), 2012 (M = 28/30). La scolarité moyenne passe de 8 à 10 ans. De plus l'analyse des résultats du MOCA disponible en 2012 montre une relation significative entre les meilleurs résultats cognitifs et l'absence de syndrome métabolique. En montrant des améliorations de performances cognitives d'une génération à l'autre depuis deux décennies à une épreuve gériatrique fortement répandue, ces résultats suggèrent une modification potentielle de normalité. Différentes hypothèses explicatives de ces résultats sont explorées. L'effet Flynn montrait une progression comparable des capacités préscolaires avec l'amélioration du niveau de vie. La scolarisation joue un rôle déjà documenté dans les performances cognitives chez les plus âgés. Deux facteurs pouvant contribuer à l'amélioration de la réserve cognitive. Une meilleure protection vasculaire peut protéger ce capital cognitif. Ces observations proposent une prudence dans l'utilisation de valeurs historiques dans l'interprétation des évaluations cognitives, de la progression des maladies et le besoin de revoir les valeurs normatives.

P337

Relation en l'autonomie fonctionnelle au MMSE dans les atteintes neurocognitives de type Alzheimer comparativement aux atteintes vasculaires

G. Lacombe¹, A. St-Cerny-Gosselin², A. Perreault³, T. Fulop⁴, C. Bocti⁴, H. Imbeault⁵, F. Langlois⁵, C. Létourneau⁶

¹Géronte - CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada

²Clinique de mémoire - Etudiante faculté de médecine de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

³Clinique de mémoire - Faculté de médecine Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

⁴Clinique de mémoire - CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada

⁵Clinique de mémoire, neuropsychologie - CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada

⁶Clinique de mémoire, infirmière - CSSS-IUGS - Sherbrooke - Canada

La clinique de mémoire de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke bénéficie depuis 1996 d'une programmation multidisciplinaire et standardisée. L'évolution des critères diagnostiques, des instruments d'évaluation clinique ont entraîné des modifications dans les processus. La tradition de bien documenter l'autonomie contraste avec les évaluations de pratique disponibles mais les paramètres standardisés sur trois périodes et modèles différents demeurent qualitatifs. Nous avons étudié la valeur de la transformation de ces données en valeurs quantitatives sur des échelles standardisées pour les mettre en suite en relation avec l'atteinte cognitive mesurée par le MMSE, le plus fréquemment utilisé pour juger de la sévérité de la démence. Deux étudiants en médecine ayant de l'expérience avec l'évaluation cognitive et fonctionnelle ont révisé rétrospectivement 300 dossiers consécutifs porteurs de diagnostics de maladie Alzheimer, démence mixte, démence vas-

culaire, démence sous-corticale vasculaire ou maladie d'Alzheimer avec contribution vasculaire de la clinique de mémoire du CSSS-IUGS. Étaient exclus les patients pour lesquels un déficit moteur ou perceptuel post AVC expliquaient d'emblée la limite fonctionnelle. Les données démographiques, le MMSE (Folstein), le résultat de l'imagerie, les médicaments psychotropes, les composantes du syndrome métabolique etc. sont relevés. Le verbatim des cueillettes standardisées des infirmières de la clinique sont analysées pour attribuer des valeurs à chaque composantes des échelles de l'Autonomie de Bartel, Katz et SMAF. Tout dossier présentant un diagnostic imprécis était revu par un médecin de la clinique pour préciser la classification. La concordance interjuge est évaluée précocement à partir de l'analyse de 30 dossiers attribués à l'insu des évaluateurs étaient de 98% pour le Katz, 95% pour le Bartel et 93% pour le SMAF. Un processus de consensus avec un tiers est introduit pour les dossiers litigieux. Nous présentons les résultats de cette évaluation et l'importance de documenter l'autonomie pour juger de la sévérité de la démence.

P338

Etiologies des troubles cognitifs chez les patients diabétiques de type 2

S. Makdessi¹, Z. barrou², V. Faucounau², A. Breining², C. Sagot², L. Mora², S. Greffard², J. Cohen-Bittan², J. Boddart², B. Dieudonné², M. Bouriffet², M. Verny²

¹Gériatrie. Pr Verny - Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière - Paris - France

²Service de gériatrie - Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière - Paris - France

Introduction: La littérature fait état d'un risque augmenté de démence chez les diabétiques de type 2, ceci pour toutes les démences y compris la maladie d'Alzheimer (MA), mais les études neuropathologiques ne révèlent pas plus de lésions de MA. Objectif: Analyse des étiologies de troubles cognitifs dans une population de sujets diabétiques âgés. Méthodes: étude rétrospective descriptive de patients adressés pour évaluation cognitive dans un CMRR. Inclusion de tous les patients ayant bénéficié d'un bilan neuropsychologique, en comparant les diabétiques (D) aux non diabétiques (ND). Résultats: 631 patients (81 ± 6 ans) dont 111 D, 520 ND ont été inclus. Pour les diabétiques, âge inférieur (D 79 ± 6 ; ND 81 ± 7). MMS non différent (D 23,4 ± 4 ; ND 23,6 ± 4), mais score inférieur à la BREF (D 11,5 ± 3 ; ND 12,4 ± 3). IRM non différente pour atrophie temporale interne (D 67 % ; ND 70 %), séquelles ischémiques (N 18 % ; ND 17 %), lacunes (D 19 % ; ND 13 %), leucoaraïose (D 80 % ; ND 82 %) et scores de Fazekas. Diagnostics: pas de différence pour démence vasculaire (D 4,5 % ; ND 2,3 %) ou mixte (D 9,9 % ; ND 8,1 %), démence à corps de Lewy (D 8,1 % ; ND 11,1 %). Moins de MA (D 18,9 % ; ND 33,7 % . p 0.002). Plus de démences sans étiologie précisée (malgré scintigraphie et ponction lombaire dans la moitié des cas) (D 7,2 % ; ND 1,7 % . p 0.001). Pas de différence pour les autres catégories (autres démences, cognition normale, dépression, MCI...), sauf plus de MCI exécutif (D 9,9 % ; ND 4,4 % . p 0.02). Conclusion: Dans cette population âgée, les patients diabétiques ont moins de MA, pas plus de DV ou de DM. Ils ont

plus de diagnostics de démence non précisée malgré une enquête étiologique souvent exhaustive.

P339

Approche relationnelle de soins et comportements de résidents en établissement de soins de longue durée

J. Desrosiers¹, A. Viau-Guay², M. Bellemare³, L. Trudel⁴, I. Feillou⁵, A. Guyon⁴

¹Faculté de médecine et des sciences de la santé - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

²Département d'études sur l'enseignement et l'apprentissage - Université Laval - Québec - Canada

³Département des relations industrielles - Université Laval - Québec - Canada

⁴Département de réadaptation - Université Laval - Québec - Canada

⁵Département des relations industrielles - Université Laval - Québec - Canada

Introduction: En soins de longue durée (SLD), l'adoption d'approches centrées sur la personne est encouragée. Parmi ces approches, l'Approche relationnelle de soins (ARS) vise, entre autres, à prévenir et réduire les comportements d'agitation des résidents. L'ARS a été implanté dans de nombreux établissements de SLD québécois mais n'a jamais fait l'objet d'études. Objectif: Explorer les liens entre la mise en œuvre de l'ARS par des soignants formés et la fréquence des comportements d'agitation et ceux positifs de résidents présentant des déficits cognitifs. Méthodes: Un total de 14 dyades soignant/résident dans deux établissements a été observé simultanément lors de nombreuses périodes de soins d'hygiène et d'habillage par deux évaluateurs indépendants, à l'aide de grilles d'observation quantitatives. Résultats: Les scores de mise en œuvre de l'ARS sont élevés, suggérant une bonne application de l'approche par les soignants. Les analyses de corrélations démontrent que d'offrir des choix réalistes au résident et parler aux résidents lors des soins sont associés à la fois aux comportements positifs et à ceux d'agitation (p variant de 0,03 à 0,003). Toutefois, de nombreux autres éléments propres à l'ARS ne sont pas associés aux comportements des résidents lors des soins. Conclusions: Le dispositif exploratoire transversal de notre étude ne permet pas d'établir de lien de causalité entre la mise en œuvre de l'ARS et les comportements des résidents. Les écrits sur les effets de l'implantation d'approches centrées sur la personne ne font pas l'unanimité face à la réduction des problèmes de comportements.

P340

Médiation animale et troubles du comportement en EHPAD: quels bénéfices pour le résident et les équipes ?

C. Eudo¹, S. Gaudron², J. Breton²

¹Médecine Interne Gériatrique - CHU Bretonneau - Tours - France

²Puy Gibault - CH de Loches - Loches - France

La place de l'animal auprès des résidents d'une institution fait souvent l'objet d'un intérêt en matière d'approche non-médicamenteuse des personnes atteintes de pathologie Alzheimer et troubles apparentés. Nous avons tous fait l'expérience que le contact avec l'animal ne laissait pas indifférent, qu'il apporte un bien-être, une stimulation particulière ou des occasions de retrouver ses souvenirs et sensations du passé. Or, la médiation animale ou l'AAA (Accompagnement Assisté par l'Animal) n'ont pas fait l'objet de recherche poussée dans leur efficacité, ni dans leurs indications. Au travers de l'expérience de l'intervention d'un zootherapeute, sur le suivi individuel de résidents durant 6 mois, nous avons voulu étayer l'impact avec des outils validés tels que le MMSE, le NPI-ES, l'analyse de contenu des transmissions soignantes ; et ainsi poser de nouvelles indications de proposition pour une médiation animale plus adaptée comme alternative intéressante en institution. Les résultats font l'objet d'un travail de recherche d'une étudiante en master 1 de psycho-gérontologie (validé pour juin 2012). 27 résidents ont pu bénéficier de ce suivi individuel par la médiation d'un chien. Les premiers résultats montrent une efficacité limitée en matière de diminution des troubles du comportement, mais un impact positif sur les équipes soignantes et les familles, comme le fait d'apporter une approche différente et utile aux résidents ne pouvant participer aux animations classiques. Les conclusions nous poussent à ouvrir le débat sur cette approche nouvelle et à avancer des réserves en terme thérapeutique, mais en reconnaissant la valeur « plaisir immédiat ».

P341

Utilisation de l'ALGOPLUS dans l'évaluation de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale

M. de Saint-Hubert¹, V. du Bois d'Aische², L. Tonnoir², D. Schoevaerdt², B. Choteau³, C. Swine²

¹Gériatrie - CHU Dinant Godinne - Yvoir - Belgique

²Gériatrie - CHU Dinant Godinne - UCL - Yvoir - Belgique

³Soins palliatifs - CHU Dinant Godinne - UCL - Yvoir - Belgique

Introduction : L'évaluation de la douleur chez le patient âgé est particulièrement difficile lorsque celui-ci ne peut utiliser une échelle d'auto-évaluation. Cette situation se rencontre fréquemment chez les patients atteints de démence sévère. Il existe des échelles d'évaluation comportementales dont l'utilisation complexe (apprentissage, multiples intervenants et durée) a entraîné une sous-utilisation. Nous avons donc souhaité tester une nouvelle échelle au sein de notre service de gériatrie : l'ALGOPLUS®. Matériels et méthodes : Algoplus® est une échelle comportementale d'évaluation de la douleur chez le sujet âgé ayant des troubles de la communication verbale. Elle comprend 5 items (expressions du visage, regard, plaintes émises, attitudes corporelles, comportement général), avec un score de 0 à 5 (score maximal de douleur), et un seuil $\geq 2/5$. Enquête qualitative parmi les soignants de l'équipe de gériatrie du CHU Godinne : satisfaction par rapport à l'outil, niveau d'utilisation et impact sur la prise en charge

de la douleur. Résultats : Le taux de réponse a été de 76 % (29 réponses sur 38). La présentation et les items sont décrits comme clairs et compréhensibles par les participants (29/29). L'initiative de la mise en route de l'utilisation est réalisée très majoritairement par les infirmières et aides-soignantes (17/29). Les résultats de l'évaluation restent insuffisamment exploités selon 29 participants même si des actions correctrices sont effectuées dans 1 cas sur 2. Tous les participants souhaitent continuer à utiliser cette échelle. Discussion : L'utilisation d'Algoplus® dans notre service a permis une meilleure sensibilisation à la douleur et prête particulièrement à une utilisation interdisciplinaire. Chaque métier peut l'utiliser lors de la mobilisation du patient et peut être l'instigateur de la mise en place d'actions correctrices de la douleur.

P342

L'hypnose au service du confort relationnel du patient dément avec son entourage

P. Bruniaux¹, P. Bonnet¹, D. Garnier²

¹SSR - CH ARBOIS - Arbois - France

²EHPAD - CH ARBOIS - Arbois - France

Le CH propose aux patients déments une thérapie douce : l'hypnose éricksonienne. Les patients déments tout en étant ici et maintenant sont aussi ailleurs. L'isolement dans ce monde intérieur, la diminution voire l'absence de communication aboutissent à une désocialisation. Les personnes malades réalisent qu'elles perdent leurs facultés mentales et leurs capacités physiques ce qui génère de l'anxiété. Cette angoisse mobilise une partie des ressources psychiques et mentales disponibles. L'hypnose peut jouer un rôle bénéfique. Les techniques d'induction sont nombreuses et surtout elles sont adaptées au patient et à son état psychologique. Les critères d'évaluations sont basés sur les troubles du comportement. Les soignants détectent l'un des troubles qui ne peut être médicalement ou surmédicalement sans résultat probant ; en accord avec la personne, sa famille et le médecin traitant, des séances d'hypnose sont proposées. 22 patients ont eu des séances sur 10 mois. Ces personnes bénéficient aussi d'une prise en charge médicamenteuse anxiolytique et d'une prise en charge non médicamenteuse. Les 22 personnes ont toutes répondues à l'hypnose : elles ont toutes eu les signes d'une transe. Le résultat est toujours immédiat : baisse de l'inconfort moral redonnant du confort relationnel avec l'équipe soignante et la famille, mais aussi avec les autres patients ; les déambulations diminuent ; le sommeil est calme, plus long, l'endormissement se fait tranquillement ; les personnes démentes sourient, elles ne « déroutent » plus les autres résidents ou patients. Cette baisse significative de l'anxiété par l'hypnose est peut-être le résultat de la libération des ressources qui étaient mobilisées par ces états émotionnels. Il semble que les séances soient un peu comme des balises qui laissent une trace dans le relationnel, dans le présent, dans ce lien qui redonne de l'humanité. Les symptômes des patients atteints sont accessibles à cette thérapie douce et sa pratique peut être adaptée à chaque patient permettant un bénéfice auprès des aidants ou des soignants.

P343**Syndrome confusionnel incident en Médecine Aiguë Gériatrique: la part iatrogène médicamenteuse est-elle vraiment importante?**

J. Convain¹, M. Lemaitre², J. Beuscart³, C. Sellier⁴, A. Charpentier⁴, F. Durig⁵, C. Gaxatte⁶, Y. Boumbar⁴, E. Boulanger⁷, F. Puisieux⁷

¹Médecine Aiguë Gériatrique - CHRU de Lille - Lille - France

²Court Séjour Gériatrique - CHRU de Lille - Lille - France

³Médecine Aiguë Gériatrique - Maître de Conférence Universitaire - Lille - France

⁴Médecine Aiguë Gériatrique - Chef de clinique - Lille - France

⁵Médecine Aiguë Gériatrique - Assistant Hospitalier - Lille - France

⁶Médecine Aiguë Gériatrique - Praticien Hospitalier - Lille - France

⁷Médecine Aiguë Gériatrique - Professeur des Universités - Praticien hospitalier - Lille - France

Introduction: Le syndrome confusionnel incident (SCI) est défini par la survenue d'une confusion au cours de l'hospitalisation. Il s'agit d'une complication fréquente et grave chez le patient âgé et une cause iatrogène est souvent retrouvée dans les services de chirurgie ou de médecine. La part iatrogène médicamenteuse dans la survenue du SCI est peu connue en Médecine Aiguë Gériatrique (MAG), alors que la polymédication y est très fréquente. Méthode: Entre janvier et avril 2013, tous les patients consécutifs incidents hospitalisés en service de MAG ont été inclus, et la survenue d'une confusion a été recherchée quotidiennement grâce à la Confusion Assessment Method. La part iatrogène médicamenteuse a été évaluée chez ceux ayant développé un SCI, ainsi que la part liée aux modifications biologiques, aux différentes sources d'inconfort, et aux événements médicaux. Résultats: Sur 369 patients inclus, 34 (9,2 %) patients ont présenté un SCI. Les SCI duraient moins de 7 jours dans 75 % des cas. Dix (2,7 %) patients ont présenté un SCI potentiellement en lien avec une iatrogénie médicamenteuse. Après analyse des dossiers, seuls 2 (0,5 %) patients ont présenté un SCI en lien direct avec une prise de traitements, et 2 (0,5 %) ont présenté un SCI en lien avec une décompensation de comorbidités secondaires à une modification des traitements. La majorité des SCI (n = 30) étaient d'origine multifactorielle, liés essentiellement à l'association de déshydratation, douleur et constipation. Conclusion: La part iatrogène médicamenteuse est peu importante dans les SCI en MAG. Le SCI y est souvent plurifactoriel et survient essentiellement du fait de la décompensation du terrain ou de pathologies.

P344**Evaluation du syndrome confusionnel: bien connaître le guide d'utilisation de la Confusion Assessment Method (CAM). Le PHRC national: Validation d'une version francophone de la CAM**

V. Antoine¹, A. Saber², J.A. Morais³, L. Goldsmith³, G. Wolfklein⁴, B. de Wazieres⁵

¹Médecine gériatrique - CHU Nîmes - Nîmes - France

²ENS - Ecole Normale Supérieure - Cachan - France

³Division of Geriatric Medicine - McGill University - Montreal - Canada

⁴Geriatric Medicine - North Shore University Hospital - New York - États-Unis

⁵Médecine gériatrique - CHU Nîmes - Nîmes - France

Introduction: La version courte de la Confusion Assessment Method (CAM) est bien connue. Les critères: début aigu et évolution fluctuante + trouble de l'attention + (pensée désorganisée et/ou altération de conscience) permettent le diagnostic de syndrome confusionnel aigu (SCA) (sensibilité 94 %, spécificité 89 %). Cependant, l'évaluation cognitive est souvent négligée, alors qu'elle est nécessaire à la cotation de la CAM pour ne pas méconnaître les formes pauci-symptomatiques et/ou hypoactives. De plus, la version courte ne prend pas en compte des éléments pronostiques du SCA (manifestations psycho-comportementales, sévérité des symptômes). La manière de documenter les 9 critères de la CAM (version longue) est décrite dans un livret de 25 pages (Inouye SK. CAM: Training manual and Coding Guide. 2003; New Haven: Yale University School of Medicine), revu en 2009. Objectifs: Diffuser les recommandations de bonne pratique pour homogénéiser la méthode diagnostique du SCA. Méthode: Description du guide d'utilisation de la CAM dont une version francophone expérimentale, la Méthode d'Évaluation de la Confusion (MEC), a été produite au décours d'une procédure de validation transculturelle. Résultats: Le guide comprend notamment les instructions spécifiques concernant le recueil des 9 critères de la CAM (version longue) pour initier les nouveaux utilisateurs et apporte des réponses aux problématiques soulevées par les cliniciens lors de l'utilisation de l'outil: tests cognitifs à utiliser, durée d'observation pour coter la fluctuation des symptômes, description des troubles de conscience, symptômes à évaluer séparément du niveau de conscience... Conclusion: La validation transculturelle d'un questionnaire est d'autant plus importante que l'outil contient des termes de neuro-psychologie dont la définition consensuelle très précise est nécessaire à une bonne concordance des évaluations. L'appropriation du guide d'utilisation de la MEC par les cliniciens devrait permettre d'améliorer les pratiques et de favoriser une utilisation homogène de cet outil dans les projets de recherche francophones.

P345**Mise à l'essai et évaluation d'une intervention éducative pour des infirmières soignant des personnes âgées hospitalisées à risque de délirium**

L. Bélanger¹, F. Ducharme²

¹Département des sciences infirmières - Université du Québec en Outaouais - Saint-Jérôme - Canada

²Faculté des Sciences infirmières - Université de Montréal - Montréal - Canada

Introduction: Les personnes âgées hospitalisées sont à risque de délirium et les soins qu'elles requièrent nécessitent des savoirs

allant au-delà de connaissances techniques, notamment des habiletés créatives, relationnelles et éthiques. Une intervention éducative tenant compte de cette réalité est requise. Peu d'études se sont intéressées à l'évaluation d'une telle intervention. Le but de ce projet était d'évaluer qualitativement les résultats d'une intervention éducative, basée sur la narration d'expériences vécues, mise à l'essai auprès d'infirmières travaillant sur des unités de soins chirurgicaux orthopédiques et cardiaques, accueillant un nombre important de personnes âgées à risque de délirium. Matériel et méthode : Une étude de cas a permis d'évaluer les résultats de l'intervention réalisée auprès de 15 infirmières travaillant sur divers quarts de travail. Une triangulation de méthodes de collecte de données a été utilisée. Les données provenaient des notes de terrain de l'investigatrice, des travaux réflexifs réalisés par les participantes, des questionnaires complétés par celles-ci après chaque séance de formation et des entretiens semi structurés effectués à la fin de l'intervention avec chaque participante. Des analyses intra et inter participantes ont été effectuées. Résultats : Les participantes ont indiqué avoir effectué des évaluations plus approfondies des personnes présentant des signes de délirium, évité de les confronter et de les contrôler physiquement, été sensibles à leurs besoins spécifiques et impliqué davantage leurs familles dans les soins. Elles ont aussi perçu que leurs interventions amélioraient le bien-être physique et psychologique des personnes soignées, diminuaient les inquiétudes des familles et augmentaient leur participation aux soins. Discussion/Conclusion : Cette étude souligne l'utilité de l'intervention pour la formation continue, ainsi que le besoin d'études expérimentales pour explorer ses effets sur les personnes âgées hospitalisées et leurs familles. Elle ouvre également la porte à des possibilités de transfert de l'intervention à d'autres populations soignant des clientèles ayant des besoins complexes.

P346

Elaboration d'un outil de quantification globale du risque de confusion chez la personne âgée

S. Jahin¹, G. Debeurme¹, C. Loue¹, L. Bourguignon², M. Ducher¹

¹Pharmacie - Hôpital Antoine Charial - Francheville - France

²Pharmacie - CHU de Lyon, hôpital Antoine Charial - Francheville - France

La confusion est un syndrome grave dont la prévalence est importante chez les personnes âgées hospitalisées. D'autre part, environ 50% des patients atteints ne sont pas diagnostiqués. Bien qu'un outil de dépistage existe (CAM), il n'y a pas à ce jour d'outil permettant de prendre en compte et synthétiser l'ensemble des facteurs prédisposants et précipitants, liés à la confusion, ni d'estimer un risque de confusion au lit du malade. L'objectif de ce travail est de proposer un outil d'utilisation simple, intégrant l'ensemble des facteurs prédisposants et précipitants, permettant de dépister les patients à risque de confusion. Une recherche bibliographique a été réalisée, afin d'identifier les variables associées à la survenue de confusion, ainsi que de quantifier l'importance de ces relations (analyse des odd ratios). A partir de 72 publications s'échelonnant de 1990 à 2012, 23 variables ont été sélectionnées et regroupées

en cinq catégories (traitement médicamenteux, comorbidités, facteurs prédisposants...). Un réseau de décision a été formalisé, qui relie un nœud de décision (le risque de confusion) aux variables explicatives, prenant en compte l'intensité de la liaison entre variable. Ce réseau a été compilé sous forme d'un exécutable en langage C, permettant une utilisation autonome. L'outil construit présente des avantages notables par rapport aux outils existants : incorporation de l'ensemble des connaissances publiées, capacité à gérer les valeurs manquantes, capacité à évaluer le risque de confusion a priori (outil de prédiction). Bien que nécessitant encore une validation sur données cliniques, cet outil permet le calcul du risque individuel de confusion d'un patient, en fonction de ses caractéristiques et de son traitement.

P347

Status épileptique non-convulsivant et délirium de la personne âgée, intérêt de l'enregistrement continu de l'activité électrique cérébrale

G. Naeije¹, V. Martinet², B. Legros³, T. Peppersack²

¹Neurologie - Hôpital Erasme - Anderlecht - Belgique

²Gériatrie - ULB-Hôpital Erasme - Bruxelles - Belgique

³Neurologie - ULB-Hôpital Erasme - Bruxelles - Belgique

Introduction : La physiopathologie du délirium de la personne âgée est toujours débattue. L'état de mal épileptique non-convulsivant (NCSE) et le délirium sont cliniquement proches et partagent la plupart de leurs facteurs déclenchants. Des travaux récents ont mis en évidence une proportion anormalement élevée de décharges épileptiques chez les patients âgés en délirium. Nous avons testé l'hypothèse que ces activités épileptiques sont associées à des NCSE que l'on peut détecter grâce à un enregistrement continu de l'activité électrique cérébrale (cEEG). Matériel and Méthodes : Selon la disponibilité des machines portables de cEEG, tous les patients de plus de 65 ans admis pour délirium aux urgences ont bénéficié soit d'un EEG de routine de 20 minutes soit un cEEG. Les caractéristiques cliniques et le pronostic ont été comparés entre les patients âgés en délirium avec et sans NCSE. Résultats : 32 patients ont été admis dans chaque groupe. Leurs caractéristiques basales étaient comparables. Dans le groupe cEEG, des décharges épileptiques continues compatibles avec un NCSE ont été mises en évidence dans 28% des cas et des décharges épileptiques dans 15% des cas. Dans le groupe EEG standard, des décharges épileptiques continues compatibles avec un NCSE ont été mises en évidence dans 6% des cas et des décharges épileptiques dans 15% des cas. La présence de ces décharges épileptiques continues était associée à une surmortalité neuf fois plus importante et une durée de séjour doublée. Les facteurs de risque du NCSE étaient les troubles cognitifs, la déshydratation et la prise d'antibiotique. Conclusion : La présence de décharges épileptiques chez 43% des patients âgés en délirium dont les deux-tiers sont compatibles avec un status épileptique non convulsivant suggère un rôle de l'épilepsie dans la physiopathologie et la symptomatologie du délirium. La présence d'un NCSE a un impact majeur sur le pronostic du délirium.

P348**Dépistage systématique du delirium chez les patients âgés fragiles**

J. Paul¹, H. Rouvière¹, E. Lechanteur¹, P. Cornette¹,
B. Boland¹, M. Deswarte¹, M. Beeckmans de
West-Meerbeeck¹, C. Desmedt¹, M. Vanderhofstadt¹, P.
Chauvier¹, P. Chauvier¹

¹Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

Contexte: Le délirium est une complication fréquente et sévère chez les patients âgés fragiles hospitalisés. Sa reconnaissance précoce est essentielle et l'équipe de gériatrie de liaison (EGL) mobile peut y contribuer. Cette étude a suivi trois objectifs: 1] décrire les patients pour lesquels l'EGL est appelée pour trouble aigu du comportement (TAC); 2] déterminer la sensibilité et la spécificité de l'appel «TAC» pour la présence d'un delirium. 3] préciser la fréquence de l'agitation parmi les cas de delirium méconnus. Méthodes: Etude rétrospective des 540 patients âgés (≥ 75 ans) et fragiles (ISAR $\geq 3/6$) évalués en 2011 par l'EGL en services non-gériatriques d'un hôpital universitaire. Le motif d'appel de l'EGL par l'équipe soignante a été classé en «TAC» (confusion aiguë, agitation) ou «autres». Le delirium été systématiquement dépisté par l'EGL, et son diagnostic basé sur la CAM (Confusion Assessment Method, $\geq 3/4$) Résultats: Les 540 patients (85 ± 5 ans, 61 % de femmes) présentaient des facteurs prédisposants au delirium: déficit sensoriel (55%), chutes (47 %), dépendance fonctionnelle (35 %), dénutrition (32 %), démence (22 %). 1] Les 96 patients avec appel «TAC» présentaient, comparés aux 444 autres, une fréquence semblable de ces facteurs prédisposants exception faite de la démence (39 vs. 19 %, $p < 0.001$). 2] Un diagnostic de delirium a été posé chez 154 patients: 78 des 96 avec «TAC» (81 %) et 77 des 444 autres (17 %). L'appel «TAC» a montré une grande spécificité (0.95, 367/385) et une faible sensibilité (0.50, 78/155) pour le diagnostic de delirium. 3] Une agitation n'était pas présente dans 52 de ces 77 cas méconnus (68 %). Conclusions: Le delirium est une fois sur deux méconnu par le personnel soignant des unités de soins non-gériatriques. L'absence d'agitation est un facteur majeur de sa non-reconnaissance. Une mission importante de notre équipe de liaison interne sera de former ces équipes soignantes au dépistage du delirium chez les patients âgés.

P349**Formation des équipes infirmières non-gériatriques à la détection du delirium**

E. Lechanteur¹, H. Rouvière¹, M. Beeckmans¹, M. Deswarte¹,
C. Desmedt¹, P. Chauvier¹, M. Etienne², O. Vanden Bossche³,
P. Cornette¹, J. Paul¹, B. Boland¹

¹Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

²Diététique - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

³Médecine Physique - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

Contexte: Le delirium des patients âgés hospitalisés reste fréquemment non-détekté. Cette étude évalue l'impact d'une brève formation des collègues infirmiers sur leur détection du delirium. Méthodes: Le personnel infirmier de notre institution a suivi en 2011 une brève formation (30 minutes) au delirium, animée par l'équipe mobile de gériatrie de liaison interne (EGL), qui visait à en préciser les symptômes et à proposer des actions ciblées. Ont été analysés tous les avis gériatriques réalisés par l'EGL chez des patients âgés fragiles (≥ 75 ans, ISAR ≥ 2) en 2010, 2011 et 2012. Le motif d'appel de l'EGL a été classé en «trouble aigu du comportement» (TAC) ou «autre». Le diagnostic de delirium a été défini par un score $\geq 3/4$ de la Confusion Assessment Method, intégrée à une évaluation gériatrique standardisée. Le principal critère d'analyse a été la proportion des cas de delirium pour lesquels l'équipe soignante a lancé à l'EGL un appel «TAC» (sensibilité pour le diagnostic de delirium). Résultats: Les équipes soignantes ont fait appel à l'EGL pour 1504 patients (84 ± 5 ans, 62 % de femmes), de façon croissante en 2010, 2011 et 2012 ($n = 478, 506, 520$). Durant ces 3 années, le nombre d'appels «TAC» a été respectivement de 58 (12 %), 90 (18 %), et 109 (21 %), alors que le nombre de diagnostics de delirium par l'EGL a été de 92 (19 %), 146 (29 %) et 109 (21 %). Pour ces derniers, il y a eu 41, 74 et 65 appels «TAC». La sensibilité de l'appel «TAC» (proportion de cas détectés) a donc augmenté de 45 % à 50 % puis à 61 % ($p = 0.032$, χ^2 de tendance). Conclusions: Une courte formation des collègues infirmiers au delirium a été associée à une augmentation de la proportion des cas de delirium qu'ils ont détectés (+ 16 %). Puisque 4 cas de delirium sur 10 restent non-détectés, d'autres actions sont nécessaires.

P350**Evaluation nutritionnelle chez le sujet âgé : facteurs de risque et prévalence de la dénutrition**

I. Kechaou¹, Z. Kaouech¹, E. Cherif¹, L. Ben Hassine¹,
I. Boukhris¹, S. Azzabi¹, C. Kooli¹, N. Khalfallah¹

¹Médecine Interne B - EPS Charles Nicolle - Tunis - Tunisie

Introduction: Le sujet âgé est particulièrement à risque de dénutrition, dont le dépistage devrait être précoce car il conditionne le pronostic. Matériel et méthodes: Une évaluation nutritionnelle a été réalisée chez 38 sujets âgés de plus de 65 ans qui se sont présentés spontanément à une campagne de dépistage de la dénutrition en avril 2012. Nous avons utilisé le mini nutritional assessment (MNA). Le risque de dépression chez ces patients a aussi été étudié par le score (mini-GDS). Résultats: Il s'agit de 12 hommes et 26 femmes ayant un âge moyen de 76 ans (65-89 ans). Un alphabétisme a été noté dans 68,4% des cas, une mauvaise situation financière dans 24 cas (63,2 %) et la solitude dans 6 cas (15,7 %). Vingt-neuf sujets avaient affronté un stress psychique ou une maladie aiguë au cours des 3 derniers mois. Une limitation de la motricité a été notée dans 5,3% des cas. Une démence a été relevée dans 4 cas (10,5 %). A l'évaluation nutritionnelle, une anorexie a été retrouvée dans 26,3 % des cas (1 cas avec anorexie sévère). Un BMI inférieur à 21 kg/m² a été noté dans 7,9% des cas. Après étude du MNA score, nous avons trouvé un score supérieur à 11 indiquant un bon état nutritionnel chez 21 sujets (55,2 %). Dix-sept

personnes (44,8 %) avaient un score inférieur ou égal à 11 (allant de 3 à 11) indiquant une possible dénutrition. Chez ces derniers, l'évaluation nutritionnelle globale a trouvé : un score inférieur à 17 dans 1 cas en faveur d'un mauvais état nutritionnel et un score entre 17 et 23,5 indiquant un risque de malnutrition dans 12 cas. Dans 4 cas, ce score était supérieur à 23,5. En comparant les sujets à risque de dénutrition aux autres, le risque de syndrome dépressif était significativement plus élevé chez les sujets à risque de dénutrition ($p = 0.015$). Conclusion : Le dépistage de la dénutrition devrait être systématique grâce à un outil simple, le MNA.

P351

Impact de l'intervention d'une unité transversale de nutrition en court séjour gériatrique

N. Guesdon¹, J. Brissard², D. Clayes³, P. Descatoire³, B. Beauplet³, P. Lescure³, M. Piquet⁴, S. Blanchemain³

¹Gériatrie - CHU Caen - Hérouville-Saint-Clair - France

²Médecine Générale - CHU Caen - Caen - France

³Gériatrie - CHU Caen - Caen - France

⁴Unité de Nutrition Clinique - CHU Caen - Caen - France

Introduction : La Haute Autorité de Santé recommande la création d'Unités Transversales de Nutrition Clinique (UTNC) pour optimiser la prise en charge nutritionnelle. L'objectif principal était d'évaluer l'impact de l'intervention d'une UTNC en Court séjour gériatrique (CSG) sur la stratégie de prise en charge de la dénutrition. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'impact de cette intervention sur l'évolution des statuts nutritionnel, fonctionnel et cognitif et sur la survenue d'évènements indésirables au décours de l'hospitalisation et à 3 mois. Méthodes : Etude prospective contrôlée non randomisée sur 2 mois. Une unité pilote (UP) bénéficiait de l'intervention systématique de l'UTNC et une unité contrôle (UC) recevait les soins courants. Le critère principal de jugement était la stratégie nutritionnelle. La prise de poids, la cinétique de l'albuminémie, l'évolution des scores aux échelles d'évaluation gériatrique et la survenue d'évènements indésirables (escarres, infections nosocomiales, chutes et décès) ont été évaluées à l'entrée, puis à la sortie du CSG et à 3 mois. Résultats : 97 patients ont été inclus, 47 dans l'UP et 50 dans l'UC. Les 2 échantillons étaient comparables : moyenne d'âge de 85 ans, 71 % étaient dénutris, MMSE moyen à 16/30. Entre l'évaluation à l'entrée et la sortie du CSG, il n'a pas été mis en évidence de différence significative sur la stratégie de prise en charge de la dénutrition entre l'UP et l'UC. Il n'y avait pas non plus de différence significative sur l'évolution des statuts nutritionnel, fonctionnel et cognitif et sur la survenue d'évènements indésirables à la sortie du CSG et à 3 mois. Conclusion : Cette étude n'a pas permis de montrer un impact significatif de l'intervention d'une UTNC en CSG sur la stratégie de prise en charge nutritionnelle. Le recours à l'UTNC pour des situations complexes identifiées par le gériatre semblerait plus pertinent.

P352

diagnostic différentiels entre dépression de la personne âgée et le début d'une démence : apport des Potentiels Evoqués Cognitifs

A. Boxus¹, R. Fayaud², P. Michel², D. Rambour³, A. Ghribi³, K. Nouar⁴

¹Pôle urbain Perpignan - CHS L. J. Gregory - Thuir - France

²Psychogérontologie - CHS L. J. Gregory - Thuir - France

³Psychiatrie: Perpignan - CHS L. J. Gregory - Thuir - France

⁴Psychiatrie: pôle periurbain Perpignan - CHS L. J. Gregory - Thuir - France

Très souvent les plaintes primaires exprimées par le patient sont à la fois évocatrices de symptômes dépressif et de troubles cognitifs. Les Potentiels Evoqués Cognitifs sont le reflet de la réaction cérébrale face à une stimulation sensorielle en général et en particulier auditive. Ils sont perturbés tant dans la dépression que dans les troubles cognitifs. Il semble cependant exister une certaine spécificité pour l'une ou l'autre de ces pathologies. Leur analyse peut constituer une aide au diagnostic différentiel. L'amplitude de la MMN est révélatrice de la prise de conscience d'une stimulation auditive déviante. Elle est diminuée dans les troubles démentiels. L'analyse de la P300 et en particulier de l'écart entre l'onde P3a-P3b est significatif de la compréhension d'une stimulation auditive discriminative. Celui-ci est augmenté en cas de démence. La N400 témoigne des capacités de discrimination pour une erreur sémantique alors que la P600 en est le reflet pour un stimulus grammatical erroné. Ces deux ondes semblent perturbées précocement dans les troubles cognitifs déficitaires débutant. L'analyse des perturbations électrophysiologiques de ces ondes peut donc aider à une précocité de compréhension des troubles. Cette analyse peut donc orienter vers une meilleure stratégie de prise en charge.

P353

Impact de l'adhérence aux antidépresseurs sur la qualité de vie liée à la santé et sur la satisfaction de la vie

H. Vasiliadis¹, C. Lamoureux-Lamarche², S. Gontijo-Guerra², M. Préville¹

¹Département des Sciences de la Santé Communautaire - Université de Sherbrooke - Longueuil - Canada

²Faculté de Médecine et des sciences de la santé - Université de Sherbrooke - Longueuil - Canada

Objectif : Le but de cette étude a été de déterminer l'impact de l'adhérence aux antidépresseurs sur la qualité de vie liée à la santé (QdVLS) et sur la satisfaction de la vie en général chez une population représentative de personnes âgées. Méthode : Les données utilisées proviennent de l'étude ESA (Étude sur la Santé mentale des Aînés) Services qui inclut une population de personnes ($n = 1809$) âgées de 65 ans. La QdVLS a été mesurée avec l'EuroQOL-5D et le EQ-Visual Analog Scale (EQ-VAS). Le CASP a été utilisé pour mesurer la satisfaction de la vie en général. Les troubles de santé mentale les plus communs sont basés sur les critères du DSM-IV. La prise d'antidépresseurs a été obtenue à partir de banques de données administratives. Une variable nominale à quatre niveaux a été construite pour considérer la présence de dépression/anxiété (MD) et la prise d'antidépresseurs (MD X AD). L'adhérence aux antidépresseurs a été mesurée en utilisant le "medication possession ratio" (MPR $\geq 80\%$). Des régressions

linéaires multi variées ont été utilisées pour étudier la QdVLS et la satisfaction de la vie en fonction de la dépression/anxiété et de la prise d'antidépresseurs (MD X AD). Résultats : La QdVLS mesurée par l'EuroQOL était significativement associée avec l'âge, le nombre de maladies chroniques, les troubles cognitifs et la présence de dépression. L'état de santé auto-rapporté mesuré par l'EQ-VAS était associé avec l'âge, l'éducation, le nombre de maladies chroniques, les troubles cognitifs et le nombre de tracas quotidien. Le CASP était associé avec l'âge, le statut matrimonial, le revenu, le nombre de maladies chroniques, le nombre de tracas quotidien, la présence de dépression et les troubles de stress post-traumatique. La prise d'antidépresseur était associée avec une plus faible QdVLS et avec une plus faible satisfaction de la vie en général.

P354

L'évaluation de la dépression du sujet âgé

G. Squelard¹, S. Adam²

¹Psychologie de la sénescence - Université de Liège - Seraing - Belgique

²Unité de psychologie de la sénescence - Université de Liège - Liège - Belgique

La dépression est une affection courante qui touche environ 350 millions de personnes à travers le monde (OMS). Chez les adultes âgés, elle constitue un des problèmes psychiatriques les plus fréquemment rencontrés (Stoppe, 2008). Son impact sur la qualité de vie de nos aînés et celle de leur entourage peut être considérable (Chachamovic et al., 2008). Elle peut contribuer à augmenter/maintenir les incapacités fonctionnelles, à aggraver la sévérité de maladies comorbides ou à en précipiter d'autres, à accroître le déclin cognitif, ainsi qu'à augmenter le risque de mortalité (Krishnan et al., 2002 ; Blazer, 2003 ; Baldwin et al., 2006). La prévalence de la dépression du sujet âgé dans les études épidémiologiques peut varier considérablement en fonction de la nature du problème évalué (symptômes dépressifs, dépression majeure, dysthymie, dépression mineure, etc.), de la population étudiée, de la méthodologie de recueil de données, ainsi que des instruments de mesure utilisés (entretiens structurés, échelles de mesures standardisées). En clinique, la « dépression gériatrique » reste souvent sous-diagnostiquée. Ses particularités sémiologiques demeurent méconnues des professionnels et certains symptômes sont erronément attribués à l'âge. Les personnes âgées elles-mêmes reconnaissent difficilement la causalité psychologique de leur problème. Les objectifs de la communication sont de dégager les écueils pouvant survenir lors de l'évaluation de la dépression chez la personne âgée, et de présenter les outils d'évaluation disponibles et scientifiquement valides pour des populations particulières (personnes âgées vivant à domicile ou en institution, personnes démentes etc...) ainsi que les biais inhérents à leur utilisation. Par là, nous souhaitons fournir aux cliniciens et aux professionnels des soins de santé quelques outils facilitant la détection et le diagnostic de la dépression du sujet âgé mais aussi les sensibiliser à l'incidence que peut avoir la sélection d'un instrument d'évaluation particulier.

P355

Valeurs prédictives de la "geriatric depression scale" au sein d'une unité de gériatrie aiguë

J. Caillet¹, V. Van rode², S. Petillon¹, N. Compté¹, S. De Breucker¹, T. Pepersack¹

¹Gériatrie - Erasme - Bruxelles - Belgique

²Psychiatrie - Erasme - Bruxelles - Belgique

Introduction : la dépression est fréquente chez des patients gériatriques. D'un côté l'importance de la comorbidité peut conduire les praticiens à sous-estimer la présence d'une dépression, de l'autre l'anxiété liée à une hospitalisation au sein d'une unité aiguë pourrait conduire à une surestimation de ce diagnostic. L'objectif de ce travail a été de mesurer les valeurs prédictives positives et négatives de la « geriatric depression scale » (GDS). Méthodologie : La présence de dépression a été recherchée auprès de patients sans troubles cognitifs majeurs (MMSE > 24 points) en utilisant : la « geriatric depression scale » à 15 items (GDS) et la composante « hospital anxiety and depression scale » (HADS) que nous avons validées sur base d'une évaluation psychiatrique utilisant l'échelle MINI et les critères DSM-IV de l'épisode dépressif majeur (gold standard). Les évaluations ont été faites de manière indépendante par 3 évaluateurs : GDS par la gériatre, HADS par la psychologue, et la MINI + DSM-IV par la psychiatre. Résultats : Parmi les 52 patients consécutivement hospitalisés (85±5 ans, 69 % de femmes, 33 % d'antécédent dépressif, ISAR à 3±1 points) les taux de dépression selon les échelles étaient respectivement : pour l'échelle MINI associé aux critères DSM-IV : 23 %, pour la GDS 48 % (sensibilité 100 %, spécificité 68 %, VPP 48 %, VPN 100 %), pour la composante dépression de la HADS: 29% (sensibilité 75 %, spécificité 85 %, VPP 60 %, VPN 92 %). Conclusion : Dans cette étude il apparaît que la GDS reste une échelle de dépistage de choix (valeur prédictive négative de 100 %), toutefois elle surestime le risque de dépression. L'hospitalisation aiguë pourrait en partie expliquer cela. Une évaluation psychiatrique intégrant par exemple l'échelle MINI permet d'éviter de surestimer la présence d'une dépression au cours d'une hospitalisation.

P356

Variables associée à la présence d'un épisode dépressif majeur au sein d'une unité aiguë de gériatrie

V. Van Rode¹, J. Caillet²

¹Psychiatrie - Hôpital Erasme - Forest - Belgique

²Gériatrie - Erasme - Bruxelles - Belgique

Variables associées à la présence d'un épisode dépressif majeur au sein d'une unité aiguë de gériatrie. Van Rode Valérie, Caillet Julie, Petillon Sophie, Compté Nathalie, De Breucker Sandra, Pepersack Thierry. Service de gériatrie. Hôpital Erasme, Université Libre de Bruxelles. Introduction: la dépression est fréquente chez des patients gériatriques mais sa reconnaissance est parfois difficile, d'un côté les échelles de dépistage peuvent conduire à une surestimation du diagnostic, de l'autre, la comorbidité importante peut conduire à une sous-estimation du diagnostic. Dans ce contexte l'objectif de ce travail a été d'analyser, les caractéristiques

téristiques des patients présentant un épisode dépressif majeur pendant l'hospitalisation. Méthodologie: La présence d'un épisode dépressif majeur a été recherché auprès de patients sans troubles cognitifs majeurs en utilisant l'échelle MINI et les critères DSM-IV. Les patients ont bénéficiés d'une évaluation gérontologique standardisée ainsi qu'une évaluation de la comorbidité. Résultats: Nous avons observé 23% de patients présentant un épisode dépressif majeur parmi les 52 patients consécutivement hospitalisés (85±5 ans, 69% de femmes, ISAR à 3±1 points). Comparés aux contrôles les variables significativement associées à la dépression étaient respectivement: les antécédents familiaux de dépression (33 vs 0 %, $p < 0.001$), un deuil récent (33 vs 10 %, $p < 0.05$), la prise de benzodiazépines (75 vs 43 %, $p < 0.05$), un score d'anxiété (8.5±4.3 vs 5.8±3.4), et la dépendance fonctionnelle pour se laver et s'habiller. L'importance de la comorbidité (nombre de pathologies et leurs sévérités) n'était pas différente entre les groupes. Conclusion: Dans cette étude les variables associées à la présence d'un épisode dépressif majeur sont surtout d'ordre psychologique (antécédents familiaux, deuil, anxiété, prise d'anxiolytiques). La seule caractéristique gériatrique associée à la dépression est la dépendance fonctionnelle. L'aspect observationnel de cette étude ne permet pas d'assurer un lien de causalité. Toutefois, les antécédents familiaux (dépression, deuil), la présence d'une anxiété et de la prise de benzodiazépines devraient faire rechercher la présence d'un état dépressif majeur.

P357

Dépression et détresse spirituelle : y a-t-il un lien ?

M. Bornet¹, E. Rochat², A. Durst³, C. Büla³, S. Fustinoni⁴, S. Monod³

¹Faculté de biologie et de médecine - Université de Lausanne - Lausanne - Suisse

²Service d'aumônerie - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Lausanne - Suisse

³Service de gériatrie et réadaptation gériatrique - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Lausanne - Suisse

⁴Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) - Lausanne - Suisse

Introduction: L'échelle de dépression gériatrique (GDS-15) est un instrument de dépistage de la dépression chez les personnes âgées. Elle a été développée pour évaluer divers symptômes dépressifs non somatiques. Par ailleurs, la spiritualité soulève un intérêt croissant en clinique. Dépression et détresse spirituelle présentent une symptomatologie partiellement identique, mais représentent deux entités nosologiques distinctes. En raison du large spectre de symptômes qu'il évalue, il est possible que le GDS-15 dépiste également la détresse spirituelle. Le but de cette étude est d'investiguer la relation entre le GDS-15 et la détresse spirituelle. Méthode: Des patients de ≥ 65 ans, hospitalisés en réadaptation, avec un MMS ≥ 20 sont consécutivement inclus dans l'étude. Les symptômes dépressifs sont évalués avec le GDS-15. La détresse spirituelle est évaluée avec le Spiritual Distress Assessment Tool (SDAT, formé de quatre sous-dimensions:

Sens, Transcendance, Valeurs, Identité; score de 0-15, détresse spirituelle si score ≥ 5). La corrélation entre les deux scores est mesurée, ainsi que la sensibilité et la spécificité du GDS-15 pour dépister la détresse spirituelle. Résultats: N = 185 patients sont inclus (âge moyen 81.3±6.9, 71.9 % de femmes, MMS moyen à 26.8±2.6 et Indice de Katz à 3.3±1.5). Le score moyen du GDS est de 2.6±2.6, celui du SDAT vaut 5.6±2.4. Globalement, 15.7 % des patients ont un GDS-15 ≥ 6 , 64.9 % un SDAT ≥ 5 et 15.1 % les deux simultanément. Les scores au GDS-15 et au SDAT sont significativement corrélés (Rho = 0.42, $p = 0.000$). Par rapport aux patients sans détresse spirituelle, les patients présentant une détresse spirituelle ont significativement des scores GDS-15 plus élevés (3.3±2.9 vs 1.4±1.4, $p = 0.000$). La sensibilité du seuil GDS-15 ≥ 3 pour détecter la détresse spirituelle est de 51.7 %, la spécificité vaut 83.1 % (courbe ROC = 0.688). Conclusion: Dans cet échantillon, une relation significative est observée entre les scores du GDS-15 et du SDAT. D'autres études sont nécessaires afin de préciser les liens entre dépression et détresse spirituelle.

P358

Incontinence urinaire de la personne âgée. Mise au point et validation de recommandations sous la forme d'un algorithme décisionnel: l'algorithme GRAPPPA

C. Jeandel¹, C. Jeandel¹, X. Game², A. Petit³, B. Fatton⁴, G. Robain⁵, M. Scheiber Nogueira⁶, J. Vetel⁷, P. Mares⁴, G. Amarenco³

¹Département de gériatrie - CHU Montpellier - Montpellier - France

²Urologie - CHU Toulouse - Toulouse - France

³Centre de santé - Centre de santé - Dugny - France

⁴Gynécologie - CHU Nîmes - Nîmes - France

⁵MPR Rothschild - APHP Paris - Paris - France

⁶Cabinet neurologie - Cabinet neurologie - Lyon - France

⁷Gériatrie - CH Le Mans - Le Mans - France

⁸Neuro-urologie - APHP Paris Hôpital Tenon - Paris - France

Objectifs: Définir des recommandations, sous forme d'un algorithme, pour l'évaluation pratique et le traitement de première ligne de l'incontinence urinaire de la personne âgée. Méthodes: Elaboration de recommandations de bonne pratique par consensus formalisé validé par un groupe de 40 experts puis par un groupe de lecture et d'analyse indépendant multidisciplinaire (urologue, médecin généraliste, neurologue, gynécologue, gériatre, médecin de médecine physique et de réadaptation). Résultats: Après 3 tours d'interrogation du panel d'experts, l'algorithme GRAPPPA a pu être établi. Cet algorithme prend en considération tant l'évaluation que le traitement de première ligne des différents types d'incontinence urinaire observés dans cette population âgée (incontinence d'urgence, d'effort ou mixte). L'évaluation initiale dépiste une rétention d'urine (et sa cause tel un fécalome, la prise d'anticholinergiques ou de morphiniques), une infection urinaire et des altérations cognitives. Une hématurie, des douleurs pelvi-vésicales, des antécédents de radiothérapie ou de chirurgie pelvienne récente conduisent à référer le patient à une équipe spécialisée. Le traitement de première ligne repose sur

la rééducation périnéale, l'oestrogénothérapie locale, les mesures hygiéno-diététiques. En cas d'incontinence sur urgence mictionnelle, les anticholinergiques peuvent être essayés. Conclusion : Le respect de cet algorithme devrait permettre une meilleure prise en charge pratique de l'incontinence urinaire de la personne âgée.

P359

Le Plaisir alimentaire chez la personne âgée Tunisienne

S. Baccar¹, A. Cherif¹, S. Hammami¹

¹Unité de gériatrie - Hôpital Mahmoud el Matri - Ariana - Tunisie

Introduction : Les répercussions du vieillissement sur l'alimentation des personnes âgées sont fréquentes et touchent plusieurs domaines tout en gardant en tête le risque de la dénutrition Le but de ce travail est de déterminer le goût alimentaire des séniors Tunisiens, leurs préférences et de vérifier s'ils mangent par obligation ou par plaisir. Il s'agit d'une étude prospective qui a concerné 80 personnes âgées de 65 ans et plus, de la région du Cap Bon Tunisie entre le 1er décembre 2012 et le 31 janvier 2013. Résultats : La moyenne d'âge de nos patients était de 73 ans avec un sexe ratio de 1. 37,5 % était veufs. Près des $\frac{3}{4}$ vivaient en famille .70 % des patients donnent leurs avis pour le choix du repas, 80 % d'entre eux mangent en famille. 80 % des patients assurent avoir des malaises lors de la prise alimentaire. 8 % des patients se plaignent des effets des médicaments sur leurs appréciations de la nourriture et 86 % déclarent manger avec appétit et plaisir. 79 % des patients préfèrent le salé, 21 % le sucré. 56 % des patients préfèrent le goût amer, 44 % le goût acide. Les repas les plus appréciés sont le couscous (56,3 %), le borghol et le malthouth (8,8 %), les pâtes (8,8%) et le ragout (6,3 %). 45 % des patients déclarent ne pas avoir de dégoût envers un mets.. 56,3 % des patients préféreraient la salade mechouia puis la salade crue(32,5 %) et en la salade cuite (5 %). 44 % de nos malades privilégient les grillades, 56 % préfèrent les fritures. Pour les desserts, 87,5 % des patients préfèrent les fruits aux produits laitiers. $\frac{3}{4}$ des patients affirment ne pas aimer les fast-foods 27,5 % déclarent spontanément modifier leurs préférences à cause d'un problème dentaire. 86 % des patients mangent avec appétit et plaisir Conclusion : La nutrition joue un rôle très important dans le bien être de la personne âgée. Outre les apports alimentaires et caloriques qu'elle apporte, elle assure un des derniers plaisirs offerts aux séniors.

P360

Profil nutritionnel de 100 personnes âgées tunisiennes

S. Baccar¹, O. Lafi¹, S. Hammami¹, M. Laabidy¹

¹Unité de gériatrie - Hôpital Mahmoud el Matri - Ariana - Tunisie

Introduction : Avec le vieillissement, la nutrition devient de plus en plus importante dans le vécu des personnes âgées. En effet, les modifications physiologiques que subit les séniors, ainsi que la polymédication vont modifier le comportement alimentaire des séniors Dans ce travail nous nous proposons d'évaluer l'état nutritionnel des malades, leurs habitudes alimentaires et les modifications de leur comportement alimentaire avec l'âge Il s'agit d'une étude prospective qui a concerné 100 personnes âgées de 65 ans et plus ayant

consulté entre mars et avril 2013 à l'unité Ambulatoire de gériatrie à l'Ariana. Résultats : 69 femmes et 31 hommes ont participé a cette étude avec une moyenne d'âge de 75 ans +/- 7,5 ans. la moyenne d'IMC des patients était de 29 kg/m² ±6. l'obésité était significativement plus fréquente chez les femmes (p < 0,001) Le tour de taille moyen chez les hommes était de 94,68 ± 10,3 cm, celui des femmes était de 102,22 ±16,48 cm. 70 % des malades prenaient 3 repas. 13 % d'entre eux sautent un repas. 37 % prenaient un goûter. 37 % des patients grignotaient. Les produits les plus consommés par nos malades étaient les produits laitiers, les féculents et les matières grasses. les viandes, les fruits et les légumes n'étaient pas suffisamment consommés. La consommation des boissons reste insuffisante. Selon le MNA, 64 % des patients ont un mauvais état nutritionnel, 24 % ont un risque de malnutrition et 12 % avaient t un bon état nutritionnel. .les femmes avaient un plus grand risque de malnutrition (p < 0,001). Selon l'analyse multivariée, l'âge multiplie par 1,7 le risque de malnutrition chez la personne âgée sans que sa soit significatif Conclusion : L'état nutritionnel de la personne âgée est un des piliers de son bon état de santé. Elle doit Manger équilibré, varié mais doit aussi adapter son plat à ses désirs, ses goûts, ses traditions et ses capacités masticatoires.

P361

Le plaisir au menu : Etude des préférences culinaires des personnes âgées de plus de 70 ans vivant en EHPAD

V. Pouyet¹, A. Giboreau², G. Cuvelier³, L. Benattar⁴

¹Direction médicale - ORPEA - Lyon - France

²Recherche - Centre de Recherche de l'Institut Paul Bocuse - Lyon - France

³UMR 1145 Ingénierie Procédés Aliments - AgroParisTech - Massy - France

⁴Direction médicale - ORPEA - Puteaux - France

Introduction : La conception des menus en EHPAD doit prendre en compte les besoins nutritionnels des personnes âgées mais également intégrer leurs attentes afin de garantir leur satisfaction et la consommation. Les préférences alimentaires des personnes âgées en EHPAD restent cependant encore peu étudiées. L'objectif de cette étude est donc de déterminer les facteurs de l'acceptabilité et de l'appréciation de plats chez les personnes âgées de plus de 70 ans vivant en EHPAD. Méthode : Des entretiens individuels ont été conduits dans 3 EHPAD (France) auprès de 80 résidents âgés de 72 à 102 ans. Une série de 30 cartes a été présentée aux sujets avec sur chacune le nom d'un plat parmi des plats représentatifs de ceux servis en EHPAD et des plats a priori moins connus. Les sujets rangeaient chaque carte parmi les catégories suivantes : j'aime, j'aime moyennement, je n'aime pas et je ne connais pas ; en discutant des raisons de leurs choix. Les données de catégorisation ont été traitées par analyse factorielle et l'ensemble des entretiens a été enregistré, retranscrit puis soumis à une analyse de contenu sémantique. Résultats : Les résultats de la catégorisation permettent d'identifier 4 groupes : les plats connus et aimés, les plats connus et peu aimés, les plats peu connus et peu aimés et les plats non connus des sujets interrogés. La construction de chacun de ces groupes par les sujets s'explique à la fois par des facteurs sensoriels (liés à l'aliment - comme le « goût » et la texture) et des facteurs cognitifs (liés au sujet - comme

la familiarité et les facteurs culturels et générationnels). Conclusion : Cette étude permet de fournir des recommandations pour la construction des menus en EHPAD et propose également des pistes de recherche sur les leviers d'amélioration de l'acceptabilité des aliments chez les personnes âgées.

P362

Evaluation de l'effet de la consommation d'un pain brioché enrichi en protéines et vitamines sur le statut nutritionnel des personnes âgées versus un complément nutritionnel oral liquide à forte densité protéique

F. Allaert¹, V. Van Wymelbeke², V. Van Wymelbeke², M. Mahdi³

¹Nutrition - CEN Nutriment - Dijon - France

²Gériatrie - CHU Dijon - Dijon - France

³Nutrition - CERELAB - Dijon - France

Introduction : comparer l'effet de la consommation quotidienne d'un pain brioché G-Nutrition® enrichi en protéines et vitamines (PAIN), et d'un complément nutritionnel oral (CNO) liquide à forte densité protéique sur l'état nutritionnel des personnes âgées. Méthode : étude randomisée conduite en ouvert chez des personnes de plus de 75 ans présentant un état nutritionnel caractérisé par un MNA inférieur à 23,5 et/ou une perte de poids dynamique sur les derniers mois et/ou une valeur d'entrée de transthyréline inférieure à 0,2 g/l. Critères principaux d'évaluation: albuminémie, transthyréline, CRP. Résultats : 31 patients ont participé à l'étude. Leur sexe/ratio, leur âge, leur IMC et les marqueurs biologiques de l'état nutritionnel sont comparables dans les deux groupes. Après un mois, on relève des augmentations significatives de l'albuminémie ($p < 0.0001$), de la transthyréline ($p : 0.003$), et une diminution significative de la CRP (< 0.02) entre J1 et J30 dans chacun des groupes et comparables entre les deux groupes. Albuminémie (g/l) : PAIN : J1 : $27,5 \pm 3,7$ vs J30 : $31,2 \pm 3,2$; CNO : J1 : $28,1 \pm 3,0$ vs J30 : $31,1 \pm 3,6$. Transthyréline (g/l) : PAIN : J1 : $0,19 \pm 0,05$ vs J30 : $0,23 \pm 0,06$; CNO J1 : $0,19 \pm 0,06$ vs J30 : $0,21 \pm 0,06$. CRP (mg/l) : PAIN : J1 : $25,9 \pm 24,9$ vs J30 : $11,9 \pm 12,6$; CNO : J1 : $13,1 \pm 9,9$ vs J30 : $8,0 \pm 6,1$. On relève également des augmentations plus importantes des concentrations sanguines en vitamine B9 ($p < 0.03$) dans le groupe PAIN par rapport au groupe CNO J1 : $11,8 \pm 7,4$ vs J30 : $13,8 \pm 6,8$; CNO : J1 : $15,4 \pm 8,5$ vs J30 : $13,8 \pm 7,7$. Ces résultats concernant les vitamines sont en relation avec de plus forts apports dans la composition du pain. Conclusion : le pain brioché G-Nutrition® enrichi en protéines et vitamines améliore significativement le statut nutritionnel des personnes âgées dénutries, et de manière comparable à la prise d'un CNO oral de composition protéique similaire. Il constitue une alternative à la prise de CNO liquides susceptible de favoriser l'adhésion des patients en leur offrant plus de diversité dans les choix alimentaires.

P363

MobiQual Nutrition : un outil pour sensibiliser/former à l'importance du maintien d'un bon état nutritionnel des personnes âgées, en termes de besoins mais aussi de plaisir de manger

S. Doureligne¹, G. Ruault²

¹Programme MobiQual - SFGG - Suresnes - France

²Délégation générale / Programme MobiQual - SFGG - Suresnes - France

Mis en œuvre depuis 2007, le programme MobiQual – Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles – de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie comporte depuis 2011 un volet sur la thématique de la nutrition/dénutrition/alimentation de la personne âgée. Il a été développé pour répondre aux besoins des professionnels des établissements médico-sociaux et sanitaires dans le but de mener des actions de sensibilisation/formation à l'importance du maintien d'un bon état nutritionnel des personnes âgées, tant en termes de besoins que de plaisir de manger. Présenté sous forme de mallette, l'outil Nutrition comporte des contenus pédagogiques (diaporamas, supports vidéo, fiches pratiques, fiches « ils le font », ...) élaborés par un groupe de travail pluridisciplinaire et pluriprofessionnel, utilisables à des fins complémentaires : 1.informer et sensibiliser aux bonnes pratiques 2.actualiser les connaissances 3. former (formation interne réalisée in situ, par un salarié de la structure, ou par une personne extérieure) pour développer puis partager un langage commun et harmoniser les pratiques 4.aider à la pratique, en utilisant, entre autres, les outils d'évaluation du statut nutritionnel. Une étude conduite au premier semestre 2013 montre, à l'aide de questionnaires d'évaluation (échantillon de près de 500 structures), que l'utilisation de cette mallette participe à améliorer la qualité de la prise en soins dans les structures qui l'utilisent, tant sur l'état nutritionnel des résidents, le plaisir de manger et l'activité physique qu'en termes de réflexion et d'organisation. Nous nous proposons de présenter tout d'abord les contenus de l'outil, puis de faire part des principaux résultats de l'étude conduite, et enfin d'évoquer les travaux d'adaptation de l'outil Nutrition au secteur du domicile, conduits avec la participation des principales fédérations de ce secteur.

P364

Efficacité de la sensibilisation des équipes et médecins traitants au diagnostic de la dénutrition chez les résidents déments admis en institution

G. Pisica Donose¹, A. Floriot¹, V. Grynszpan², F. Barthelemy³

¹Médical - DomusVi - Suresnes - France

²Eleusis Poissy - DomusVi - Poissy - France

³EXPERTISE et SOINS - DomusVi - Suresnes - France

Objectif : Améliorer le diagnostic de la dénutrition, dès l'admission en établissement psychogériatrique, pour renforcer les mesures de prises en soin. Méthode : Le médecin coordonnateur forme une infirmière (IDE) « référente » et invite les médecins traitants à évaluer le statut nutritionnel des résidents, puis l'IDE veille à la mesure des poids et rappelle aux médecins généralistes l'intérêt de la prescription d'une biologie d'entrée. Le médecin coordonnateur, lors de son évaluation gériatrique dans le mois suivant l'admission, inclut un volet nutritionnel avec analyse et propositions thérapeutiques (supplémentations, modifications de régime, de texture...), afin de tenir compte des goûts et comportements alimentaires du résident. Réévaluation des résidents, avec poids, IMC, dosages plasmatiques. Une session de formation interne au

groupe DOMUSVI a été proposée à l'attention des médecins et IDE coordonnateurs. Critères de dénutrition retenus parmi ceux de la haute autorité de santé : IMC < 21 ou albuminémie < 35 g/l avec CRP < 10 mg/l. Résultats : Sur 109 entrants de 2008 à 2013, progression des diagnostics de dénutrition : 34 % en 2008 à 56 % en 2013. Réduction des cas douteux : 55 % en 2008 à 14 % en 2013. Le taux de non dénutris varie de 11 % en 2008 à 30 % en 2013. Le diagnostic est aussi sensibilisé grâce au cumul des facteurs objectifs à l'entrée tels l'IMC, l'albuminémie couplée à la CRP qui retrouvent 31 % de dénutrition supplémentaire qu'avec un IMC seul. Les médecins, venus à la commission de coordination gériatrique, prescrivent désormais les biologies et participent de plus en plus aux prescriptions à visée nutritionnelle. Conclusion : Un facteur majeur influençant le diagnostic de dénutrition est l'implication des équipes (mobilisation du médecin coordonnateur et des IDE) et l'adjonction des valeurs biologiques. La communication des résultats aide à motiver médecins libéraux et oriente le projet de soin de l'établissement.

P365

Stimulation de la synthèse protéique myofibrillaire par un repas enrichi en leucine chez des femmes âgées sarco-dynapéniques

R. Nasrah¹, E. Redmond¹, C. Snarr¹, J.A. Morais³, S. Chevalier², L. Wykes⁴

¹Laboratoires de Nutrition Crabtree - Université McGill - Montréal - Canada

²Département de Médecine - Université McGill - Montréal - Canada

³Médecine, Gériatrie - Centre universitaire de santé McGill - Montréal - Canada

⁴École de diététique et nutrition humaine - Université McGill - Montréal - Canada

Introduction : La sarcopénie (perte de muscle) et la dynapénie (perte de force) sont des facteurs de risque d'incapacités, de chutes et de perte d'autonomie liés au vieillissement. L'acide aminé essentiel leucine est une molécule signalétique qui stimule la traduction de l'ARNm, la synthèse protéique et la sécrétion d'insuline, ce qui en fait un agent anabolique potentiel. Matériel et méthodes : L'effet de l'ajout de leucine à un repas sur le bilan global de leucine et les taux de synthèse des protéines myofibrillaires, sarcoplasmiques et plasmatiques totales, a été testé chez 12 femmes âgées (70±2 y, IMC 24±1 kg/m²): 7 avec sarco-dynapénie et 5 contrôles. L'étude avait un devis expérimental chassé-croisé, randomisé, à double insu versus un repas sans leucine ajoutée (total d'azote identique). La synthèse protéique a été mesurée par incorporation de la [2H5]-phénylalanine et l'oxydation par la dilution de [1-13C]leucine. Résultats : Le repas+leucine a augmenté les taux plasmatiques de leucine par 4 fois versus 2 fois avec le repas-leucine (p < 0.001) résultant en une augmentation significative des concentrations intramusculaires. Ceci a davantage stimulé la synthèse de protéines myofibrillaires (Δ 0.053±0.011 vs. 0.027±0.006 %/h, p < 0.05), contribuant à augmenter le bilan protéique global (apport – oxydation). La synthèse des protéines sarcoplasmiques et plasmatiques a été stimulée également par le repas avec ou sans leucine ajoutée. La présence de sarco-dynapénie n'a exercé

aucun effet sur ces réponses. Conclusions : Les résultats suggèrent que l'ajout de leucine à un repas stimule la synthèse protéique myofibrillaire et la rétention globale de leucine. La capacité anabolique des femmes âgées sarco-dynapéniques était préservée; celles-ci pourraient donc bénéficier d'une telle intervention. Il reste à démontrer si la supplémentation de leucine à long terme résulte en une augmentation de la masse, la force et la fonction musculaire.

P366

Relation entre la mastication et la qualité de l'alimentation des aînés québécois; l'Étude NuAge

V. Cusson¹, H. Payette²

¹Centre de recherche sur le vieillissement - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

²Faculté de médecine et des sciences de la santé - Université de Sherbrooke - Sherbrooke - Canada

Chez les aînés, la perte de dents et les difficultés masticatoires peuvent entraîner une réduction de la qualité de la diète et une perte de poids. L'objectif de ce projet est d'identifier la relation entre la mastication et les apports alimentaires chez des aînés généralement en bonne santé. Une analyse secondaire des données recueillies à l'entrée de l'Étude longitudinale québécoise sur la nutrition comme déterminant d'un vieillissement réussi (NuAge) a été réalisée. La mesure de l'efficacité masticatoire a été prise dans un sous-échantillon de 113 participants à l'aide d'un test clinique (Swallowing Threshold Test Index, score 0 à 100%). Les apports habituels de protéines, de vitamine C, de folate et de fruits/légumes ont été calculés à partir de 3 rappels alimentaires de 24 heures non-consécutifs. Les participants âgés de 67 à 84 ans (50 hommes, 63 femmes) ont des scores moyens au test masticatoire de 60.8 % [IC(57.3-64.2)] pour les hommes (H) et de 61.2 % [IC(57.7-64.7)] pour les femmes (F). Les apports moyens de vitamine C [H: 92 mg/j; IC(85-99); F: 92 mg/j; IC(86-98)] et de protéines [H: 1.06 g/kg/j; IC(1.01-1.11); F: 1.00 g/kg/j; IC(0.95-1.05)] sont suffisants tandis que les apports moyens de folate [H: 105µg/j; IC(97-113); F: 84µg/j; IC(78-89)] et de fruits/légumes [H: 4.6portions/j; IC(4.3-5.0); F: 4.6portions/j; IC(4.4-4.9)] sont faibles en regard des recommandations canadiennes. Après ajustement pour l'âge, le sexe, la scolarité et le revenu, le score d'efficacité masticatoire n'est pas significativement associé aux apports alimentaires [régression linéaire multivariée; (Vitamine C : β =-0.066 ; p=0.80) ; (Folate : β =0.079 ; p=0.67) ; (Fruits/légumes : β =-0.004 ; p=0.68) ; (Protéines : β =0.001 ; p=0.39)]. Le phénomène d'adaptation peut expliquer nos Résultats : Les participants ayant une plus faible efficacité masticatoire pourraient avoir modifié leurs habitudes alimentaires en regard des choix d'aliments ou des modes de cuisson pour maintenir leurs apports nutritionnels. Des études ultérieures sont nécessaires pour examiner plus en détail cette hypothèse.

P367

Prescriptions potentiellement inappropriées en gériatrie

V. Grenouilleau¹, L. Faraggi¹

¹Pharmacie - CSMR Podensac - Podensac - France

Objectifs : Les personnes âgées sont plus sensibles à l'action et aux effets indésirables des médicaments. La prescription de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) ou d'associations potentiellement inappropriées (API) représente des situations à risques pour cette population et leur occurrence doit être évitée. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la prévalence des prescriptions potentiellement inappropriées (PPI) chez les patients de plus de 75 ans. **Matériel et méthodes :** Un jour donné, toutes les prescriptions des patients âgés de plus de 75 ans ont été analysées. Les prescriptions potentiellement inappropriées ont été mises en évidence à l'aide de la liste de Laroche. Pour chaque prescription, les MPI et les API ont été identifiés et dénombrés. La proportion de MPI rapportée au nombre de lignes de prescription et celle de PPI rapportée au nombre de prescriptions ont été déterminées. Par ailleurs, les MPI les plus prescrits ont été identifiés. **Résultats :** Les prescriptions de 179 patients ont été étudiées, soit 1212 lignes de prescription. L'âge moyen est de 86±6 ans. Le sex-ratio est de 0,4 (48 hommes, 131 femmes). L'analyse a permis de dénombrer 133 MPI (sur 93 prescriptions) et 47 API (sur 32 prescriptions). Au total, 11 % des lignes de prescriptions sont potentiellement inappropriées et 102 prescriptions (57 %) contiennent au moins une situation à risque. Les classes médicamenteuses le plus souvent prescrites parmi les MPI sont les hypnotiques (50 %), les anxiolytiques (24%) et les neuroleptiques (16 %). **Conclusion :** Plus de la moitié des plus de 75 ans sont dans des situations potentiellement à risque. L'étude portant sur un jour donné, certains MPI (traitement ponctuel) ne sont pas mis en évidence, malgré leur utilisation régulière (la furadantine par exemple). Les patients présentant une PPI feront l'objet d'une réévaluation médico-pharmaceutique de leur traitement avec proposition d'alternatives thérapeutiques moins à risques.

P368

Evaluation des ordonnances de patients de 80 ans et plus, en terme de risque de iatrogénie, à différentes étapes du parcours de soin

F. Santoni¹, B. de Wazieres¹, C. Jeande², S. Bastide¹, V. Antoine²

¹Médecine gériatrique - CHU Nîmes - Nîmes - France

²Médecine gériatrique - CHU Montpellier - Montpellier - France

Contexte : Les événements iatrogènes sont fréquents chez les personnes âgées (polymédication, prescriptions inappropriées, mauvaise coordination entre les prescripteurs...). **Objectif.** Description de l'évolution du risque iatrogène à trois étapes du parcours de soins. **Méthode :** Etude descriptive prospective monocentrique des personnes âgées de 80 ans et plus hospitalisées en court séjour gériatrique. Analyse des ordonnances à 3 étapes du parcours de soin : à l'arrivée (T1), à la sortie (T2) et à deux mois de l'hospitalisation (T3). Recueil de la présence d'un «critère global» de iatrogénie : présence de 5 médicaments ou plus (hors traitement de confort ou intercurrent) et/ou présence d'au moins un critère de Laroche de prescription inappropriée et/ou non respect

de l'ensemble des critères de fond de qualité de prescription définis par la HAS. **Résultats :** Les 79 patients inclus ont en moyenne 87 ans. Le nombre moyen de médicaments (hors traitement de confort ou intercurrent) évolue de 7,33 à T1, 6,02 à T2 et 6,07 à T3. Les critères de fond respectés de la grille HAS évoluent de 6,67 à 6,92 entre T1 et T2 ($p=0,001$); 6,92 à 6,84 entre T2 et T3 ($p=0,5$). Le nombre moyen de critères de Laroche présents évolue de 1,16 à 0,42 entre T1 et T2 ($p=0,001$) ; 0,42 à 0,59 entre T2 et T3 ($p=0,11$). Le critère global de iatrogénie global passe de 80,7 % à 64 % entre T1 et T2, et de 64,6 % à 75 % entre T2 et T3. **Discussion :** Si le passage en court séjour gériatrique permet en partie d'améliorer la qualité de la prescription médicamenteuse, l'évolution du risque iatrogène au décours de l'hospitalisation plaide pour l'intérêt d'en rechercher les facteurs explicatifs. Ces constats ouvrent des perspectives de recherche entre médecine de ville et hôpital pour améliorer la coordination entre les prescripteurs qui interviennent tout au long du parcours de soin.

P369

Statut cognitif et connaissance des traitements

S. Haulon¹, S. Makouf², F. Royand¹

¹Gérontologie 4 - AP-HP Emile Roux – Limeil - Brévannes - France

²Gérontologie 4 - APHP - Limeil-Brévannes - France

Introduction : 16 % de la population française (plus de 65 ans) consomme 39 % de la dépense pharmaceutique française. Plus de 20 % des hospitalisations chez les sujets de plus de 80 ans sont liées, en tout ou en partie à un accident iatrogénique. L'objectif de ce travail est de rechercher la connaissance du patient de ses traitements en fonction de son statut cognitif. **Matériel et Méthode :** On réalise une étude observationnelle incluant des patients consécutifs de plus de 75 ans hospitalisés en SSR gériatrique avec un MMS $\geq 20/30$. Par interrogatoire, on évalue la connaissance par le patient lui-même du nom des médicaments, de leurs indications et de leurs posologies. On collige aussi le statut cognitif évalué par les tests neuropsychologiques, le statut nutritionnel, l'autonomie et les principaux antécédents. **Résultats :** 24 malades sont inclus, d'âge moyen 85,75 ans (+/- 4.89), 71 % de femmes, avec un MMS moyen à 23,75(+/-2,49). Ils prennent en moyenne 7,71 (+/-2,83) médicaments. 10 patients connaissent 50 % ou plus de 50 % des noms de leurs médicaments (Groupe 1) et 14 patients connaissent moins de 50 % des noms de leurs médicaments. **Tableau 1 Discussion/Conclusion :** Les patients qui connaissent le mieux le nom de leurs traitements ont moins de médicaments, réussissent mieux le test de l'horloge et ont des activités instrumentales mieux conservées. La prévention des accidents iatrogéniques doit être une préoccupation quotidienne en gériatrie et doit conduire à la mise en place d'une surveillance rapprochée à domicile par les professionnels et par l'éducation de l'entourage, dès qu'il y a plus de 5 médicaments et qu'il y a une fragilité cognitive.

P370**Intérêt de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles dans une démarche d'amélioration de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée hospitalisée**

A. Brutel¹, B. Gruat², L. Dubuc², C. Derharoutunian², E. Kiledjian³, M. Hellot-Guersing², A. Gadot², C. Jarre², R. Roubille², H. Galtier²

¹Pharmacie - Hôpital du Gier - St chamond - France

²Pharmacie - CH Lucien Hussen - Vienne - France

³Gériatrie - CH Lucien Hussen - Vienne - France

Suite à un premier audit en 2011 des pratiques de prescription médicamenteuse chez les patients hospitalisés de plus de 80 ans, des formations sont dispensées aux médecins et aux pharmaciens tous les 6 mois avec diffusion de trois outils : une plaquette de recommandations générales de prescription, une check-list pour l'analyse d'ordonnance et un livret de recommandations d'adaptation posologique en cas d'insuffisance rénale. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact de ces actions d'amélioration. La méthodologie du premier audit a été reprise avec quelques ajustements, au vu notamment des difficultés rencontrées initialement. Neuf des quinze critères évalués initialement ont été conservés pour un deuxième audit réalisé en 2013. Le taux de conformité au référentiel ne diffère pas de manière significative entre les deux audits pour 7 des 9 critères (moins de 5 médicaments per os, mention d'une durée pour les traitements de pathologies aiguës, moins de trois psychotropes, absence de médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée, absence de neuroleptiques en cas de maladie d'Alzheimer, adaptation des traitements par antivitamine K à l'INR, traçabilité du suivi de la tolérance). Pour deux critères, une amélioration du taux de conformité au référentiel a été observée, le traitement étant adapté à la fonction rénale dans 87 % des cas versus 41 % au premier audit ($p=0.0008$) et le suivi de l'efficacité des traitements étant tracé dans 68 % des cas versus 51 % ($p=0.04$). Ce deuxième audit montre notamment la persistance d'une polymédication, la non mention d'une durée pour les traitements aigus et une traçabilité insuffisante de la tolérance aux médicaments. En revanche, une meilleure adaptation des traitements à la fonction rénale et une meilleure traçabilité du suivi de leur efficacité ont été observées, valorisant les actions mises en place après le premier audit. De nouvelles actions ont été proposées pour poursuivre dans cette voie.

P371**Retour d'expérience sur la mise en place d'une conciliation médicamenteuse informatisée au sein d'un établissement de santé**

M. Bouarfa¹, E. Brysiak², M. Defrance², C. Gadenne², C. Gadret², J. Henonin², G. Juskowiak², J. Lejeune², G. Mota², M. Nizart², E. Pot², J. Provillie², P. Nowacki², P. Prouvez², M. Malewicz², J. Dubois², C. Charani³, J. Podevin⁴

¹Soins de suites et de réadaptation - FILIERIS-CARMI - Bully-les-Mines - France

²Pôle Etablissements - FILIERIS-CARMI - Nord Pas de Calais - France

³Roubaix - France

⁴Gériatre - CHRU - Lille - France

Il est démontré que les erreurs médicamenteuses surviennent majoritairement aux points de transition des patients (étude ENEIS). Outre leurs conséquences redoutables chez le sujet âgé, elles entraînent une consommation accrue de ressources. Afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse, les médecins procèdent à la conciliation médicamenteuse lors de l'admission et de la sortie des patients. A l'admission : La conciliation des traitements inspirée du projet HIGH 5 S de l'OMS consiste à dresser une liste exhaustive de tous les médicaments que le patient prend en routine pour la confronter à la liste figurant dans les documents de transfert du patient, dans l'objectif de détecter d'éventuelles divergences pour les corriger. Pour cela les médecins utilisent plusieurs sources d'informations. L'analyse de la pertinence du traitement issue des recommandations de la HAS, consiste à confronter chaque thérapeutique aux pathologies et aux spécificités cliniques du patient (insuffisance rénale, troubles cognitifs, troubles de déglutition, dénutrition...) dans l'objectif de détecter les éventuels excès de traitements, les prescriptions potentiellement inappropriées ou les insuffisances de traitement. A la sortie : La fiche « mon traitement », est un document généré à partir de l'ordonnance de sortie du patient. Elle est destinée au patient ou à ses aidants. Elle reprend les traitements de sortie du patient avec leurs indications en termes simples, leurs précautions d'usage, la fonction rénale, l'INR, l'albuminémie et les modalités d'administration des médicaments au domicile. Les erreurs médicamenteuses sont essentiellement liées à la mauvaise connaissance du traitement des patients par les professionnels de santé ou à une communication déficiente entre eux. Formaliser la conciliation des traitements dans une procédure totalement intégrée au dossier patient informatisé nous a permis de détecter au moins une divergence chez 41 % des patients conciliés, tout en concourant à améliorer le lien hôpital-ville.

P372**Prescription de neuroleptiques chez le malade Alzheimer et démences apparentées. Mise en œuvre de l'indicateur de pratique clinique A M I : alerte et maîtrise de la iatrogénie**

E. Divoux¹, M. Welfringer², C. Laviale², V. Bolzer², É. Dufay¹, É. Dufay¹, É. Dufay¹

¹Pharmacie - Centre Hospitalier de Lunéville - Lunéville - France

²Gériatrie - Centre Hospitalier de Lunéville - Lunéville - France

Les malades Alzheimer sont six fois plus exposés aux neuroleptiques que les personnes du même âge. Les neuroleptiques sont alors associés à une augmentation des risques d'AVC, chutes, décès. Objectifs : diminuer les prescriptions de neuroleptiques inappropriées, améliorer la prise en charge des troubles du comportement. Utilisation de l'indicateur de pratique clinique Alerte Maîtrise Iatrogénie proposé par la Haute Autorité de Santé pour détecter les situations à risque et optimiser la prescription. Étude menée dans une structure de 178 lits par un groupe de travail plu-

riprofessionnel. Repérage des patients sous neuroleptique un jour donné, recherche des prescriptions continues/ répétées sur les 6 derniers mois. Mesure de l'alerte : taux de malades Alzheimer avec prescription de neuroleptiques. Mesure de la maîtrise : nombre de malades Alzheimer avec prescription de neuroleptique continue / répétée confirmée et argumentée comparé au nombre de malades Alzheimer sous neuroleptique. Deux tours d'analyse, à un an d'intervalle. Le nombre de patients déments accueillis est passé de 46% (82/178) à 60% (104/178). L'indicateur d'alerte a diminué de 27% (22/82) à 19% (20/104). Le taux de maîtrise des prescriptions est amélioré, passant de 64% (14/22) à 95% (19/20). La rispéridone demeure majoritairement prescrite, passant de 45% (10/22) à 70% (14/20). La monothérapie est prépondérante et représente 91% (20/22) et 85% (17/20) des prescriptions. L'indication principale est l'agressivité retrouvée dans 45% (10/22) et 50% (10/20) des prescriptions. La première partie de l'étude a permis de réaliser un état des lieux et sensibiliser les prescripteurs. Le groupe de travail a élaboré une plaquette d'information "psychotropes et personne âgée démente, 10 règles d'or de la bonne prescription" pour diffusion interne. En parallèle des thérapeutiques non médicamenteuses sont déployées, en association avec les soignants : chromothérapie, aromathérapie, toucher relationnel. L'ensemble contribue à une meilleure maîtrise de la prescription des neuroleptiques.

P373

L'hypotension orthostatique à l'admission en gériatrie : un rôle limité des médicaments

L. Jodaitis¹, F. Vaillant², B. Boland², M. Petrovic³, C. Gilles⁴, T. Peppersack¹

¹Gériatrie - Hôpital Erasme, Université Libre de Bruxelles - Bruxelles - Belgique

²Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc UCL - Bruxelles - Belgique

³Gériatrie - Hôpital St Jean, Université de Gand (Gent) - Gand - Belgique

⁴Psychogériatrie - Centre Hospitalier de l'Ardenne - Libramont - Belgique

Introduction : L'hypotension orthostatique (HO) est un syndrome gériatrique fréquent dont l'association avec les médicaments n'est pas clairement établie. Cette étude analyse la relation entre l'HO et l'utilisation de médicaments à l'admission en gériatrie. Méthodes : Etude transversale multi-centrique dans dix hôpitaux belges en 2012. L'HO (diminution $\geq 20/10$ mmHg en pression artérielle systolique/diastolique) a été dépistée durant les 48 premières heures du séjour chez 295 patients de 75 ans et plus, capables de se tenir debout trois minutes. Ont été principalement analysés les médicaments prescrits, les motifs de l'hospitalisation, les syndromes gériatriques et les principales co-morbidités. Résultats : Les 116 patients avec HO (41%), comparés aux 169 sans HO, avaient plus fréquemment ($p < 0.01$) présenté des chutes durant les six derniers mois (62 vs. 40%), un déclin fonctionnel récent (71 vs. 47%), ou une chute comme motif d'admission (49 vs. 26%). Ces deux groupes selon l'HO étaient par contre semblables en âge (85 ± 5 vs. 84 ± 4 ans), sexe (59 vs. 50% de femmes), syndromes gériatriques (ex: dénutrition 46 vs. 58%, démence 22 vs. 26%), co-

morbidités (ex: diabète 24 vs. 20%, maladie de Parkinson 5 vs. 5%) ou conditions potentiellement responsables d'HO (ex: déshydratation 28 vs. 30%, état septique 2 vs. 6%). De façon surprenante, aucune différence n'a été observée entre ces deux groupes en termes de fréquence d'utilisation de médicaments à effets psychotropes (69 vs. 70%), cardio-vasculaires (78 vs. 75%) or diurétique (34 vs. 33%), ou de leurs associations. En analyse multivariée, l'HO n'était pas associée à l'utilisation de ces médicaments, mais à la chute comme motif d'hospitalisation (rapport des cotes: 2.0, $p=0.028$) Conclusions : L'HO vu sa fréquence à l'admission en gériatrie devrait y être dépistée, en priorité chez les patients avec chute récente. L'absence de relation entre médicaments et HO devrait être confirmée par des analyses doses-réponse, basées sur la posologie des médicaments. En attendant, des traitements non-pharmacologiques peuvent être proposés aux patients gériatriques avec HO, avant d'envisager de réduire ou interrompre des médicaments potentiellement appropriés.

P374

Iatrogénie médicamenteuse, sujet âgé et lien ville-hôpital : Enquête auprès de médecins généralistes sur la transmission médicale hospitalière

A. Hiance-Delahaye¹, M. Harboun²

¹Gériatrie Aigue - Centre Médical de la Porte Verte - Paris - France

²Gériatrie Aigue - Centre Médical de la Porte Verte - Versailles - France

Introduction : L'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA) est un objectif prioritaire de santé publique. La mise en évidence d'une iatrogénie durant une hospitalisation en unité de gériatrie aigue (UGA) nécessite une transmission rigoureuse de l'information aux médecins généralistes (MG). L'objectif principal était d'évaluer la qualité de la transmission médicale hospitalière dans un contexte de iatrogénie. Les objectifs secondaires étaient d'étudier le suivi ambulatoire des modifications thérapeutiques et les attentes des MG concernant la transmission médicale et l'amélioration du lien ville-hôpital. Matériel et méthode : Enquête prospective quantitative et semi-qualitative auprès de MG à partir de Compte-Rendu Hospitaliers (CRH) de patients hospitalisés en UGA dans 3 centres hospitaliers de Paris ou sa région. La iatrogénie était retenue comme cause principale des CRH inclus. Un questionnaire à 13 items était soumis aux MG lors d'un rendez-vous téléphonique. Résultats : 20 entretiens ont été menés. Les médicaments cardio-vasculaires étaient impliqués dans 11 accidents iatrogéniques (55%), 9 (45%) concernaient les psychotropes et médicaments du SNC et 3 (15%) concernaient les antalgiques. 19 MG (95%) avaient reçu le CRH. 7 (35%) avaient été contactés par téléphone pendant l'hospitalisation. 9 (45%) estimaient la transmission optimale, 5 (25%) regrettaient le manque d'utilisation d'une messagerie médicale sécurisée, 3 (15%) auraient préféré recevoir le CRH plus tôt et 3 (15%) auraient souhaité être contactés au moins à la sortie d'hospitalisation. La part de responsabilité accordée à la iatrogénie était considérée comme « minime » ou « modérée » pour 13 MG (65%). Tous avaient suivi les modifications thérapeutiques. Le lien ville-hôpital pourrait surtout être amélioré grâce à la communication directe, citée par 11 MG

(55 %). Conclusion : La communication hospitalière sur la iatrogénie pourrait être améliorée en valorisant les échanges directs entre médecins et en diminuant le délai d'envoi des CRH et des courriers.

P375

Application des critères STOPP et arrêt des médicaments potentiellement inappropriés à la sortie de l'hôpital : une étude randomisée contrôlée

O. Dalleur¹, B. Boland², A. Spinewine³, J. Degryse⁴

¹Pharmacie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

²Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc et IRSS - Bruxelles - Belgique

³Pharmacie - CHU Mont-Godinne et LDRI - Bruxelles - Belgique

⁴Médecine générale - IRSS Université catholique de Louvain - Bruxelles - Belgique

Introduction : Un séjour à l'hôpital représente une belle opportunité pour revoir le traitement médicamenteux des personnes âgées, et envisager l'interruption des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) identifiés par l'outil STOPP (Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions). Cette étude analyse l'impact de recommandations selon STOPP sur l'arrêt des MPI à l'hôpital. Méthode : Une étude contrôlée, randomisée, incluant 146 patients âgés fragiles, a comparé l'évaluation gériatrique standardisée par l'équipe de liaison (Contrôle) à cette même évaluation additionnée 1) d'une détection systématique des MPI selon STOPP dans les traitements chroniques au domicile et 2) le cas échéant, de recommandations spécifiques au médecin en charge du patient (Intervention). Une analyse secondaire par un panel d'experts a évalué l'importance clinique d'arrêter les MPI. Résultats : Les patients des groupes Intervention (n = 74) et Contrôle (n = 72) présentaient des caractéristiques similaires (85 ans, nombre médian de médicaments/jour: 7). La moitié d'entre eux recevaient des MPI au domicile (68 vs. 57 MPI respectivement chez 53 % et 51 % des patients). A la sortie de l'hôpital, l'arrêt des MPI est deux fois plus fréquent dans le groupe Intervention (39.7 % vs. 19.3 %, p = 0.013). Un suivi à un an des patients qui avaient des MPI à l'admission, montre que la majorité des MPI arrêtés n'ont pas été réinstaurés après la sortie (50 patients suivis, 61 % des MPI non repris). L'importance clinique des MPI à l'admission a été jugée majeure (29 %), modérée (37 %), mineure (5 %), délétère (8 %) ou non applicable (11 %). L'arrêt des MPI n'était pas associé à leur importance clinique. Conclusion : La détection systématique des MPI et des recommandations spécifiques selon STOPP permettent de doubler l'arrêt des MPI à la sortie de l'hôpital. Pour améliorer davantage la prescription chez les patients âgés, évitons prioritairement les MPI d'importance majeure et renforçons la collaboration entre les hôpitaux et les médecins généralistes.

P376

Evaluation de l'importance clinique des critères STOPP: avis d'experts à propos des médicaments chroniques de cent personnes âgées

O. Dalleur¹, B. Boland², A. Spinewine³, J. Degryse⁴

¹Pharmacie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

²Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc et IRSS UCL - Bruxelles - Belgique

³Pharmacie - CHU Mont-Godinne et LDRI UCL - Bruxelles - Belgique

⁴Médecine générale - IRSS Université catholique de Louvain - Bruxelles - Belgique

Introduction : Les critères de l'outil STOPP attirent l'attention des cliniciens sur les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez les patients âgés. La présente étude en analyse et discute l'importance clinique. Méthode : Cent patients âgés de 75 ans et plus, avec dossiers médical, gériatrique et médicamenteux détaillés, ont été sélectionnés de manière aléatoire. Les 65 critères STOPP ont été appliqués à leurs traitements médicamenteux chroniques pour détecter des MPI. Trois experts (médecin gériatre, pharmacien clinicien, médecin généraliste) ont classé l'importance clinique de l'arrêt des MPI en cinq catégories : "majeure" (éviter un problème majeur), "modérée" (améliore la qualité du traitement), "mineure", "délétère", "non applicable". Le consensus est une classification identique par deux ou trois experts. Résultats : 130 MPI ont été détectés chez les cent patients, dont 84 (65 %) avec consensus (importance clinique majeure n = 31, modérée n = 42, mineure n = 4, délétère n = 7). L'importance clinique des 5 MPI les plus fréquents (n = 66, 51 %) a été considérée modérée pour "benzodiazépines et chutes" (n = 23 ; consensus = 21/23), modérée pour "aspirine en prévention primaire" (consensus = 11/14); modérée pour "opiacés et chutes" (consensus = 6/11), majeure pour "benzodiazépine à longue demi-vie" (consensus = 6/10), et modérée pour "aspirine et anticoagulation en combinaison sans protection gastrique" (consensus = 7/8). Plusieurs critères étaient d'importance clinique variable d'un patient à l'autre. La prescription de certains MPI est apparue appropriée sur base d'une analyse complète du dossier médical. Le critère délétère le plus fréquent était l'arrêt d'un β -bloquant chez 4 patients diabétiques avec hypoglycémies et cardiopathie ischémique. Conclusion : L'arrêt des médicaments que l'outil STOPP propose aurait principalement un impact positif modéré ou majeur pour la santé des patients âgés. L'importance clinique de l'arrêt varie selon le critère et le patient. L'outil STOPP bien qu'explicite, nécessite un jugement reposant sur l'analyse détaillée du contexte global du patient âgé.

P377

Fibrillation atriale chez le patient âgé: un traitement anticoagulant plutôt qu'antiplaquettaire

O. Dalleur¹, F. Maes², S. Henrard³, N. Speybroeck³, A. Spinewine⁴, B. Boland⁵

¹Pharmacie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

²Cardiologie - Cliniques universitaires Saint-Luc UCL - Bruxelles - Belgique

³Institut de recherche santé et société (IRSS) - Université catholique de Louvain - Bruxelles - Belgique

⁴Pharmacie - CHU Mont Godinne et LDRI UCL - Bruxelles - Belgique

⁵Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc et IRSS UCL - Bruxelles - Belgique

Introduction : Bien qu'une anticoagulation (AC) est indiquée chez la plupart des patients âgés en fibrillation atriale (FA), nombreux sont ceux sous agent antiplaquettaire SANS anticoagulant (AP). Nous avons voulu vérifier que cette stratégie anti-thrombotique sous-optimale se justifie par une différence de risque cardio-embolique et/ou hémorragique. Méthodes et Sujets : Etude observationnelle transversale dans un hôpital universitaire, durant 3 années (2008-2010), avant la mise sur le marché des nouveaux anticoagulants oraux). Les critères d'inclusion (âge ≥ 75 ans, FA, AC indiquée selon CHADS2 ≥ 2 , traitement anti-thrombotique au domicile, et évaluation gériatrique standardisée) ont identifié 622 patients (85 ± 5 ans, 56 % de femmes, 19 % en institution). Les risques d'accident vasculaire cérébral (AVC) cardio-embolique et d'hémorragie ont respectivement été prédits par les scores CHADS2, et HEMORR2HAGES. Ce dernier a été restreint aux saignements intracrâniens ou fatals ($\times 0.30$) afin de permettre la comparaison avec la sévérité des AVC cardio-emboliques, et a été ajusté (pas de point pour la prise d'AP dans le score HEMORR2HAGES) afin de prendre en compte le risque hémorragique spontané en l'absence d'AP. Résultats : Aucune différence significative n'a été observée entre le groupe AP en monothérapie ($n = 233$) et le groupe AC ($n = 389$) en termes démographiques (âge, sexe, vie en institution), gériatriques (déficit cognitif, dénutrition) ou internistiques, en particulier les douze caractéristiques des scores CHADS2 et HEMORR2HAGES (à l'exception attendue de l'altération de la fonction plaquettaire: 100 vs. 45 %). Le groupe AP, par rapport au groupe AC, n'avait pas un risque plus bas d'AVC cardio-embolique (7.1 ± 3.5 vs. 7.0 ± 3.3 %/an) ni un risque plus élevé d'hémorragie intracrânienne ou fatale (2.6 ± 0.3 vs. 2.7 ± 0.6 %, $p > 0.05$) après ajustement pour le traitement AP. Conclusions : L'observation dans ces deux groupes de niveaux semblables des risques cardio-embolique et hémorragique suggère qu'il n'y a pas d'argument clinique justifiant l'abstention de l'anticoagulation chez les patients âgés en FA à haut risque d'AVC.

P378

Association de traitements anti-coagulant (AC) et anti-plaquettaire (AP) chez des patients âgés en fibrillation atriale (FA): fréquence, profil clinique, et risque hémorragique

S. Marien¹, O. Dalleur², F. Maes³, C. Scavee³, A. Spinewine², B. Boland¹

¹Gériatrie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

²LDRI - Pharmacie - UCLouvain - Bruxelles - Belgique

³Cardiologie - Cliniques universitaires Saint-Luc - Bruxelles - Belgique

Introduction : Lorsqu'une fibrillation atriale (FA) fait l'objet d'un traitement anticoagulant (AC), un traitement antiplaquettaire (AP) n'est pas bénéfique et majore le risque hémorragique, a fortiori chez des patients âgés à profil gériatrique. Cette étude compare dans cette population les caractéristiques de patients sous bithérapie

anti-thrombotique (AC+AP) à celle de patients sous anticoagulant sans antiplaquettaire (AC0AP). Méthodes : Etude transversale à l'admission dans un hôpital académique de Bruxelles (2008-2010) chez 389 patients âgés de 75 ans et plus (85 ± 4 ans; 61 % de femmes) avec FA anti-coagulée, et évaluation gériatrique standardisée. Les scores CHADS2 et HEMORR2HAGES ont été utilisés pour décrire les principales caractéristiques cardio-vasculaires et hémostatiques. Résultats : Le groupe AC+AP ($n = 103$), comparé au groupe AC0AP ($n = 286$), présentait plus fréquemment un antécédent ischémique cardiaque (70 vs. 43 %, $p < 0.001$) et un âge inférieur à 85 ans (61 vs. 46 %, $p = 0.01$). Aucune différence significative n'a été observée entre ces deux groupes en termes internistiques (insuffisance cardiaque, hypertension, diabète, AVC/AIT, insuffisance rénale, anémie, cancer) ou gériatriques (AVJournalières, troubles cognitifs, chute, risque de chute, dénutrition, institutionnalisation). HEMORR2HAGES était plus élevé dans le groupe AC+AP que dans le groupe AC0AP (4.5 ± 1.2 vs. 3.5 ± 1.1 , $p < 0.001$), correspondant à une augmentation prévue du risque annuel d'hémorragie majeure (10.7 ± 1.7 vs. 8.9 ± 2.5 %). Cette différence absolue (1.8 %) se traduit par un NNN (Nombre Nécessaire pour Nuire) de 55 patients par année. En l'absence de traitement AP, les deux groupes auraient un score HEMORR2HAGES semblable (3.46 ± 1.2 vs. 3.48 ± 1.1). Discussion : Un traitement antiplaquettaire est prescrit chez un quart des patients âgés en FA anti-coagulée, principalement dans les suites d'une ischémie cardiaque, et induirait chaque année une hémorragie majeure chez environ 2 % de ces patients. En accord avec les récentes recommandations françaises, il importe d'identifier les patients âgés avec FA anti-coagulée dont l'événement coronarien remonte à plus de douze mois, chez lesquels le traitement antiplaquettaire est non-indiqué, non-bénéfique, et potentiellement néfaste.

P379

Evaluation des pratiques professionnelles portant sur la prescription médicamenteuse chez les sujets âgés de plus de 75 ans hospitalisés dans l'inter-région nord-ouest.

H. Mangeard¹, F. Puisieux², P. Lescure³, B. Marquant⁴, A. Petit⁵

¹Court séjour Gériatrique - CH TOURCOING - Tourcoing - France

²Court Séjour Gériatrique - CHRU de Lille - Lille - France

³Court Séjour Gériatrique - CHRU de Caen - Caen - France

⁴Court Séjour Gériatrique - CHRU Amiens - Amiens - France

⁵Court Séjour Gériatrique - CH de Roubaix - Roubaix - France

Retenue comme objectif prioritaire dans la loi de santé publique du 9 août 2004, l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique. C'est dans cette dynamique qu'est née l'idée d'une EPP portant sur la prescription médicamenteuse chez les sujets âgés de plus de 75 ans hospitalisés dans l'inter-région nord-ouest. Cette EPP a porté sur l'étude rétrospective de 1027 dossiers tirés au sort de patients âgés d'au moins 75 ans, hospitalisés au moins 3 jours entre 2009 et 2012 dans les services ayant accueilli le plus grand nombre de personnes âgées au cours de cette période au sein des 24 hôpitaux de l'inter-région Nord-Ouest qui ont accepté de participer à cette évaluation.

La grille de recueil des données a été établie à partir de la liste de médicaments potentiellement inappropriés chez les sujets âgés du Dr Laroche. Les résultats de cette étude montrent une corrélation logique entre le nombre de médicaments prescrits et le nombre de prescriptions inappropriées chez les patients hospitalisés, à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation. Ces résultats sont retrouvés dans l'ensemble des services (y compris en Gériatrie). On note l'absence d'amélioration significative de la prescription médicamenteuse entre le traitement d'entrée et de sortie. La présence d'une EMG au sein de l'hôpital ne semble pas améliorer non plus le nombre de prescriptions inappropriées. Ces résultats vont aboutir à des actions de formation qui seront proposées à l'ensemble des établissements qui ont participé à l'étude dans le but d'améliorer la prescription médicamenteuse à l'avenir. A l'issue de cette étape de formation, une nouvelle EPP sera réalisée afin de s'assurer du retentissement de ces actions sur les prescriptions.

P380

Réévaluation des traitements d'entrée dans un service de court séjour gériatrique, focus sur les médicaments inappropriés chez la personne âgée

C. Devos¹, D. Rousseaux¹, E. Desaintfusien¹, M. Mutombo¹, C. Bonenfant¹

¹Pharmacie - Centre Hospitalier Armentières - Armentières - France

Introduction : Pour optimiser la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, une liste de médicaments inappropriés adaptée au Centre Hospitalier d'Armentières va être diffusée. Cette liste a permis d'analyser la réévaluation des traitements à l'entrée dans le service de court séjour gériatrique à partir des données recueillies lors de la conciliation médicamenteuse. Matériels et méthodes : Le bilan médicamenteux optimisé (BMO) et l'ordonnance médicale à l'admission (OMA) ont été recueillis pendant 9 mois (2013) pour chaque patient. Une analyse rétrospective de l'ensemble des BMO et OMA a été menée en regard de la liste des médicaments inappropriés (source principale : liste de Laroche, 2009). Résultats : Les prescriptions de 100 patients ont été étudiées, les BMO contenaient en moyenne 8.3 lignes, les OMA 9.3 lignes. 75 % des médicaments étaient poursuivis, 21.4 % arrêtés et 9.6 % substitués. 34.8 % des médicaments poursuivis étaient à visée cardiovasculaire, 16.7 % des médicaments arrêtés étaient des psychotropes et 17.9 % des médicaments ajoutés étaient des anti-infectieux. On constate une faible variation entre les taux de médicaments inappropriés sur les BMO (3.1 %, 26/829) et les OMA (3.3 %, 31/929). A l'entrée, la moitié des médicaments inappropriés initialement prescrits ont été arrêtés. 61.3 % des médicaments inappropriés sur les OMA étaient des médicaments ajoutés. Les médicaments inappropriés prescrits sur les OMA étaient à 58 % des antipsychotiques, à 16.1 % des médicaments du système gastro-intestinal et à 12.9 % des antidiabétiques oraux. La moitié des benzodiazépines ou apparentés surdosés chez la personne âgée était arrêtée ou adaptée à l'entrée, leur taux de prescription diminuant de 55.8 % à 41.2 %. Discussion/Conclusion : En regard de la liste des médicaments inappropriés, les traitements à l'entrée sont insuffisamment réévalués, notamment la classe des psychotropes. La diffusion de ce nouvel outil adapté à l'établissement et validé par l'ensemble

des gériatres devrait permettre une amélioration des pratiques de prescription en hospitalisation.

P381

Prescription médicamenteuse inappropriée chez le sujet âgé : évaluation et axe d'amélioration

J. Jezequel¹, M. Buche¹, V. Teton¹, S. Lemerrier¹

¹Pharmacie - CH Verneuil sur Avre - Verneuil sur avre - France

Les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé sont une source de risque iatrogénique important. Afin d'évaluer la pertinence des prescriptions chez le sujet âgé dans notre hôpital, une évaluation a été lancée en décembre 2012. Tous les patients de plus de 65 ans ont été inclus. Le questionnaire, qui comportait 16 questions, a été élaboré à partir d'indicateurs de la Haute Autorité de Santé. 201 patients ont été inclus, avec une moyenne d'âge de 85,9 ans (92% de plus de 75 ans) (28 en médecine, 22 en rééducation, 151 en long séjour). Aucun n'avait plus d'un AINS, un avait un vasodilatateur cérébral. Aucun patient n'avait plus d'une benzodiazépine anxiolytique. 85 % des patients n'avaient pas plus de 2 psychotropes, 96 % pas plus de 3 antihypertenseurs. Une seule contre-indication a été détectée (metopimazine et dopamine), 15 associations illogiques. 39 % des prescriptions des plus de 75 ans comportaient au moins un médicament potentiellement inapproprié (MPI) (liste de Laroche), majoritairement des hypnotiques utilisés à des posologies trop fortes (47 %). Pour 46 % des prescriptions, l'adaptation de la galénique n'était pas optimale. Les résultats sont plutôt encourageants, mais avec certains points critiques : prescription des psychotropes et des MPI, la prise en compte des capacités de déglutition. Ces résultats ont été présentés en comité des médicaments et en commission médicale d'établissement. Un guide d'aide à la prescription chez le sujet âgé a été élaboré et diffusé en 2013. Une procédure sur la prise en charge des troubles comportementaux chez la personne âgée a été validée fin 2013. Un audit sur la prescription des neuroleptiques et les anti-démenceux et un sur l'administration des solutions buvables sont actuellement en cours. Cette démarche permettra ainsi d'améliorer et d'uniformiser les pratiques sur l'établissement. Une nouvelle évaluation est prévue pour début 2014, avec certains critères plus exigeants.

P382

Profil psychologique des personnes âgées tunisiennes

S. Baccar¹, S. Hammami¹, O. Lafi¹, M. Laabidy¹

¹Unité de gériatrie - Hôpital Mahmoud el Matri - Ariana - Tunisie

Le statut psycho-social particulier de la personne âgée explique la difficulté sa prise en charge et influence sa qualité de vie. Dans ce travail nous nous proposons d'évaluer la psychologie de nos personnes âgées tunisiennes et de déterminer les degrés d'influence de l'âge sur leurs psychologies. Il s'agit d'une étude prospective qui a concerné 100 personnes âgées de 65 ans et plus ayant consulté entre mars et avril 2013 à l'unité Ambulatoire de gériatrie à l'Ariana, en Tunisie. 69 femmes et 31 hommes ont participé à cette étude avec une moyenne d'âge de 75 ans +/- 7,5 ans et un sexe ratio de 0,45. 86 % des patients vivaient accompagnés.

Les 2/3 recevaient des visites de façon quotidienne. Les principales activités de loisir étaient la télé, la radio, la lecture, le jardinage et la couture. 30 % des patients n'étaient pas de bonne humeur, 34 % avaient du mal à se concentrer. Près de la moitié étaient irrités par des détails. Les femmes étaient significativement plus irritées que les hommes ($p = 0,034$). 61 % des patients préféraient être accompagnés. Près des 2/3 des patients semblaient être satisfaits de leurs vies. 68 % pensaient que leur vie ancienne était meilleure. D'après l'analyse multivariée, les maladies psychiques, cardiaques, les cancers et les chutes intervenaient de façon significative dans l'état psychique de nos patients. Cependant, l'âge n'était déterminant que dans la préférence de la vie actuelle par rapport à la vie ancienne et ce, de façon non significative. La prise en charge de la personne âgée passe obligatoirement par une évaluation psychique et sociale, qui représente un des piliers de l'évaluation gériatrique standardisée. En effet, l'évaluation de la qualité de vie de la personne âgée passe par une perception individuelle des différents volets de sa vie à savoir les profils médico-psycho-sociologiques.

P383

Symptômes neuropsychiatriques dans la maladie d'Alzheimer : Impact d'une intervention de remédiation cognitive

L. Brunelle-Hamann¹, S. Thivierge¹, M. Simard¹

¹École de psychologie - Université Laval - Québec - Canada

Introduction: Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) affectent jusqu'à 98 % des patients au cours de la maladie d'Alzheimer (MA) et sont associés à la qualité de vie, à la détresse et au fardeau de l'aidant. De ce fait, ils sont importants à considérer avant de viser l'implantation clinique de programmes d'intervention dans la MA. Les interventions cognitives menées auprès des patients obtiennent des résultats modestes mais encourageants pour améliorer les fonctions cognitives dans les stades léger à modéré. Toutefois, l'effet de ces interventions sur les SCPD est encore méconnu. La présente étude vise donc à évaluer l'impact d'une intervention de remédiation cognitive sur douze SCPD chez des patients dans les stades léger à modéré de la MA. Méthode: Cette étude randomisée contrôlée en chassé-croisé s'est déroulée sur une période de 6 mois. Quinze participants et leur aidant ont été inclus suite à une évaluation neuropsychologique de base. L'intervention individualisée consistait à (ré)apprendre une activité de la vie quotidienne (AVQ) choisie par les participants. L'entraînement se déroulait deux fois par semaine pendant un mois au domicile des participants. Les SCPD ont été évalués à l'aide de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) à sept reprises au cours de l'étude. Résultats: Le modèle général linéaire mixte conduit sur le NPI révèle: 1) une augmentation significative des comportements moteurs aberrants (CMA) chez les participants recevant l'intervention; 2) une diminution significative des symptômes délirants pour les deux groupes au cours de la seconde moitié de l'étude; 3) aucune différence significative pour les autres SCPD. Conclusion: L'approche multisymptôme utilisée pour mesurer les SCPD dans cette étude montre qu'une intervention de remédiation cognitive est généralement bien tolérée par les participants. Les études futures d'intervention cognitive gagneraient

à mesurer les changements sur une variété de SCPD et à porter une attention particulière aux comportements moteurs aberrants.

P384

Agressivité en unité cognitivo-comportementale

M. Lachamp¹, C. Franqu², C. Molines³, I. Potard³, L. Mari⁴, F. Retornaz⁵, B. Cécile⁵

¹Unité cognitivo comportementale - centre gérontologique départemental de Montolivet - Marseille - France

²Unité cognitivo comportementale - Centre gerontologique de montolivet - Marseille - France

³Court séjour gériatrique - Centre gerontologique de montolivet - Marseille - France

⁴EHPAD - Centre gerontologique de montolivet - Marseille - France

⁵Hôpital de jour - Centre gerontologique de montolivet - Marseille - France

Introduction: Grâce au Plan Alzheimer 2008/2012, les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) prennent en charge les troubles du comportement perturbateurs des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. L'objectif principal de notre étude est de décrire l'agressivité des patients hospitalisés en UCC et sa prise en charge médicamenteuse par psychotropes. Patients et méthodes: De janvier à juillet 2013 dans l'UCC de Marseille, cette étude rétrospective et descriptive a évalué l'agressivité qualitativement et quantitativement par le NPI-R selon l'âge et la pathologie principale ainsi que les benzodiazépines et neuroleptiques utilisés. Résultats: Notre étude montre que l'agressivité est plus fréquente chez les hommes, les patients atteints de démence à corps de Lewy et les patients jeunes. Les traitements par benzodiazépines et neuroleptiques sont fortement prescrits dans l'UCC (respectivement 90% et 52%) avec une diminution de leur prescription à la sortie. Discussion: Des études montrent la difficulté de prise en charge des patients jeunes dans les services proposés par la filière Alzheimer de part une plus grande agressivité et des différences générationnelles et familiales. De même, les hommes sont plus agressifs que les femmes d'autant qu'on retrouve une prédominance masculine dans les démences fronto-temporales, à corps de Léwy et alcooliques où les troubles psycho-comportementaux sont très fréquents. Ces derniers entraînent une surprescription de psychotropes malgré le respect des recommandations de l'HAS et la mise en place des thérapies non médicamenteuses variées et individualisées.

P385

Cause rare d'hypercalcémie chez le sujet âgé : intoxication à la vitamine D

A. Kefi¹, Z. Kaouech²

¹Médecine interne - hôpital Charles Nicolle - Nabeul - Tunisie

²Médecine interne - hôpital Charles Nicolle - Tunis - Tunisie

Introduction: L'origine iatrogène d'une hypercalcémie est rare mais doit être évoquée surtout chez les sujets âgés auto et polymédiqués. La variété la plus fréquente est l'intoxication par la vitamine D. Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 81 ans présentant une hypercalcémie par intoxication à la vitamine D.

Observation : Patiente âgée de 81 ans, hospitalisée dans un tableau de syndrome confusionnel. Dans ses antécédents, on retrouve une thyroïdectomie en 1960 compliquée d'une hypothyroïdie sous lévothyroxine et une maladie de Fahr par hypoparathyroïdie, bien équilibrée, sous calcium et un alpha 2 µg/j. L'interrogatoire retrouve la notion de deux épisodes de trouble du comportement 2 ans auparavant, non explorés. La patiente était déshydratée, confuse, avec un MMSE < 16. L'ECG a objectivé un raccourcissement du QT et des extrasystoles ventriculaires. La biologie révélait une calcémie à 3,88 mmol/l, une phosphorémie à 1,55 mmol/l avec PTH basse, un bilan thyroïdien normal et une insuffisance rénale fonctionnelle. Un traitement symptomatique était réalisé avec arrêt du calcium et de la vitD. Dans le cadre du bilan étiologique, une cause néoplasique, une hyperthyroïdie et une granulomatose étaient éliminées. Une cause iatrogène notamment une intoxication à la vitamine D était probable. En effet, l'interrogatoire de la famille révélait que la patiente consultait irrégulièrement depuis 2 ans. Au cinquième jour d'arrêt de la vitamine D, une hypocalcémie à 1,56 mmol/l était notée, d'où la réintroduction de la vitamine D à 1 µg/j et du calcium avec bonne évolution. Le dosage du calcitriol était normal, renforçant ainsi notre diagnostic. Conclusion : Notre cas illustre l'importance d'évoquer le diagnostic d'intoxication à la vitamine D chez les personnes âgées présentant des troubles neurologiques, et l'importance pour le praticien de connaître ses effets, notamment la sensibilité plus importante de la population gériatrique à ce traitement, et donc insister pour un suivi rigoureux des patients.

P386

Bilan de deux ans d'activité d'une UHR (unité d'hébergement renforcée)

P. Le Mauff¹, A. Simaga¹

¹Pierre Yvon Trémel - Centre hospitalier de Tréguier - Tréguier - France

Contexte : L'UHR du C.H. de Tréguier accueille des patients ayant une maladie d'Alzheimer et maladies apparentées avec des symptômes psycho-comportementaux sévères. Méthode et moyens : Analyse rétrospective de l'ensemble des dossiers des résidents admis entre le 1 décembre 2011 et le 30 novembre 2013. Résultats : 36 résidents ont été accueillis depuis 24 mois, 24 femmes et 12 hommes de 61 à 92 ans avec une moyenne d'âge de 80 ans. 21 personnes venaient du CH de Tréguier (59 %) 7 du domicile (19 %) et 8 d'autres structures du Département (22 %). 23 personnes sont sorties de l'UHR : 6 personnes ont quitté l'UHR pour raison médicale (21 %), 10 sont retournées dans leur structure d'origine (43 %) 7 ont changé de structure (30 %) Leur score moyen du NPI était de 41 à l'entrée et de 24 à leur sortie (-41 %), leur durée moyenne de séjour était de 10,7 mois, les contentions ont diminué (-57 %) ainsi que les psychotropes (-48 %) dont les neuroleptiques (-74 %) Le taux de réadmission est de 4 % avec une seule réadmission, tardive, à 18 mois. Discussion : L'enquête nationale (2012) sur 38 UHR montre que nos résultats sont comparables : NPI à l'entrée 41 (43) durée de séjour 10 mois (9) en raison du nombre de décès

(2,7 % versus 29 %) et des sorties pour pertes d'autonomie (21 % versus 34 %) inférieurs. Retour dans leur EHPAD d'origine (49 % versus 67 %) dans une autre EHPAD (37 % versus 28 %) et en établissement psychiatrique (8,6 % versus 2 %). L'augmentation de « temps soignant » entraîne une diminution des traitements médicamenteux avec un meilleur résultat. La qualité de la prise en soins dans notre UHR s'est améliorée au cadre conceptuel choisi, celui de l'approche compréhensive transdisciplinaire centrée sur les activités de la vie courante du résident.

P387

Vieillesse de l'appareil manducateur

V. Chaubet¹, K. Vantieghem², I. Breton³

¹Physiothérapie - Ensemble hospitalier de la Côte - Aubonne - Suisse

²CTR - Ensemble hospitalier de la Côte - Aubonne - Suisse

³Maxillo-facial - Centre Hospitalier Universitaire - Montpellier - France

L'appareil manducateur, permettant de boire, parler et manger est constitué des articulations temporo-mandibulaires, du système occlusal (dents) et de structures musculaires notamment la langue. Les dysfonctions de l'appareil manducateur (DAM) sont des syndromes myo-articulaires se caractérisant par des douleurs ou des troubles fonctionnels. Elles touchent une grande partie de la population, principalement les jeunes adultes, pour lesquels de nombreuses recherches ont été réalisées. Avec l'âge, les plaintes diminuent, les études également. La perte de motricité linguale est connue dans les cas de dysphagie chez les sujets vieillissants. Cette étude s'est intéressée à la prévalence des DAM ainsi qu'à la motricité linguale chez une population âgée non plaintive sans troubles spécifiques diagnostiqués. Matériel - Méthode : Etude épidémiologique transversale descriptive chez 31 patients gériatriques hospitalisés (âge moyen 81 ans) comparés à un groupe-témoin (n = 31, âge moyen 29 ans). Critères d'exclusion : MMS < 24, pathologies préalables (neurologiques, cervicales ou oncologiques), non-consentement du patient. Mesures du bilan maxillo-facial et lingual : amplitudes, motricité, coordination, tonicité, douleur. Résultats : La cinétique linguale (coordination-dissociation des mouvements de langue), a montré une péjoration statistiquement significative avec l'âge (p = 0.0007). Le vieillissement naturel des structures, notamment oro-faciales, pourrait expliquer cette aggravation. Les DAM touchent 87 % des patients malgré l'absence de plaintes. Contrairement à certains auteurs, ce travail ne démontre pas de différence statistiquement significative concernant la prévalence de DAM avec l'âge (p = 0.5). Il n'y a pas de corrélation entre les troubles de la cinétique linguale et les DAM (p = 0.4). Conclusion : De manière inattendue, les dysfonctions de la cinétique linguale ont une différence statistiquement significative avec le vieillissement contrairement aux DAM. Leurs répercussions sur la déglutition et la nutrition peuvent être source de complications et d'altération de la qualité de vie. Ces complications pourraient potentiellement être prévenues par une rééducation de l'appareil manducateur.

P388

Appréciation des besoins et services en soins oculovisuels pour les personnes âgées vivant en Centre d'hébergement et de soins de longue durée

H. Kergoat¹, H. Boisjoly², E. Freeman², J. Monette³, S. Roy⁴, M. Kergoat⁵

¹Optométrie - Université de Montréal et Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

²Ophthalmologie - Université de Montréal - Montréal - Canada

³Gériatrie - Université McGill - Montréal - Canada

⁴Centre de recherche - Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

⁵Médecine spécialisée - Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

Objectif : Évaluer les besoins perçus en soins oculovisuels requis par les personnes âgées vivant en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les services leur étant offerts. Méthodologie : Un sondage en ligne Survey Monkey a été effectué à l'aide d'un questionnaire ciblant les personnes âgées de 65 ans et plus. Le questionnaire a été envoyé à tous les CHSLDs (n = 428) de la province de Québec, Canada. Les questions posées touchaient les éléments suivants: 1) nombre de résidents; 2) sexe, âge, durée de séjour; 3) problèmes oculovisuels les plus fréquents; 4) barrière dans l'accès aux soins oculovisuels; 5) services oculovisuels offerts; et 6) niveau de satisfaction des CHSLDs par rapport aux services oculovisuels offerts à leurs résidents. Résultats : 196 (45.8%) CHSLDs ont complété le questionnaire. Les CHSLDs participants hébergeaient en moyenne $97,0 \pm 5,1$ résidents ayant une moyenne d'âge de $82,8 \pm 3,0$ ans, dont 69 % étaient de sexe féminin. La durée de séjour moyenne était de $2,6 \pm 1,6$ ans. 70,1% des CHSLDs ont indiqué que la majorité de leurs résidents portaient des lunettes. 68,7% ont mentionné qu'une minorité de leurs résidents avaient une maladie oculaire. Les CHSLDs ont accès à des services oculovisuels offerts principalement à l'extérieur et sur demande. Les barrières principales dans l'accès aux soins étaient la perception que les résidents ne pouvaient collaborer à l'examen oculovisuel et le manque de professionnels. Dans l'ensemble, cependant, les CHSLDs se disaient satisfaits du niveau de services oculovisuels offerts à leurs résidents. Conclusions : Le fait que les CHSLDs participants étaient satisfaits des services oculovisuels offerts à leurs résidents, même s'ils n'étaient pas fournis

sur une base régulière ni à tous les résidents, suggère que les professionnels des soins oculovisuels devraient être plus proactifs afin d'améliorer les services offerts aux personnes âgées vivant en CHSLD.

P389

L'effet du vieillissement sur la régulation cerebro-spinale de la douleur

R. Marouf¹

¹Physiologie - Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Montréal - Canada

Buts : 1) Reproduction des changements âge-dépendants du déclin cognitif (effet d'inhibition) testé par la tâche Stroop, de la perception et régulation de la douleur (système inhibiteur descendant) examiné par la contre stimulation hétérotopique douloureuse (HNCS), utilisant le reflexe nociceptif (RIII). 2) Vérifier s'il existe une corrélation entre les deux déficits. Matériel & méthodes : 2 groupes : 21 jeunes (10F/11H) âgé entre 18 et 46 ans et 23 aînés (13F/10H) âgés entre 56 et 75 ans. L'expérience comprenait a) La détection du seuil du réflexe RIII. b) HNCS : consistait en 5 blocs de 15 stimulations électriques à une intensité de 120 % du seuil RIII. Le bloc HNCS était réalisé à l'aide d'un sac de glace (-13°C) placé sur le l'avant bras controlatéral. c) Une tâche Stroop modifiée et informatisée. Les Résultats : 1) l'inhibition de la douleur par l'HNCS était absente chez les plus âgés. 2) La modulation du RIII par l'HNCS était aussi absente chez le groupe des aînés. La différence entre les jeunes et les aînés (bloc HNCS vs block de base) était significative. 3) L'analgésie induite par l'HNCS diminuait avec l'âge et négativement corrélée à l'âge. En contraste l'analgésie reliée à l'HNCS n'a pas été couplée avec la diminution de l'amplitude du réflexe RIII. 4) L'effet Stroop est positivement corrélée à l'âge, et aussi négativement corrélée aux changements de l'amplitude du réflexe RIII provoqués par l'HNCS. Conclusions : a) Nos résultats montrent une corrélation entre le déclin des systèmes inhibiteurs descendants régulant la douleur et le déclin de l'inhibition cognitive expliquée statistiquement par l'âge. b) Ces résultats suggèrent un déclin global des systèmes d'inhibition avec le vieillissement. Ces effets pourraient refléter une diminution de l'efficacité des systèmes inhibiteurs préfrontaux impliqués dans la régulation cérébro-spinale de la douleur et des processus cognitifs.