

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#29

MARS 2022 - NUMÉRO GRATUIT



Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr



LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#29



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES
www.assojeunesgeriatres.fr

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2022

BUREAU

PRÉSIDENTE
Fanny DURIG

VICE-PRÉSIDENTE
Nathalie JOMARD

SECRÉTAIRE
Florent GUERVILLE

TRÉSORIER
Thomas TANNOU

PORTE-PAROLE
Arnaud CAUPENNE

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Cyprien ARLAUD

Amélie BOINET

Alexandre BOUSSUGE

Pierre-Emmanuel CAILLEAUX

Guillaume CHAPELET

Guillaume DUVAL

Antoine GARNIER-CRUSSARD

Claire GODARD-SEBILLOTE

Victoire LEROY

Sophie MASSART

Matthieu PICCOLI

Joaquim PRUD'HOMM

Thomas RENONCOURT

Sophie SAMSO

Romain VAN OVERLOOP

SOMMAIRE

03 ÉDITORIAL

04 ARTICLE THÉMATIQUE

Sepsis du sujet âgé

11 FOCUS GÉRIATRIQUE

Service d'Accueil des Urgences pour personnes âgées
à travers le monde

16 FICHE MÉTIER

Assistant de Régulation Médicale au SAMU

19 FICHE PRATIQUE

Décisions d'intensité de soins en Gériatrie : Quelques
éléments clés pour développer une réflexion éthique

24 FICHE DU MÉDICAMENT

Les antipsychotiques de l'agitation...

Focus sur l'Haloperidol, le Tiapride et la Loxapine

30 ACTUALITÉS AJG

34 BIBLIOGRAPHIE

Réanimation chez les sujets âgés

37 CAS CLINIQUES

Ciel, mon mari !

40 ANNONCES DE RECRUTEMENT

N° ISSN : 2264-8607

ÉDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE

Réseau Pro Santé

14, rue Commines | 75003 Paris

M. TABTAB Kamel, Directeur

reseauprosante.fr | contact@reseauprosante.fr

COUVERTURE ; Illustration de © Good Bye Hippocrate

Imprimé à 1300 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

ÉDITORIAL

Certains d'entre vous sont peut-être devenus médecins car ils voulaient devenir Mark Green, ce superbe urgentiste de la série ER – Urgences en français, toujours dévoué, précis, humain...

Et puis on devient gériatre car finalement, les polytraumas et les plaies par balle ce n'est pas notre truc... mais on est resté précis, dévoué et humain.

Des urgences, on en côtoie encore beaucoup en Gériatrie. On le sait, notre population est plus à risque de presque toutes les maladies et dispose de moins de réserves face à une agression. Et par conséquent, les personnes âgées développent plus que les autres des problèmes aigus et urgents à soigner.

L'Article thématique de ce numéro #29 parlera donc d'une des urgences les plus fréquentes : le sepsis chez le sujet âgé.

Nous traiterons également des urgences psycho-comportementales au travers d'un *Cas clinique et d'une Fiche du médicament dédiée aux antipsychotiques...* à vos seringues ! (ou pas...).

Nous abordons ensuite l'arrivée des « Services d'Accueil des Urgences spécialisés pour les personnes âgées » dans le *Focus gériatrique*. Et parce qu'il est toujours intéressant de croiser les regards sur de nouvelles pratiques, nous avons voulu vous faire un peu voyager au travers de témoignages de nos confrères exerçant hors de nos frontières !

Comment parler d'Urgences sans parler de la régulation des demandes d'assistance et des hommes et femmes qui permettent son fonctionnement ? C'est pour cela que nous avons voulu vous présenter, dans la *Fiche métier*, l'Assistant de Régulation Médicale au SAMU.

Et qui dit régulation, dit choix et priorisation. C'est malheureusement une difficulté supplémentaire que nous avons à gérer au quotidien dans notre population : « quel est le niveau thérapeutique ? ». La *Fiche pratique* tentera de vous aider dans vos réflexions éthiques et la *Bibliographie* vous présentera le devenir post-réanimation des patients de plus de 75 ans en fonction de leur fragilité.

Enfin, ce numéro est l'occasion de vous donner les Actus de l'association avec son nouveau Bureau et Conseil d'administration, ses projets pour 2022 et ses partenaires.

C'est également l'occasion de vous encourager, encore une fois, à **venir nombreux à Lille ce 08 avril pour la 2^{ème} Journée Annuelle des Jeunes Gériatres** pour une belle journée scientifique et conviviale. [Cette journée est ouverte à tous !](#) Nous en profiterons pour fêter les 20 ans de l'association !

A très bientôt,
Gériatriquement vôtre,

Alexandre BOUSSUGE et Nathalie JOMARD
Rédacteurs en chef

SEPSIS DU SUJET ÂGÉ

Introduction

Malgré les progrès importants de prise en charge, le sepsis reste une des principales causes de mortalité d'origine infectieuse tant en médecine ambulatoire qu'en milieu hospitalier chez le patient âgé. Sa mortalité varie de manière importante selon les séries, de 17 % à près de 40 % pour les chocs septiques. Chez le sujet âgé, la fréquence du sepsis est élevée et le pronostic généralement plus sévère. A l'installation d'une immunosénescence, c'est-à-dire l'altération des défenses immunitaires liées à l'âge, s'ajoute le manque de réserves physiologiques à l'origine de la dégradation rapide des fonctions vitales. Bien souvent, cette prédisposition aux formes graves se cumule avec un retard diagnostique lié au caractère pauci-symptomatique ou aspécifique des états septiques graves, masqués par les comorbidités associées et surtout par l'appauvrissement sémiologique lié à l'âge. L'enjeu de la prise en charge chez le sujet âgé est donc multiple : diagnostiquer précocement les patients en sepsis ou susceptibles de le devenir, débiter une prise en charge du sepsis adaptée aux spécificités du sujet âgé, prévenir ou prendre en charge précocement les décompensations de comorbidités préexistantes, et envisager, le cas échéant, une limitation thérapeutique selon les objectifs de soins de chaque patient.

Sepsis et choc septique : les définitions actuelles

Sur le plan physiopathologique, le sepsis se définit comme une réponse inflammatoire inappropriée à une infection, le plus souvent bactérienne, conduisant à une ou plusieurs défaillances d'organes.

Cependant, la transcription de cette définition physiopathologique en une définition fonctionnelle en pratique clinique est difficile. Cela est particulièrement vrai chez le sujet âgé, en raison du caractère fruste de certains symptômes à un âge avancé, des comorbidités pouvant interférer avec le tableau clinique de sepsis, ainsi que de la polymédication masquant ou aggravant les symptômes (β -bloquants, anti-inflammatoires et antipyrétiques notamment).

Le sepsis et le choc septique ont connu plusieurs définitions au cours du temps. De nouvelles définitions internationales ont été proposées en 2016 afin d'identifier plus précocement au cours de l'infection, les patients à risque d'évolution défavorable¹. L'appréciation de ce risque est basée sur des marqueurs précoces de défaillance d'organe, reproductibles et utilisables en pratique courante. Le score SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment Score*), chez des patients suspects d'infection évolutive, est un score pronostique qui repose sur l'évaluation de six items : fonction neurologique (score de Glasgow), respiratoire (Rapport de la pression artérielle partielle en

O₂ sur la fraction d'O₂ inspiré), hépatique (bilirubinémie), hémodynamique (pression artérielle moyenne, recours aux amines vasoactives), rénale (créatininémie, diurèse) et coagulation (taux de plaquettes).

Le sepsis est donc défini de façon pragmatique comme un état inflammatoire d'origine présumée infectieuse avec une ou plusieurs défaillances d'organes, appréciées par un score SOFA ≥ 2 (Figure 1)¹. Il s'agit donc d'une définition basée sur un score pronostique mais qui nécessite une présomption clinique d'infection évolutive. Cet aspect étiologique n'est pas abordé par le consensus, pourtant l'attribution d'une origine infectieuse à un état inflammatoire n'est pas toujours chose aisée, en particulier chez le sujet très âgé.

**Sepsis = Suspicion clinique d'infection
+
dysfonction d'organe (SOFA ≥ 2)**

Figure 1 : Définition pratique du sepsis¹

En pratique clinique, hors milieu de réanimation, ce score paraît difficilement utilisable à large échelle au quotidien. Un outil plus simple, le *quick SOFA* (qSOFA) a donc été proposé comme outil de dépistage pour identifier les patients les plus à risque d'évolution défavorable au cours d'un état inflammatoire présumé infectieux (Figure 2). Cette évaluation permet d'identifier rapidement les patients à risque, et doit être confirmée secondairement par la réalisation du score SOFA. Comme rappelé par les dernières recommandations internationales sur

Spécificités gériatriques

Sur le plan physiopathologique, une réponse immunitaire inadaptée, consécutive à l'immunosénescence, est souvent évoquée pour expliquer la plus grande incidence du sepsis chez le patient âgé. L'altération des défenses immunitaires liée à l'âge pourrait expliquer la susceptibilité accrue des patients âgés à l'infection, à son développement systémique et à son évolution péjorative.

Toutefois, le vieillissement immunitaire n'est pas seul en jeu. L'âge d'une part, mais aussi les pathologies chroniques liées à l'âge, prédisposent largement aux décompensations d'organes qui définissent le sepsis, suivant le modèle gériatrique de Bouchon. L'infection est en effet un des facteurs déclenchants les plus fréquents de décompensation de comorbidités, antérieurement dépistées ou non.

la prise en charge, le qSOFA ne peut pas être pris isolément comme outil de dépistage, du fait notamment de sa faible sensibilité, mais bien être un outil intégré à la réflexion clinique².

La valeur pronostique du qSOFA reste modérée chez le sujet âgé, probablement moins bonnes que chez le sujet jeune, variables selon les études. Il a été proposé récemment un *geriatric quick SOFA* qui remplace le score de Glasgow, peu spécifique d'une altération aiguë, par la présence d'une confusion³.

Remarque importante, les scores SOFA et qSOFA sont des scores bâtis pour la prédiction de la mortalité à court terme, chez des patients pour qui une infection bactérienne est suspectée. Ainsi, ce ne sont pas des scores diagnostiques mais pronostiques, ils ne permettent pas de dire si une situation clinique est liée à une origine infectieuse ou non.

**Fréquence respiratoire ≥ 22 /min (1 point)
+
Glasgow score < 15 (1 point)
+
Pression artérielle systolique ≤ 100 mmHg (1 point)**

Figure 2 : *Quick Sequential Organ Failure Assessment* (qSOFA) Score : Un outil de dépistage des patients les plus à risque d'évolution défavorable au cours d'un état inflammatoire présumé infectieux, hors réanimation¹.

En cas de défaillance hémodynamique objectivée par une hypotension artérielle persistante (pression artérielle moyenne < 65 mmHg) ou un lactate sanguin > 2 mmol/L ne répondant pas à un remplissage initial bien conduit, on parle alors de choc septique.

En pratique clinique, la difficulté de la prise en charge du sepsis chez le sujet âgé tient à trois facettes spécifiques du grand âge : 1) les aspects diagnostiques, 2) la prise en charge adaptée du sepsis et 3) une prise en soins plus globale, incluant l'évaluation du niveau d'intervention médicale adéquat, la prévention, le diagnostic et la prise en charge des décompensations de comorbidités.



Aspects diagnostiques

Les difficultés diagnostiques dues à une symptomatologie fruste et aspécifique sont habituelles en Gériatrie, et dépasse le cadre de l'infection. L'absence de fièvre augmente en fréquence avec l'âge, quel que soit le site infecté⁴⁻⁶. Les frissons sont plus rares en cas de bactériémie, la douleur thoracique moins fréquente en cas de pneumonie. La triade toux-fièvre-dyspnée est absente dans près d'une pneumonie sur deux⁷. Une étude récente portant sur des bactériémies à point de départ urinaire ne retrouvait des signes fonctionnels urinaires typiques que chez un tiers des patients⁵. Les signes cliniques sont moins spécifiques que chez le sujet plus jeune (chute, état confusionnel, anxiété, altération de l'état général, incontinence nouvelle)⁶. Malheureusement, **ces atypies sémiologiques sont corrélées à un pronostic péjoratif** (Figure 3)⁴. Elles témoignent d'une altération des capacités de défense de l'organisme, immunitaires (immunosénescence) et non immunitaires. De plus, les comorbidités acquises sont autant de facteurs confondants et de piège diagnostique: L'insuffisance cardiaque décompensée peut facilement dissimuler une infection pulmonaire, l'état cognitif altéré complique largement le recueil de l'anamnèse et des symptômes.

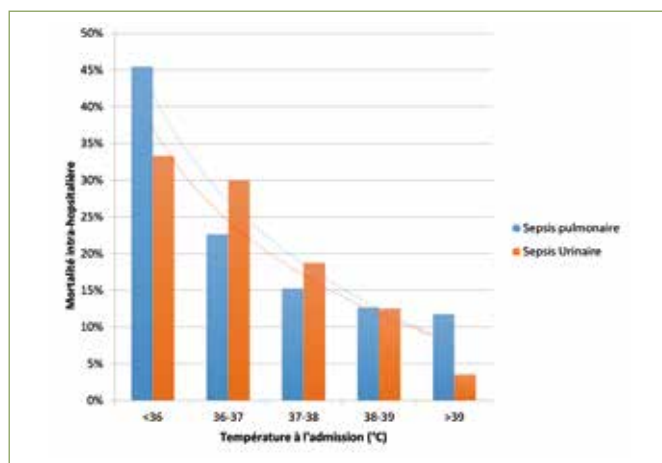


Figure 3 : Corrélation entre température à l'admission et mortalité intra-hospitalières chez le patient de plus de 75 ans hospitalisé pour sepsis (données personnelles).

Ces difficultés peuvent parfois conduire à un retard de prise en charge. A l'inverse, cette présentation aspécifique peut faire évoquer à l'excès l'infection comme cause de dégradation aiguë, cela conduisant à deux écueils principaux : une sur-prescription antibiotique avec ces enjeux individuels et collectifs d'une part, et la méconnaissance du ou des diagnostics réellement responsables de l'état clinique. Cela est particulièrement vrai lorsqu'un examen paraclinique est pris isolément à tort comme *gold standard* diagnostique, là où il ne devrait être qu'un outil de confirmation d'une présomption clinique. Par exemple, la radiographie de thorax et l'examen cytobactériologique des urines ne permettent pas isolément d'affirmer une infection, leurs interprétations dépendent de la probabilité pré-test de l'infection.

Aspects thérapeutiques

Les grands principes de prise en charge du sepsis ou du choc septique chez le sujet âgé diffèrent peu de l'adulte jeune. La précocité de l'antibiothérapie et une réanimation liquidienne et hémodynamique, basée sur le rétablissement d'une perfusion tissulaire adéquate rapide, sont également applicables chez le sujet âgé.

L'apport du gériatre consiste en une appréciation fine et précoce de la gravité clinique, de la probabilité diagnostique d'infection, et du risque de décompensation de comorbidités, trépied décisionnel de l'antibiothérapie.

L'évaluation préalable du pronostic vital ainsi que de la qualité de vie à long terme permettront d'établir le niveau d'intervention médicale et le lieu de soin appropriés.

Remplissage vasculaire

Le remplissage vasculaire est la pierre angulaire du traitement de l'hypoperfusion induite par le sepsis (hypotension artérielle, tachycardie, signes d'hypoperfusion tissulaire : marbrures cutanées, allongement du temps de recoloration capillaire, oligurie) : Les dernières recommandations internationales préconisent un remplissage vasculaire urgent par cristalloïdes d'au moins 30mL/kg sur les trois premières heures². Celui-ci vise à préserver la pression de perfusion des organes et ne devrait pas être retardé par des considérations telles que le grand âge ou les comorbidités, notamment cardiologiques, ou même par la présence d'œdèmes périphériques⁸. Le mécanisme physiopathologique de l'hypoperfusion liée au sepsis est la vasoplégie et la fuite capillaire, responsable d'une diminution de la précharge.

En cas de doute clinique, l'utilisation de l'échographie au lit du malade permettra de s'assurer de l'absence d'augmentation des pressions de remplissage, marqueur d'une origine cardiogénique aux signes d'hypoperfusion. En l'absence d'échographie, l'effet du remplissage vasculaire peut être prévu par un test de lever de jambe passif, permettant alors la mobilisation d'un volume sanguin veineux périphérique vers l'atrium droit. En cas de non réponse (moins de 10 % d'augmentation de la pression artérielle systolique après élévation passive des jambes, angle de 45° avec le plan du lit, maintenu pendant 1 minute), ce test simple permettra de prédire la réponse à un remplissage d'environ 300mL et ainsi d'éviter un remplissage inutile⁸.

La non réponse à ce remplissage initial, appréciée soit par une pression artérielle basse persistante (pression artérielle moyenne < 65mmHg), soit par une hyperlactatémie > 2mmol/L, définit l'état de choc septique, et nécessite l'utilisation d'amines vasoactives (Noradrénaline). La prise en charge de tels patients relève du réanimateur, hors situation de limitation du niveau d'intervention médicale.

Antibiothérapie

L'antibiothérapie du sujet âgé connaît peu de spécificités en termes de molécules, et les recommandations d'antibiothérapie probabiliste dans le sepsis sont les mêmes que chez le sujet jeune (Tableau 1). Si l'âge en soi est un critère d'antibiorésistance, c'est une question débattue, mais il semble que ce soient davantage les comorbidités et les expositions antérieures au système de soin et aux antibiotiques qui doivent être prises en compte.

Une fois le sepsis microbiologiquement documenté, certaines adaptations thérapeutiques sont préférables chez le très âgé pour minimiser les effets secondaires (par exemple, préférer la daptomycine, non néphrotoxique, à la vancomycine pour le traitement des infections à staphylocoque doré méticilline-résistant, préférer l'association amoxicilline + céphalosporine à l'association amoxicilline + gentamycine pour les endocardites à entérocoque) et limiter autant que possible l'impact de l'antibiothérapie sur le microbiote du patient, à la fois par une antibiothérapie à spectre le plus ciblé possible, mais également aussi courte que possible. De manière générale, hors cas spécifiques, il est inhabituel de devoir prolonger une durée d'antibiothérapie plus de 7 jours si l'évaluation du sepsis est favorable⁹ et l'âge pris isolément ne devrait pas être un critère de prolongation.

Sepsis urinaire	Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine (dose unique)¹⁰
Sepsis pulmonaire	Céfotaxime ou ceftriaxone + macrolides ou lévofloxacine¹¹
Sepsis communautaire à point de départ indéterminé	Céfotaxime ou ceftriaxone + gentamycine (dose unique)¹²

Tableau 1 : Antibiothérapie probabiliste des sepsis selon le point d'appel

Trois critères essentiels vont faire décider de l'introduction ou non d'une antibiothérapie en population âgée (Figure 4) :

La gravité, qui s'apprécie à la fois sur l'évaluation hémodynamique (le patient est-il en choc ?) et sur les éventuelles insuffisances d'organes (intérêt du SOFA en hospitalier, du qSOFA en pré-hospitalier). Toutefois ni le qSOFA, ni le SOFA ne sont parfaitement sensibles pour dépister ces défaillances d'organe. Le sens clinique doit l'emporter : on peut raisonnablement sur une aggravation clinique objective craindre un sepsis et débuter une antibiothérapie probabiliste, même sans répondre strictement aux critères de sepsis. Toutefois, cette appréciation doit rester clinique. Une erreur fréquente est de considérer un patient grave car le syndrome inflammatoire est important : la profondeur du syndrome inflammatoire biologique ne semble pas corrélée au pronostic¹³.

Le terrain sous-jacent. La tolérance clinique du sepsis et les complications à craindre dépendent largement des comorbidités sous-jacentes. La gestion de l'incertitude diagnostique doit donc intégrer le risque pris en cas de sepsis non traité ou traité avec retard, sur deux aspects :

- Les pathologies chroniques peuvent-elles aggraver la présentation initiale (par exemple, immunodépression liée à une néoplasie évolutive) ?
- Quelles pathologies chroniques sont à risque de décompenser (par exemple l'insuffisance respiratoire chronique, la coronaropathie sous-jacente, les troubles neurocognitifs majeurs) ? À quel point ces décompensations impacteraient le pronostic ?

La probabilité diagnostique. En dehors des situations de bactériémies documentées, les cas d'infections bactériennes certaines sont bien rares en réalité : il s'agit le plus souvent d'un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques qui permettent d'évaluer une probabilité.

L'utilisation d'une définition pratique du sepsis basée sur un score prédictif comme le SOFA ou a fortiori le qSOFA, correspond à un besoin évident en pratique clinique, mais ne doit pas connaître une application dogmatique : il y a des infections graves qui ne correspondront pas à ces critères et des cas de SOFA élevé qui rétrospectivement ne seront pas en rapport avec une infection bactérienne.

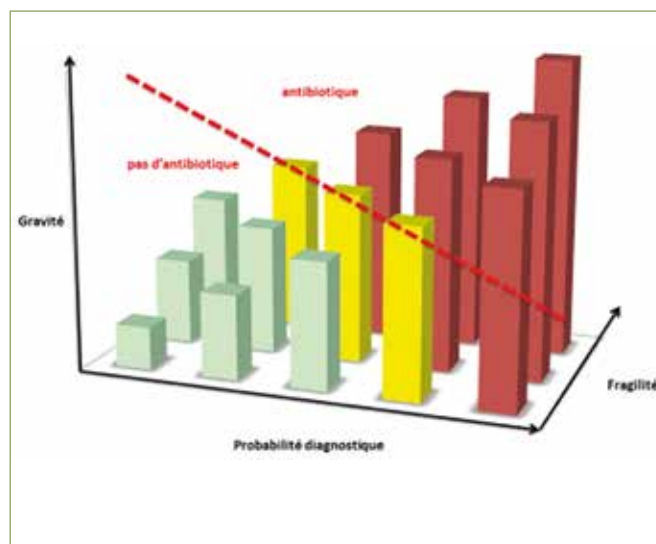


Figure 4 : Critères décisionnels de l'antibiothérapie du sujet âgé.

Dans les dernières recommandations internationales, pour les patients à probabilité forte de sepsis d'une part, et pour les patients en état de choc avec une origine septique possible d'autre part, une antibiothérapie doit être débutée le plus précocement possible, si possible dans l'heure². Au contraire, en cas de présomption faible et en absence de choc,

il est recommandé de retarder l'antibiothérapie et de poursuivre les investigations et la surveillance clinique. Tout réside donc d'une part dans l'appréciation de la gravité (choc / non choc, décompensation d'organe ou non) mais aussi dans l'évaluation de la probabilité que l'état aigu décompensé soit lié à une infection (Tableau 2).

	État de Choc	Pas d'état de choc
Sepsis avéré ou probable (infection + QSOFA>2)	Antibiothérapie immédiate	Antibiothérapie immédiate
Sepsis possible		Rapide évaluation de l'origine septique ou non de l'état aigu
		Antibiothérapie dans les 3 heures si présomption d'infection persiste.
		Surveillance et abstention antibiotique si autre cause retrouvée

Tableau 2 : Instauration de l'antibiothérapie en fonction du tableau clinique en cas de suspicion de sepsis (adapté de Evans et al.⁷)

Lieu de prise en charge

Le sepsis et le choc septique du sujet âgé doivent être considérés comme à haut risque de mauvaise évolution chez un patient aux réserves physiologiques souvent limitées. En raison du caractère aigu et souvent rapidement réversible du sepsis, une prise en charge en soins intensifs est malgré tout envisageable pour bon nombre de patients âgés, avec une évolution souvent favorable. La mise en place de moyens intensifs, chez des patients âgés sélectionnés, augmente leur survie de manière significative¹⁴. L'âge isolément ne saurait donc être un facteur d'exclusion de transfert en réanimation, il s'agit en effet d'un mauvais critère pronostique¹⁵ et une telle ségrégation relève dès lors de l'âgisme. Pour que de tels critères ne soient pas employés, c'est à nous gériatres d'en proposer de plus pertinents, intégrant à la fois les véritables critères pronostiques à court et long terme, mais aussi la qualité de vie attendue. Les critères d'admission en réanimation, et plus globalement du niveau d'intervention médicale, sont toutefois difficiles à établir, en particulier dans l'urgence. Une réflexion préalable est nécessaire, idéalement collégiale et intégrant le désir du patient, au mieux exprimé par lui-même à travers un entretien direct ou des directives anticipées, à défaut retranscrit par ces proches. L'usage d'échelles d'intervention médicale, dont un exemple est fourni en Figure 5, permettra de formaliser cette réflexion.

Les unités de soins intensifs gériatriques, encore peu développés, semblent pourtant une bonne option pour des patients âgés chez qui une prise en charge réanimatoire (intubation orotrachéale,

épuratoire extra-rénale) ne semble pas envisageable ou non indiquée mais pouvant répondre de manière favorable à une réanimation volémique et hémodynamique, dans un environnement habitué aux spécificités diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques du grand âge.

NIVEAU I : RÉANIMATION

Aucune limitation de moyens diagnostiques ou thérapeutiques, y compris recours au massage cardiaque et au transfert en Réanimation.

NIVEAU II : MUTATION SOINS INTENSIFS – MCO

Se donner les moyens techniques, diagnostiques et thérapeutiques adaptés à la personne (hors recours à la Réanimation).

- **NIVEAU II A :** Possible mutation en secteur de Soins Intensifs (Cardio, Pneumo, Néphro, Gastro, Neuro), mais sans recours à un secteur de Réanimation ni intubation (ex : hémorragie digestive, coronarographie pour Sd coronarien aigu, VNI pour détresse respiratoire, UNV pour AVC).
- **NIVEAU II B :** Mutation possible en service de médecine ou de chirurgie, recours possible au plateau technique du CHU à visée diagnostique ou thérapeutique (ex : gastroscopie, scanner, pose de VVC).

NIVEAU III : SUR PLACE

Tenter de passer un cap aigu sur place (maintien dans l'unité, sauf en cas de fracture hyperalgique nécessitant une chirurgie orthopédique).

- **NIVEAU III A : Recours à des gestes « invasifs » à envisager** (ex : perfusion pour une courte durée, prises de sang raisonnées, VNI sur place).
- **NIVEAU III B : Recours à des gestes « invasifs » à éviter** (arrêt des traitements préventifs au long cours type anticoagulants, arrêt des prises de sang et des examens complémentaires). Pansements « de confort », alimentation plaisir à privilégier, perfusion sous-cutanée non systématique et seulement pour le confort. Une antibiothérapie empirique peut s'envisager pour le confort du patient.

NIVEAU IV : FIN DE VIE

Accompagner la fin de vie dans le service : ne traiter que les symptômes d'inconfort (pas de prise de sang, pas de surveillance de constantes, pas de traitement autre que pour soulager l'inconfort, pas d'hydratation en perfusion ; pas d'alimentation, sauf cas exceptionnel où le patient le désire).

Figure 5 : Proposition d'échelle de niveau d'intervention médicale, exemple du pôle gériatrique du CHU de Dijon.

- Parler de sepsis devant une fièvre isolée.
- Révoquer le sepsis du fait de l'absence de fièvre.
- Parler de sepsis face à un syndrome inflammatoire biologique important.
- Parler de « syndrome fébrile », de « syndrome infectieux » ou de « syndrome septique » au lieu de verbaliser le doute diagnostique.
- Retarder l'antibiothérapie du sepsis pour réaliser des prélèvements microbiologiques.
- Limiter le remplissage vasculaire en cas d'hypoperfusion liée au sepsis, devant des antécédents cardiologiques.
- Récuser le patient septique pour des soins réanimatoires sur des critères d'âge.

Figure 6 : Erreurs fréquentes dans la prise en charge du sepsis du sujet âgé.

Prévention des complications

L'enjeu de la prise en charge du sepsis du sujet âgé, une fois la phase initiale passée, est la détection et la prise en charge, ou mieux encore l'anticipation et la prévention des décompensations et de comorbidités. L'évaluation clinique gériatrique a donc là toute sa place. Cette évaluation doit être globale, systématique (Tableau 3) et précoce - idéalement dès la phase aiguë - car l'efficacité est conditionnée par la rapidité des mesures préventives ou correctives (lutte contre la iatrogénie, verticalisation précoce, ablation de sonde urinaire, etc.).

Cela est particulièrement vrai sur le plan cardio-vasculaire. L'insuffisance cardiaque, mais également les événements ischémiques et thrombo-emboliques conditionnent le pronostic à moyen terme¹⁶. Il existe notamment des infarctus du myocarde post-infectieux, majoritairement fonctionnels c'est-à-dire liés à l'augmentation brutale des besoins en oxygène sans phénomène athérotrombotiques (infarctus dits de type 2).

Conclusions

Le sepsis du sujet âgé constitue bien souvent un défi diagnostique et thérapeutique pour le clinicien, quelle que soit sa spécialité. Les scores pronostiques SOFA et qSOFA ont pour objectif de déceler les dysfonctions d'organe secondaires à l'infection qui définissent le sepsis, mais sont mis à mal par les atypies sémiologiques chez le patient âgé. Le diagnostic d'infection est rarement un diagnostic de certitude et l'introduction d'une antibiothérapie doit être basée sur une évaluation individuelle rapide de la gravité initiale, de la probabilité diagnostique et des comorbidités sous-jacentes. L'orientation du patient vers des soins de réanimation se basera sur la gravité initiale et les comorbidités plus que l'âge en lui-même, peu corrélé au pronostic. Outre le rétablissement hémodynamique et l'antibiothérapie, l'enjeu de la prise en charge globale tient au dépistage systématique et à la prise en charge précoce des décompensations de comorbidités, notamment cardiovasculaires, qui sont responsables d'une altération du pronostic et d'une perte d'indépendance.

Ces phénomènes surviennent habituellement sur des terrains prédisposés (athérosclérose, rétrécissement aortique serré, tachyarythmie atriale, etc.)¹⁷.

Le sepsis est également fréquemment responsable de confusion, d'autant plus que le terrain est prédisposé, mais aussi d'aggravation durable de troubles neurocognitifs touchant jusqu'à près de 30 % des patients âgés de plus de 80 ans au décours du sepsis¹⁸.

Plus de 70 % des patients de plus de 80 ans présentent une perte significative d'indépendance dans l'année suivant le sepsis¹⁸, justifiant une évaluation socio-médicale complète à la sortie d'hospitalisation.

Complications	Soins gériatriques
Insuffisance cardiaque Evénements thrombo-emboliques Infarctus du myocarde Fibrillation auriculaire Déconditionnement cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnostic et traitement précoce des événements cardiovasculaires. ■ Réhabilitation cardio-vasculaire.
Confusion Exacerbation de troubles cognitifs Perte d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse et non médicamenteuse, réassurance, démedicalisation précoce.
Chute, fracture Exacerbation de troubles de la marche, perte d'indépendance motrice	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise au fauteuil précoce. ■ Réhabilitation précoce.
Dénutrition	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prise en charge nutritionnelle précoce, nutrition entérale si nécessaire, démedicalisation précoce.
Dépression, syndrome post-traumatique, douleurs chroniques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dépistage précoce, prise en soins médicamenteux et non médicamenteux.
Récidives infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> ■ Traitement des facteurs prédisposants (ablation précoce sonde urinaire et cathéter, prise en charge des troubles de déglutition...). ■ Vaccinations.

Tableau 3 : Principales complications post-septiques du sujet âgé.

Dr Alain PUTOT

MCU-PH | Unité Post Urgence Gériatrique, CHU Sud Réunion
 alain.putot@chu-reunion.fr
 Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801-810. doi:10.1001/jama.2016.0287.
2. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. *Critical Care Medicine*. 2021;49(11):e1063-e1143. doi:10.1097/CCM.0000000000005337.
3. Remelli F, Castellucci F, Vitali A, et al. Predictive value of geriatric-quickSOFA in hospitalized older people with sepsis. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):241. doi:10.1186/s12877-021-02182-1.
4. Hyernard C, Breining A, Duc S, et al. Atypical Presentation of Bacteremia in Older Patients Is a Risk Factor for Death. *Am J Med*. 2019;132(11):1344-1352.e1. doi:10.1016/j.amjmed.2019.04.049.
5. Laborde C, Bador J, Hacquin A, et al. Atypical Presentation of Bacteremic Urinary Tract Infection in Older Patients: Frequency and Prognostic Impact. *Diagnostics*. 2021;11(3):523. doi:10.3390/diagnostics11030523.
6. Janssens JP, Krause KH. Pneumonia in the very old. *The Lancet infectious diseases*. 2004;4(2):112-124.
7. Harper C, Newton P. Clinical aspects of pneumonia in the elderly veteran. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37(9):867-872. doi:10.1111/j.1532-5415.1989.tb02268.x.
8. Teboul JL, Kremlin-Bicêtre L. J.-L. Teboul, et le groupe d'experts de la SRLF. Published online 2005:9.
9. Anti-infectious treatment duration: The SPILF and GPIP French guidelines and recommendations | Elsevier Enhanced Reader. doi:10.1016/j.idnow.2020.12.001.
10. Caron F, Galperine T, Flateau C, et al. Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2018;48(5):327-358. doi:10.1016/j.medmal.2018.03.005.
11. Chidiac C. Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte. Pneumonie aiguë communautaire. Exacerbations de bronchopneumopathie chronique obstructive. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2011;41(5):221-228. doi:10.1016/j.medmal.2010.10.001.
12. Société française d'anesthésie et. Antibiothérapie probabiliste des états septiques graves. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2004;23(10):1020-1026. doi:10.1016/j.annfar.2004.08.001.
13. Wester AL, Dunlop O, Melby KK, Dahle UR, Wyller TB. Age-related differences in symptoms, diagnosis and prognosis of bacteremia. *BMC Infect Dis*. 2013;13:346. doi:10.1186/1471-2334-13-346.
14. Lemay AC, Anzueto A, Restrepo MI, Mortensen EM. Predictors of long-term mortality after severe sepsis in the elderly. *Am J Med Sci*. 2014;347(4):282-288. doi:10.1097/MAJ.0b013e318295a147.
15. Putot S, Jouanny P, Barben J, et al. Level of Medical Intervention in Geriatric Settings: Decision Factors and Correlation With Mortality. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2021;22(12):2587-2592. doi:10.1016/j.jamda.2021.04.014.
16. Mortensen EM, Coley CM, Singer DE, et al. Causes of death for patients with community-acquired pneumonia: results from the Pneumonia Patient Outcomes Research Team cohort study. *Arch Intern Med*. 2002;162(9):1059-1064.
17. Putot A, Chague F, Manckoundia P, Cottin Y, Zeller M. Post-Infectious Myocardial Infarction: New Insights for Improved Screening. *JCM*. 2019;8(6):827. doi:10.3390/jcm8060827.
18. Fleischmann-Struzek C, Rose N, Freytag A, et al. Epidemiology and Costs of Postsepsis Morbidity, Nursing Care Dependency, and Mortality in Germany, 2013 to 2017. *JAMA Netw Open*. 2021;4(11):e2134290. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.34290.

SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES POUR PERSONNES ÂGÉES À TRAVERS LE MONDE



RWANDA



VIETNAM



Nous commençons notre petit tour d'horizon en jouant à domicile. Pour cela, le Professeur Achille TCHALLA a accepté avec enthousiasme de nous parler de l'**unité de Médecine d'Urgence de la Personne Âgée** qui a été mise en place au **CHU de Limoges**.

Quel était l'objectif de la mise en place de vos urgences gériatriques ? Pour répondre à quelle demande ?

Au CHU de Limoges, 25 % des patients admis aux Urgences sont âgés de 75 ans et plus, dont 70 % sont hospitalisés par la suite. Initialement, une équipe mobile de Gériatrie intervenait à la demande des urgentistes pour évaluer certains patients. Face à l'afflux croissant de personnes âgées aux urgences et de l'allongement de leur temps de passage, a été mise en place en novembre 2014, une unité de Médecine d'Urgence de la Personne Âgée (MUPA) pour faciliter cette prise en charge en lien avec la filière gériatrique hospitalière et territoriale. Deux gériatres, deux infirmières formées à la gériatrie et une assistante sociale étaient présentes quotidiennement. Cette unité était intégrée aux Urgences avec un fonctionnement du lundi au vendredi de 8H30 à 18H30.



Quelles ont été les difficultés de mise en place du service ?

Principalement, la prise en charge des patients arrivés aux Urgences le week-end et les difficultés de fluidité en aval des Urgences par manque de lits.

Quel est le parcours d'un patient pris en charge dans vos Urgences gériatriques ? Quel praticien prend en charge ces patients (urgentiste, gériatre, autre) ?

L'équipe MUPA prenait en charge de A à Z toutes les personnes âgées de 75 ans et plus admises aux Urgences du CHU de Limoges pour une urgence non vitale. Sur la base de critères spécifiques (les 5 critères MUPA), le patient était directement orienté vers un gériatre pour une prise en charge globale. Chaque patient bénéficie d'une évaluation gériatrique standardisée comprenant un dépistage de la fragilité, de la perte d'indépendance

fonctionnelle, une évaluation de la polypathologie et de la polymédication mais également de l'observance thérapeutique et un repérage des troubles cognitifs et symptômes dépressifs. Le patient initialement pris en charge par la MUPA peut bénéficier de l'avis de l'urgentiste en cas d'aggravation. Idem, certains patients pris en charge par l'urgentiste peuvent bénéficier d'un avis gériatrique. La coopération gériatre-urgentiste était la clé de cette prise en charge médicale des patients. Le patient admis à la MUPA peut être hospitalisé en gériatrie ou MCO ou rentrer à domicile avec la possibilité d'une programmation pour compléter la prise en charge en consultation ou en Hôpital de jour.

Quels bénéfices avez-vous déjà constatés de la création de votre service pour votre hôpital ? Pour vos patients ?

La MUPA avait permis de développer une culture gériatrique aux Urgences par sa présence in situ et le nombre important de patients âgés pris en charge (2 à 3 fois plus de patients que l'EMG sur une même période). Le taux de retours à domicile était significativement plus élevé avec la MUPA qu'avec l'EMG, alors que les taux de réadmissions aux urgences à 30 jours et 90 jours étaient nettement plus faibles. L'expertise des infirmières formées à la gérontologie clinique permettant de mieux accompagner les patients âgés et les aidants familiaux. L'expérience de l'expertise intégrée de la pharmacie clinique à la MUPA était très bénéfique et a permis également une optimisation de la prise en charge par des procédures de conciliation et revue médicamenteuse pour diminuer les risques iatrogéniques aux Urgences ou à la sortie.

Quels projets/améliorations comptez-vous mettre en place dans un avenir proche ?

Depuis l'année 2021, le contexte sanitaire et les difficultés de ressources humaines ont entraîné une mutation de cette activité intégrée à l'unité de Post-Urgence gériatrique. Une réflexion est en cours pour faire évoluer cette activité dans le cadre du pacte 5 de la refondation des Urgences avec la structuration d'une UHCD Gériatrique en lien avec le Post-urgence gériatrique et la plateforme de régulation gériatrique ville-Hôpital. L'idée est d'éviter si possible au maximum l'arrivée des patients âgés aux Urgences compte tenu des effets délétères possibles de cet environnement sur l'état global des patients âgés vulnérables. Il s'agira d'optimiser les parcours qui évitent les urgences surtout pour des motifs relevant des syndromes gériatriques et non de l'urgence vitale. **Cette évolution permettra un fonctionnement 7J/7 dans une approche intégrative Médecine d'Urgence-Post-Urgence Gériatrique en dehors du service des Urgences avec la possibilité d'une admission directe par un circuit direct « FAST TRACK ».**

Pr Achille TCHALLA
CHU de Limoges
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

5 Références bibliographiques (pour en savoir plus)

- **Clementz A, Jost J, Lacour A, Ratsimbazafy V, Tchalla A.** Do clinical pharmacy activities have an impact on the rehospitalisation rate of elderly patients admitted to a MUPA unit for a fall? **Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.** 2022 Jan 27. doi: 10.1684/pnv.2022.1008. Epub ahead of print. PMID: 35094977.
- **Bosetti A, Gayot C, Preux PM, Tchalla A.** Effectiveness of a Geriatric Emergency Medicine Unit for the Management of Neurocognitive Disorders in Older Patients: Results of the MUPACog Study. **Dement Geriatr Cogn Disord.** 2020;49(4):394-400. doi: 10.1159/000510054. Epub 2020 Dec 17. PMID: 33333527.
- **Boyer S, Gayot C, Bimou C, Mergans T, Kajeu P, Castelli M, Dantoine T, Tchalla A.** Prevalence of mild hyponatremia and its association with falls in older adults admitted to an emergency geriatric medicine unit (the MUPA unit). **BMC Geriatr.** 2019 Oct 15;19(1):265. doi: 10.1186/s12877-019-1282-0. PMID: 31615437; PMCID: PMC6792197.
- **Clementz A, Jost J, Lacour A, Bimou C, Gayot C, Ratsimbazafy V, Tchalla A.** Effect of Clinical Pharmacy Services in an Older Adult Emergency Medicine Unit on Unplanned Rehospitalization of Older Adults Admitted for Falls: MUPA-PHARM Study. **J Am Med Dir Assoc.** 2019 Aug;20(8):947-948. doi: 10.1016/j.jamda.2019.02.029. PMID: 31353043.
- CHU Limoges : MUPA : bilan positif après un an de fonctionnement [Internet]. [cité 19 sept 2019]. Disponible sur : <http://www.chu-limoges.fr/mupa-bilan-positif-apres-un-an-de-fonctionnement.html>



Un peu plus loin, le Dr Menelas Nkeshimana et son équipe du CHU de Kigali ont répondu positivement à notre invitation ! Ils nous décrivent la **Genèse de la gériatrie au CHU de Kigali au Rwanda.**

“Je ne suis pas la plus âgée, il faudrait vérifier la date de naissance du Pasteur ; il est le plus vieux”. C’est ainsi que répondait Mme Astéria, une nonagénaire qui s’apprêtait à célébrer son centenaire, en bonne forme. Pour la taquiner, on l’appelle souvent “*igifaruru*” (un mot en Kinyarwanda, la langue nationale du Rwanda, qui signifie “véhicule militaire blindé”), pour souligner sa robustesse physiologique pour son âge avancé... ; elle apprécie ce compliment indiquant que cette attitude la rajeunit de quelques années.

Dr Menelas Nkeshimana, Chef du Service des urgences en consultation médicale lors d’un “programme outreach” piloté par le CHU de Kigali dans un village de Cyabingo.



La moyenne de la population rwandaise adulte avance en âge grâce, entre autres, à l’amélioration des soins de santé primaires, au renforcement des programmes publics de prévention et de prise en charge de maladies chroniques. Depuis la triste époque après 1994 ; année du génocide perpétrée contre les tutsis au Rwanda, le parcours de reconstruction du système sanitaire du pays a progressé en efficacité. L’espérance de vie, baissée en dessous de 30 ans à cette époque, est remontée au-dessus de 62 ans.

Avec cette évolution, la santé des seniors apparaît comme un enjeu de santé publique. L’affluence de consultations de patients âgés de plus de 65 ans croît aux CHU du Rwanda. Dans une récente étude transversale, Ngabitsinze et al, ont constaté que 190 patients, avec un âge moyen de 72 ans, avaient été hospitalisés aux CHU de Kigali et de Butare (1).

Au CHU de Kigali, il existe une structure informelle qui prend en compte la fragilité de la personne âgée et ses besoins en soins spécifiques au service d’accueil des urgences et au pavillon des soins ambulatoires. Un outil de triage tient compte de motifs habituels de consultations que la personne âgée présente, principalement le déclin du fonctionnement cognitif et la présence des comorbidités, notamment les maladies chroniques non-transmissibles comme le diabète, l’hypertension et le cancer. Cet outil fonctionnel depuis 2013, facilite la tâche aux personnels soignants qui sont formés pour détecter les signes d’alerte afin de prévenir une prise en charge tardive, éviter l’apparition des situations de décompensation aiguë ou d’aggravation fonctionnelle, évitant ainsi la survenue des complications qui grèveraient l’état de santé de la personne âgée. Un autre outil en place, le formulaire “*screening, education, consent form*” sert à repérer 5 spécificités sur le profil du senior consultant au service des urgences du CHU de Kigali : 1) statut nutritionnel, 2) situation sociale, 3) état psychologique, 4) présence d’escarres, 5) risque de chutes. Cet outil fonctionnel incite à une prise en charge multidisciplinaire et spécialisée au CHU de Kigali comprenant l’implication d’un médecin interniste, d’une infirmière formée au profil de ces patients, un nutritionniste, un kinésithérapeute et un assistant social organisant un circuit raccourci pour la prise en charge de la mutuelle nationale de santé. Le département de médecine interne du CHU de Kigali sert de service d’aval pour la prise en charge en hospitalisation des patients âgés. Un interniste titulaire d’un diplôme de formation médicale spécialisée de gériatrie, sert de médecin référent à ses collègues pour donner un avis spécialisé en cas de besoin pour une prise en charge médicale particulière.

Dans la perspective de développer une filière de suivi ambulatoire des seniors au CHU de Kigali, un projet partenarial existe entre le CHU de Kigali et l'hôpital européen Georges Pompidou, porté par le Pr Elena PAILLAUD de l'Université de Paris et le Pr Jean Paul RWABIHAMA de l'Université du Rwanda, grâce à une subvention de la Fédération Hospitalière de France et l'Agence Française de Développement. Ce projet structurel a pour objet d'organiser le suivi ambulatoire de pathologies gériatriques non-transmissibles et l'amélioration de la gestion hospitalière. Grâce au partenariat signé entre le CHU de Kigali et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), une filière de formation de futures gériatres rwandais permet d'accueillir au département de médecine interne et de gériatrie dirigé par le Pr Jean-Philippe DAVID au CHU Henri Mondor 1 à 2 médecins internistes stagiaires pour se former à la gériatrie. A travers des missions à Kigali et à Paris entre les équipes du CHU de Kigali et l'équipe de l'AP-HP impliquées dans ce projet, s'ouvrent des perspectives de développement pour la gériatrie hospitalière au CHU de Kigali et la gériatrie universitaire à l'Université du Rwanda.

Auteur correspondant : Dr Ménélas NKESHIMANA

Chef du Département des Urgences du CHU de Kigali (Rwanda)

E-mail : mnl.nke@gmail.com

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Dr Ménélas NKESHIMANA, Dr Protogène NGABITSINZE

Dr Vincent NDAYIRAGIJE, Dr Léopold BITUNGUHARI

Dr Jean Paul RWABIHAMA

Service des Urgences et du Département de Médecine interne du CHU de Kigali (Rwanda)

Centre d'Investigation Clinique-CEpIR, Division de la recherche et de la formation clinique,

CHU de Kigali, Université du Rwanda, Kigali (Rwanda)

Bibliographie

(1) Ngabitsinze P, Nkeshimana M, Rwabihama JP et al. *Characteristics and outcome of elderly patients admitted for medical reasons in Rwanda university teaching hospitals: current situation at Centre Hospitalier Universitaire de Kigali and Centre Hospitalier Universitaire de Butare* (Article soumis).



Enfin, le Dr Bui Thuc Quang, praticien hospitalier à **l'Hôpital National de Gériatrie du Vietnam situé à Hanoi**, nous a fait le plaisir de bien vouloir nous présenter l'organisation des Urgences de son hôpital. Il s'agit d'un centre hospitalo-universitaire dédié aux personnes âgées de plus de 60 ans, comportant 350 lits et employant 400 professionnels (80 médecins, 200 infirmières, 12 pharmaciens et 108 d'autres professions).

Environ 500 consultations et 30 entrées au service des Urgences ont lieu chaque jour. Les autres services de cet hôpital sont constitués d'un service de Réanimation, d'Intervention Cardio-vasculaire, de Cardio-Pneumologie, de Médecine Interne, de Neurologie et Maladie d'Alzheimer, de Psychiatrie, d'Endocrino et Ostéo-rhumatologie, de Soins et traitement palliatif, de Réadaptation, de Nutrition, d'Imagerie, d'un Laboratoire biochimique, et enfin d'un Département de consultation.

L'objectif de nos urgences gériatriques est de mettre hors d'état critique et d'assurer le maintien des fonctions vitales de nos patients âgées. Pour ce faire, nous avons accès à différents examens complémentaires que nous pouvons réaliser dans un court laps de temps et ainsi poser un diagnostic le plus précis possible et le plus rapidement possible. Nous corrigeons les dysfonctions d'organe importantes et transférons les patients dans les services spécialisés adéquat. Cela nous permet d'améliorer la qualité de vie de nos patients qui ont une espérance de vie encore élevées.

Classiquement, **un patient pris en charge dans nos Urgences gériatriques est** accueilli à la réception pour y faire les démarches administratives d'inscription, en même temps se fait l'évaluation de ses fonctions vitales puis la prise en charge ABC (Airway, Breathing, Circulation) le cas échéant suit très rapidement pour mettre le patient hors d'état critique le plus tôt possible.

Ensuite la surveillance des paramètres de la fonction vitale se fait sous moniteur, en attendant les résultats des examens complémentaires demandés (tests sanguins, ECG, tests d'imagerie...). En parallèle, un support gériatrique permet d'évaluer le patient, en particulier d'un point de vue fonctionnel avec les professionnels de la Réhabilitation.

Une consultation avec des spécialistes permet de avoir le diagnostic le plus précis possible en détaillant : la maladie principale, la/les maladies associées et les complications. Des praticiens de différentes spécialités se retrouvent au lit du patient pour optimiser sa prise en charge (urgentiste, gériatre, cardiologue, neurologue, médecin de réadaptation).

Malheureusement, nous rencontrons des **difficultés** par manque d'équipements médicaux, de personnels (urgentistes-géiatres, infirmières gériatriques). L'environnement du service de Urgences et l'installation du patient ne sont pas forcément appropriés aux patients âgés. Les soins gériatriques sont en effet plus lourds à mettre en place et d'autant plus dans un service déjà en surcharge. Dans certaines situations, enfin, la mise en place des techniques d'urgence est plus difficile à mettre en œuvre chez des patients âgés.

Notre hôpital – Hôpital National de Gériatrie de Hanoi – est dédié aux personnes âgées (≥ 60 ans), c'est pourquoi, **le service d'urgence gériatrique est indispensable**. Il permet un recrutement important de patients, ce qui entraîne un bénéfice économique pour notre établissement et permet ainsi le développement d'autres services plus spécialisés (qui n'aurait pas pu voir le jour sans ce recrutement... un service spécialisé est plus difficile à remplir à partir d'un recrutement exclusivement issu des consultations).

Notre service d'Urgence soutien également les autres services cliniques de l'hôpital en cas de dégradation clinique importante d'un de leurs patients, que nous pouvons alors gérer aux Urgences gériatriques.

Pour les patients, notre service des Urgences est un lieu approprié pour traiter des maladies, des situations urgentes pour les sujets âgés et ainsi permettre une récupération de leur santé à court terme et espérer une amélioration de leur qualité de vie.

Fort de ce constat, nous avons déjà **plusieurs projets d'amélioration** avec, entre autres, la création d'une unité « Stroke » pour le traitement fibrinolytique en cas d'AVC chez les patients âgés. En parallèle de ce futur projet, nous souhaiterions consolider le fonctionnement déjà en place avec l'augmentation de notre capacité d'accueil, l'augmentation du nombre de personnel (médecins, infirmières et aides-soignants) et débiter une prise en charge de réhabilitation dès la prise en charge aux Urgences.

Dr Bui THUC QUANG
 Chef du service de Cardiologie interventionnelle
 Hôpital National de Gériatrie de Hanoi (Vietnam)
 Pour l'Association des Jeunes Géiatres

ASSISTANT DE RÉGULATION MÉDICALE AU SAMU

Dans ce numéro spécial « Urgence de la personne âgée », il nous a semblé intéressant de mettre en avant un métier probablement méconnu : les ARM = Assistant de Régulation Médicale.

Nous avons enquêté pour vous !

Bonjour, tout d'abord merci d'avoir répondu à notre proposition ! Peux-tu te présenter en quelques mots et nous parler de ton parcours ?

Je m'appelle Théo, j'ai 23 ans et je suis Assistant de Régulation Médicale (ARM) depuis juillet 2018. J'exerce au sein du Centre de Réception et de Régulation des Appels du SAMU68 (CRR15).

Je travaille sous l'autorité fonctionnelle et la responsabilité d'un médecin régulateur. Mon travail consiste à accueillir les appels à l'aide qui parviennent sur les lignes du 15/112, à caractériser la nature de l'urgence, à envoyer les moyens de secours adaptés, à assurer le suivi de l'intervention et l'accueil du patient dans la structure de soins adéquate.

À quoi ressemble ton quotidien au SAMU68 ?

Le Centre de Réception et de Régulation des Appels du SAMU68 est composé de médecins régulateurs urgentistes, libéraux, et d'Assistants de Régulation Médicale. Chacun assure une mission bien précise pour permettre le fonctionnement du SAMU68 24h/24 et ainsi apporter la meilleure réponse médicale possible à chaque appelant, qu'il s'agisse d'une demande de soin urgent, d'un conseil médical ou d'un renseignement à caractère médical.

On distingue :

➔ L'ARM Accueil 15 : Il réceptionne les appels du 15 et du 112. Il crée un dossier de régulation pour

Je suis sapeur-pompier volontaire titulaire d'une formation de secours d'urgence et j'ai suivi une formation d'adaptation à l'emploi de plusieurs mois au sein du Centre de Réception et de Régulation des Appels du SAMU68 avant d'être autonome à mon poste de travail.

Aujourd'hui, la formation d'un Assistant de Régulation Médicale est réglementée. Elle compte 1470 heures de formation théorique et pratique dans un centre de formation agréé. Elle est sanctionnée par l'obtention d'un Diplôme Professionnel.

chaque nouvel appel. Il enregistre dans le dossier de régulation toutes les informations nécessaires : numéro de contre-appel téléphonique, adresse de l'intervention, nature de l'urgence, identité de la victime. Il caractérise ensuite la gravité de l'urgence par un court interrogatoire et classe le dossier de régulation comme suit :

- PO : Urgence absolue/vitale = Engagement réflexe d'un SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation). L'ARM guide l'appelant dans la réalisation des gestes nécessaires pour le maintien des fonctions vitales ou fonctionnelles de

la victime en attendant que le médecin régulateur réalise son acte de régulation médicale. L'ARM transfère cet appel au médecin régulateur urgentiste **EN PRIORITÉ**. C'est le cas par exemple d'un arrêt cardiaque, d'une noyade, d'une pendaison, d'un accident de circulation avec désincarcération, etc.

- P1 : Régulation médicale prioritaire = Possible envoi d'un moyen en prompt secours (Sapeurs-Pompiers par exemple). L'envoi d'un SMUR est soumis à l'arbitrage du médecin régulateur urgentiste à l'issue de son acte de régulation médicale. C'est le cas par exemple d'une détresse respiratoire, d'une douleur thoracique, d'une suspicion d'accident vasculaire cérébral, etc.
- P2 : Régulation médicale qui peut être mise en attente durant quelques minutes sans risque pour le patient en attendant que le médecin régulateur urgentiste ou libéral se soit rendu disponible pour prendre l'appel. Il n'est pas identifié par l'ARM d'urgence vitale.
- P3 : régulation médicale reportée ou programmée et traitée par un rappel. Après qualification de l'appel par l'ARM, la communication est transmise au médecin régulateur ou peut être raccrochée avant la phase de régulation médicale, sans risque pour le patient. Dans ce cas aucune urgence n'est identifiée par l'ARM et d'autres régulations médicales sont en cours. L'appelant est rappelé par le CRRRA dès que l'acte de régulation médicale peut être réalisé. Sont possiblement concernés par le niveau P3 : Une demande non urgente de transfert inter-hospitalier programmé ; les situations non urgentes

relevant de la médecine générale telles que les demandes de conseils médicaux simples sans critère d'urgence ; les recherches d'un médecin généraliste sans critère d'urgence dans les cas où une simple information ne suffit pas. Dans ce contexte, le délai prévisible de rappel est donné à l'appelant à titre indicatif. Il sera systématiquement demandé à l'appelant de rappeler en cas d'aggravation ou d'un besoin nouveau. Il est systématiquement communiqué à l'appelant un numéro de dossier à titre de référence. Un rappel sera ensuite toujours traité de manière prioritaire.

- ➔ L'ARM Pro/BILAN : Il réceptionne les appels provenant des professionnels de santé (Hôpitaux, SOS Médecins, etc.) ou des interconnexions avec les autres services de secours (18 pour les sapeurs-pompiers, 17 pour les forces de l'ordre, Autres SAMU, etc.). Il réceptionne et enregistre également les bilans secouristes, simples, sans critère de gravité, des équipages en intervention (sapeurs-pompiers, ambulanciers). Il rend compte au médecin régulateur afin d'orienter au mieux les patients dans les structures de soins.
- ➔ L'ARM Suivi-OP/MOYENS : Il assure le suivi opérationnel des interventions en cours. Il est en contact permanent avec le centre opérationnel départemental d'incendie et de secours des sapeurs-pompiers d'une part et le coordinateur départemental ambulancier d'autre part. Il connaît en temps réel la disponibilité des moyens de secours pré-hospitaliers dans le département. Il engage ces moyens à la demande du médecin régulateur, qu'il s'agisse des sapeurs-pompiers, des ambulanciers, ou des SMUR.

Quelles sont les qualités requises pour ce travail ?

L'ARM exerce son métier dans un environnement clos et stressant puisqu'en prise directe avec l'urgence réelle, ressentie ou méconnue de l'appelant en ligne. Cela requiert du sang froid, de la concentration et de la rigueur d'une part, de l'empathie et de pratiquer l'écoute active en toutes circonstances d'autre part. Adopter cette attitude permet souvent d'obtenir toute l'attention de l'appelant qui fait face à une situation d'urgence anxiogène par nature. L'objectif est d'obtenir un maximum d'informations exploitables en un minimum de temps pour apporter la meilleure réponse possible.

Il est également nécessaire de connaître les gestes de secours pour accompagner l'appelant en ligne et

l'aider à maintenir les fonctions vitales ou fonctionnelles de la victime en attendant l'arrivée des équipes spécialisées sur les lieux. Concrètement, nous nous efforçons toujours de guider chaque appelant en lui expliquant avec des mots simples, étape par étape, chaque geste nécessaire à la sauvegarde de la vie humaine en faisant réaliser par exemple un massage cardiaque dans le cas d'une mort subite, la pose d'un garrot dans le cas d'une hémorragie, etc.

Enfin, il est nécessaire d'avoir de solides connaissances du lexique médical et de maîtriser l'outil informatique pour saisir simultanément et en temps réel toutes les informations nécessaires enregistrées dans le dossier de régulation.

Quelles sont vos relations avec les personnes âgées dans votre pratique professionnelle et quels problèmes rencontrez-vous ?

Si l'urgence de la situation relève parfois de l'évidence, par exemple en cas de chute de grande hauteur ou d'un accident grave de la circulation, l'essentiel des appels concerne des problématiques médicales telles que la douleur thoracique, la dyspnée, pour lesquels l'appréciation de la gravité est incertaine ou méconnue. Déterminer le degré d'urgence de la demande est souvent complexe, que ce soit pour le patient lui-même, son entourage, ou même le médecin régulateur. Ce constat s'applique d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une personne âgée :

Cas des patients âgés qui souffrent de troubles cognitifs, de surdité liée à l'âge, ou qui s'expriment en dialecte *Alsacien* par exemple, etc. : Pose souvent la triple difficulté de la localisation de l'appel, de l'identification de l'appelant, de l'expression de la nature de l'urgence.

Dans ce contexte, une attitude d'écoute bienveillante, un interrogatoire adaptée à la situation, le recours à un tiers présent sur les lieux (famille, personne de confiance, témoin) nous permet bien souvent de répondre à la demande de secours.

Plusieurs solutions techniques sont également à notre disposition pour apporter la meilleure réponse possible en un minimum de temps telles que : la plateforme de localisation des appels d'urgence, l'outil de Visio régulation, la plateforme d'interprétariat, etc.

Il me semble important d'évoquer enfin le cas des adhérents de l'association DELTA REVIE Haut-Rhin auxquels nous sommes particulièrement attachés :

Crée en 1978, DELTA REVIE Haut-Rhin est une association fondée par une poignée de bénévoles à Mulhouse. Son but est de proposer aux personnes âgées, isolées ou handicapées une aide au maintien à domicile grâce à un système de téléalarme qui permet à la personne d'appeler à l'aide en cas de problème (chute, malaise, etc.).

Dès l'origine, la centrale d'écoute de ce réseau f  t installée au SAMU68/CRRA15. Cette initiative a connu un succès grandissant au fur et à mesure des années. L'association couvre aujourd'hui l'ensemble du département du Haut-Rhin, y compris ses zones les plus reculées.

Depuis 2013, DELTA REVIE Haut-Rhin est une association déclarée de service à la personne. Son fonctionnement repose sur une quarantaine de bénévoles et retraités passionnés. L'association compte quelques 2500 « abonnés » pour lesquels tous les appels à l'aide sont traités directement par le SAMU68/CRRA15. C'est une fierté locale que je souhaitais partager avec vous en guise de conclusion.

MARTIN - PASI Théo

Assistant de régulation médicale
Centre de Réception et de Régulation des Appels - SAMU68
Pour l'Association des Jeunes G  ri  tres



DÉCISIONS D'INTENSITÉ DE SOINS EN GÉRIATRIE : QUELQUES ÉLÉMENTS CLÉS POUR DÉVELOPPER UNE RÉFLEXION ÉTHIQUE



Les décisions d'intensité de soins, même si elles sont le quotidien du gériatre, sont parfois parmi les plus délicates à prendre. Si nos réflexions doivent rester individualisées, adaptées à chaque patient singulier, apprendre à réfléchir à ces décisions de manière systématisée peut nous aider dans notre pratique.

Définitions

On entend par décision d'intensité de soins, toute décision qui peut impliquer pour un patient un acte thérapeutique actif médical (massage cardiaque, intubation / ventilation mécanique, dialyse, drogues vasoactives, expansion volémique massive) ou tout acte chirurgical ou endoscopique. Peuvent aussi relever des décisions d'intensité de soins les traitements médicaux plus simples : perfusion, antibiothérapie...

Processus décisionnel

Évaluer la gravité du patient et le degré d'urgence de la décision

Réaliser une première évaluation médicale du patient +/- les premiers gestes ou thérapeutiques pour stabiliser le patient.

Recueillir les éléments médicaux objectifs du dossier

Pour évaluer un patient âgé, il faut nécessairement recueillir des éléments clés du dossier médical :

- L'âge ;
- L'autonomie fonctionnelle (via l'échelle ADL / IADL), éventuellement le score GIR ;
- Le score de fragilité CFS ;
- Les comorbidités, stabilisées ou non, qui risquent d'impacter, via leurs décompensations en cascade, l'évolution du patient.

Sont à prendre en compte également :

- Le motif d'hospitalisation ;
- S'il y a eu une amélioration initiale ;
- Le motif de la décision d'intensité de soins actuelle.

Ces éléments clés sont le plus souvent connus lorsque le patient est hospitalisé depuis plusieurs jours ou est évalué dans son lieu de vie habituel par le médecin référent, mais ce n'est souvent pas le cas lorsque le patient vient d'arriver aux urgences. L'interrogatoire poussé de l'entourage (y compris soignant) permet de les recueillir.

Le raisonnement pourra être différent selon s'il s'agit d'une aggravation de la maladie initiale, ou d'une Nième décompensation de comorbidité pour une hospitalisation qui se prolonge.

Enfin,

- L'existence d'une démence évoluée pourra intervenir, non seulement de par son retentissement sur l'autonomie fonctionnelle du patient, mais aussi par la faisabilité des soins elle-même et la tolérance d'un environnement différent qui peut être vécu comme agressif.

Recueillir les éléments relatifs à la volonté du patient

La loi du 4 mars 2002 affirme que tous les patients ont le droit d'être informés de manière claire, loyale et appropriée, sur leur état de santé, et de participer aux décisions les concernant en donnant leur consentement éclairé. Ce consentement n'est pas toujours évident pour les patients déjà fragiles sur le plan neurologique, et affaiblis par l'évènement médical aigu. L'avis du Comité Consultatif National d'Éthique de mai 2021 introduit la notion « d'assentiment^(a) » à rechercher plutôt que de consentement éclairé stricto sensu (1).

Si le patient est hors d'état de comprendre et d'exprimer sa volonté, il conviendra de rechercher systématiquement la présence de directives anticipées (DA), et/ou d'une personne de confiance désignée, qui pourra rapporter ces DA ou à défaut, porter la parole du patient.

À défaut de ces éléments, les entretiens avec les proches peuvent permettre de préciser ce qu'aurait souhaité le patient afin de prendre la décision la plus ajustée possible.

S'appuyer sur les recommandations et l'évidence based-médecine

Malheureusement peu de recommandations existent dans ce champ de pratiques. La SFMU et la SRLF ont rédigé des recommandations en 2003 puis 2018 pour l'aide à la décision d'intensité de soins dans les situations d'urgence (2, 3). De nombreuses études ont été faites sur le pronostic des patients âgés au décours d'un séjour en réanimation (4, 5). Cependant, si la littérature est abondante, les données qu'elle fournit restent statistiques, et souvent ne nous aident pas à prendre une décision pour un individu donné.

L'apport de la collégialité

La collégialité a été rendue obligatoire par la loi Léonetti de 2005. Si dans la loi elle ne concerne que les décisions de limitations et arrêt des thérapeutiques actives (LATA) lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, par extension, elle devrait s'appliquer à toutes les décisions d'intensité de soins qui questionnent le clinicien. Elle permet à une équipe de décider pour le patient, lorsque celui-ci n'est pas capable de décider pour lui-même, lorsqu'il existe un désaccord entre les proches du patient et les propositions de l'équipe, ou dans une situation de refus de soins complexe. Son objectif est donc de s'approcher au plus près d'une décision la plus juste pour le patient. Elle permet de répartir le poids de la décision, d'éviter les décisions prises seul et donc la bascule dans la toute-puissance, et de définir un projet de soins commun avec l'équipe entière. Par ailleurs, elle peut permettre de favoriser le développement d'une réflexion éthique systématisée au sein des services, et l'apprentissage des plus jeunes de cette réflexion. Si en Gériatrie, la collégialité se fait souvent au sein des services du fait de la fréquence de ces situations décisionnelles, la loi impose de faire appel à un intervenant extérieur. Inclure l'autre dans un processus décisionnel, c'est développer sa propre réflexion éthique, en tant que personne et en tant qu'équipe. Le fait de questionner sa propre décision, d'inviter l'autre à réfléchir avec soi, permet déjà de se rapprocher d'une décision plus juste (6).

Pour les décisions collégiales, toute l'équipe doit être impliquée au maximum : médecins, paramédicaux (IDE, AS, rééducateurs) + un intervenant extérieur.

Ainsi, il ne faut pas hésiter à solliciter un tiers extérieur au moindre doute (réanimateur pour discuter d'une admission en réanimation, équipe mobile de soins palliatifs, urgentiste, médecin du SAMU...).

(a) « accord fondé sur une compréhension seulement partielle des enjeux. Très importante dans les situations où les capacités de discernement de la personne ne sont ni totalement présentes, ni totalement absentes, fragilisées sans être abolies, si bien que la personne en question ne peut peut-être pas donner un authentique consentement, mais où l'on ne peut pas décider pour elle ».

Particularité des LAT (limitations des thérapeutiques actives) en Gériatrie

Souvent, pour une décision médicale, il n'y a pas de situation de « vrai doute », même s'il s'agit d'une décision d'intensité de soins, c'est-à-dire que la marche à suivre paraît évidente. Toutes les situations ne sont pas source de tension éthique, raison pour laquelle la collégialité (quand elle a lieu) est souvent faite au sein du service. Prenons l'exemple d'une patiente de 95 ans, ayant une maladie d'Alzheimer évoluée, grabataire mais qui a tout de même une vie relationnelle, hospitalisée pour détresse respiratoire aiguë sur sa troisième pneumopathie d'inhalation et déshydratation en un an. À la question : « Faut-il la transférer en réanimation ? », la réponse peut nous paraître « évidente ». Aux questions « Faut-il introduire une nouvelle cure d'antibiothérapie ? », « Faut-il introduire en complément d'hydratation une perfusion sous-cutanée au décours de cet épisode ? », les réponses sont moins faciles.

Bienfaisance / non-malfaisance

Énonce la volonté de faire le bien pour tout ce qui touche au soin de la personne / et l'obligation de ne pas faire de mal, le *primum non nocere*.

Le médecin a donc obligation de réaliser les soins requis, d'agir dans le meilleur intérêt du patient, et en même temps doit être garant de la lutte contre l'obstination déraisonnable.

Autonomie

À distinguer de l'autonomie fonctionnelle citée plus haut, l'autonomie ici fait référence à la fois aux capacités décisionnelles du patient (donc à sa compétence), mais également à ce qui fait de lui ce qu'il est, ses valeurs, ses croyances, ses actes antérieurs dans la vie, ce que Marta Spranzi appelle « l'autonomie authenticité » (8), souvent relatée par les proches.

Les DA et la personne de confiance peuvent nous donner une idée de ce qu'aurait souhaité le patient dans la situation présente.

Justice et équité



Fait référence à une équité dans la répartition et la distribution des ressources disponibles au sein d'une société, et à une équité dans l'accès aux soins.

La non-discrimination, liée à l'âge entre autres, est un des arguments qui entre dans le principe de justice.

La juste répartition des ressources dans une situation de tension (manque de lits, impact financier au sein d'une société) en est une autre.

Principes éthiques de Beauchamp et Childress (7)

Reposons-nous la question de l'indication de l'hydratation sous-cutanée chez cette patiente de 95 ans, une fois la phase aiguë passée. Les éléments suivants sont ressortis grâce aux discussions avec la famille, et avec l'ensemble de l'équipe soignante.

	Non-malfaisance / bienfaisance	Autonomie	Justice / équité
Arguments en faveur 	<ul style="list-style-type: none"> Perfusion sous-cutanée non douloureuse, pose facile. Vie relationnelle préservée avec ses proches. 	<ul style="list-style-type: none"> Patiente incapable de s'exprimer actuellement. Pas de DA ni de personne de confiance. La famille rapporte que la patiente ne souhaitait pas d'acharnement... ce qui ne nous avance pas. Les enfants sont plutôt en faveur de cette perfusion, compte tenu de la vie relationnelle préservée qu'ils ont avec leur mère. 	<ul style="list-style-type: none"> Toutes les vies sont identiques, et ne pas introduire d'hydratation, c'est raccourcir son espérance de vie de plusieurs mois – discrimination des PA avec troubles cognitifs vs les autres. Si décision de ne pas hydrater artificiellement, risque d'extension de cette décision à tous les cas similaires.
Arguments en défaveur 	<ul style="list-style-type: none"> Risque de complications (abcès, draps mouillés...) et donc d'inconfort. Où mettre la limite de l'obstination déraisonnable ? 		<ul style="list-style-type: none"> Coût sociétal de maintenir une personne âgée en vie « artificiellement ».

Ainsi, si ces principes ne nous permettent pas de trancher formellement dans un sens ou dans l'autre, ils peuvent constituer un guide pour classer nos idées, et éclairer la réflexion éthique pour chaque décision donnée.

Conclusion

Les décisions d'intensité de soins sont parfois complexes et doivent sans doute le rester. Si on dit classiquement que « le doute doit bénéficier au patient » (ce qui signifie que dans le doute, il vaut mieux agir que ne pas agir), il faut peut-être avoir une autre lecture de cette phrase : douter de sa décision, solliciter l'autre pour y participer, c'est également faire bénéficier le patient d'une remise en question de la pensée médicale qui tend à s'automatiser ou se figer.

Dr Laura MOÏSI
Praticien Hospitalier
UGA, Hôpital St Antoine
laura.moisi@aphp.fr
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Bibliographie

1. CCNE. Avis 136 : L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin. 2021.
2. Haegy J-M. Ethique et urgences Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. :14.
3. Reignier, Jean B Thierry Reignier, Carpentier, Françoise, pour la SFMU et la SRLF. Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. 2018.
4. for the VIP2 study group, Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, Leaver S, Watson X, et al. The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. Intensive Care Med. janv 2020;46(1):57-69.
5. Le Maguet P, Roquilly A, Lasocki S, Asehnoune K, Carise E, Saint Martin M, et al. Prevalence and impact of frailty on mortality in elderly ICU patients: a prospective, multicenter, observational study. Intensive Care Med [Internet]. 21 mars 2014 [cité 19 mars 2020]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s00134-014-3253-4>
6. Centre d'éthique Clinique de l'APHP. Workshop éthique collégialité à l'hôpital : Quels objectifs ? Quelles formes ? Quelles traçabilités ? 2021 mai 19.
7. Delassus E. Analyse critique du principisme en éthique biomédicale. 2017;12.
8. Foureur N. Plus de place au principe d'autonomie pour plus de respect des personnes âgées: Gériatologie Société. 9 sept 2016;vol. 38 / n° 150(2):141-54.

Arbre décisionnel : éléments clés d'une réflexion éthique pour une décision d'intensité de soins

Evaluer la **gravité du patient et le degré d'urgence** de la décision (+/- premières mesures, stabiliser le patient)



Recueillir les **éléments médicaux objectifs** du dossier

- Âge, sexe
- Autonomie fonctionnelle (ADL / IADL), score de fragilité CFS, comorbidités
- Motif d'hospitalisation initial
- Motif de la décision actuelle, gravité de la situation



Que sait-on de la **volonté du patient** ?

- Discuter avec le patient, si possible
- Rechercher des DA / une personne de confiance
- Que disent les proches ?



Existe-il des **recommandations type** dans la situation actuelle ?



Solliciter un **avis extérieur** (pas d'auto-censure)



Délibérer, si possible de manière **collégiale**, en équipe



En l'absence d'accord sur la décision dans l'équipe elle-même, ou avec le patient ou ses proches :

- Différer la décision si possible
- Prévoir un nouveau temps de discussion à une date ultérieure

LES ANTIPSYCHOTIQUES DE L'AGITATION...

FOCUS SUR L'HALOPERIDOL, LE TIAPRIDE ET LA LOXAPINE



Introduction

On le sait tous, face à une agitation aiguë, le rôle du médecin est d'abord d'éliminer une cause somatique et de chercher un apaisement par des techniques non médicamenteuses.

En pratique, nous avons tous fait l'expérience parfois tragique du patient qui a reçu une (ou plusieurs) injection(s) d'antipsychotiques que ce soit avec de l'HALOPERIDOL, du TIAPRIDE ou de la LOXAPINE pour « maîtriser » une agitation.

Le but de cet article est de présenter ces molécules, leurs caractéristiques pharmacologiques et mieux comprendre leur fonctionnement afin d'affiner leurs prescriptions et d'éviter leurs usages inappropriés.

Les auteurs remercient chaleureusement les collègues du DIU Prise en charge et accompagnement de la Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (DIU MA2) qui les ont aidées à avoir plus rapidement de la bibliographie ciblée (1).

Les neuroleptiques, des médicaments qui « prennent les nerfs »

Le mode d'action des neuroleptiques est de bloquer des transmissions neuronales.

Dès la fin des années 60 (2), les caractéristiques psychophysiologiques des neuroleptiques incluent les conséquences et les effets secondaires dans la définition même du médicament (Encadré 1).

Encadré 1 : Caractéristiques psychophysiologiques des neuroleptiques (2)

- Création d'un état d'indifférence psychomotrice.
- Efficacité vis-à-vis des états d'excitation et d'agitation.
- Réduction progressive des troubles psychotiques aigus et chroniques.
- Production de symptômes extrapyramidaux et végétatifs.
- Effets sous-corticaux prédominants.

La structure chimique des neuroleptiques a évolué avec le temps pour essayer de limiter les effets secondaires en ciblant de plus en plus précisément les localisations des récepteurs de la dopamine. L'objectif est de poursuivre les blocages sur les récepteurs « productifs » de type méso-limbique (= responsable des phénomènes délirants) tout en limitant le blocage sur d'autres zones (striatum = responsable du syndrome extra-pyramidal, système tubéro-infundibulaire = responsable de l'hyperprolactinémie, etc.). Mais les actions des neuroleptiques ne sont pas limitées aux récepteurs dopaminergiques (de D1 à D5) et les molécules ont aussi des affinités pour les récepteurs de la sérotonine (appelée aussi 5-hydroxytryptamine) (5-HT_{2A} ou 2C), de l'adrénaline (Alpha), de l'acétylcholine (muscariniques, M), ou de l'histamine (H) (3). Ainsi, les neuroleptiques ont été classés en différentes catégories selon leurs affinités pour tels ou tels types de récepteurs (Encadré 2).

Encadré 2 : Valeur en Ki des affinités des neuroleptiques pour les récepteurs (3)

Composés	D1	D2	D3	D4	5-HT _{2A}	5-HT _{2C}	α1	M	H1
Halopéridol		1,4	21	11	25	> 5000	19		
Clozapine*	53	150	360	40	3,3	13	23	0,98	17
Rispéridone	21	3,3	13	16	0,16	63	2,3	5000	8,8
Quétiapine	390	310	650	1600	120	3820	58	56	21
Sulpride**	> 50	2,8	3,2	> 50	> 50	> 50	> 50	> 50	> 50

L'affinité est d'autant plus forte que la valeur du Ki est faible

D : Dopaminergiques

5-HT : Sérotoninergiques

α : Adrénergiques

M : Muscariniques (anticholinergique)

H : Histaminergiques

* La clozapine a une structure proche de la loxapine

** Le sulpride appartient à la même famille que le tiapride

AVANT la prescription de neuroleptiques...

Être sûr de l'absolue nécessité du traitement :

Est-ce que les mesures non médicamenteuses ont bien été essayées ?

- Satisfaction des besoins primaires (soif, faim, élimination),
- Réafférentation sensorielle ;
- Installation non douloureuse ;
- Levée d'une contention, essai de marche ;
- Essai de temps d'apaisement, venue d'un proche...
- Communication rassurante...

Sans vouloir caricaturer, on voit parfois certains endroits où il semble plus facile d'injecter un traitement (et d'attacher le patient) que de prendre un peu de temps pour le rassurer...

Est-ce bien un neuroleptique dont le patient a besoin ?

En cas d'anxiété forte, un traitement anxiolytique par benzodiazépine (y compris en voie injectable si le traitement per os ne peut être administré) peut suffire.

Le traitement antipsychotique doit avoir sa place en cas de **dangerosité extrême pour le patient** ou pour son entourage et/ou de **symptômes productifs délirants ou hallucinatoires**.

Éliminer une maladie à corps de Lewy !

Même en cas de forte agitation, examiner le patient au minimum et interroger l'entourage.

Chercher les critères cliniques pouvant faire évoquer une maladie à corps de Lewy :

- Syndrome extra-pyramidal ;
- Troubles du comportement en sommeil paradoxal ;
- Hallucinations ;
- Fluctuations cognitives ;
- La présence d'une hypotension orthostatique, constipation, troubles neurosensoriels est aussi évocatrice.

Si vous soupçonnez une maladie à corps de Lewy, la prescription d'antipsychotiques **est très vivement déconseillée** en raison d'un risque plus élevé d'intolérance et d'effets secondaires parfois irréversibles. Préférer alors les sédatifs par **benzodiazépines**.

Regarder l'électrocardiogramme

En raison de **l'allongement du QT quasi-systématique**, il est important de disposer d'un ECG de référence, surtout chez les sujets à risque (Encadré 3). Il est encouragé d'avoir « l'ECG facile » à l'entrée du service, en consultation, à l'arrivée aux urgences car en cas d'aggravation comportementale, il sera souvent beaucoup plus difficile à faire ! Un QT allongé doit faire revoir la balance bénéfice-risque de la prescription. La prescription est contre-indiquée si le QT corrigé est supérieur à 500ms.

Si vous n'en avez pas et que l'état du patient ne permet pas de le réaliser, essayer de le faire après le traitement pour mettre en place une surveillance plus rapprochée si finalement il y en avait un.

Encadré 3 : ECG et prescription de neuroleptiques

Terrain à risque

- Cardiopathie
- Traitement antiarythmique
- Hypokaliémie

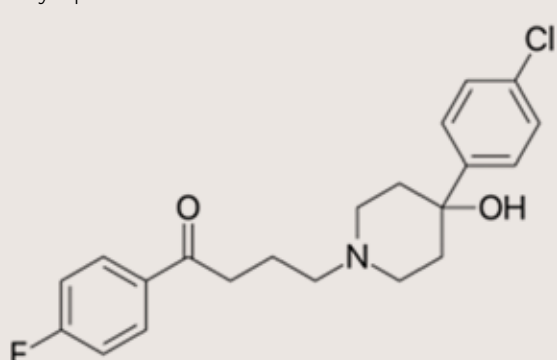
Recherche allongement du QTc

- $= \frac{QT_{\text{mesuré}}}{\sqrt{RR}}$
- Adapté à la fréquence cardiaque

Selon le QTc

- A risque si $> 450\text{ms}$ chez l'homme, 470ms chez la femme
- Contre-indication si $> 500\text{ms}$

FOCUS sur HALOPERIDOL, TIAPRIDE, LOXAPINE (3-5)

Molécule	HALOPERIDOL (6)
Classe	<p>Butyrophénones</p> 

L'Haloperidol est lipophile et soumise à un effet de premier passage hépatique ! La bio-disponibilité est d'environ 60 à 70 % après prise orale et le pic plasmatique est atteint après 2 à 6 heures (environ 30 minutes par voie intramusculaire). Il se lie aux protéines dans 90 % des cas.

Pharmacocinétique

Son métabolisme est essentiellement hépatique.

Sa demi-vie dépend de sa voie d'administration. D'après les études, elle est de 14 à 26 heures par voie intra-veineuse, environ 20 heures par voie intra-musculaire et de 14 à 37 heures par voie orale (variabilité inter-individuelle).

Son excrétion passe par la voie hépatique (bile et selles) et urinaire.

Pharmacodynamie

L'halopéridol inhibe les idées délirantes et les hallucinations en conséquence directe du blocage de la signalisation dopaminergique au sein de la voie mésolimbique. L'effet de blocage central de la dopamine exerce une activité sur les noyaux gris centraux (faisceaux nigro-striés). L'halopéridol provoque une sédation psychomotrice efficace, ce qui explique son effet positif sur la manie et les autres syndromes d'agitation.

L'action sur les noyaux gris centraux est probablement à l'origine des effets indésirables moteurs extrapyramidaux (dystonie, akathisie et parkinsonisme).

Les effets anti-dopaminergiques de l'halopéridol sur les cellules lactotropes de l'anté-hypophyse expliquent l'hyperprolactinémie due à l'inhibition tonique de la sécrétion de prolactine médiée par la dopamine.

Galéniques disponibles	Comprimés	1 mg et 5 mg
	Solution buvable Concentration = 2 mg/ml	1 goutte = 0.1 mg d'haloperidol
	Injectable – Voie IM uniquement	5 mg/1 ml et 50 mg/1 ml

Posologie en cas de crise

Prise per os ou injection (selon les possibilités) : 1 mg

Renouvelable une fois

Effets secondaires principaux

Syndrome extra-pyramidal +++
 Dyskinésie aiguë et tardive
 Akathisie
 Allongement du QT
 Prise de poids, hyperglycémie
 Hyperprolactinémie
 Pas d'effet anticholinergique

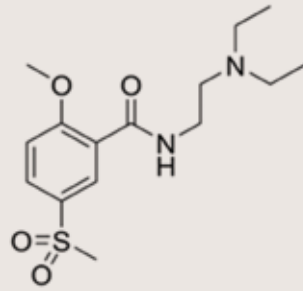
Molécule

TIAPRIDE

Benzamide

N-(2-diéthylaminoéthyl)-2-méthoxy-5-méthylsulfonylbenzamide

Classe



Pharmacocinétique

La biodisponibilité est variable mais souvent autour de 60 à 80 % avec un pic plasmatique compris entre 1 et 4 heures (environ 30 minutes pour la voie intramusculaire).

La demi-vie est de 3 heures environ.

L'élimination est essentiellement urinaire, donc ATTENTION, la clairance rénale est réduite en cas d'insuffisance rénale.

NB : Les repas riches en sucres peuvent réduire leur biodisponibilité.

Pharmacodynamie

Il existe un antagonisme réciproque avec tous les agonistes dopaminergiques, directs ou indirects et l'association avec les agonistes dopaminergiques est une contre-indication. Ces molécules ne doivent pas être associées à d'autres médicaments susceptibles d'induire des arythmies ou pouvant favoriser leur survenue, notamment bradycardisants et hypokaliémants.

Galéniques disponibles

Comprimés

100 mg - sécables

Solution buvable
Concentration = 138 mg/ml

Seringue graduée de 25 à 200 mg par intervalle de 25 mg

Injectable – Voie IM ou IV

100 mg/2 ml

Posologie en cas de crise

Prise per os ou injection (selon les possibilités) : 50 mg

Renouvelable une fois

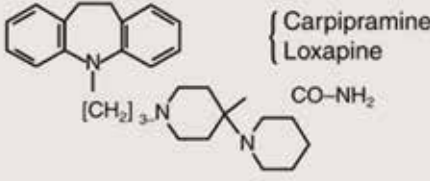
Effets secondaires

SÉDATIFS +++

Rhabdomyolyse

Cardiaques : allongement du QT, torsades de pointes

Hyperprolactinémie

Molécule		LOXAPINE
Classe	Dibenzoxazépines	
	 <p>{ Carpipramine Loxapine</p>	
La structure de la loxapine est assez proche de celle de la clozapine qui est une dibenzodiazépine.		
Pharmacocinétique	La biodisponibilité de la forme injectable est guère meilleure que la voie orale avec un pic plasmatique atteint en 2 heures.	
	Le risque est donc de « multiplier » les injections alors que le pic va être atteint avec retard. La demi-vie est de 4 à 8 heures par voie orale, 12h par voie injectable. Son élimination est essentiellement urinaire	
Pharmacodynamie	La loxapine réduit les hallucinations et les délires, améliorant la cohérence de la pensée. Il existe un antagonisme réciproque avec tous les agonistes dopaminergiques, directs ou indirects. L'association aux bêtabloqueurs est à éviter (risque d'hypotension, la loxapine bloquant également les récepteurs noradrénergiques).	
Galéniques disponibles	Comprimés	25 mg, 50 mg et 100 mg
	Solution buvable Concentration = 25 mg/ml	Seringue graduée de 5 mg en 5 mg
	Injectable – Voie IM uniquement	50 mg/2 ml
	Inhalée – à l'hôpital uniquement	4.5 ou 9.1 mg
Posologie en cas de crise	Chez le sujet âgé, ½ ampoule en injectable mais l'effet de la loxapine est plus lent que la plupart des autres neuroleptiques. NE PAS RÉPÉTER l'injection si inefficace avant au moins 2 heures...	
Effets secondaires	SEDATIF +++ Prise de poids Effet anticholinergique Hyperprolactinémie À forte dose : syndrome extra-pyramidal	

Les prescrire mais aussi les déprescrire !

L'indication a pu se justifier par un accès de violence, une grande dangerosité pour le patient ou pour autrui mais la prescription chez le sujet âgé non schizophrène ne doit pas durer dans le temps.

Neuroleptiques un jour ne veut pas dire neuroleptiques toujours !

La **déprescription doit être pensée de façon systématique** sur les traitements antipsychotiques en raison du risque d'événements indésirables au long cours avec une balance bénéfice-risques rapidement défavorable. Si une épine irritative a été retrouvée, il est indispensable de réévaluer la prescription rapidement.

Si le traitement est inefficace, à bonne posologie, pendant 6 semaines, il est souvent considéré qu'il restera inefficace. **Il faut alors reprendre le cheminement clinique et envisager une autre stratégie thérapeutique.**

Mathilde GUYOT, Pharmacienne

Nathalie JOMARD, Gériatre

nathalie.jomard@chmdl.fr

Centre Hospitalier des Monts du Lyonnais, Chazelles-sur-Lyon
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. Chapelet, Corneille, Mougue, Thevenet, enseignement inversé DIU MA2 - Usage des psychotropes : les antipsychotiques, 24 mai 2019.
2. Delay J, Deniker P. Psychotropic drugs 1957.
3. N. Franck, F. Thibaut, Pharmacologie et mode d'action des neuroleptiques, EMC - Psychiatrie, Volume 2, Issue 4, 2005, Pages 282-299.
4. N. Franck, F. Thibaut, Modalités d'utilisation des neuroleptiques, EMC - Psychiatrie, Volume 2, Issue 4, 2005, Pages 300-339
5. Base de données thériaque®.
6. Kudo, S., Ishizaki, T. Pharmacokinetics of Haloperidol. *Clin Pharmacokinet* 37, 435-456 (1999).
<https://doi.org/10.2165/00003088-199937060-00001>.

L'Association des Jeunes Gériatres a tenu son assemblée générale le 16 novembre 2021 et a renouvelé son bureau et son conseil d'administration.

Le bureau



Fanny DURIG
Présidente



Nathalie JOMARD
Vice-présidente



Florent GUERVILLE
Secrétaire



Thomas TANNOU
Trésorier



Arnaud CAUPENNE
Porte-parole

Le conseil d'administration



Cyprien ARLAUD



Amélie BOINET



Alexandre BOUSSUGE



Pierre-Emmanuel CAILLEAUX



Guillaume CHAPELET



Guillaume DUVAL



Antoine GARNIER-CRUSSARD



Claire GODARD-SEBILLOTE



Victoire LEROY



Sophie MASSART



Matthieu PICCOLI



Joaquim PRUD'HOMM



Thomas RENONCOURT



Sophie SAMSO



Romain VAN OVERLOOP

En 2022, nous souhaitons poursuivre nos actions visant à diffuser la culture gériatrique et valoriser l'image de la spécialité.

Outre un GROS projet, encore en cours de travail (nous vous en dirons plus prochainement), nous continuons :

- **La Gazette du Jeune Gériatre** avec les futurs numéros dédiés aux soins palliatifs (Juillet) et à la psychiatrie du sujet âgé (Novembre).
- **Les Webinaires** sur des thématiques variées : le prochain est prévu le 30 mars 2022 sur les enjeux sociétaux du vieillissement en partenariat avec l'école des hautes études en santé publique. Par ailleurs, plusieurs webinaires sont en cours de construction : en mai sur la dermatologie du sujet âgé, en septembre avec les jeunes médecins réanimateurs...
- **Les bibliographies mensuelles** : certaines seront même publiées dans la [Revue de Gériatrie](#) avec une nouvelle rubrique : « *Les Jeunes Gériatres ont lu pour vous* ».
- Une deuxième saison de **Radio-AJG** autour d'une nouvelle thématique (rendez-vous cet été...).

Et bien sûr notre énergie se consacre aussi à la 2^{ème} Journée Annuelle des Jeunes Gériatres le 08 avril 2022 à Lille et à la fête des 20 ans de l'Association !

La soirée est offerte pour les participants à la journée et pour les adhérents de l'association !

La 3^{ème} Journée Annuelle aura lieu dans l'Ouest de la France en 2023.

L'AJG se lance aussi dans de nouveaux partenariats. Certains associatifs, d'autres plus commerciaux afin de financer ces nombreux projets. Nous vous présentons donc ici quelques partenaires de l'AJG :

L'ANAIG (écrit par Julie Tisserand, présidente de l'ANAIG)

Qui sommes-nous ?

L'ANAIG pour Association **N**ationale des **I**nternes de **G**ériatrie est une jeune association créée en 2019 par des internes dans le but de rassembler les internes de DES de gériatrie de toute la France.

Le bureau 2022-2023



Association Nationale des Internes de Gériatrie

Julie Tisserand



Présidente

Amélie Boinet



VP générale

Marine Oechslin



**Trésorière,
VP Communication**

Fannie Bretelle



Secrétaire

Nejm Si-Mohamed



**VP numérique, évènement
enseignement**

Nathan Bleu



VP promotion du DES

Baptiste Caylar



VP lien ISNI

Rafaelle Roth



VP Éthique et Pratique

BUREAU
2022

Nos principales Missions

Notre rôle est principalement de représenter les internes de gériatrie auprès de différentes instances, telles que la SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie) ou le CNEG (Collège National des Enseignants en Gériatrie), informer les internes des nouveautés et des évolutions du DES ainsi que promouvoir la Gériatrie auprès de nos collègues plus jeunes.

Promouvoir la Gériatrie

- Communiquer auprès des externes sur les différentes pratiques en Gériatrie, les modes d'activité, la formation propre à chaque subdivision ;
- Construire des projets avec les autres spécialités pour promouvoir la transversalité et les sensibiliser à la prise en charge des personnes âgées ;
- Création de contenu sur les réseaux sociaux (Twitter, Instagram) avec des vignettes permettant à notre mascotte Georgette, de partager certaines images clé, nouvelles recommandations à ne pas rater.

Informier sur les nouveautés et le déroulement du DES

- Faire le lien entre les internes et le CNEG, notre avis restant consultatif.
- Participation à l'organisation des journées annuelles dédiée aux internes de DES, organisées par le CNEG.

Comment adhérer ?

C'est GRATUIT ! Rien de plus simple :

<https://www.helloasso.com/associations/association-nationale-des-internes-de-geriatrie-anaig>

Comment nous contacter ?

- ➔ Twitter : anaig_geriatrie
- ➔ Instagram : anaig.asso
- ➔ Facebook : ANAIG-Association Nationale des Internes de Gériatrie, demande à adhérer à notre groupe privé au même nom.



Good Bye Hippocrate

Depuis 2019, l'artiste **Good Bye Hippocrate** accompagne l'AJG pour la réalisation de ces affiches. Il a gentiment accepté que l'une de ses réalisations « URGENCES » soit la couverture de ce numéro. Nous avons souhaité vous le présenter un peu plus longuement pour faire connaître son travail et le remercier de son investissement pour notre association.



Pourrais-tu te présenter à nos lecteurs ?

Tout, ou presque, est résumé dans mon pseudo d'artiste : je suis médecin urgentiste et illustrateur. Passionné de dessin, donc, au point d'en avoir fait mon activité professionnelle principale depuis un peu plus de 3 ans. Et médecin encore de temps en temps.

Comment trouves-tu ton inspiration ?

Il y a grosso modo deux étapes dans le processus de création : trouver le sujet et trouver comment le traiter. J'ai plutôt pour habitude de créer des illustrations sur le thème de l'architecture. L'inspiration est alors... à peu près partout. Pour illustrer les spécialités médicales, ma connaissance de la médecine, de l'univers hospitalier et de ses rouages m'a permis de créer une série "anatomique et poétique", le tout dans un style que je qualifierais de synthèse de ce qui me touche, à savoir l'iconographie des années 30, la vague rétrofuturiste des années 70, la publicité, la photographie, les arts décoratifs et les illustrations contemporaines comme les œuvres de la génialissime Malika Favre pour ne citer qu'elle.



Comment peut-on voir ton travail et se procurer tes œuvres ?

La série des 30 illustrations médicales est exposée pour quelques années dans l'escalier monumental de l'Hôpital Beaujon à Clichy (Hauts-de-Seine). Les dessins y sont présentés dans leur version imprimée sur de grands panneaux d'Alu-dibond. Chaque illustration est par ailleurs disponible à la vente en tirage papier sur la boutique de mon site internet www.goodbyehippocrate.fr

Ta dernière affiche consacrée à notre spécialité s'intitule "La Gériatrie c'est sexy", peux-tu nous expliquer comment t'est venu ce slogan ?

C'est marrant que tu parles de slogan car j'ai construit une grande partie de la série d'illustrations médicales en m'inspirant de l'univers des réclames. Pour la punchline de la gériatrie, je n'ai pas eu à chercher bien loin car c'est une phrase du Docteur Fanny Durig, présidente de l'Association, issue d'une interview dans laquelle elle faisait la promotion de la spécialité.

Si tu avais un conseil artistique : film, lecture, spectacle mettant en valeur la spécialité, quel serait-il ?

Sur la Gériatrie à proprement parler non, mais plusieurs choses me viennent en tête sur le traitement du grand âge dans la création artistique qui m'inspire.

Les petites vieilles, poème des Fleurs du Mal de Baudelaire qui, comme à son habitude, sublime le disgracieux. À l'épanouissement de la maturité, le poète préfère raconter la vieillesse dans un tableau qui oscille entre froideur et répulsion, fascination, tendresse et charité.

Les trois Âges de la femme, peinture de Klimt qui dépeint le déclin de la vie. La vision est assez pessimiste, avec cette force ascensionnelle qui élève le corps qui se gâte, mais c'est beau (enfin, je trouve).

Sur le concept du visage du fils de Dieu, spectacle de Romeo Castellucci auquel j'ai assisté il y a une dizaine d'années. On y voyait un homme aidant tant bien que mal son vieux père incontinent pris de diarrhées, le tout dans une mise en scène naturaliste et crue de la sénescence sur fond d'icône sacrée. Tout un programme...

Still Alice, qui aborde la maladie d'Alzheimer dans sa version très précoce. Il ne s'agit donc pas d'un film sur la spécialité gériatrique au sens strict du terme mais, pour traiter de la neurodégénérescence, la performance bouleversante de Julianne Moore est telle que je ne pouvais pas ne pas en parler ici !

Et si l'on citait enfin, dans un registre un peu plus léger, le vidéoclip qui accompagne la chanson *Hoppípolla* du groupe islandais Sigur Rós ? Le point de vue d'une bande de vieux copains qui s'amuse tels de très grands enfants est certes un poil régressif mais la joie et l'optimisme qui s'en dégagent fait du bien.

RÉANIMATION CHEZ LES SUJETS ÂGÉS

The contribution of frailty, cognition, activity daily of life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs : the VIP 2 study.

Bertrand Guidet for the VIP 2 study group, *Intensive care Med* (2020).

Introduction

Le nombre de patients âgés ne cesse d'augmenter dans les pays développés. De surcroît, le nombre de patient très âgés admis en réanimation augmente également. Il s'agit d'un enjeu de santé majeur. En effet, les dépenses de santé chez nos personnes âgées représentent une part conséquente alors que le taux de mortalité en réanimation est plus élevé que pour les sujets jeunes.

Dans la littérature, le taux de mortalité chez les personnes âgées admises de manière non programmée en réanimation est en moyenne de 40 % à un mois et de 50 % à 6 et 12 mois. Cela montre l'importance d'identifier au mieux les patients susceptibles de bénéficier d'un séjour en réanimation avec pour objectif une qualité de vie acceptable au décours. Il est déjà démontré que l'âge et la sévérité à l'admission en réanimation sont des facteurs prédictifs de mortalité. Il semblerait que la capacité d'un patient très âgé à faire face à une situation aiguë soit corrélée à la présence ou non de syndromes gériatriques (fragilité, déclin cognitif, perte d'autonomie). Cependant, l'impact de ces syndromes gériatriques sur le devenir des sujets âgés n'a pas été établi.

L'objectif principal de cette étude est de mesurer la prévalence des 3 syndromes gériatriques (fragilité, déclin cognitif et perte d'autonomie), de recenser la présence de comorbidités, d'une polymédication et d'évaluer l'influence de ces différents paramètres sur la survie à 30 jours.

Méthodes










Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle dont la période d'inclusion a eu lieu de mai 2018 à mai 2019, dans 242 services de réanimation européens (20 pays), turcs et lybiens.

Les patients inclus étaient les patients admis de manière non programmée en réanimation et âgés de 80 ans ou plus.

Les données recueillies durant l'étude étaient :

- ➔ **À l'admission en réanimation** : Données démographiques (âge, sexe, lieu de résidence), et motif d'admission), évaluation de la fragilité **avant admission (score Clinical Frailty Scale)** composé de 9 catégories (cf. encadré). Les patients pré-fragiles ont un score CFS à 4 et les patients fragiles ont un score de 5 ou plus. Le score était établie par le patient, les proches ou à partir du dossier médical, l'évaluation de l'autonomie par le score ADL (perte d'autonomie considérée à partir d'un ADL inférieur ou égal à 4), l'évaluation du déclin cognitif par le score IQCODE (déclin cognitif sur IQCODE supérieur ou égal à 3.5, établi à partir des informations des aidants principaux) et l'évaluation du nombre de comorbidités ainsi que la présence d'une polymédication par le score CPS (score considéré comme majeur à partir de 15).

- ➔ **Durant le séjour en réanimation** : Score SOFA évaluant la gravité du patient à l'admission, la durée de séjour, le recours à la ventilation invasive, non invasive, aux amines vasopressives et/ou l'épuration extra-rénale, la mise en place de limitation ou arrêt des thérapeutiques.
- ➔ **Devenir** : Évaluation de la survie durant le séjour en réanimation et 30 jours après l'admission en réanimation.

Score de fragilité clinique			
	1-Très en forme – Personnes qui sont robustes, actives, énergétiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.		7- Sévèrement fragile – Totalemment dépendantes pour les soins personnels , quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les 6 prochains mois).
	2- Bien – Personnes qui ne présentent aucun symptôme de maladie active mais sont moins en forme que dans la catégorie 1. Font souvent des exercices ou sont très actives par période (variations saisonnières).		8- Très sévèrement fragiles – Totalemment dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure / légère.
	3- Assez bien – Personnes dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés , mais ne sont pas régulièrement actives au-delà de la marche quotidienne.		9- En phase terminale – Approchant de la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une espérance de vie < 6 mois , qui sinon ne sont pas fragiles de façon évidente .
	4- Vulnérable – Sans être dépendantes des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs symptômes limitent leurs activités . Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.	Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence	
	5- Légèrement fragile – Personnes qui ont souvent un ralentissement plus évident , et ont besoin d'aide dans les activités d'ordre élevé de la vie quotidienne (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.	Le degré de fragilité correspond au degré de démence.	
	6- Modérément fragile – Personnes qui ont besoin d'aide pour toutes les activités à l'extérieur et pour l'entretien de la maison . À l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide pour prendre un bain et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.	Les symptômes courants de démence légère inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'évènement a eu lieu, la répétition de la même question/ histoire et le retrait social. Dans la démence modérée , la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation. Dans la démence grave , elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.	

Résultats

- 3920 patients inclus issus de 22 pays différents et de 242 services de réanimation.
- Âge médian de 84 ans [81-87].
- Le motif d'admission principal en réanimation était l'insuffisance respiratoire aiguë.
- Le score médian de gravité SOFA à l'admission en réanimation était de 6 (IQR 4-9). Presque la moitié des patients a été intubée. Environ 29 % des patients ont été limités sur le plan des thérapeutiques et 14 % ont eu un arrêt des traitements. Les patients limités sur le plan des thérapeutiques étaient plus fragiles et plus sévères. La durée médiane de séjour en réanimation était de 3,9 jours.
- Sur le plan gériatrique, 72,8 % des patients résidaient au domicile. L'ADL médian est de 6 et le score CFS médian est de 4 (pré-fragile). Le score CFS était recueilli par un membre de l'équipe de réanimation et calculé d'après les informations des proches pour 52 % des patients et par le patient lui-même dans 30 % des cas. Ainsi, 40 % des patients, selon le score CFS, étaient fragiles. Un déclin cognitif et la perte d'autonomie étaient respectivement retrouvés chez 30 % et 28 % des patients.

- Concernant le devenir, la proportion de patients ayant survécu au séjour en réanimation était de 72,5 %. La survie à 30 jours était d'environ 61 %.
- L'analyse multivariée a identifié comme facteurs prédictifs de mortalité à un mois : l'âge, le motif d'admission, le score SOFA et le score CFS. Le score CFS restait un facteur indépendant de la survie après l'inclusion des limitations des thérapeutiques actives. De plus, la prise en compte de l'ensemble des paramètres gériatriques (âge, lieu de résidence, sexe, motif d'admission, score SOFA, CPS, CFS, ADL et IQcode) n'était pas meilleure que la variable CFS seule.

Conclusion

L'étude (réalisée avant la pandémie liée à la COVID-19) a permis de montrer que le score Clinical Frailty Scale était un facteur pronostic indépendant de la survie à un mois après une admission en réanimation. Le score a été reporté pour 99,5 % des patients. Ce score à lui seul est donc simple d'utilisation, réalisable pour permettre une décision rapide concernant l'admission ou non du patient en réanimation.

L'avis du jeune gériatre

La fragilité est définie, selon la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG), comme la diminution des capacités physiologiques de réserve, altérant les mécanismes d'adaptation au stress. Elle peut avoir comme conséquences, lors d'une pathologie aiguë, une perte d'autonomie avec une entrée possible dans la dépendance, des chutes, une institutionnalisation, la réhospitalisation et le décès. Selon l'étude VIP (1), 42,9 % des patients de 80 ans et plus étaient considérés comme fragiles selon l'échelle CFS (score ≥ 5). Cette fragilité était associée à une augmentation significative de la mortalité à trente jours, en comparaison à des patients considérés comme robustes. L'identification des patients âgés aptes à bénéficier d'un séjour en réanimation semble donc indispensable.

L'intervention d'un gériatre en vue d'une prise en charge globale, en collaboration avec d'autres spécialistes, a déjà prouvé son efficacité dans certains services. La création de filières d'orthogériatrie en est un exemple. Il pourrait être pertinent d'étudier l'intérêt d'une collaboration entre gériatres et réanimateurs pour optimiser le devenir des sujets âgés au cours du séjour en réanimation mais également au décours. L'étude française, pré-Seniora (2), avait permis de montrer qu'une évaluation gériatrique au cours du séjour en réanimation était faisable et acceptable et semble être donc une perspective pour optimiser le devenir des patients âgés après un séjour en réanimation.

Clémence DUJARDIN
Docteur Junior de DES de Gériatrie
Centre hospitalier de Douai
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. Flaatten H, De Lange DW, Morandi A, Andersen FH, Artigas A, Bertolini G, et al. The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (≥ 80 years). *Intensive Care Med.* 1 déc 2017;43(12):1820-8.
2. Raveau T, Annweiler C, Chudeau N, Gergaud S, Thiery S, Gautier J, et al. Comprehensive geriatric assessment in intensive care unit: a pilot study (pre-Seniora). *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement.* déc 2013;11(4):389-95.

CIEL, MON MARI !

Vous faites l'admission en médecine d'une patiente de 75 ans, Madame J. pour altération de l'état général. Il s'agit d'une patiente qui souffre depuis 6 ans d'une maladie d'Alzheimer avec une part vasculaire. Cette pharmacienne à la retraite vit avec son mari à domicile et bénéficie d'un plan aide adapté.

Son mari rapporte que depuis quelques mois, sa femme s'est repliée sur elle-même et refuse régulièrement de s'alimenter. Il a le sentiment qu'elle se méfie de lui (« parfois elle sursaute quand je rentre dans la pièce », « son regard a changé, j'ai l'impression qu'elle me surveille »). Il la trouve aussi anxieuse et rapporte une insomnie. Il semble assez en difficulté face à cette situation, « je ne sais plus quoi faire ».

Le premier entretien est peu contributif, la patiente refusant de répondre aux questions concernant ses comportements inhabituels. Elle accepte néanmoins l'examen clinique, le bilan biologique et l'ECG qui sont sans particularités.

Quelques jours après son admission, Madame J. présente un état d'agitation hétéro-agressive. En effet, elle repousse avec vigueur puis porte un coup à l'aide-soignante venue lui apporter son petit déjeuner, avant de faire une tentative de fugue. Elle est inaccessible à une approche relationnelle et s'agite de plus en plus.

Face à cette agitation mettant en danger la patiente et le personnel soignant, un traitement par LOXAPINE à la posologie de 25mg est administré en injection intramusculaire, devant le refus réitéré de la patiente de le prendre per os.

Quelques heures après cet épisode, la patiente est plus calme et confie qu'elle ne se sent pas en sécurité dans l'hôpital. Elle explique à propos de l'épisode que la soignante a été remplacée « par une tueuse ». Elle déclare ensuite spontanément : « ils ont tué mon mari et l'ont aussi remplacé par un autre ». Puis elle ajoute : « on veut m'empoisonner ». Elle reste floue concernant ses persécuteurs, évoquant « des gens mauvais » et expliquant qu'elle ne comprend pas pourquoi on lui en veut.

Devant la présence d'éléments délirants de persécution avec retentissement affectif (anxiété), comportemental (hétéro-agressivité) et somatique (état de dénutrition), il est décidé d'introduire un traitement par antipsychotique. Après avoir vérifié l'absence d'argument en faveur d'une maladie de Parkinson ou d'une démence à corps de Lewy, de la RISPERIDONE est introduite à la posologie de 0.5mg par jour puis majorée à la posologie de 1mg par jour. Cela a permis une amélioration partielle de la symptomatologie avec une amélioration du contact (moins de méfiance) et une diminution du retentissement des idées délirantes.

Voici l'occasion de faire le point sur un trouble de l'identification particulier : **le syndrome de Capgras ou syndrome d'illusion des sosies**.

Origine et description

Le syndrome de Capgras est caractérisé par la conviction délirante qu'un ou des proches (souvent le conjoint ou les enfants) ont été substitués par des sosies, généralement perçus comme malveillants.

La première description du syndrome d'illusion des sosies a été faite par le psychiatre français Joseph Capgras et son interne Jean Reboul-Lachaux en 1923 chez une patiente souffrant d'un délire systématisé chronique. Dans ce cas princeps, les auteurs rapportent que « Madame M. va dénoncer au Commissariat de son quartier, la séquestration d'un grand nombre de personnes [...] dans le sous-sol de sa maison et de tout Paris ». La patiente leur explique que certains de ses enfants ont été l'objet de substitutions et sont enfermés dans des caves. Elle leur confie que son mari a lui été assassiné et remplacé par au moins quatre-vingt « sosies ».

Diagnostics différentiels

Le syndrome de Capgras doit être distingué de l'hallucination qui est une perception sans objet à percevoir car le proche impliqué est réellement présent.

Il doit aussi être distingué de la fausse reconnaissance qui est la reconnaissance d'une personne inconnue car il s'agit au contraire d'une méconnaissance d'une personne connue.

Pathologies associées

Le syndrome de Capgras peut être associé à de nombreuses affections. On distingue les pathologies psychiatriques des pathologies organiques, qui représentent un quart à un tiers des cas. Parmi celles-ci, les affections neurologiques et neurodégénératives sont au premier plan. Il convient néanmoins de rechercher de manière systématique des pathologies métaboliques, infectieuses et des intoxications à des toxiques ou des médicaments (Tableau 1) (3-5).

Tableau 1 : Principales pathologies associées au syndrome de Capgras (3-5).



Au cours de son hospitalisation, elle rapporte aussi que la plupart des soignants sont enfermés dans les caves de l'hôpital et ont été remplacés par des « sosies » (1).

Dans ce syndrome, bien que le patient soit en mesure d'identifier la physionomie des visages, il est convaincu qu'une ou des personnes de son entourage ont été remplacées par des sosies, des doubles ou des imposteurs qui leur ressemblent. Le syndrome de Capgras regroupe donc paradoxalement un sentiment de familiarité et un sentiment d'étrangeté. Car si le patient perçoit une ressemblance avec la personne concernée, il ne reconnaît pas son identité pour autant (1, 2).

Le syndrome de Capgras est classiquement reconnu comme rare, mais certaines données récentes tendent à remettre en question cette notion (3).

Enfin, il doit être distingué du trouble mnésique car le patient n'a pas de difficulté à se remémorer l'image du proche impliqué (3).

Pathologies psychiatriques	Schizophrénie Troubles thymiques (dépression, manie) Trouble schizoaffectif Trouble délirant persistant
Pathologies neurodégénératives	Maladie d'Alzheimer Démence à corps de Lewy Démence vasculaire Démence fronto-temporale
Pathologies neurologiques	Maladie de Parkinson Traumatisme crânien Epilepsie Accident vasculaire cérébral Tumeur cérébrale
Pathologies métaboliques	Dysthyroïdie Malnutrition Carences en vitamine B9 et B12
Pathologies infectieuses	Encéphalite Tuberculose Syphilis SIDA

Prise en charge

Le traitement du syndrome de Capgras dépend avant tout de la pathologie associée. En plus de ce traitement étiologique, si le retentissement affectif et comportemental est significatif, un traitement antipsychotique peut être introduit. Dans le cas des troubles neurocognitifs majeurs, on privilégiera la RISPERIDONE en cas de maladie d'Alzheimer et la CLOZAPINE en cas de démence parkinsonienne ou de maladie à corps de Lewy (6).

Que prescrire en cas d'agitation aiguë ?

Si la personne agitée présente un danger pour elle-même ou pour autrui (risque auto ou hétéro-agressif en particulier), il convient de lui donner un traitement médicamenteux.

En l'absence de contre-indication, les neuroleptiques sont la référence pour une agitation importante. Dans le cadre de l'urgence, il est pertinent de prescrire un neuroleptique qui peut se prendre per os en goutte ou en comprimé orodispersible (afin de s'assurer de la bonne observance) et en IM en cas de refus. Les neuroleptiques typiques comme la LOXAPINE et le TIAPRIDE ainsi que l'antipsychotique atypique OLANZAPINE sont fréquemment prescrits dans cette indication.

Candice MULLER

Praticien Hospitalier contractuel en Gériatrie
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Alexandre COURBON

Assistant spécialiste en Psychiatrie
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Bibliographie

1. Capgras, J, Reboul-Lachaux, J. Illusions des sosies dans un délire systématisé chronique. Bull Soc Clin Méd Ment 1923;11:6–16.
2. Caroline Gault, Edwige Catrin, Caroline Leduc, Charles Gheorghiev, Délire de jalousie et syndrome de Capgras : à propos d'un cas de paranoïa, Volume 4422, Issue 10, 12/2014, Pages 795-898, ISSN 0003-4487.
3. L'illusion des sosies de Capgras : une interprétation délirante d'un trouble spécifique de la reconnaissance affective des visages. Revue de la littérature et proposition d'un modèle séquentiel, Ann Med Psychol, 166 (2008), pp. 147-156.
4. Josephs KA. Capgras syndrome and its relationship to neurodegenerative disease. Arch Neurol 2007;64:1762–6.
5. Debruille JB, Stip E. Syndrome de Capgras : évolution des hypothèses. Rev Can psychiatr 1996;41:181–7.
6. Christodoulou GN. Course and Outcome of the Delusional Misidentification Syndromes. Bibliotheca psychiat 1986;164:143–8.



Le Groupe Associatif ACPPA recrute des MÉDECINS COORDONNATEURS en Ehpad en régions (69), (77), (24)

Missions

Rattaché au Directeur d'établissement et à la direction Bien-être et Soins du Groupe, vous avez pour principales missions d'élaborer le projet général de soins intégré dans le projet d'établissement, de coordonner et d'évaluer sa mise en œuvre, en collaboration avec l'équipe soignante, et les intervenants extérieurs.

Intérêt du poste

- Une équipe soignante pluridisciplinaire,
- Des conditions de rémunération attractives,
- Contrat en CDI à temps partiel ou temps plein.

Avantages du Groupe ACPPA

- Les valeurs d'un groupe Associatif,
- Des avantages : mutuelle d'entreprise, chèques vacances, chèques cadeau, CSE...
- Un engagement fort pour la Qualité de Vie au Travail.



recrutement@acppa.fr



LA MAISON DES AÎNÉS ET DES AIDANTS (M2A) PARIS HUMANEST

est une structure de coordination des parcours de soins de personnes à domicile en situation complexe. Elle regroupe des professionnels issus d'un Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique, d'un service de gestion de cas MAIA pour l'accompagnement de personnes en situation complexe et d'un Réseau de santé tri thématique gérontologie - oncologie - soins palliatifs.

Elle intervient dans les 11^e, 12^e et 20^e arrondissements de Paris.

Le médecin coordonnateur intègre une équipe pluridisciplinaire constituée de professionnels des secteurs sanitaire et social pour intervenir auprès de personnes identifiées en situation complexe.

RECHERCHE MÉDECIN GÉRIATRE OU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Ayant de bonnes connaissances des troubles cognitifs et du comportement, des escarres et de la nutrition et DU de gériatrie/d'onco-gériatrie.

CDI 1 ETP (temps partiel envisageable) à pourvoir au plus tard en juillet 2022.

Bureau situé à Paris 12^e, déplacements dans les 11^e, 12^e et 20^e arrondissements.

Rémunération selon grille et expérience /Statut cadre.

IL A POUR MISSIONS

La coordination du parcours de soins du patient :

- Évaluation globale des besoins du patient dans son cadre de vie.
- Proposition d'une réponse globale aux besoins de la personne dans une approche transversale (sanitaire, sociale, psychologique et environnementale) en lien avec les professionnels et avec les aidants, dans le respect du choix de la personne.
- Rédaction et organisation de la mise en œuvre des plans personnalisés de santé (PSS).

L'appui aux professionnels du premier recours :

- Coopération/soutien, apport d'expertise aux professionnels de santé libéraux, hospitaliers, les professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux pour construire des réponses concertées et partagées.
- Accompagnement des acteurs de proximité dans la formalisation de protocoles organisationnels.



Envoi de CV et lettre de motivations à Amélie GUIERMET, Responsable RH : recrutement-m2a@humanest.paris

Dans le cadre de son développement, la Fondation Santé Service recrute un(e) : MÉDECIN PRATICIEN D'HAD (H/F) EN CDI À TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL

3 sites possibles en Île-de-France : Cergy, Montreuil ou Chevilly-Larue



LE POSTE

Vous rejoignez une équipe médicale de pôle et êtes le référent médical sur un territoire dédié :

- Vous assurez la coordination médicale ville-hôpital et favorisez la coordination avec l'ensemble des intervenants : médecin traitant, médecin hospitalier, cadre de santé, équipes paramédicale et psychosociale, équipes mobiles, pharmacie à usage intérieur, laboratoires, réseaux de santé...
- Vous vous impliquez dans l'activité quotidienne du pôle en ce qui concerne le travail en équipe, la valorisation des prestations, la formation des professionnels, l'amélioration de la qualité et l'évaluation des pratiques.
- Vous êtes amené à rencontrer les patients et leur entourage en visite à domicile et/ou en téléconsultation et éventuellement à prescrire pour assurer la continuité des soins.
- Vous participez également, selon votre expertise ou vos appétences, à la vie institutionnelle de l'établissement : CME et autres instances, missions transversales de développement, de formation ou d'information, partenariats avec les prescripteurs, protocole de recherche, innovation, liens avec les DAC (dispositif d'appui à la coordination)...

VOTRE PROFIL

- Médecin généraliste ou spécialiste, clinicien avec une expérience ville ou hôpital, vous souhaitez vous investir dans l'amélioration des parcours de soins au domicile et dans les relations ville-hôpital.
- Doté de qualités relationnelles et de diplomatie, la perspective d'inscrire votre action dans un travail en équipes transversales et pluridisciplinaires vous attire tout particulièrement.

CONDITIONS DU POSTE

- Possibilité temps plein ou partiel - 38h hebdomadaires en base temps plein / 18 jours RTT.
- Déplacements ponctuels lors de visites à domicile - Permis B requis.
- Mutuelle familiale avantageuse.
- Participation à la permanence médicale sous forme d'astreintes téléphoniques à domicile (1 à 2 / mois).
- Possibilité de développer des compétences diverses à travers des formations nombreuses (dont formations qualifiantes) et l'implication dans des missions transversales.
- Parcours d'intégration et formations adaptées selon les besoins.

Merci d'adresser vos candidatures à **Virginie SAUVE**, Responsable Développement RH par mail : virginie.sauve@fondation-santeservice.fr - Tél : 01 46 97 59 81



LE CHR D'ORLÉANS

“ RECRUTE pour renforcer sa filière gériatrique, **DES MÉDECINS COMPÉTENTS EN GÉRIATRIE** (DESC Gériatrie, capacité en gériatrie acquise ou en cours) **OU MÉDECINS GÉNÉRALISTES** ”



L'activité concernera soit l'USLD/EHPAD soit le SSR Gériatrique soit le Court Séjour Gériatrique, soit l'Unité Péri-Opératoire Gériatrique (pôle de chirurgie).

Par ailleurs et conformément aux évolutions réglementaires sur le statut de médecin contractuel, la possibilité d'un exercice hospitalier (au CHRO) cumulé avec un exercice en secteur libéral (SSR des Sablons à Chécy) peut être proposé au candidat.

Le projet est de fluidifier la filière gériatrique en recrutant des gériatres qui puissent intervenir dans les différentes unités avec la possibilité de temps partagé, ou d'activité médicale conjointe entre ces unités.

L'activité médicale est regroupée sur le site de La Source concernant le Court séjour, le SSR et l'UPOG.

Les services d'hébergement sont situés au nord de l'agglomération à Saran.

Le SSR « Les Sablons » est situé à Chécy (à 10 min du centre-ville d'Orléans).

Le médecin recruté intégrera des équipes dynamiques avec des projets avancés (dont UHR et PASA, UCC, UPOG, Unité post urgence et télémédecine en court séjour...).



MERCI D'ADRESSER CV ET LETTRE DE CANDIDATURE

à M. Antoine LEBRERE, Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche antoine.lebrere@chr-orleans.fr - 02 38 74 42 01



LE CHU DE BREST, 1^{er} opérateur de santé et moteur économique de la région,

RECRUTE MÉDECINS GÉRIATRES ou GÉNÉRALISTES (H/F)

Postes temps partiel ou temps plein – CDD/CDI/Mutation/Détachement (Possibilité d'adapter la durée du contrat)

Pour le site de l'Hôpital Morvan (centre-ville de Brest) :

Vous rejoindrez une équipe de gériatres qui s'étoffe avec la création d'une unité complémentaire de 30 lits d'hospitalisation en gériatrie.

Pour le service de Médecine Gériatrique à Carhaix ou pour les EHPAD de Carhaix :

Vous rejoindrez une équipe de gériatres et votre rôle consistera à prendre en charge et assurer le suivi médical des patients en coopération avec l'ensemble des professionnels de l'unité et du site, mais également en lien avec les équipes du site du CHU de Brest.

Vous êtes médecin (H/F) titulaire d'un diplôme français ou européen en gériatrie ou en médecine générale, inscrit(e) au Conseil de l'Ordre. Rigoureux(se) et force de proposition, vous savez vous adapter aux situations et aux interlocuteurs.

INTÉRESSÉ(E) ?

Merci de prendre contact avec Mme Bénédicte SIMON à la Direction des Affaires Médicales au 02 98 22 37 80 ou par mail : benedicte.simon@chu-brest.fr et sec.affairesmedicales@chu-brest.fr

<https://www.chu-brest.fr/fr>



BRETAGNE



LE CIAS À L'OUEST DE RENNES (7 communes et 40000 habitants) recrute

Pour son EHPAD multi-sites (186 lits sur les sites de MORDELLES, SAINT-GILLES, LE RHEU et VEZIN-LE-COQUET, 10 places d'accueil de jour)

UN MÉDECIN COORDONNATEUR (H/F)

Poste à pourvoir dès que possible

Sous l'autorité du Président et du Directeur Général des services, en étroite collaboration avec la directrice EHPAD, les infirmières coordinatrices et la coordinatrice des UVP/UHR, le médecin coordonnateur pilote le projet de soins et contribue activement à la qualité de prise en soin des résidents.

MISSIONS

- Élaboration conjointe avec le Directeur de l'EHPAD, le cadre référent et/ou les infirmières de coordination du projet de soin, celui-ci précise les objectifs de sécurité et de qualité des soins apportés aux résidents.
- Mise en place du projet de soins d'établissement.
- Coordination et organisation des soins sur les 4 sites.
 - Coordination d'une UHR ouverte depuis octobre 2019.
 - Coordination avec les intervenants libéraux et paramédicaux, HAD etc.
- Avis médical sur les admissions.
- Conseils et Formations sur des axes validés en équipe.
- Participation aux réunions de soins et aux commissions « hébergement ».

- Participation à l'élaboration des projets de vie personnalisés.
- Établissement du rapport d'activité « soins » annuel.
- Évaluation constante des degrés de dépendance (GMP) et des besoins requis en soins (PATHOS) du public accueilli.
- Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques.
- Contribution auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments.
- Contribution à la mise en œuvre d'une politique de formation.
- Utilisation des outils en place et indicateurs de suivi, participation à l'évaluation interne et externe des établissements.

PROFIL

Titulaire de la capacité en gériatrie ou diplôme équivalent, le candidat devra démontrer son intérêt dans la mission qui est définie, sa capacité à travailler en équipe, son aptitude à coordonner et fédérer. Il peut être recruté par voie contractuelle, par mutation, détachement ou sur liste d'aptitude.

QUOTITÉ DE TEMPS : 0,70 ETP.

MERCİ D'ADRESSER VOTRE CANDIDATURE (CV + LETTRE DE MOTIVATION) À

Monsieur le Président : CIAS - Service des Ressources Humaines - Place Toulouse-Lautrec BP 31 - 35310 MORDELLES ou par mail recrutement@cias-ouest-rennes.fr
Renseignements au 02 23 41 28 00



Médecin Gériatre ou Généraliste Concarneau-Finistère sud

Le Pôle de Réadaptation de Cornouaille recrute un Médecin de profil gériatre à 90 % (possibilité temps plein) pour compléter son équipe médicale sur le SSR personnes âgées polypathologiques dépendantes (PAPD) à Concarneau (29 - Bretagne). Les activités du service sont actuellement de 31 lits d'HC, 8 places d'HDJ, des consultations externes. Projet d'augmenter le capacitaire HC à 60 lits au moment du regroupement des 7 activités SSR de l'établissement dans un bâtiment neuf en bord de mer à Concarneau prévu en 2023.

CONTACT : Dr Claire DELBROUCK - 02 90 94 43 33 ou 06 11 66 40 40 - c.delbrouck@ch-cornouaille.fr



LA MAISON DE SANTÉ PROTESTANTE DE NÎMES RECRUTE

UN MÉDECIN TRAITANT

à 80 % (l'ETP peut être inférieur si le candidat le souhaite)



MISSIONS DU MÉDECIN TRAITANT

Afin d'assurer la coordination des soins autour du patient et garantir la qualité de la prise en charge au sein de l'EHPAD, le médecin traitant travaille en collaboration avec le médecin coordonnateur et le pharmacien référent qui concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents.

TOUT PARTICULIÈREMENT, LE MÉDECIN TRAITANT

- Transmet, après consentement éclairé du patient ou de son représentant légal ou de la personne de confiance, les informations et documents pertinents pour l'élaboration du volet médical du dossier médical et de soins du patient à son arrivée dans l'EHPAD garantissant la continuité des soins.
- Renseigne le volet médical du dossier médical et de soins du résident à chaque visite, en respectant, le cas échéant, les modèles-type de dossiers médicaux et de soins mis en place par le médecin coordonnateur. Le dossier médical et de soins du résident est conservé dans l'EHPAD.
- Échange régulièrement sur le projet individuel de soins du résident avec le médecin coordonnateur.
- Met en œuvre les bonnes pratiques, dont la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques. Par ailleurs, il est consulté lors de l'élaboration des protocoles.
- Prescrit préférentiellement au sein de la liste des médicaments à l'élaboration de laquelle il a participé.
- Participe aux réunions organisées par le médecin coordonnateur en lien avec la direction, relatives à l'organisation des soins dans l'EHPAD (modalités et périodicité à définir).
- Intègre dans sa pratique médicale les protocoles et bonnes pratiques gériatriques mises à disposition par le médecin coordonnateur.
- Suit un dispositif de développement professionnel continu, préférentiellement dans le domaine gériatrique.

RÉMUNÉRATION : Base CCN 51.

Les candidatures sont à adresser à Madame Caroline GUILLOT par mail : cguillot@msprotestante.fr ou par courrier au 5 Avenue Franklin Roosevelt - 30000 NÎMES



OCCITANIE

La Fondation Georges Coulon,

association loi 1901 assurant une mission d'utilité publique propose pour ses établissements situés sur la commune du Grand Lucé et assurant le rôle d'hôpital de proximité et du Mans :



DEUX POSTES DE Médecin Généraliste OU Gériatre

en sus d'une équipe de 7 médecins.



- Possibilité de temps partiel et de CDD de 6 mois avant le CDI.
- Le Grand Lucé : Activité SSR 132 lits, Médecine gériatrique 8 lits.
- Le Mans : Activité SSR 84 lits polyvalents (orientation majoritairement gériatrique).
- Conditions de salaire selon la convention 51 (établissement FEHAP, PSPH).
- Possibilité de logement dans l'environnement du centre.
- Postes à pourvoir dès que possible.

CONTACT

- Docteur COUSTANCE, Président de CME : 02 43 74 72 00 – philippe.coustance@fondation-gcoulon.fr
- Mme CORRAIE Betty, Directrice des Ressources Humaines : 02 43 61 51 51 – betty.corraie@fondation-gcoulon.fr



Le Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube



recrute dès que possible

MÉDECIN GÉRIATRE

en CDI à Temps Plein pour ses services d'EHPAD et de USLD.

Le CH de Bar-sur-Aube est membre des Hôpitaux Champagne Sud (HCS), un groupement hospitalier rassemblant tous les établissements publics de santé de l'Aube et du Sézannais.

Il regroupe une offre de soins sanitaires et un EHPAD avec 8 lits de médecine, 22 lits de SSR, 30 lits d'USLD et 130 lits d'EHPAD.

Description du poste :

Ce poste offre une grande possibilité d'initiatives dans les projets de l'établissement.

Missions principales : Suivi médical des résidents et des patients, organisation des soins, formation des soignants, coordination avec les services de médecine et SSR, validation du PATHOS et du GIR et missions du médecin coordonnateur.

Conditions du poste :

- Conditions de rémunération attractives / permanences le samedi matin.
- Logement mis à disposition à titre gratuit.
- Frais de déplacements pris en charge par l'établissement.

Candidature détaillée à adresser à :

Monsieur le Directeur Délégué du Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube
2 rue Gaston Cheq - 10200 Bar-sur-Aube - Mail : bernard.mabileau@hcs-sante.fr

Renseignements :

Dr Fanny PENASSE, Présidente de CME - Mail : fanny.penasse-stricker@hcs-sante.fr
Site internet : www.ch-barsaube.fr



ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DE QUINGEY

BP N° 5 - 25440 QUINGEY



CONTACTER LA PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION
MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT,
Dr MENAT : c.menat@chquingey.fr



Situé au bord de la Loue,
à proximité de Besançon (20 minutes),
l'Établissement de Santé de Quingey RECRUTE,
de manière urgente,

UN MÉDECIN

pour son pôle gérontologique
Temps partiel ou temps plein

STATUT

Praticien dans le cadre du motif 2 =
exercice d'une activité nécessaire à l'offre de soins
(rémunération négociable).



LA MRL

Établissement de 548 lits et places,
situé à Saint-Just-Saint-Rambert
(15 km de Saint-Étienne et 16 km de Montbrison)

RECRUTE

pour sa partie EHPAD de 433 lits

Motif de l'embauche :

Remplacement d'une absence d'un praticien.

Il intégrera une équipe médicale constituée de 4 médecins.
1 pharmacien permanent et 1 pharmacien remplaçant complètent cette équipe médicale et pharmaceutique.
Une expérience en gériatrie est souhaitée. Le médecin recruté se verra proposer, si nécessaire, une formation complémentaire adéquate.
Le public de l'EHPAD est dépendant, atteint de troubles cognitifs, démences et/ou pathologies psychiatriques stabilisées. Le médecin recruté complètera l'équipe actuelle. Les missions qui lui seront confiées dépendront du parcours du candidat.

Les missions principales du poste sont :

- Traiter les personnes accompagnées du site d'affectation.
- Gérer des pathologies aiguës et assurer le suivi des pathologies chroniques.
- Faire le suivi de l'amélioration de la qualité de prise en charge (prévention, hygiène, prescription médicamenteuse...).

Très soucieuse de la qualité de vie au travail des professionnels, la MRL finance :

- Des places réservées en crèches pour les jeunes parents.
- Des ateliers hebdomadaires de sophrologie.
- 3 séances d'ostéopathie par an.
- L'accès à toutes les prestations de l'amicale du personnel.

La fiche de poste détaillée peut être demandée auprès du Responsable du Pôle des Ressources Humaines et des Conditions de Travail.

UN MÉDECIN GÉRIATRE OU GÉNÉRALISTE

Praticien contractuel
à temps plein ou à temps partiel

Contact

Mme Myriam CAUCASE
Directeur
mrl@mrl-42.fr
Tél. : 04 77 36 31 36





**POUR TOUT RENSEIGNEMENT
COMPLÉMENTAIRE, CONTACTER :**

Mme Sophie TALAUD LOISEAU, Directrice
sophie.talaud-loiseau@croix-rouge.fr
Docteur Bertrand RENOLLEAU, Président de CME
b.renolleau@domaine-saint-alban.fr
Domaine Saint Alban - 139 rue de la Grande Chartreuse
73230 Saint-Alban-Leyse - 04 79 33 81 20

Le Domaine Saint Alban RECHERCHE **UN MÉDECIN** en CDI



Le Domaine Saint Alban est un établissement privé à but non lucratif de la Croix-Rouge Française, situé à proximité immédiate de Chambéry.

La structure est dynamique, elle accueille 92 patients en hospitalisation complète (SSR neurologique, SSR polyvalent à orientation gériatrique, SSR locomoteur) et dispose de 22 places d'HDJ.

Le plateau technique est moderne.

L'équipe médicale est composée de 3 médecins MPR, un médecin gériatre et 3 médecins généralistes.

Nous recherchons un Médecin Généraliste ou Médecin MPR en CDI.

Le médecin interviendra en hospitalisation complète. Il travaillera en binôme avec un médecin généraliste et avec l'appui, en cas de besoin, des médecins MPR. Les pathologies prises en charge sont principalement des lésions cérébrales acquises pour la spécialité de neurologie des patients polytraumatisés et des suites de chirurgie programmée pour les patients présentant des troubles de l'appareil locomoteur. Participation aux astreintes opérationnelles à raison de deux astreintes de semaine par mois et un WE sur 7.



croix-rouge française

L'HÔPITAL DE FOURVIÈRE CENTRE DE GÉRONTOLOGIE



RECRUTE

UN(E) MÉDECIN à temps plein
et **UN(E) MÉDECIN** à temps partiel
pour travailler au sein d'une unité mixte Médecine -
SSR de 23 lits, en collaboration avec un confrère.

ÉTABLISSEMENT :

L'Hôpital de Fourvière, hôpital privé à but non lucratif, ESPIC, est membre de la FEHAP.

Centre de gérontologie, l'Hôpital exploite 240 lits (58 lits de médecine, 80 lits de SSR, 100 lits d'USLD, hôpital de jour), 15 places d'accueil de jour, consultations.

Situé dans un grand parc de 4 hectares à 10 minutes du centre-ville de Lyon, l'hôpital dispose de plateau de rééducation, de réentrainement à l'effort et d'une balnéothérapie.

<https://www.hopital-fourviere.fr/>

LES MISSIONS :

En collaboration avec son confrère et les équipes pluridisciplinaires, Il participera :

- À la prise en charge des patients.
- Aux missions transversales (projet d'établissement, démarche Qualité), ainsi qu'aux différentes instances.

Il sera garant de l'activité du service (entrées, sorties, PMSI, ...).

En collaboration avec son confrère et la cadre de santé, il participera au management de l'équipe et portera le projet de service.

PROFIL SOUHAITÉ :

- Capacité en gériatrie (ou à tout le moins médecin généraliste avec des compétences en gériatrie).
- Bonne maîtrise de l'outil informatique.

Le candidat doit avoir le sens du management, être enthousiaste pour motiver et dynamiser les équipes et s'investir dans les projets de l'établissement.

Le candidat doit avoir une expérience du travail en équipe et en réseau et avoir de fortes aptitudes relationnelles.



INFORMATIONS :

Postes à pourvoir au plus tôt.

Convention collective nationale 51.

Établissement privé à but non lucratif (ESPIC).

ENVOYEZ CV ET LETTRE DE CANDIDATURE À :

Patricia TRAVERSAZ, Directeur des Ressources Humaines
HÔPITAL DE FOURVIÈRE, 10 rue Roger Radisson, 69005 LYON
patricia.traversaz@hopital-fourviere.fr



LE PÔLE DE GÉRONTOLOGIE RECRUTE QUATRE MÉDECINS



Le pôle de gérontologie du Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud a développé une filière gérontologique complète.

Il se compose d'un court séjour gériatrique à Gap, à mettre en place sur le site de Sisteron, d'une unité de soins de suite et de réadaptation gériatrique sur le site de Gap, à mettre en place sur le site de Sisteron, d'un service de neuropsychogériatrie, d'un centre mémoire territorial, d'une unité cognitivo-comportementale, d'une unité territoriale d'oncologie gériatrique, d'une équipe mobile de gériatrie (interne/externe), des consultations d'évaluation gériatrique, d'une unité de soins de longue durée à Gap, d'une unité d'hébergement renforcée à Gap, d'une UHPAD sur les deux sites (Gap et Sisteron).

Il est géré par une équipe médicale actuellement composée de sept gériatres dont deux DES de gériatrie recrutés récemment.

Des internes DES en gériatrie et en médecine générale viennent régulièrement, des médecins juniors en gériatrie sont présents, depuis deux années, sur des projets pédagogiques liés aux filières spécifiques (neuropsychogériatrie, oncogériatrie)

**Nous recherchons des médecins hospitaliers gériatres ou
médecins généralistes pour renforcer cette équipe et conforter
l'offre de soin gériatrique sur notre territoire.**

Quatre postes sont à pourvoir en 2022 sur le court séjour gériatrique Gap/Sisteron et les soins de suite et de réadaptation Gap/Sisteron avec un temps partagé sur les deux sites avec une quotité minimale de 75/25 %, la prime spécifique multisite, la prime d'engagement dans la carrière hospitalière, et la prime de solidarité territoriale.

Ils participeront à la permanence des soins (astreintes opérationnelles) assurée sur le site de Gap. Les absences (CA, RTT, Formations) sont facilitées par une organisation en auto-remplacement.

Gap, ville de 40 000 habitants, est la principale ville du département des Hautes-Alpes, territoire avec des variations saisonnières liées aux activités nombreuses (ski, randonnée, montagne, activités nautiques, équitations, pêches torrents et lacs...). Gap se situe à moins d'une heure des principales stations de ski des Alpes du Sud (Serre Chevalier, Vars, Orcières), proche du lac de Serre-Ponçon, à deux heures de la mer Méditerranée.

Dans cette ville agréable, dynamique, à 1h30 de Grenoble et Marseille, le Centre Hospitalier Intercommunal Des Alpes Du Sud s'est développé en assurant une offre de soins de proximité pertinente sur deux sites (Gap et Sisteron).

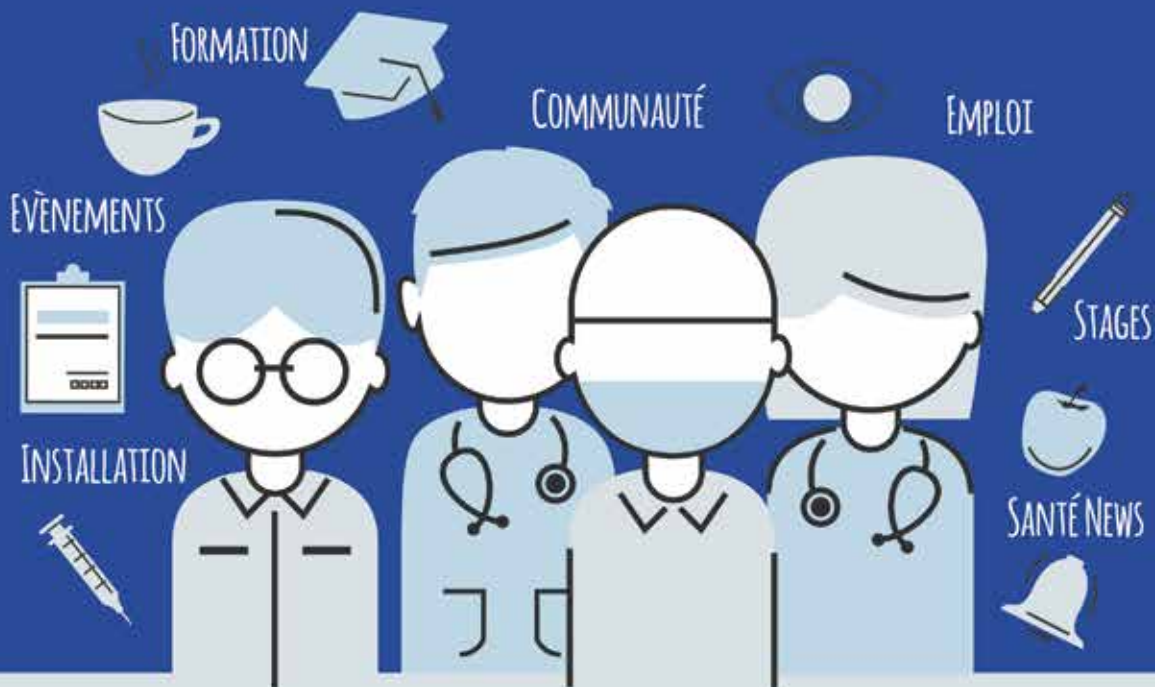
Avec un plateau technique performant, avec toutes les spécialités médicales et chirurgicales requises, centre autorisé pour le traitement chirurgical et médical du cancer, c'est le centre de recours pour le groupement hospitalier du territoire.



CONTACT

Dr Olivier Guillem,
Chef de pôle
04 92 40 77 33
olivier.guillem@chicas-gap.fr

drh@chicas-gap.fr



RÉSEAU PRO SANTÉ

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

