

LA GAZETTE

DU JEUNE GÉRIATRE



NUMÉRO 08

Novembre 2014

NUMERO GRATUIT



Quoi de neuf pour l'année à venir ?



MÉMOS
MÉTHODOLOGIQUES



EXPERIENCES



INTERVIEW



ARTICLE
THÉMATIQUE



L'ACTU



ANNONCES
DE RECRUTEMENT



LA FHF RÉUNIT
PLUS DE
1 000 HÔPITAUX
ET
**1 000 STRUCTURES
MÉDICO-SOCIALES**



**WWW.FHF.FR >
OFFRES D'EMPLOI**

PLUS DE 30 000
OFFRES D'EMPLOI
ET PLUS DE 15 000 CV

LA RUBRIQUE
OFFRE D'EMPLOI
PERMET AUSSI
L'ACCÈS A UN
ESPACE CANDIDAT



COMPOSITION DU BUREAU 2013 - 2014

Président
Dr Guillaume Deschasse
(Grenoble)

Président d'honneur
Dr Cédric Annweiler
(Angers)

Présidente d'honneur
Sophie Moulias
(Boulogne-Billancourt)

Secrétaire Générale
Dr Aurélie Tahar
(Grenoble)

Trésorier
Dr Florent Seite
(Poitiers)

Trésorier Adjoint
Dr Charlotte Moal-Verger
(Dinan)

Conseiller Scientifique
Pr Olivier Hanon
(Paris)

Rédacteur en Chef de la Gazette
Dr Aurélie Tahar
(Grenoble)

*Assistants Rédacteurs
de la Gazette*
Dr Charlotte Moal-Verger
(Dinan)

Dr Florent Seite
(Poitiers)

Dr Guillaume Deschasse
(Grenoble)

Dr Dominique Mengue
(Avallon)

*Maître Tisserand du site Internet
de l'AJGH*
Dr Mô DANG-ARNOUX
(Grenoble)

COMPOSITION DU BUREAU

SOMMAIRE

PAGE
04

**Le mot
du PRÉSIDENT de l'AJGH**

PAGE
06

Maladie d'Alzheimer

Maladie d'Alzheimer et Filière Gériatrique
en Guadeloupe, où en est-on ?

PAGE
09

Sondage

Résultats du sondage des internes de
gériatrie du 05.07.14 concernant la réforme
du 3^{ème} cycle

PAGE
17

Compte rendu

Compte rendu de la réunion du 7/07/2014

PAGE
18

Soins palliatifs

Soins palliatifs chez les patients âgés de 85 ans
et plus. Revue de la littérature et prise de position

PAGE
25

Wikigeria

Wikigeria est un projet expérimental

PAGE
28

**Résumé thèse
et mémoire**

PAGE
31

ANNONCES

de recrutement



La rentrée hospitalière et universitaire est déjà bien entamée, avec son lot de projets et de perspectives.

Voici la huitième édition de la Gazette du jeune gériatre, une bonne occasion pour faire le point sur le développement de l'AJGH lors de cette dernière année et de vous présenter les nouveautés de la Gazette.

Concernant le bilan de l'association, le site internet est toujours aussi fréquenté et il sert de vitrine à l'association. C'est par lui que nous sommes contactés, le plus souvent, pour diffuser des annonces d'emplois, de formations ou des invitations à participer à des projets de recherche souvent institutionnels. www.ajgh.fr

Ces informations sont transmises par la mailing list de l'association (environ 300 adresses de jeunes gériatres répartis sur la France entière ; ajgh.asso@gmail.com) et vous recevrez bientôt une invitation de mise à jour (nouveaux jeunes intéressés, changement d'adresse, etc.).

Par ailleurs, la diffusion des annonces a suscité une remarque concernant la qualité et l'intérêt des postes à pouvoir. Un de nos confrères s'est interrogé sur l'absence de tri des annonces et notamment la diffusion de postes faiblement rémunérés et/ou dont les conditions de travail étaient floues.

Cette remarque nous a menés à une discussion au sein du bureau de l'AJGH et nous avons conclu qu'effectivement nous continuerons à diffuser toutes les annonces qui nous parviennent sans poser de filtre ni de condition. Cette position de l'AJGH sera rediscutée lors de l'assemblée générale de l'association qui aura lieu fin novembre lors du congrès de la SFGG (et nous espérons que vous serez nombreux).

Effectivement nous pourrions exiger des conditions de salaires et qualité de vie au travail, mais imposer des exigences avant la diffusion d'annonces d'emploi ressemble fortement à une activité syndicale et il faut reconnaître que l'AJGH est avant tout une association avec un statut de société savante et pas un syndicat.

Cette réflexion fait aussi écho à plusieurs autres demandes que nous avons reçues, une demande de soutien de la part d'un gériatre en difficulté avec sa direction hospitalière, une autre demande de soutien de la part d'une gériatre qui nous a fait part de ses difficultés à faire respecter les conditions de travail aménagées en lien avec sa grossesse (absence de garde) et pour finir le tout la réflexion commune de plusieurs gériatres sur le statut des DESC de gériatrie (par exemple ; est-il normal qu'un interne de médecine générale sans formation spécialisée en gériatrie puisse faire des remplacement en maison de retraite alors d'un interne en santé publique inscrit en DESC de gériatrie ne le peut pas ? et surtout, si nous ne défendons pas notre statut qui le fera à notre place ?)

Si vous avez bien suivi ma réflexion, vous comprenez que nous allons discuter de la création d'une branche syndicale au sein de l'AJGH lors de la prochaine assemblée.

Cela ne coûte rien d'en discuter... il est évident que la création d'un syndicat doit se faire de manière réfléchie avec une méthode, des objectifs, une expertise et un financement clair ; le bureau de l'AJGH, malgré sa motivation et sa bonne volonté, n'y arriverait pas tout seul.

Enfin, je souhaite vous faire part d'un dernier projet, initiative personnelle, le projet www.wikigeria.fr. Qui n'a jamais rêvé d'un Wikipedia pour gériatre ? La littérature médicale secondaire (les revues de littératures) est foisonnante, dispersée dans le web, souvent universitaire, anglophone, payante, à sens unique et régulièrement pas très gériatrique.

Nous pourrions imaginer une littérature sur un site unique, gratuit, collaboratif, multilingue, avec des auteurs qui connaissent la gériatrie et où l'on pourrait discuter de l'article directement en ligne comme un blog. Tout cela est possible, le site est ouvert (www.wikigeria.fr) il suffit de le remplir. Pas si simple me direz-vous ?! C'est vrai, mais ça vaut le coup d'essayer et je me donne 3 ans pour juger du résultat.

Mais surtout, Wikigeria a besoin d'un groupe de sages pour définir les limites et les lois. Si ce projet vous intéresse, vous pouvez me contacter à cette adresse : postmaster@wikigeria.fr

Je vous propose de commencer la lecture de cette Gazette n°8 par l'article Dr Juan Cuadros Moreno, gériatre mexicain, sur les soins palliatifs du sujet très âgé. (L'article sera sur Wikigeria en français et en espagnol.)

Et de continuer par l'article du Dr Tatiana Basileu sur la construction d'une filière gériatrique et maladie d'Alzheimer en Guadeloupe.

Enfin, comme nous vous l'avions annoncé, vous trouverez une nouvelle rubrique « Résumés des thèses et mémoires des jeunes gériatres ». En effet, nous vous avons annoncé la possibilité d'éditer les résumés de vos thèses et mémoires de gériatrie dans la gazette. Cela permet de diffuser et de valoriser vos travaux (avec sans doute quelques points supplémentaires pour les concours sur dossier dans la section publication dans une revue nationale sans comité de lecture).

J'attire votre attention sur le fait que les articles de la Gazette sont relus mais qu'il n'y a pas à proprement parlé de comité de lecture. Si vous êtes intéressé pour monter, diriger ou faire partie d'un comité de lecture pour la Gazette, nous serons ravis d'étudier votre CV.

Pour conclure, nous lancerons lors de la prochaine édition de la Gazette un concours des variables clinico-biologiques les plus extrêmes que vous avez rencontrées en gériatrie et un concours des articles médico-scientifiques les plus marquants. L'élection se fera par les membres de l'AJGH via notre site internet.

*Bonne lecture à tous,
Gériatriquement votre,*

Guillaume DESCHASSE
Président AJGH



Maladie d'Alzheimer et Filière Gériatrique en Guadeloupe, où en est on ?

Dr BASILEU Tatiana (1), Dr RINALDO Leila (1), Dr Isabelle TIBOUT CHIMON (2)

(1) EMG Consultation mémoire CHU 97100 PAP/ABYMES

(2) Consultation mémoire CMS 97100 Basse Terre

Contact : tatiana.basileu@chu-guadeloupe.fr

Le vieillissement de la population qui fera de la Guadeloupe, à l'horizon 2030, une des plus vieilles régions de France sur le plan démographique, fait émerger une nouvelle problématique de santé publique rendant nécessaire l'amélioration de l'offre de soins sur notre territoire. De plus en plus de personnes âgées ayant des maladies multiples, des handicaps physiques et des troubles du comportement sont hospitalisées dans des services de spécialité non adaptés à l'accueil de ces malades.

Selon l'INSEE, en 2040, la population guadeloupéenne sera de 404 000 habitants si les tendances démographiques récentes se maintiennent. Elle tendrait à ne plus croître, les décès seraient plus nombreux que les naissances et le déficit migratoire serait moindre.

Le vieillissement de la population s'accélérait au point que les séniors représenteraient quatre habitants sur dix, contre trois sur dix dans l'ensemble de la France.

L'âge moyen serait de 48 ans alors qu'il était de 36 ans en 2007 et la région serait la troisième la plus âgée de France après la Corse et la Martinique.

La part des personnes de 60 ans ou plus progresserait fortement, elles seraient **multipliées par 2,4 à l'horizon 2040**, en particulier **les personnes de 80 ans ou plus, qui seraient presque quatre fois plus nombreuses qu'en 2007**.

La forte augmentation de ces classes d'âge devra peser sur les politiques publiques : prise en charge de la dépendance, accès aux équipements et aux soins, etc.

Répartition de la population guadeloupéenne par grands groupes d'âges :

	2007		2020		2030		2040	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 20 ans	122 737	30,6%	104 000	25,5%	94 000	23,0%	88 000	21,8%
20-59 ans	209 081	52,2%	197 000	48,0%	171 000	41,6%	153 000	37,9%
60-79 ans	55 256	13,8%	87 000	21,2%	111 000	27,2%	113 000	28,0%
80 ans ou +	13 514	3,4%	22 000	5,4%	34 000	8,2%	50 000	12,3%
Ensemble	400 588	100%	410 000	100%	410 000	100%	404 000	100%

Source : Insee, Omphale 2010

Les personnes âgées sont inégalement réparties sur le territoire, avec de forts taux de concentration dans l'agglomération Pointoise et Abymienne. La situation d'isolement extrême des personnes âgées vivant sur les dépendances (Marie Galante, les Saintes, la Désirade) est également préoccupante.

Dans ce contexte, notre département est confronté à l'émergence des pathologies neurodégénératives et plus particulièrement des maladies d'Alzheimer et apparentées. En France, la maladie d'Alzheimer concerne selon les projections de l'étude PAQUID1 850 000 personnes en 2008 et 225 000 nouveaux cas par an. **Sont concernées 5 % de la population âgée de 65 ans et plus, et 15 % des plus de 85 ans.**

En Guadeloupe, nous ne disposons pas d'études épidémiologiques de terrain permettant une réelle connaissance des taux de prévalence et d'incidence concernant ces pathologies. Selon des données obtenues après projections statistiques de l'étude PAQUID¹, nous pouvons estimer en Guadeloupe 4 541 cas de démences, dont 3 542 Alzheimer. Il y aurait 1 041 démences dont 750 Alzheimer chez les 60-75 ans et 3 500 démences dont 2 792 Alzheimer chez les 75 ans et plus.

Une des conséquences principales de cette maladie est la perte d'autonomie constituant la principale cause d'entrée en institution (on estime que 80% des résidents en institution en France sont déments dont la moitié pour la seule maladie d'Alzheimer). De plus, les traitements capables de réduire l'évolution de la maladie restent symptomatiques, puisqu'il n'existe pas de traitement curatif. De surcroît, ces mêmes traitements sont plus efficaces aux stades initiaux de la maladie d'où la nécessité d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce. **Or, en Guadeloupe, les centres diagnostiques que sont les consultations mémoires ne sont qu'au nombre de deux à l'heure actuelle : la consultation mémoire du CHU et la consultation mémoire du Centre Médico-Social de Basse-Terre.**

¹ Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF. [Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort]. Rev Neurol (Paris) 2003;159(4):405-11.

Un partenariat entre ces deux consultations mémoire, maillant l'ensemble des territoires de santé de la Guadeloupe, est déjà actuellement envisagé par les praticiens gériatres et neurologues des deux établissements, impliquant la mutualisation des données médicales et des bases de données afin d'étayer les prises en charge accompagnant les patients et de permettre également la mise en place de travaux de recherche. Ce partenariat n'attend plus que la validation des autorités sanitaires pour se faire pérenne. L'un des objectifs prioritaires de l'association entre ces deux centres sera de travailler à la mise en place d'études visant à établir la prévalence des pathologies neurodégénératives dont la maladie d'Alzheimer et apparentées, en Guadeloupe. Des réunions pluridisciplinaires concernant les dossiers les plus complexes sont envisagées, et des conventions inter équipes seront également mises en place.

Cela étant, l'absence de services d'hospitalisation de gériatrie aiguë, pouvant accueillir les sujets âgés souffrant de pathologies démentielles avec troubles psychocomportementaux à risque, contribue à un climat d'insécurité majeure pour les patients et leur famille mais aussi pour les personnels médicaux et paramédicaux actuels. Ce manque d'un tel type de service dans nos établissements, tel que défini dans les circulaires DHOS définissant la filière gériatrique, rend impossible un service sanitaire approprié en matière de prise en charge spécialisée en gériatrie. Plus encore, ces manques conduisent les familles et les aidants à de véritables drames humains, à risque de maltraitance et de mise en danger des patients comme des membres de l'entourage. Un court séjour gériatrique avec admissions directes permettrait pourtant de désengorger les urgences et éviterait aux patients une prise en charge non adaptée ayant pour conséquences des états d'agitation aiguë, une perte d'autonomie rapide délétère et des complications iatrogènes. **Cette problématique de prise en soins des pathologies Alzheimer et apparentées, révèle l'absence d'une véritable filière gériatrique en Guadeloupe.**

² Circulaire DHOS /02 /DGS/SD5/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique



Le projet de la mise en place d'une telle filière au CHU de Pointe-à-Pitre/Abymes en Guadeloupe est à pied d'œuvre pour une prise en charge efficiente de ces patients et un parcours de soins mieux adapté. Les différents maillons, que sont le court séjour gériatrique, l'hôpital de jour gériatrique, les consultations externes de gériatrie, ou encore l'unité d'oncogériatrie sont donc tous à forger. Champ des possibles et des projections, il s'agit pour la petite équipe en place au CHU de convaincre les décideurs et de porter haut les couleurs de la gériatrie dans une région qui sera donc l'une des plus âgées de France dans quelques années.

Les gériatres défenseurs de la mise en place d'une telle filière au CHU de PAP/Abymes sont, entre autres, le

Dr RINALDO Leila, Présidente du COGEGUA (Collège de Gériatrie Guadeloupéen) et responsable de l'unité Equipe Mobile Gériatrie et de la Consultation Mémoire Gériatrique du CHU, et le Dr BASILEU Tatiana, vice-présidente du COGEGUA, référent du projet du Court Séjour Gériatrique et membre également de l'AJGH.

Nous n'attendons que les bonnes volontés et forces vives supplémentaires pour étayer notre jeune équipe et mener à nos côtés ce combat dynamisant et passionnant pour la discipline.

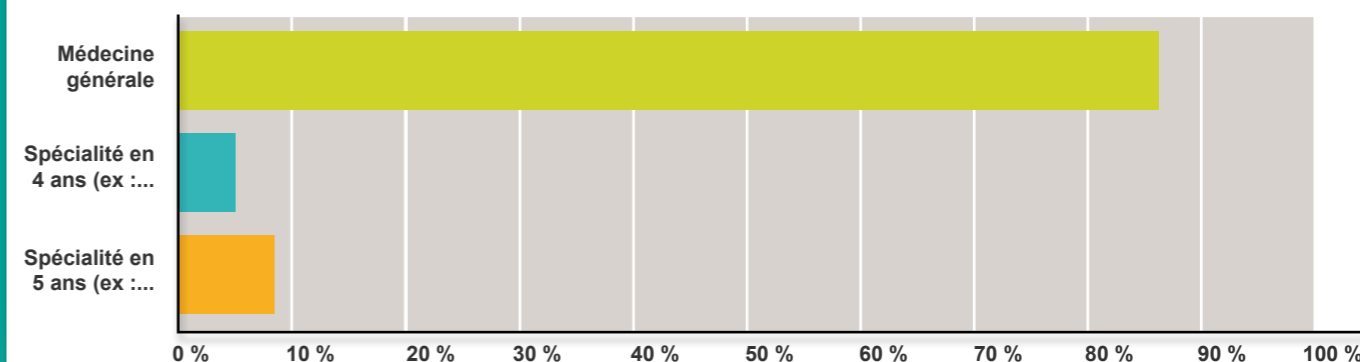
Site internet pour plus d'informations : www.cogegua.net



Réforme du 3^{ème} cycle, gériatrie

Q1 Dans quel DES êtes vous actuellement inscrit ?

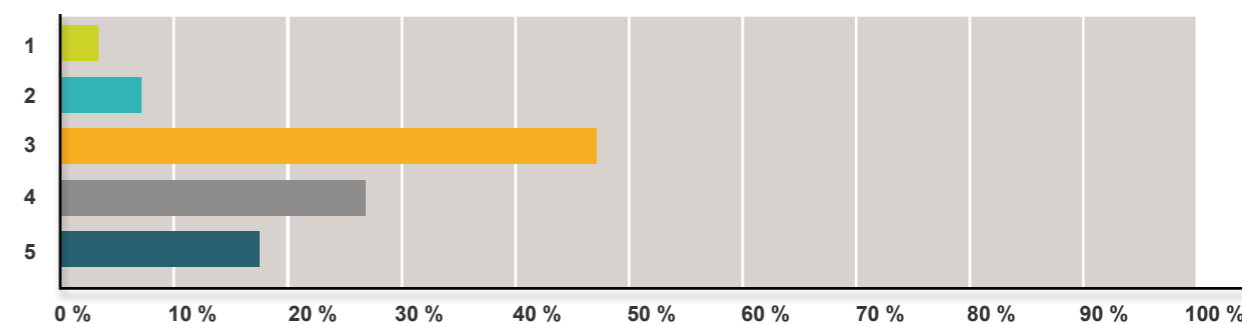
Répondues : 153 Ignorées : 2



Choix de réponses	Réponses
Médecine générale	85,62% 131
Spécialité en 4 ans (ex: neuro, endocrino, rhumato...)	5,23% 8
Spécialité en 5 ans (ex: médecine interne, oncologie...)	9,15% 14
Nombre total de personnes interrogées : 153	

Q2 En quelle année d'internat êtes vous ?

Répondues : 153 Ignorées : 2

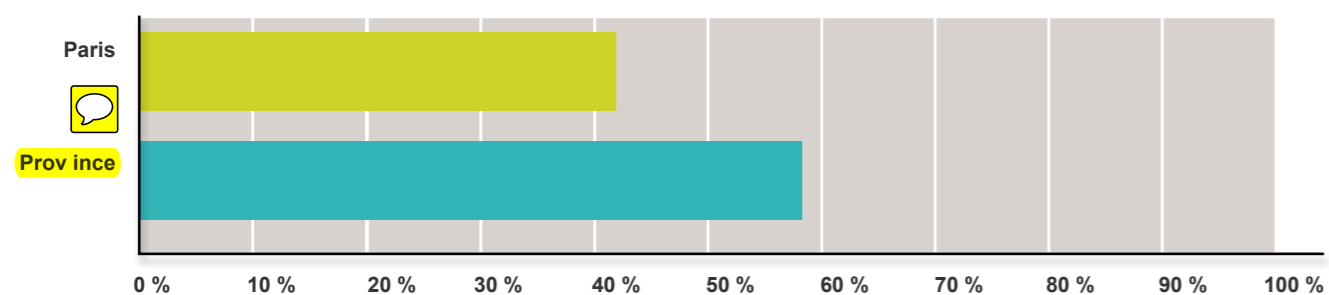


Choix de réponses	Réponses
1	2,68% 3
2	6,25% 7
3	47,32% 53
4	26,79% 30
5	16,96% 19
Nombre total de personnes interrogées : 112	



Q3 Où faites-vous votre internat ?

Répondues : 150 Ignorées : 5

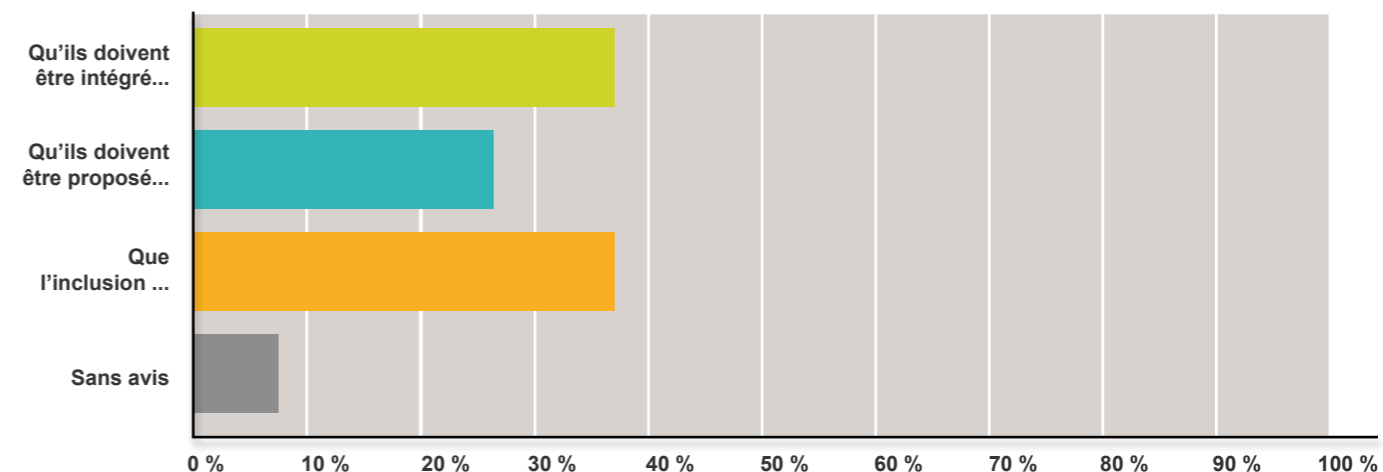


Choix de réponses	Réponses
Paris	42,67% 64
Province	57,33% 86
Nombre total de personnes interrogées : 112	



Q5 Concernant les semestres optionnels vous pensez :

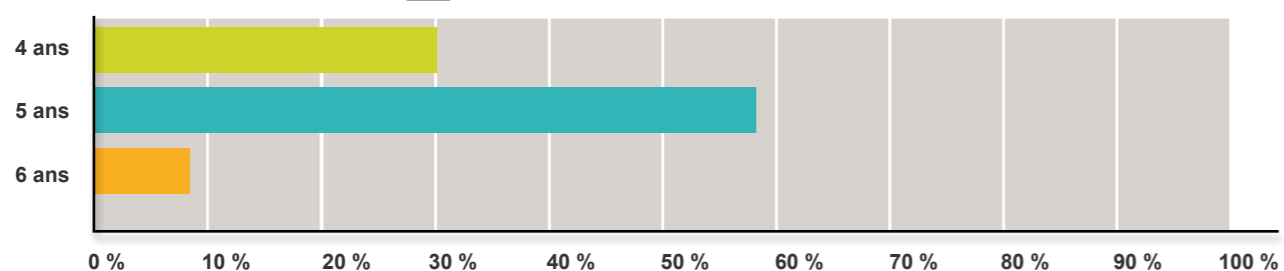
Répondues : 152 Ignorées : 3



Choix de réponses	Réponses
Qu'ils doivent être intégrés dans la période du DES et ne surtout pas le rallonger	36,18% 55
Qu'ils doivent être proposés comme des semestres supplémentaires	25,00% 38
Que l'inclusion ou non dans la période du DES doit dépendre du type d'option	35,53% 54
Sans avis	26,79% 30
Nombre total de personnes interrogées : 152	

Q4 Pour vous, la durée du nouveau DES (incluant la phase 3 de mise en responsabilité) doit être de :

Répondues : 155 Ignorées : 0



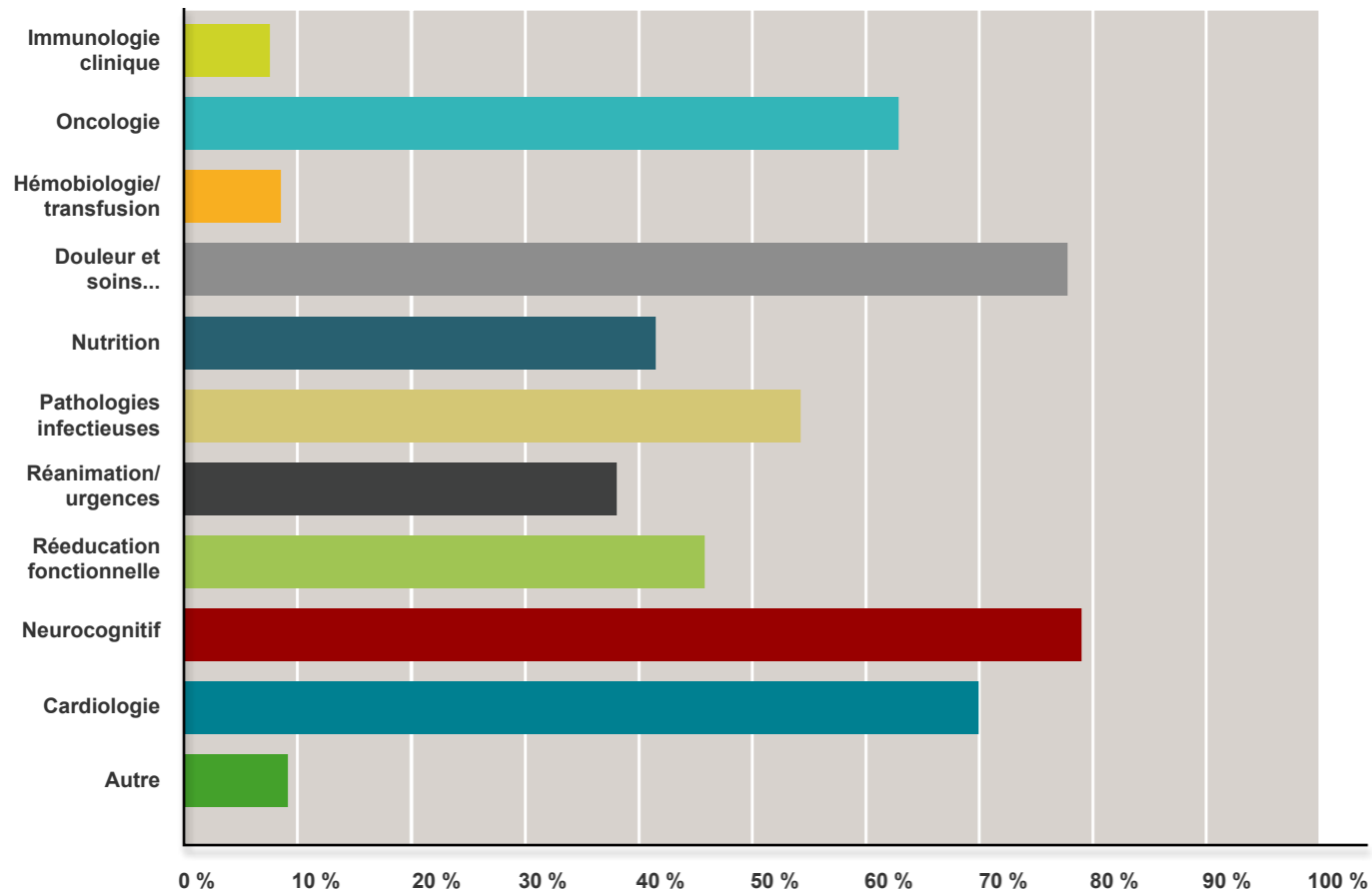
Choix de réponses	Réponses
4 ans	29,68% 46
5 ans	58,06% 90
6 ans	18,06% 28
Nombre total de personnes interrogées : 155	





Q6 Concernant ces options, quels sont les domaines qui pourraient vous intéresser dans votre formation de gériatre :

Répondues : 155 Ignorées : 0



Choix de réponses	Réponses
Immunologie clinique	6,45% 10
Oncologie	63,23% 98
Hémobiologie/transfusion	7,74% 12
Douleur et soins palliatifs	78,06% 121
Nutrition	41,29% 64
Pathologies infectieuses	54,19% 84
Réanimation/urgences	36,77% 57
Rééducation fonctionnelle	45,81% 71
Neurocognitif	78,71% 122
Cardiologie	70,32% 109
Autre	9,03% 14
Nombre total de personnes interrogées : 155	

Q7 Si la réponse à votre question précédente est "autre" merci de nous donner vos idées :

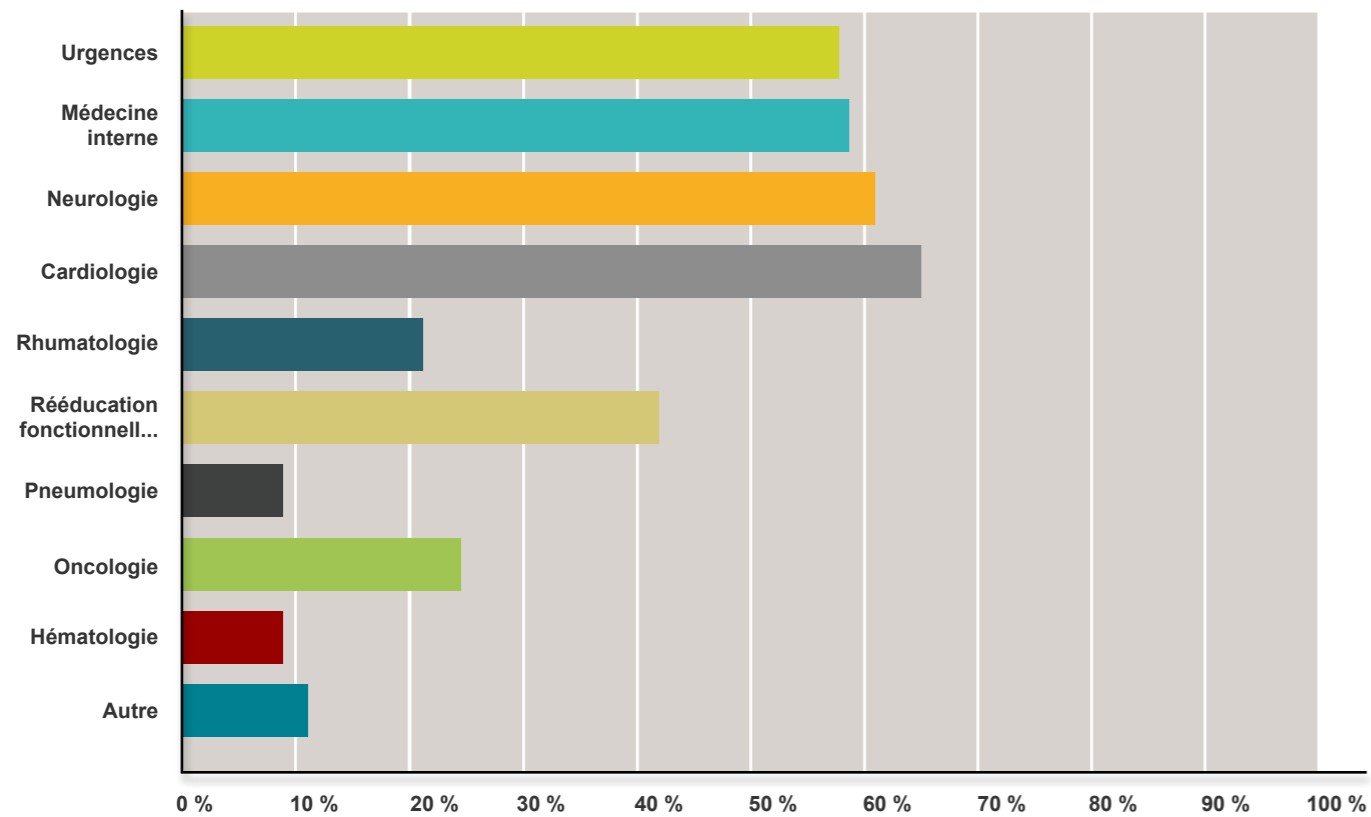
Répondues : 17 Ignorées : 138

#	Réponses	Date
1	Rhumatologie, gerontopsychiatrie	04/07/2014 22:03
2	Rhumatologie, Néphrologie et Neurologie	30/06/2014 21:28
3	Soins ambulatoires	30/06/2014 20:38
4	Santé publique/recherche clinique ou fondamentale	30/06/2014 16:07
5	REEDUCATION (on l'oublie trop souvent mais il devrait être OBLIGATOIRE)	30/06/2014 14:32
6	DES MG Paris terminé depuis oct. 2013, actuellement assistant en UGA	30/06/2014 12:37
7	Soins escarres	30/06/2014 11:19
8	Néphrologie	29/06/2014 09:53
9	Médecine générale	27/06/2014 14:16
10	Plaies et cicatrisation	27/06/2014 11:08
11	Pneumologie, gastro-entérologie, hématologie	27/06/2014 10:51
12	Endocrinologie	27/06/2014 09:09
13	Rhumato si ce n'est pas ce qui est entendu par immuno clinique	27/06/2014 08:10
14	Néphrologie	27/06/2014 07:58
15	Biostatistique - Anglais	27/06/2014 00:09
16	Autre	26/06/2014 23:48
17	Formation à la recherche	26/06/2014 20:46



Q8 Au sein de la maquette du DES, 1 semestre en gériatrie sera obligatoire en phase 1 et 2, pour le reste des stages sur ces 2 périodes, quelles spécialités sont d'après vous indispensable à la formation du gériatre?


Répondues : 155 Ignorées : 0



Choix de réponses	Réponses
Urgences	56,13% 87
Médecine interne	57,42% 89
Neurologie	61,29% 95
Cardiologie	65,16% 101
Rhumatologie	21,29% 33
Rééducation fonctionnelle/soins de suite et réadaptation	43,23% 67
Pneumologie	9,03% 14
Oncologie	25,16% 39
Hématologie	9,03% 14
Autre	10,97% 17
Nombre total de personnes interrogées : 155	

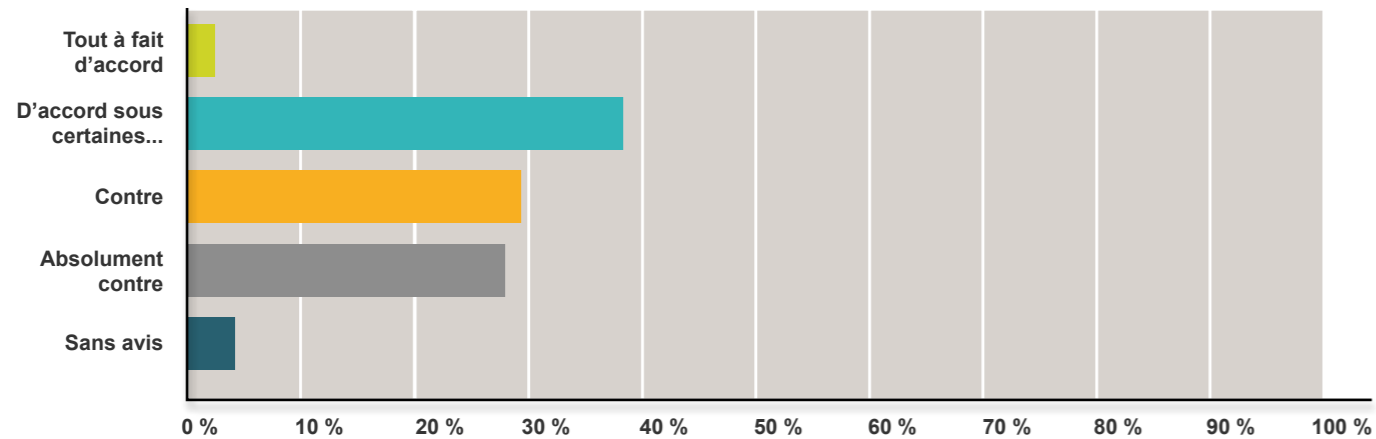
Q9 Si votre réponse à la question précédente est autre, merci de nous laisser vos idées

Répondues : 17 Ignorées : 138

#	Réponses	Date
1	Médecine générale ++++++	04/07/2014 22:03
2	Neurocognitif	02/07/2014 23:54
3	Soins palliatifs	02/07/2014 20:16
4	Nephro ; réa ; maladies infectieuses	01/07/2014 22:51
5	Médecine polyvalente	01/07/2014 18:31
6	Nephrologie	30/06/2014 23:26
7	Stage médecine générale	30/06/2014 22:08
8	Gerontopsychiatrie	30/06/2014 20:47
9	Médecine générale libérale !!	30/06/2014 20:46
10	Soins palliatifs/douleur	30/06/2014 16:08
11	Réanimation	30/06/2014 12:21
12	Réanimation lorsque profil CSG	30/06/2014 10:36
13	Maladies infectieuses	29/06/2014 23:27
14	Maladies infectieuses	29/06/2014 14:57
15	Soins palliatifs	27/06/2014 01:15
16	Reanimation 	26/06/2014 20:26
17	Plusieurs terrains gériatriques : court séjour, SSR, USLD, EHPAD, UCC....	26/06/2014 13:58



Q10 Concernant le rôle du coordinateur de DES dans la répartition des internes au sein des différents terrain de stage et la disparition des choix par rang de classement et ancienneté, vous êtes :



Choix de réponses	Réponses
Tout à fait d'accord	2,58% 4
D'accord sous certaines conditions	38,06% 59
Contre	29,03% 45
Absolument contre	27,10% 42
Sans avis	4,52% 7
Nombre total de personnes interrogées : 155	

Compte rendu

Paris, le 10 juillet 2014

Bonjour à tous,

Tout d'abord un grand merci pour votre participation au sondage réalisé sur vos attentes concernant la réforme du DES de gériatrie. En effet, 150 personnes y ont répondu au niveau national ce qui est une belle performance vu le délai très court que j'ai du vous imposer. Vous trouverez les résultats de ce sondage en pièce jointe de ce mail (pdf). Encore une fois, merci.

Voici donc un petit résumé de la réunion qui a eu lieu lundi 07 juillet 2014 au ministère de l'éducation concernant la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales

Ce qui est acté et non négociable :

- Le DES est nécessaire et suffisant à l'exercice d'une spécialité
- Mise en place d'une formation en 3 phases : socle/intermédiaire/responsabilité (notez bien que la phase de responsabilité va être mise en place malgré les nombreuses polémiques qu'elle a suscitée)
- Evaluation à la fin de chaque phase et passage de la thèse d'exercice en fin de phase intermédiaire.
- Au moins 1 stage de la spécialité en phase socle.

En ce qui concerne plus particulièrement le DES de gériatrie :

- sa durée sera de 4 ans (non négociable)
- la durée des phases, la mise en place d'options éventuelles et les modalités d'évaluation de chaque phase reste à définir
- le rôle du coordonnateur de DES sera renforcé mais l'idée d'un comité pédagogique incluant un représentant des internes n'est pas exclu... là encore ça reste à définir

Le travail qui reste à faire est de définir exactement la maquette du DES de gériatrie d'où l'importance du questionnaire que vous avez rempli car il servira à la construction de cette maquette.

Pour ce qui est de l'effectif de chaque promotion de DES, là encore les choses ne sont pas claires, le ministère demande que les « responsables de la spécialité » fassent l'état des lieux au niveau national afin de calculer le nombre de gériatres à former chaque année via le DES.

Pour ce qui est du maintien ou non de la capacité ils n'en savent rien pour l'instant, ça sera probablement rediscuté ultérieurement.

Je vous tiendrai informé de l'avancée des choses. N'hésitez pas à me faire part de vos remarques éventuelles

Cordialement

Hélène Vallet

Représentante des internes du DESC de gériatrie d'Ile de France



Soins palliatifs chez les patients âgés de 85 ans ou plus.



Revue de la littérature et Prise de position

Résumé

La population des patients âgés de 85 ans ou plus augmente de manière exponentielle avec une croissance imminente dans les prochaines années. Ça sera probablement à ce moment que les soins palliatifs (SP) et la gériatrie joueront un rôle convergent très important, vu que le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation de la morbidité et de la mortalité dans ce groupe d'âge.

Actuellement nous cherchons à sensibiliser une majorité de gériatres dans le domaine des soins palliatifs, avec pour objectif d'attirer une attention particulière sur la qualité des soins et de promouvoir la médecine palliative gériatrique.

Comme nous le verrons, il existe certaines barrières que les gériatres comme les palliativistes devront surmonter. Parmi elles l'âge où les anciens sont discriminés et écartés d'un traitement adéquat par le simple fait de leur âge. Il est probable que ce fait soit encore plus important chez les patients de 85 ans ou plus.

Les études actuelles montrent que les 65-75 ans, les 75-85 ans ainsi que les plus âgés ont une présentation très similaire des principaux symptômes de fin de vie, avec une exception : la douleur chez les plus âgés. D'autres différences concernent le moindre usage des opioïdes et benzodiazépines dans la population plus âgée, d'origine multifactorielle (les changements pharmacologiques liés au vieillissement, certaines caractéristiques du patient et du personnel de santé).

Un autre point important est le lieu du décès des plus âgés, car les études montrent que la majorité meurt en dehors de leur domicile, en raison des différentes maladies qu'ils présentent et de leur état fonctionnel ou cognitif.

Finalement, nous voyons qu'il est important de mettre l'accent sur une meilleure utilisation des directives anticipées dans cette population, avec l'objectif d'arriver à une meilleure attention dans cette étape finale de la vie.

Mots clés :

Soins palliatifs (SP), Gériatrie, Patient Très Agé (V), Patient Agé (JV),

Introduction



La population mondiale se trouve à une période de vieillissement constant. Cela est dû en partie à une série d'avancements et de succès dans le domaine de la médecine et nous amène à l'émergence d'un groupe spécifique de la population, les très âgés (PTA), lesquels, selon l'Institut National du Vieillissement des Etats-Unis, se définissent comme les anciens de 85 ans ou plus qui en 2011 ont représenté 10 % des anciens de plus de 65 ans dans les pays développés et 5 % dans les pays émergents (1). Selon les statistiques de l'Institut National du Vieillissement et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la population des 85 ans ou plus augmentera de 351 % dans la période comprise entre 2010 et 2050 et celle des plus de 100 ans augmentera 1000 % (2).

Ces changements de population ont de multiples conséquences familiales, sociales, et économiques notamment sur les systèmes de santé. Un exemple significatif de changement s'observe dans les différentes causes de mortalité dans notre population âgée. Chaque jour, il est de plus en plus commun que le décès soit dû à un ensemble de maladies chroniques et leurs complications, bien plus qu'à une ou des maladies aiguës isolées. Non seulement les maladies chroniques augmentent avec le vieillissement mais une série de problèmes complexes comme la dépendance, la fragilité, la perte de mobilité et l'altération des fonctions cognitives les accompagnent. Cela aura comme effet final une augmentation des besoins en soins des patients atteints de maladies terminales et incapacitantes (3). Cela impliquera aussi chaque jour de plus en plus de professionnels de la santé avec une nécessité de formation de Soins Palliatifs et Gériatrique.

Soins Palliatifs et Gériatrie

Le concept actuel de soins palliatifs remonte à l'année 2002 où l'OMS la définit comme tel :

« Les Soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Les soins palliatifs :

- Procurent le soulagement de la douleur et autres symptômes gênants.
- Soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal.
- N'entendent ni accélérer ni repousser la mort.
- Intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients.
- Proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort.
- Offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil.
- Peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie.

- Sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge. » (4)

Depuis 2007, un Groupe Européen de Gériatres travaillant en SP se réunit pour discuter d'un concept relativement nouveau : la médecine palliative gériatrique. Cette appellation implique que les gériatres intègrent les principes des soins palliatifs (c'est-à-dire le contrôle des symptômes, parler de la mort, des directives anticipées, la reconnaissance de la phase terminale des soins avec l'objectif que le patient et la famille fassent le nécessaire en relation aux rituels spirituels et aux adieux). Ce groupe est reconnu officiellement depuis 2009 par la Société Médicale de Gériatres de l'Union Européenne (EUGMS). La définition de la médecine palliative gériatrique (GPM) rend cohérente les concepts de la médecine palliative définie par l'OMS et la définition de la gériatrie définie par différentes organisations :

De qui est cette définition ? OMS ? fermer les « après les puces ? comme pour la 1^{ère} définition ?

« La GPM est responsable de la gestion de soins aux personnes âgées ayant des problèmes de santé très avancés et progressives (progressifs ?), pour qui le pronostic de vie est limité et l'objectif des soins est la qualité de vie ».

- La GPM combine les principes et la pratique de la médecine gériatrique et soins palliatifs



- Se concentre sur l'évaluation gériatrique ; soulage la douleur et d'autres symptômes ; il traite des problèmes psychologiques, physiques y compris les aspects sociaux et spirituels.
- Reconnaît les caractéristiques uniques des symptômes et la présentation de la maladie, l'interaction entre les maladies, la nécessité de médicaments appropriés.
- Reconnaît l'importance d'intégrer une équipe interdisciplinaire de soins pour les patients en soins palliatifs et leurs familles.
- Souligne l'importance de l'autonomie du patient, sa participation à la prise de décision et l'existence des dilemmes éthiques.
- Souligne l'habileté d'une bonne communication quand il y a besoin d'informer les personnes âgées et leurs familles.
- Réponds aux besoins des personnes âgées et de leurs familles dans différents contextes (le domicile, la maison médicalisée, hospices, hôpitaux).
- Offre une attention particulière à la transition entre les différents établissements de soins.
- Donne un système de soutien pour aider la famille du patient au cours de cette phase terminale de soins (4).

Mais qu'est-ce que justifie cet intérêt à joindre les soins palliatifs et la gériatrie ? L'explication vient du nombre d'anciens qui méritent ces soins. Selon l'Atlas Global de Soins Palliatifs publié en janvier 2014, 94 % de la population qui nécessite des soins palliatifs (SP) sont adultes, et parmi ceux-là 69 % ont plus de 60 ans. Malheureusement, nous ne disposons pas de plus d'informations par sous-groupe d'âge sur cette population.

Les principales maladies qui impliquent l'usage de soins palliatifs aux adultes sont :

- Maladies cardiovasculaires (sauf les morts subites) 38,4 %
- Cancer 34,01 %
- Maladie Pulmonaire obstructive Chronique 10,26 %
- HIV-SIDA 5,71 %
- Diabète Mellitus 4,59 %
- Insuffisance rénale 2,02 %
- Cirrhose hépatique 1,7 %
- Maladie d'Alzheimer et autres démences 1,65 %
- Sclérose en plaques manque le %
- Maladie de parkinson 0,48 %
- Arthrite rhumatoïde 0,27 %
- Tuberculose pharmaco-résistante 0,80 %

(5)

A l'exception du VIH-SIDA, de la cirrhose hépatique et de la sclérose en plaques, la majorité des autres causes impliquant des soins palliatifs prédominent chez les personnes âgées (70-90 %).

Cela s'explique facilement par la prévalence de ces maladies chez les personnes très âgées. Une étude épidémiologique réalisée au Royaume-Uni et publiée en 2014 montre que les personnes âgées de plus de 85 ans sont les premières touchées par les maladies cardiovasculaires. En effet, 49,3 % des patients sont hypertendus, 15,7 % souffrent de fibrillation auriculaire, 20,8 % ont une maladie coronarienne et 15,8 % une maladie vasculaire cérébrale. La prévalence de la démence chez ces patients est estimée à 12 % et le cancer à 11 % (6). Ce profil de morbidité est fortement associé avec le profil de mortalité, vu que les maladies cardiovasculaires, selon l'OMS, sont aussi la principale cause de mort des **VI (mettre une fois non abrégé)** au-dessus du cancer (3).



Quelle est la situation actuelle des soins palliatifs chez les personnes de plus de 85 ans ?

Même si dans l'actualité les SP sont considérés non seulement comme une opportunité mais aussi un droit (7), la réalité au niveau mondial est tout autre. Par exemple, on estime que sur la totalité de l'argent allouée en 2010 pour la recherche contre le cancer, seulement 0,24 % à 1 % ont été utilisés pour le développement de programmes de recherche en SP (8). Bien que, en relation avec les patients très âgés, comme le mentionne Sean-Morrison, la connaissance que nous avons des soins palliatifs sur cette population est faible (la majorité des études se sont focalisées sur des patients atteints de cancer et SIDA, et n'ont pas inclus les patients très âgés). De plus, les patients atteints de multiples comorbidités ont été exclus et seule la douleur est étudiée (9). Cela est d'une grande importance, si l'on considère que dans un pays comme la Suède jusqu'à 50 % des patients qui meurent ont plus de 80 ans (10).

En ce qui concerne l'accessibilité des patients très âgés aux soins palliatifs, une étude réalisée aux Pays-Bas a comparé l'utilisation des SP entre PA versus PTA dans les trois derniers mois de vie. Celle-ci a montré que les PTA utilisent 1,5 fois moins les soins palliatifs que les PA. Cependant, lors de l'analyse de la dernière semaine de vie, cette relation s'est inversée (2,5 fois plus fréquent dans les > 85 ans qui accèdent à ce type de service). Le cancer a été la pathologie qui a demandé le plus d'hospitalisation chez les PTA (2,5 fois plus fréquent) comparé à d'autres pathologies comme par exemple l'insuffisance cardiaque (11).

Ces données pourraient nous indiquer que, bien que les SP assurent la prise en charge des maladies terminales des PTA, il est probable que leur utilisation n'arrive pas au juste moment en comparaison des PA.

Âgisme, un autre problème dans les soins palliatifs.

Une difficulté à laquelle doivent faire face les patients gériatriques dans les différents domaines de la médecine est « l'âgisme ». Ce terme a été défini en 1969 par

le médecin Rober Butler et fait référence à la discrimination dont souffrent les personnes âgées par le fait même d'être âgées. Ceci a pour conséquence de ne pas prendre en charge des problèmes médicaux en considérant que le vieillissement est similaire à un état de santé dégradé (12). Malheureusement, ce phénomène peut aussi avoir lieu dans les services de SP où le personnel de santé, ou encore les proches du patient, peuvent penser : « il décèdera car il est vieux ou très vieux », ce qui peut perpétuer la souffrance physique ou psychiatrique du patient ou celle de la famille en évitant de donner un traitement optimal en concordance avec l'état du patient (13). Un exemple peut être celui des patients de soins palliatifs avec delirium et qui souffrent d'une maladie terminale. Dans ces cas, le risque de ne pas identifier les possibles étiologies réversibles est important (utilisation d'une dose d'opioïdes, douleur, suppression de benzodiazépines, déshydratation) et la prise en charge risque de se centrer sur les symptômes en négligeant les facteurs modifiables.

C'est notre tâche de mettre en place un changement de perception sur le processus de vieillissement et, en général, sur les patients très âgés pour éviter d'échouer dans la gestion des situations potentiellement réversibles et éviter la souffrance de cette population.

Symptômes des PTA en soins palliatifs.

Une étude rétrospective effectuée en Australie a comparé les principaux symptômes dans les trois derniers jours de vie entre les PA avec un âge moyen de 62,76 ans versus les PTA avec un âge moyen de 85,59 ans. Elle conclut que la gravité des symptômes d'une façon générale est similaire avec certains points à mettre en lumière. En comparaison, les PTA rapportaient d'importants problèmes d'appétit, de transit intestinal et une fatigue plus importante 72 à 48 heures avant de décéder et les PA étaient atteints de nausées importantes 24 heures avant leur décès. Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes concernant la douleur (14).

La douleur est le symptôme le plus étudié dans la population des PTA mais la littérature médicale est parfois contradictoire sur ce sujet. Le biais de confusion expliquant les discordances pourrait être l'état cognitif dégradé.



Pourtant, une étude effectuée à Ontario au Canada en 2006 a montré que les patients avec une dégradation cognitive plus importante, selon le « Cognitive Performance Scale », rapportaient une douleur inférieure. De même, une sous-analyse de la perception de la douleur chez les patients avec un état cognitif intègre, valorisée par la même échelle, a montré que les PTA continuaient à rapporter la douleur de manière moins fréquente.

D'après une étude de prévalence et d'impact de la douleur chez les PTA aux États-Unis, les femmes ont une tendance à rapporter une douleur plus importante que les hommes, ceci fait entendre qu'il existe d'autres facteurs bio-psycho-sociaux à prendre en compte. La scolarité est une variable impactant le développement de la douleur car les patients avec une scolarité courte rapportent une douleur plus intense que ceux avec une scolarité longue. Il est probable que cette relation n'est pas liée uniquement à la scolarité mais aussi à un effet cumulatif des désavantages sociaux aux cours de la vie ainsi qu'aux maladies professionnelles (16).

Entre les pathologies les plus reliées à la douleur chez les PTA, l'arthrose et l'ostéoporose compliquée d'une fracture de la hanche ont une place importante (15) (le 15 était en rouge dans le texte, est-il bon ?) Il doit manquer un bon de phase ?). Il faut s'aligner que plus la douleur est présente, plus on augmente la perte fonctionnelle et le handicap, ceci justifie un contrôle adapté et strict de la symptomatologie.

Il serait nécessaire d'effectuer des recherches additionnelles en ce qui concerne les principaux symptômes en SP chez les VV étant donné que l'on dispose d'une information limitée dans la littérature.

Traitement pharmacologique chez les VV

En général, les médicaments les plus utilisés en SP pour les PTA sont similaires à ceux utilisés pour les PA. Parmi ces médicaments les opioïdes, les benzodiazépines et les antipsychotiques prennent une place importante (respectivement la morphine, le midazolam et l'halopéridone). Ces drogues peuvent varier en fonction de leur disponibilité dans les différentes régions du monde. L'étude australienne citée auparavant, qui comparait les principaux symptômes entre les PTA et les PA, a aussi

analysé l'utilisation des médicaments en les comparant entre les deux groupes ; les opioïdes et benzodiazépines ont été moins utilisés chez les PTA. Par exemple, la dose totale de morphine dans les trois derniers jours de vie était de 82,75 mg/72 heures pour les PTA versus 170,49 mg/72 heures pour les PA ($p=0,027$) ; la dose de midazolam était de 12,14 mg/72 heures pour les PTA versus 19,13 mg/72 heures pour les PA ($p=0,022$) ; la posologie de lorazepam était de 0,95 mg/72 heures pour les PTA versus 2,38 mg/72 heures pour les PA ($p=0,008$). L'halopéridone était le seul sans différence de dose. (1,72 mg/72 heures pour les PTA versus 2,80 mg/72 heures pour les PA ($p=0,112$)). (14).

Cette tendance, au moins dans l'utilisation des opioïdes, a été rapportée par plusieurs études. Une étude a analysé l'utilisation d'opioïdes chez les PTA atteint d'une douleur d'origine non-oncologique ; celle-ci retrouve une réduction de la fréquence de l'emploi des opioïdes chez les PTA. Par exemples, 37,1 % des patients entre 56 et 65 ans avec une douleur non-oncologique utilisent des opioïdes contre 9,4 % des patients au-delà de 76 ans (17).

Une explication pourrait être en rapport avec les changements physiologiques liés au processus de vieillissement comme la diminution de l'élimination des opioïdes au niveau rénal. Les PTA requéraient des doses inférieures en comparaison aux PA (18). D'autres facteurs pourraient expliquer la réduction de l'utilisation des opioïdes par exemple une perméabilité plus élevée de la barrière hémato-encéphalique, un seuil douloureux plus élevé ou, peut-être aussi, une réticence de la part des patients et des médecins pour l'usage de ces drogues (14).

En ce qui concerne l'utilisation des benzodiazépines, (en concordance avec l'étude australienne qui montrait que les PTA utilisent moins de benzodiazépines en SP), une analyse réalisée par Henderson en 2006 à l'hospice St Christopher de Londres sur l'utilisation des benzodiazépines en SP a montré que 58 % des patients recrutés avaient consommé des benzodiazépines. Parmi eux, 85 % avaient reçu le médicament la première fois. Il faut noter que tous ces patients avaient un âge moyen de 70 ans. Aucun patient au-delà de 80 ans n'avait reçu le médicament la première fois (19). Une autre explication possible sur l'utilisation moins fréquente des

benzodiazépines chez les PTA est l'altération de la pharmacocinétique et pharmacodynamique, en rapport avec la quantité supérieure de graisse de l'organisme et les modifications des récepteurs de benzodiazépines du système nerveux central. Ceci augmente la sensibilité de ce groupe avec en conséquence une prescription inférieure au fur et à mesure que l'âge augmente en raison des risques d'effets indésirables majeurs (14).

Quant aux anti-psychotiques, on peut s'attendre à une augmentation de leur utilisation et leur prescription chez les PTA du fait de l'augmentation des épisodes confusionnels (14).

De plus, un problème méthodologique persiste lors des études de prescription des médicaments des PA et PTA en SP puisque la plupart des études disponibles ont été conçues pour des populations plus jeunes ou de manière rétrospective.



Où décèdent les PTA de leur (en ?) maladie terminale ?

On pourrait penser que la plupart des PA et PTA décèdent chez-eux entourés par leurs proches. Or, la réalité est très différente, au moins pour les PTA. Une étude effectuée en Angleterre pour évaluer les lieux où les PTA souffrant d'un cancer décèdent et les facteurs influençant le lieu de fin de vie, met en évidence que :

- l'endroit où les PTA décèdent est influencé par le type de tumeur dont souffre le patient ; par exemple, les patients qui nécessitaient des soins plus complexes (par exemple tumeur cérébrale ou cervicale) ont tendance à décéder en établissement.
- les patients avec des maladies oncologiques d'origine hématologique ont tendance à décéder à l'hôpital (jusqu'à un 66%). Probablement en raison d'une mauvaise coordination avec les équipes de soins palliatifs, l'absence de places en établissement ou l'absence d'équipes de soins palliatifs à domicile. Une dernière option peut être due à la brièveté de temps entre le diagnostic et le décès du patient.
- lors d'une étude de patients centenaires, 49,9 % d'entre eux sont décédés dans un hôpital et 29,2 %

dans des établissements de soins. Ce qui fait que la plupart des patients sont décédés hors de chez eux.

- le domicile a été le principal endroit de décès des patients avec un cancer gastro-intestinal (24 %), suivi par ceux souffrant de cancer du poumon et intra-thoracique soit 23 % (20).

Une étude suédoise a analysé la dernière année de vie de PTA d'une moyenne d'âge de 92,5 ans et a trouvé que la plupart d'entre eux décédaient hors de leur foyers ; seulement 4,9 % décédaient chez eux, 20 % décédaient à l'hôpital et le reste dans une institution, un foyer de soins ou un hospice (10). Un grand pourcentage de patients, qui sont décédés institutionnalisés, étaient institutionnalisés depuis plusieurs mois avant leur décès. La plupart de ces patients se trouvaient dans les conditions difficiles avec les problèmes sévères de dépendance ou souffraient de démence. Au contraire, les patients qui se trouvaient chez eux avaient un réseau de soutien social plus important notamment de la part de leurs enfants ou de leur famille en général. Ainsi, on peut conclure que le type de maladie terminale, l'état fonctionnel et cognitif du patient influence le lieu du décès.

Directives anticipées chez les PTA

Connaitre les préférences du patient en termes de traitement s'avère d'une importance capitale. C'est pour cette raison que les directives anticipées sont d'une grande importance dans ce domaine.

Mais quel est l'état des connaissances sur ce sujet ?

En 2008, Wu et al. a (ont ?) étudié la présence de directives anticipées d'un groupe de PTA et qui sont décédés entre septembre 1999 et octobre 2000.

Ces préférences avaient été faites par le patient ou par procuration. Ces préférences se referaient au désir du patient sur son traitement (acceptation ou pas d'un traitement palliatif, hydratation artificielle, nutrition, hospitalisation, chirurgies, réanimation cardio-respiratoire). Seul 34 % des patients avaient noté une préférence et elle avait été exprimée par le patient ou par un membre de sa famille et cela en accord avec les préférences antérieures du patient. La majorité des préférences ont été documentées jusqu'au moment de l'hospitalisation du



patient (60 %). 29 % des patients ont exprimé leur désir de ne pas avoir de réanimation cardio-respiratoire, seulement 13 % ont accepté l'alimentation artificielle, 14 % la chirurgie, 9 % étaient d'accord d'être hospitalisé et 10 % de recevoir des soins palliatifs (21).

Une étude espagnole publiée par Fromiga en 2008 a analysé les circonstances dans lesquelles le décès est survenu dans un groupe de nonagénaires hospitalisés souffrant de démence et d'insuffisance cardiaque. Cette étude a montré que 56 % des patients avaient donné un ordre spécifique de ne pas recevoir de réanimation cardio-pulmonaire, 61 % des familles connaissaient la

Conclusion

En raison du changement épidémiologique auquel nous assistons aujourd'hui, il faudra que les professionnels de santé, en particulier ceux qui traitent les patients gériatriques, prennent conscience de l'importance des soins palliatifs dans le but de fournir de meilleurs soins à cette population.

Le développement d'autres études sur la population des PTA est essentiel et cela afin de connaître leurs comportements et la juste attitude durant la phase finale de leur vie pour être dans la capacité d'adapter nos SP à ce groupe d'âge.

Dr Juan Cuadros Moreno

Bibliographie

1. Trend 3: Rising Numbers of the Oldest Old. In *Why Population Aging Matters: A Global Perspective*. National Institute on Aging, National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services [Internet]. In: <http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/WPAM.pdf>. Vu le 6 octobre 2014.
2. Living Longer. *Global Health and Aging*. National Institute on Aging, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services, World Health Organization. [Internet]. In http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/global_health_and_aging.pdf. Vu le 6 Octobre 2014.
3. Chapter 1. Why Palliative care for older people is a public health priority. In: *Better Palliative Care for Older People*. World Health Organization, Europe. 2004. Chapter . pp 8-9.
4. Pautex S, Curiale V, Rexach L, Ribbe M, Van Den Noortgate N. A common definition of Geriatric Palliative Medicine. *Letters to the editor*. JAGS. 2010;58:790-91.
5. Chapter 1, The definition of palliative care. In: *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Worldwide palliative care alliance (WPCA) and World Health Organization. January 2014. Pp 7.
6. Melzer D, Beherooz T, Winder R, Masoli J, Henley, et al. Much more medicine for the oldestold: trends in UK electronic records. *Age and Ageing*. 2014;1-7.
7. Palliative care: more than once chance to get it right. Editorial. *The Lancet*. 2014 July; 384:103
8. Sleeman K, Gomes B, Higginson. Research into end of life cancer care - investment is needed. *The Lancet*. 2012 February;379:519.
9. Sean Morrison R. Research Priorities in Geriatric Palliative Care: An introduction to a New Series. *Journal of Palliative Medicine*. 2013;16(7) : 726-29
10. Ernest M, Malmberg B. End-of-life in the oldestold. *Palliative and Supportive Care*. 2010; 8:335-44
11. Abarshi E, Echteid A, Van Den Block L, Donker G, Delies L, et al. The oldestold and GP end-of-life care in the Dutch community : a nationwide study. *Age and Ageing*. 2010;39:716-22
12. Burnett J, Achenbaum A, Murphy K. Prevention and Early Identification of Elder Abuse. *Clin Geriatr Med*. 2014. Article in Press.
13. Pautex S, Zulian G. He is Very Old and He Will Die Anyway. *Journal of Palliative Medicine*. 2011;14 (6):681-82
14. Mohamad N, Zordan R, Flynn E, PhL J. The Care of the Very Old in the Last Three Days of Life. *Journal of Palliative Medicine*. 2011 ; 14 (2) : 1339-44
15. Zyczkowska J, Szczerbinska K, Jantzi M, Hirdes J. Pain among the oldestold in community and institutional setting. *Pain*. 2007;129:167-76
16. Patel K, Guralnik J, Danis E, Turk D. Prevalence and impact of pain among older adults in the United States: Findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. *Pain*. 2013;154:2649-57.
17. Edlund M, Austen M, Sullivan M, Martin B, Williams J, et al. Patterns of opioid use for chronic noncancer pain in the Veterans Health Administration from 2009 to 2011. *Pain* (2014) . Article in Press. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2014.08.033>.
18. Mercadante S, Arcuri E: Pharmacological management of cancer pain in the elderly. *Drugs Aging* 2007;24:761-776.
19. Henderson M, MacGregor E, Sykes N. The use of benzodiazepines in palliative care. *Palliative Medicine*. 2006;20:407-12.
20. Lock A, Higginson I. Patterns and predictors of place of cancer death for the oldestold. *Research Article. BMC Palliative Care*. 2005;4:6.
21. Wu P, Lorenz K, Chodosh, J. Advance Care Planning among the Oldest Old. *Journal Of Palliative Medicine*. 2008; 11(2): 152-57.
22. Formiga F, López-Soto A, Navarro M, Riera-Mestre A, Bosch X, et al. Hospital Deaths of People Aged 90 and Over: End-of-Life Palliative Care Management. *Gerontology* 2008; 54:148-52.



Wikigeria est un projet expérimental



Le but de WIKIGERIA est de réaliser une encyclopédie gériatrique en ligne et collaborative. La connaissance médicale, scientifique ou encore sociale du vieillissement des personnes âgées est en évolution constante. Par conséquent, les gériatres, les médecins spécialistes d'organes, les médecins généralistes, les chercheurs, les infirmières, les physiothérapeutes et kinésithérapeutes, les nutritionnistes, les travailleurs sociaux ou encore les autres professionnels intéressés par les personnes âgées ont besoin d'informations et de données accessibles gratuites actualisées et transparentes.

Le projet Wikigeria est basé sur l'hypothèse qu'un wiki permettra aux professionnels du vieillissement d'obtenir toutes ces informations dans les meilleures conditions.

Cette encyclopédie collaborative et gratuite (en formation) s'adresse aux professionnels de la santé ou aux particuliers ayant un intérêt pour le vieillissement.

Le projet Wikigeria respecte les droits d'auteur et de propriété intellectuelle selon la licence Creative Commons. Wikigeria est disponible sous les termes de la licence Creative Commons Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les mêmes conditions internationales 4.0.

Pour plus d'information sur la Licence Creative Commons :

http://fr.wikipedia.org/wiki/Licence_Creative_Commons





SOMMAIRE

1 WIKIGERIA

2 A propos de Wikigeria

3 Table des matières

- 3.1 Qu'est-ce que la gériatrie et la gérontologie ?
- 3.2 Protocoles
- 3.3 Scores et échelles utiles en gériatrie
- 3.4 La fragilité
- 3.5 Le modèle bio-psycho-social
- 3.6 Prise en charge différentielle en fonction de la survie et de l'objectif de la qualité de vie
- 3.7 Le raisonnement médicale en gériatrie médicaux . 1 +2 +3 JP bouchon . Stratification et diagnostics connexes
- 3.8 Évaluations gériatriques standardisées
- 3.9 Histoire de la gériatrie en France et ailleurs
- 3.10 Système nerveux central et périphérique ; Neuropsychologie
- 3.11 Système cardiovasculaire
- 3.12 Système respiratoire
- 3.13 Pharmacologie
- 3.14 Syndromes gériatriques rares et spécifiques
- 3.15 Dermatologie du sujet âgé
- 3.16 Maladies gastro-intestinales
- 3.17 Système endocrinien
- 3.18 Ophtalmologie du sujet âgé
- 3.19 Troubles auditifs
- 3.20 Hématologie du sujet âgé
- 3.21 Système urinaire génital et rénal
- 3.22 Maladies infectieuses
- 3.23 Nutrition
- 3.24 Troubles musculo-squelettiques
- 3.25 Autonomie
- 3.26 Douleur
- 3.27 Soins palliatifs
- 3.28 Soins pré et post opératoire
- 3.29 Prévention
- 3.30 Gérontechnologie
- 3.31 La santé des femmes
- 3.32 Médecine légale
- 3.33 Questions ECN français
- 3.34 Cas cliniques gériatrique
- 3.35 De grandes études en gériatrie
- 3.36 Les grandes revues en gériatrie
- 3.37 Congrès et événements en gériatrie et en gérontologie

4 Pour commencer

A propos de Wikigeria

Wikigeria est une encyclopédie ou encore un guide de thérapeutique fait pour et par la communauté gériatrique en ligne, gratuite et multilingue. Un des objectifs de ce wiki est de fournir une information simple et utile rapide ou encore complexe et spécialisée en fonctions des besoins des lecteurs. La plupart des articles sont destinés aux professionnels spécialisés.

Tous les auteurs et les reviewers doivent déclarer leurs conflits d'intérêts en raison d'une volonté de transparence. Wikigeria reste en lecture libre pour tous les visiteurs mais la rédaction, la correction, la traduction sont protégées par des droits d'accès fournis par l'administrateur du site afin de prévenir d'éventuels mésusages. Si vous souhaitez obtenir des droits d'édition et devenir collaborateur du site contacter l'administrateur après vous êtes inscrits (Email administrator). Wikigeria est réalisé par le logiciel libre MediaWiki qui assure la traçabilité complète de l'histoire des articles et de leurs modifications.

Les articles sont rédigés si possible selon le modèle scientifique : titre, nature de l'article, résumé, introduction, objectifs, matériels et méthodes, discussion, conclusion, références le cas échéant et liens utiles. La plupart des articles sont des revues narratives/systématiques, des prises de positions ou des descriptions de pratiques professionnelles. Tous les articles sont unis d'une infobox détaillant leurs caractéristiques. Pour des raisons d'administration du site, le titre des pages originales est en anglais.

L'infobox est disponible en haut à droite de chaque article.

Une barre de langue est disponible en haut de chaque article. Les langues disponibles sont en bleu, les liens vides en rouge.

La rédaction des articles doit suivre le modèle standard de Wikigeria.

Les principes et l'état d'esprit de WIKIGERIA à l'attention des auteurs et des lecteurs

- Tout ce qui est simple est faux, mais tout ce qui ne l'est pas est inutilisable.
- In God we trust , all others must bring data.(1)
- Un avis d'expert vaut mieux qu'une recommandation mal comprise.
- « C'est en forgeant que l'on devient forgeron » (Principe qui permet de conjuguer la théorie et la pratique, souvent au prix de

nombreux efforts, personne ne devient gériatre par auto-proclamation mais après des années de formation pratique supervisées par ses pairs et de nombreuses périodes d'enseignement théorique).

- L'approche gériatrique doit prendre en compte à la fois le niveau de preuve scientifique et médicale, s'intégrer dans la structure environnementale et médico-psycho-sociale et raisonner sur un modèle polypathologique.
- Wikigeria est une forme moderne de la « soupe aux cailloux » ou comment mutualiser les connaissances et les attributs de chacun au profit de la communauté.
- Nous ne pouvons pas améliorer ce que nous ne pouvons pas mesurer. Tous les lecteurs sont invités à faire des commentaires sur les articles et des règles Wikigeria.
- Les auteurs de Wikigeria sont respectueux du droit d'auteur et de la propriété intellectuelle et restent cordiaux et bienveillants. Les administrateurs supprimeront tout article plagié et l'auteur sera bloqué. (Idem pour tous les mésusages de Wikigeria). Les auteurs et les reviewers doivent déclarer leurs éventuels conflits d'intérêt afin que les informations disponibles sur Wikigeria soient transparentes.

Voir aussi

- Wikigeria collaboration
- Règles d'utilisation Wikigeria
- Modèle pour la rédaction d'article



Vous voulez écrire un article sur Wikigeria ou traduire un article existant. (Email administrator)

Vous voulez proposer un article sans qu'il puisse être modifié ultérieurement. (Email administrator)

Vous voulez être auteur et avoir des droits spéciaux sur la modification de Wikigeria.(Email administrator)

Vous voulez ajouter une langue à Wikigeria. (Email administrator)

Vous êtes une institution ou une société savante et vous voulez soutenir Wikigeria. (Email administrator)

Vous souhaitez signaler un problème ou des questions. (Email administrator)



Bonne lecture



(1) " In God we trust , all others must bring data . Hastie, Trevor; Tibshirani, Robert; Friedman, Jerome (2009). The Elements of Statistical Learning (2nd ed.). Springer. Retrieved 201213-03-.



Prévention et gestion des chutes en institution

D. Mengue, L. Traoré, A. Nabalma, M. Ouamri, B. Lebreton, C. Aboa-Eboulé

Introduction

Un tiers des personnes de plus de 65 ans chutent au moins une fois au cours d'une année. Le risque de chuter augmente avec l'âge et est supérieur à 50 % chez les personnes de plus de 90 ans. La majorité des études montrent qu'en institution les personnes âgées ont un risque de chute plus élevé qu'à domicile, la moitié d'entre elles chuteront au moins une fois au cours de leur séjour. Ce risque est lié non seulement à l'âge mais aussi à l'augmentation du degré de fragilité et du niveau de dépendance qui entraînent une baisse de la mobilité avec des conséquences parfois dramatiques.

Objectifs

Les objectifs sont d'identifier les causes de chutes chez les résidents d'un EHPAD afin de limiter leur récurrence et leurs conséquences par la mise en place de procédure d'évaluation et de prise en charge.

Méthodes

En 2011, une première analyse a été effectuée sur 30 % (n=41) de 136 dossiers patients tirés au sort afin de créer un support informatique de signalement des chutes qui a été intégré à la démarche de soins. Dès janvier 2012, le plan guide de soins a été mis en ligne sur tous les postes informatiques permettant ainsi de déclarer les chutes directement puis de les transmettre à la direction des soins qui dispose d'un outil de recueil.

Résultats

L'EHPAD d'Avallon accueille 160 résidents répartis sur 4 unités. La moyenne d'âge des résidents était de 84,3 ans. L'EHPAD a enregistré 386 (79 %) (quoi ?) sur un total de 488 chutes, service de médecine, USSR et SAU inclus, avec 1,05 chute par jour et 2,4 chutes par résident.

Ces chutes ont concerné 87 résidents (54,4 %) âgés en moyenne de 83,7 ans. 63,2 % des chuteurs étaient des femmes et 60 % des résidents avaient chuté plus d'une fois. Le lieu de chute était un critère renseigné sur la quasi-totalité des fiches (384/386) ; dans 75 % des cas les chutes avaient lieu dans la chambre. L'unité de soins pour personnes âgées moyennement dépendantes avait le plus grand nombre de chutes soit 236 chutes par rapport à l'unité Alzheimer (124 chutes) et le service de soins médicotecniques (21 chutes). La moyenne de chutes dans cette unité était de 2,4 chutes par lit. Les lieux de chute étaient principalement la chambre (73 %), le couloir (8 %) et les toilettes (5 %). Les tranches horaires à risque étaient entre 20h et 0h avec 57 chutes (26 %) et entre 8h et 10h avec 26 chutes (11,8 %) sur un total de 220. Les circonstances de la chute ont été renseignées pour 172/236 fiches (72,9 %). Le moment du lever concerne 100 fiches sur 172 (58 %) principalement lors du trajet des toilettes à la chambre (26 chutes). Le mauvais chaussage était retrouvé dans 51 chutes sur 172 (29,6 %).

Discussion

Les résultats retrouvés dans notre étude sont cohérents avec ceux de la littérature. Les critères essentiels de la chute (heure, lieu, circonstances) sont assez bien renseignés. Il reste cependant une amélioration à faire concernant l'identification de causes extrinsèques tels que les traitements médicamenteux, l'environnement et les pratiques soignantes. La précision sur certains items est à définir en lien avec le temps d'appropriation de l'outil informatique par tous les soignants.

Conclusion

Au terme de cette étude, nous avons mis en place un protocole de prise en charge des chutes dans cet EHPAD. Une évaluation de l'impact de cette stratégie est prévue.



Revue de la littérature sur l'effet de la luminothérapie sur les fonctions cognitives

RESUME : Dr Marie Thevenet

Introduction

Le vieillissement de la population entraîne irrémédiablement une augmentation de la prévalence des démences, compliquées très fréquemment de troubles du comportement pouvant entraîner de multiples hospitalisations voire des institutionnalisations. L'exposition à la lumière vive ou luminothérapie est une thérapeutique étudiée depuis plusieurs années, avec des essais cliniques montrant quelques résultats encourageants.

Méthodes

Dans le but d'étudier l'efficacité de la luminothérapie, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en vue de sélectionner tout essai clinique randomisé contrôlé comparant les effets de la luminothérapie à un groupe contrôle sur les fonctions cognitives, les fonctions globales, les troubles du comportement, les troubles de l'humeur et/ou les perturbations du cycle veille-sommeil.

Les résultats de ces études ont été analysés de façon qualitative et quantitative, quand cela a été possible, avec une méta-analyse utilisant une méthode d'effets aléatoires.

Résultats

Notre recherche a permis d'inclure 11 essais cliniques randomisés et contrôlés, parus entre 1999 et 2011, pour un total de 643 patients. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer représentait la majorité avec 82,9 % des patients inclus. La moyenne d'âge s'échelonnait de 76,9 à 86 ans et le MMSE moyen à l'inclusion a été évalué entre 5,7 et 18,7.

L'intervention de luminothérapie était dans la majorité des études un plafonnier ou un boîtier lumineux installé en salle commune, diffusant de 1 000 à 12 000 lux avec une majorité s'étant fixé le seuil de 2 500 lux.

L'analyse qualitative a porté sur le sommeil, la cognition, la dépression et l'agitation. Aucune étude n'a conclu à une efficacité claire de la luminothérapie, mais plutôt modeste voire absente. La méta-analyse quantitative a pu être réalisée sur le MMSE (3 études) et la durée totale de sommeil par nuit (5 études). Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes.

Conclusion

Notre révision systématique de la littérature portant sur ces 11 études randomisées contrôlées n'a pas permis de relever d'effet significatif de la luminothérapie sur les fonctions cognitives, les troubles du comportement, de l'humeur ni du sommeil.

D'autres études ultérieures sont nécessaires pour permettre d'étudier plus de critères, avec des échantillons plus importants afin d'augmenter la puissance statistique.





Etude de la prévalence du Burn Out chez les internes de médecine générale d'Ile-de-France et du Languedoc-Roussillon

RESUME : Dr Marie Thevenet

La souffrance au travail est un sujet en plein essor et analysé depuis peu chez les médecins, y compris chez les internes. Les divers travaux réalisés dans cette population retrouvent des niveaux élevés préoccupants d'épuisement professionnel.

L'objectif de notre travail est d'étudier la prévalence du burn out chez les internes de médecine générale d'Ile-de-France et du Languedoc-Roussillon, et d'identifier les facteurs prédisposant ou protecteurs.

Un questionnaire comprenant le Maslach Burnout Inventory a été transmis aux internes de médecine générale ayant validé au moins un semestre d'internat. Le taux de participation est de 44,84 % en Ile-de-France et de 59,87 % en Languedoc-Roussillon.

23 % des internes présentent un épuisement émotionnel sévère, 38,8 % une dépersonnalisation sévère et 35,6 % un niveau de bas accomplissement personnel. 7,1 % présentent un burn out complet sévère et 35,8 % une absence totale de burn out. Les internes parisiens paraissent plus épuisés que les montpelliérains, et moins atteints de dépersonnalisation.

Un profil d'interne type à risque de burn out sévère est proposé et repose sur une triade : la prise contrariée des congés annuels, le manque de temps pour sa formation et soit la consommation de psychotropes soit un niveau de responsabilité insuffisant soit le désir de ne pas refaire médecine.

Le burn out existe chez les internes de médecine générale. Il est important de le reconnaître et de le prévenir afin d'éviter qu'ils ne deviennent les médecins « brûlés » de demain.



MOTS CLES

Burn out, épuisement professionnel, stress, internes de médecine générale. Maslach Burnout Inventory.

ANNONCES de recrutement



Basse-Normandie

Picardie

Midi-Pyrénées

Bretagne

Centre

Limousin

Aquitaine

Languedoc-Roussillon

Rhône-Alpes

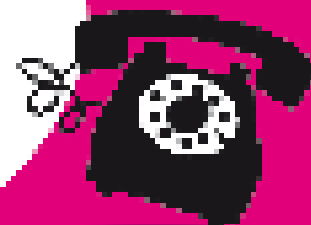
Rejoignez la communauté des Gériatres



Sur
Reseauprosante.fr

Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseauprosante.fr

APPEL A PARTICIPATION



**Et maintenant
à vous de jouer !**

Si vous êtes un Jeune Médecin Hospitalier :

Adhérez gratuitement à l'AJGH.

Pour adhérer rien de plus simple :

Faites-vous connaître en nous envoyant votre adresse Email via notre site Internet.

www.ajgh.fr

**Vous souhaitez être votre ami(e) des Jeunes Médecins Hospitaliers par l'AJGH ?
Contactez-nous ! sur nos coordonnées !**

**Vous avez des articles, des messages,
des idées ou des coups de gueule à nous faire partager ?**

COMMUNIQUEZ le nous via notre site Internet

www.ajgh.fr

**FAITES VIVRE votre
site INTERNET !!**