

LA GAZETTE

DU JEUNE GÉRIATRE



NUMÉRO 09

Novembre 2015

NUMÉRO GRATUIT



ARTICLES
THÉMATIQUES



L'ACTU



PROJET



MÉMOIRES & THÈSES



APPLI



ANNONCES
DE RECRUTEMENT



COMPOSITION DU BUREAU 2014 - 2015

Président
Dr Guillaume Deschasse

Président(e)s d'honneur
Dr Cédric Annweiler
Dr Sophie Moulins

Secrétaire Générale
Aurélie Tahar

Trésorier
Dr Guillaume Ducher

Rédacteur en Chef de la Gazette
Aurélie Tahar
Assistant : Guillaume Deschasse

Website et mailing list
Maître tisserand : Van Mô Dang
Assistants : Guillaume Deschasse,
Guillaume Ducher, Nabilla Ferahta,
Gilles Logia

Réseaux sociaux : Facebook & LinkedIn
Nabila Ferrata,
Anne-Sophie Gilloz,
Guillaume Deschasse

Référents locaux
Interrégion d'Ile-de-France
Hélène Vallet, Elise Cotto
(Paris)

Interrégion Sud-Ouest
Guillaume Ducher
(Clermont-Ferrand, Auvergne)

Interrégion Nord-Est
Dominique Mengue
(Avallon, Bourgogne)

Interrégion Nord-Ouest
Gilles Loggia
(Caen, Basse Normandie)

Interrégion Ouest
Florent Seite
(Poitiers)

Interrégion Rhône-Alpes
Mô Dang
(Grenoble)

Interrégion Antilles-Guyane
Tatiana Basileu
(Guadeloupe)

Interrégion Sud
Poste vacant

SOMMAIRE

PAGE
03

L'EDITO

PAGE
04

ARTICLE THÉMATIQUE

Utilisation des antiplaquettaires
Se faire vacciner : est-ce bien nécessaire docteur ?

PAGE
18

ACTUALITÉ

Dernières actualités gériatriques
abordées au cours de la 34^{ème} SFGG

PAGE
24

AJGH

Assemblée générale de l'Association des
Jeunes Gériatres Hospitaliers (AJGH),
27 novembre 2014

PAGE
26

MÉMOIRES ET THÈSES

Fiches mémoire

PAGE
32

APPLI

Plus de 30 000 professionnels de santé
convaincus par l'application 360 medics
en quelques semaines

PAGE
36

ANNONCES

de recrutement

L'EDITO

N° 09 | Mars 2015

Bonjour à tous,

Voici la 9^{ème} édition de la gazette du jeune gériatre avec une place d'honneur pour la médecine Romande puisque les 2 principaux articles scientifiques ont été écrits en Genève et Lausanne. En espérant que les thèmes gériatriques « antiagrégant plaquettaires par le Pr Jean-Luc Reny » et « vaccinations par le Dr Pierre-Olivier Lang » chez les personnes âgées. Et nous les remercions grandement pour cela.

Comme chaque année et pour un maximum de transparence nous publions le procès verbal de l'assemblée générale de notre association. L'assemblée a eu lieu comme chaque année lors du congrès de la Société Française de Gériatrie et de Gériatologie en Novembre 2014 à la Villette. Dans les grandes lignes, le nombre d'adhérent à l'AJGH progresse d'année en année et le bilan d'activité est satisfaisant. Bien que l'effectif représenté lors de l'assemblée générale soit modeste, il augmente sensiblement d'année en année et nous permet aussi d'être présents sur de nombreuses régions. Un de nos objectifs étant de parvenir à avoir suffisamment de membres actifs pour assurer un relai dans chaque région et interrégion.

Guillaume Ducher, responsable de l'AJGH pour l'Auvergne nous fait une rétrospectives des actualités durant le congrès de la SFGG.

Nous sommes heureux de publier les résumés de Thèses et de mémoires de. Comme vous le savez, la gazette permet de publier les résumés des thèses et mémoires des jeunes gériatres. Ce qui permet de valoriser vos travaux par une publication dans un périodique francophone sans comité de lecture, alors n'hésitez pas.

Nous nous permettons de faire un peu de publicité pour l'APP 360 medics. C'est un beau projet qui mérite toute nos attentions.

Si vous avez des commentaires, des remarques des idées ou des questions vous pouvez toujours nous contacter par mail ajgh.asso@gmail.com

Bonne lecture



Utilisation des antiplaquettaires : indications et limites chez les patients âgés

Jean-Luc RENY

Service de médecine interne et de réhabilitation, département de médecine interne, de réhabilitation et de gériatrie, Hôpital des Trois-Chêne, chemin du Pont Bochet, 3 – CH - 1226 Thônex-Genève – Suisse ; Geneva Platelet Group, faculté de médecine de Genève Tel.: +41(0)22.305.65.37 Fax : +41 (0)22.305.61.15 jean-luc.reny@hcuge.ch

Pierre FONTANA

Service d'angiologie et d'hémostase, département des spécialités de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, CH-1211 Genève 14 - Suisse ; Geneva Platelet Group, faculté de médecine de Genève.

INTRODUCTION

Les agents antiplaquettaires (AAP) récents telles que le ticagrelor et le prasugrel ont apporté un bénéfice en termes de réduction des événements ischémiques dans le cadre des syndromes coronariens aigus et de la prévention secondaire qui fait suite. Ces médicaments tout comme le clopidogrel augmentent le risque hémorragique lorsqu'ils sont combinés à l'aspirine et leur utilisation chez les patients âgés ou très âgés n'est pas simple. L'utilisation croissante et légitime des anticoagulants chez les patients âgés ayant une fibrillation atriale (FA) pose aussi le problème de leur association avec un antiplaquettaire chez des patients ayant à la fois une FA et un syndrome coronarien aigu (SCA) ou dans les suites de ce dernier. La gestion de ces associations d'antithrombotiques augmente le risque hémorragique et il convient de faire le choix optimal pour un vrai bénéfice net pour les patients. La question de l'aspirine en prévention primaire chez des patients âgés qui cumulent souvent de nombreux facteurs de risque mérite aussi d'être abordée.

Faut-il prescrire de l'aspirine en prévention primaire ?

Les recommandations américaines ont préconisé pour des patients allant jusqu'à 79 ans et cumulant un certain nombre de facteurs de risque la prescription d'aspirine en prévention primaire. Les recommandations européennes basées sur l'évaluation du risque par l'échelle SCORE étaient plus prudentes et limitées aux patients âgés de moins de 65 ans. Les toutes dernières recommandations européennes datant de 2012 (1) et faisant suite à une méta-analyse de grande envergure sur données individuelles ne préconisent plus la prescription d'aspirine en prévention primaire chez des patients sans maladie athéroscléreuse symptomatique avérée en raison du

risque accru de saignements. Il existe par contre un effet protecteur de l'aspirine sur la survenue de cancers mis en évidence dans des analyses *post-hoc* d'essais randomisés sur l'aspirine. Cet effet ne semble se manifester qu'après plusieurs années de prise d'aspirine et des études prospectives visant à tester spécifiquement cette hypothèse sont actuellement en cours.

En pratique il n'est donc pas conseillé de prescrire de l'aspirine en prévention primaire en particulier chez des sujets âgés mais lorsque ce traitement est en place depuis de nombreuses années, a été bien toléré et qu'il n'y a pas de raison formelle de l'interrompre nous proposons de le maintenir.

Quels antiplaquettaires prescrire après un syndrome coronarien aigu ?

Une association d'aspirine et d'un médicament anti-P2Y₁₂ est actuellement préconisée avec un niveau de preuve élevé pour la prise en charge des syndromes coronariens aigus quelque soit l'âge. Il est recommandé d'éviter la prescription de prasugrel chez les patients de plus de 75 ans. Il est donc possible de prescrire soit le clopidogrel soit le ticagrelor en association avec l'aspirine. Une analyse de l'étude PLATO a montré que le ticagrelor n'était pas associé à un sur-risque hémorragique chez les patients âgés allant jusqu'à 95 ans (2). Le bénéfice chez les patients âgés de plus de 75 ans est similaire à celui obtenu chez les patients plus jeunes pour le ticagrelor comparativement au clopidogrel avec une réduction absolue du risque de 1.5 % et 67 patients à traiter pour éviter un événement ischémique majeur à un an chez ces patients de plus de 75 ans (effectif faible de ce sous-groupe de patients âgés et différence non significative). La durée d'une association aspirine-clopidogrel ou aspirine-ticagrelor après un SCA est théoriquement d'un an d'après les études. Elle peut être rediscutée avec le cardiologue en cas de survenue d'hémorragie selon le type de stent mis en place lorsqu'une angioplastie a été réalisée. Un SCA traité médicalement sans angioplastie doit bénéficier d'une association aspirine-clopidogrel ou aspirine-ticagrelor. A la phase aiguë de la prise en charge il est important de rappeler qu'une dose de charge de clopidogrel doit être administrée faute de quoi l'efficacité du clopidogrel n'apparaîtra qu'après environ 5 jours si une simple dose de 75 mg quotidienne est administrée.



Fibrillation atriale et maladie coronarienne : anticoagulant et/ou antiplaquettaire ?

Il existe une grande crainte par rapport à l'utilisation des anticoagulants chez les sujets âgés parfois pour des raisons tout à fait légitimes mais le plus souvent sans rationnel bien établi. L'utilisation de SCORE de risque hémorragique de type HASBLED ou HEMOR2HAGES est une aide pour prédire le risque hémorragique mais devrait surtout être utilisé pour identifier des facteurs de risque modifiables et pas comme une contre-indication à l'utilisation des anti-vitamines K (AVK). Le bénéfice des AVK pour prévenir un événement cardio-embolique chez des patients âgés ayant une FA est important, avec un risque relatif de l'ordre de 0.35 soit une réduction de 65 % de ces événements sous AVK comparé à un placebo. Comparativement l'aspirine seule n'apporte qu'une réduction du risque de 20 % et un risque lui aussi non négligeable. La discussion devient plus complexe lorsqu'un patient a une FA et un SCA ou la mise en place d'un stent lors d'une angioplastie coronarienne. On peut ainsi voir des patients de tous âges avec une prescription associant anti-coagulants et aspirine au long cours du fait de leur arythmie et de leur maladie coronarienne. Il existe depuis 2010 un consensus (3) indiquant clairement que dans la majorité des cas, à un an et parfois moins d'une angioplastie coronaire, ces patients devaient recevoir un traitement par AVK seuls, le bénéfice étant similaire à celui de l'association AVK-aspirine alors que le risque hémorragique de l'association avec des antiplaquettaire est supérieur à celui des AVK seuls (figure 1). Ces données s'appliquent d'autant mieux aux patients âgés qui ont un risque hémorragique augmenté. L'utilisation des nouveaux anticoagulants oraux (NACO) à action antithrombine ou anti-Xa a permis une simplification du traitement sans surveillance biologique mais peut être associée à une augmentation du risque hémorragique en particulier chez des patients avec une insuffisance rénale sévère, phénomène plus fréquent chez nos patients âgés. L'association de ces NACO à l'aspirine revêt le même sur-risque hémorragique que l'association AVK-aspirine et devrait être évitée à distance d'un événement ischémique aigu.



Des recommandations très récentes (4) indiquent qu’une anticoagulation seule (AVK ou NACO) peut être maintenue à distance d’une angioplastie coronaire sans association avec un antiplaquettaire. On pourrait dans le cadre du dabigatran par exemple émettre certaines réserves compte tenu du sur-risque d’événements ischémiques cardiaques par rapport aux AVK pour ce type de patients ayant une FA et une maladie coronaire.

Message à retenir

La table 1 présente un résumé des propositions selon l’âge.

- Une prescription de novo d’aspirine en prévention primaire chez les sujets âgés doit être évitée.
- Un patient âgé présentant un SCA devrait bénéficier d’une association d’aspirine-ticagrelor ou aspirine-clopidogrel avec une dose de charge de clopidogrel de 300 ou 600 mg.

- Les patients ayant une FA et une maladie coronaire en dehors d’un événement ischémique aigu devraient bénéficier d’une anticoagulation seule sans adjonction d’antiplaquettaire en dehors de cas particulier à haut risque de thrombose coronaire à discuter avec le cardiologue.



References

1. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syvann M, Scholte op Reimer WJ, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The fifth joint task force of the european society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the european association for cardiovascular prevention & rehabilitation (eacpr). *Eur Heart J.* 2012;33:1635-1701

2. Husted S, James S, Becker RC, Horrow J, Katus H, Storey RF, Cannon CP, Heras M, Lopes RD, Morais J, Mahaffey KW, Bach RG, Wojdyla D, Wallentin L. Ticagrelor versus clopidogrel in elderly patients with acute coronary syndromes: A substudy from the prospective randomized platelet inhibition and patient outcomes (plato) trial. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2012;5:680-688

3. Lip GY, Huber K, Andreotti F, Arnesen H, Airaksinen JK, Cuisset T, Kirchhof P, Marin F. Antithrombotic management of atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing coronary stenting: Executive summary--a consensus document of the european society of cardiology working group on thrombosis, endorsed by the european heart rhythm association (ehra) and the european association of percutaneous cardiovascular interventions (eapci). *Eur Heart J.* 2010;31:1311-1318

4. Lip GY, Windecker S, Huber K, Kirchhof P, Marin F, Ten Berg JM, Haeusler KG, Boriani G, Capodanno D, Gilard M, Zeymer U, Lane D, Storey RF, Bueno H, Collet JP, Fauchier L, Halvorsen S, Lettino M, Morais J, Mueller C, Potpara TS, Rasmussen LH, Rubboli A, Tamargo J, Valgimigli M, Zamorano JL. Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary or valve interventions: A joint consensus document of the european society of cardiology working group on thrombosis, european heart rhythm association (ehra), european association of percutaneous cardiovascular interventions (eapci) and european association of acute cardiac care (acca) endorsed by the heart rhythm society (hrs) and asia-pacific heart rhythm society (aphrs). *Eur Heart J.* 2014;35:3155-3179

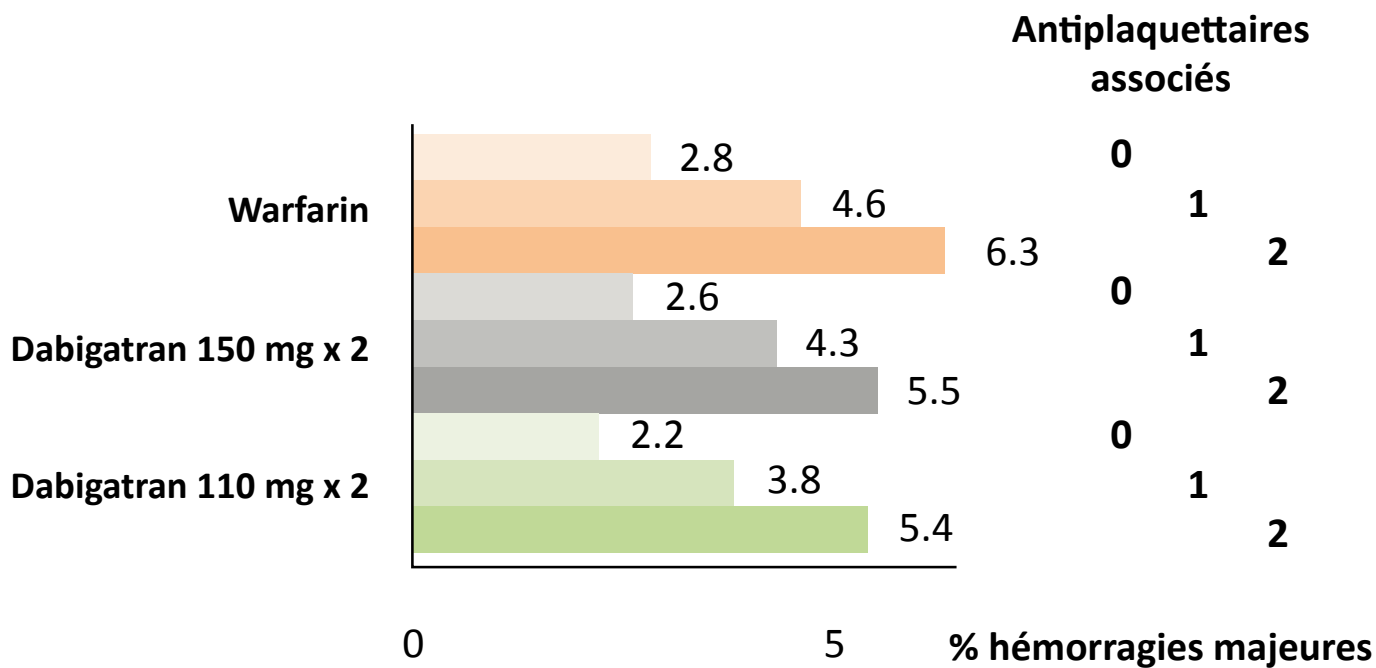
5. Reny JL, Roffi M, Fontana P. [antiplatelet agents and older patients: Which drugs and what evidence?]. *Rev Med Suisse.* 2013;9:2034-2038

6. Dans AL, Connolly SJ, Wallentin L, Yang S, Nakamya J, Brueckmann M, Ezekowitz M, Oldgren J, Eikelboom JW, Reilly PA, Yusuf S. Concomitant use of antiplatelet therapy with dabigatran or warfarin in the randomized evaluation of long-term anticoagulation therapy (re-ly) trial. *Circulation.* 2013;127:634-640

Table 1 : Utilisation pratique des antithrombotiques seuls et en association. Adaptée de Reny et al (5)

	Recommandations générales Sujets < 65-75 ans	« Suggestions » sujets > 75 ans
Prévention primaire	Aspirine ou rien	rien
SCA < 1 an	Aspirine + prasugrel OU Aspirine + ticagrelor	Aspirine + ticagrelor OU Aspirine + clopidogrel
Prévention II ^{aire} stable > 1 an	Aspirine OU clopidogrel	Aspirine OU clopidogrel
FA et maladie coronaire stable sans ou avec stent > 1 an	Anticoagulant seul	Anticoagulant seul
FA et maladie coronaire complexe (ex : thrombose stent)	Anticoagulant ± aspirine selon évaluation du risque et discussion multidisciplinaire	Anticoagulant ± aspirine selon évaluation du risque et discussion multidisciplinaire

Figure 1 : Taux annuels d’hémorragies majeures observés dans l’étude RE-LY6 selon le type d’anticoagulant oral (soit un antivitamine K de type Warfarin soit un inhibiteur direct de la thrombine de type Dabigatran à deux posologies différentes) et le nombre d’antiplaquettares associés. Figure adaptée de la publication originale (6).





Se faire vacciner : est-ce bien nécessaire docteur ?

Pierre Olivier LANG^{a, b}

a - Service de gériatrie et de réhabilitation gériatrique, Faculté de médecine et Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse.

b - Health and Well being academy, Anglia Ruskin University, Cambridge, England

Auteur correspondant

Pr. Pierre Olivier LANG

Service de Gériatrie et réadaptation gériatrique, Département de Médecine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), MP16/04/417, Mont Paisible 16, CH -1011 Lausanne, Suisse

Tel : +41 (0)21 314 3803 – Fax : +41 (0)21 314 1720

Courriel : Pierre-Olivier.Lang@chuv.ch

Conflit d'intérêt :

L'auteur ne déclare aucun soutien financier ni autre conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

Résumé

Les maladies infectieuses que l'on peut prévenir par la vaccination sont actuellement encore responsables d'une importante morbi-mortalité et particulièrement dans la population âgée. Si la prévention vaccinale a longtemps été négligée dans cette population, les recommandations vaccinales actuelles sont malheureusement encore limitées à la grippe et à la vaccination antipneumococcique. Nous apportons ici un aperçu de ce qui pourrait être proposé en complément de ces deux vaccinations afin de favoriser un vieillissement en bonne santé et de qualité.

Mots clés : Vaccination, Vaccin, Recommandations, Vieillesse en bonne santé

Introduction

Depuis la première vaccination humaine par *Louis Pasteur* en 1881, les vaccins ont très largement démontré leur intérêt et leur utilité. L'éradication de la variole a prévenu 300 millions d'infections et probablement sauvé 100 millions de vies [1]. Dans les pays développés, les données épidémiologiques témoignent d'une réduction de l'incidence de 100 % de la poliomyélite et de plus de 90 % de la diphtérie, du tétanos, de la rubéole et des oreillons depuis la mise en place des campagnes de vaccination infantile [2, 3].

Cependant, aujourd'hui et bien que pour un bon nombre d'entre elles une prévention vaccinale soit disponible, les maladies infectieuses restent encore une des principales causes de morbi-mortalité dans le monde et pas uniquement chez les enfants bien au contraire [4, 5]. Aux USA, il a, par exemple, été montré qu'annuellement les maladies infectieuses que l'on peut prévenir par la vaccination étaient responsables de plus de 70 000 décès dans la population adulte pour « seulement » 200 chez les enfants [6]. Au-delà de l'imposant contraste de mortalité (une incidence multipliée par 350), ces affections sont également associées à une morbidité et une

consommation considérable des ressources de santé dont la gravité et l'importance augmentent également avec l'avancée en âge [7, 8].

Dans tous les pays développés, les programmes vaccinaux destinés aux nouveau-nés et aux enfants ont été clairement établis et plus que détaillés. Ils ont également été très bien acceptés par les pédiatres, les médecins généralistes et les parents [6]. Chez les sujets âgés, si la prévention a longtemps été un domaine négligé par la Santé publique, l'utilité de la vaccination l'a été plus encore [9, 10]. Les taux de couverture vaccinale mesurés dans cette population sont très nettement en deçà des recommandations formulées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et ce même dans les populations dites à haut risque [2, 11, 12].



Les recommandations actuelles en matière de vaccination chez l'adulte âgé se limitent trop souvent à la grippe et aux infections invasives à pneumocoques [5, 7, 13-16]. Elles devraient cependant également considérer d'autres affections telles que le zona [17, 18], ou des affections considérées à tort comme éradiquées comme la diphtérie, le tétanos [3] ainsi que la coqueluche qui est trop reconnue que comme une maladie uniquement infantile [10, 19, 20]. Si l'intérêt des vaccinations antigrippe et anti-pneumococcique (notamment le PCV-13) ne sont plus à démontrer [13, 16, 21], nous détaillerons plus particulièrement les bénéfices potentiels que peuvent apporter la vaccination contre le zona et les raisons qui ont conduit à considérer également celles contre la diphtérie,

le tétanos et la coqueluche dans les schémas de vaccination de l'adulte âgé. Les vaccinations concernant la prévention des risques infectieux chez les voyageurs (fièvres jaune et typhoïde, hépatites A et B, méningocoque, ...), ne seront pas abordées car les recommandations habituellement formulées dans la population générale doivent simplement et directement être appliquées à la population âgée sans limitations particulières [22, 13]. Il est important cependant de garder à l'esprit que la grippe saisonnière, est aussi une maladie du voyageur [13] et donc que tout voyage doit être l'occasion d'une évaluation de l'état des vaccinations courantes de nos patients.

Le recul de la couverture vaccinale Diphtérie/Tétanos

La disparition progressive dans la mémoire collective de la gravité des infections prévenues par la vaccination (diphtérie, tétanos, poliomyélite) [23], l'apparition d'une certaine méfiance vis-à-vis des vaccins [12, 24] et la croyance que les vaccins sont uniquement réservés aux enfants [23], ont favorisé le recul de la couverture vaccinale chez les adolescents et les jusqu'au plus âgés [23, 25]. Cette négligence a induit au fil du temps des modifications profondes de l'épidémiologie des infections à *Corynebacterium diphtheriae* et *Clostridium tetani*.

La diphtérie

En 1980, le nombre de cas de diphtéries notifié en Europe était inférieur à 100 000 [7]. La couverture vaccinale à cette époque était de 30 % alors qu'actuellement il représente 80-90 % de la population générale. Si trois doses de vaccin procurent une immunité totale sur plusieurs années, la durée de l'immunisation varie en fonction du contexte épidémiologique, de la fréquence de la stimulation naturelle et du renforcement de l'immunité antidiphtérique [26]. Aucun cas en rapport avec une souche toxigène n'a été déclaré en France depuis 1989. Des souches non toxigènes de *Corynebacterium diphtheriae* continuent cependant de circuler et sont responsables de septicémies, d'endocardites, d'atteintes articulaires et péri-articulaires notamment chez des personnes en situation de précarité [27] comme dans la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest [28-30].



Entre 1999 et 2008, le nombre total de cas déclarés en Europe a cependant considérablement augmenté, et cela principalement en Fédération de Russie (5 148 cas), au Royaume Uni (1 790 cas) et en Lituanie (625 cas) [7, 31]. Les raisons de cette résurgence sont : (I) la chute de la couverture vaccinale chez les enfants avec une couverture vaccinale passant en dessous de 50 % dans certaines régions ; (II) la baisse de l'immunité post-vaccinale chez les adultes en rapport avec l'absence de rappels à l'adolescence et durant la vie adulte ; et (III) l'importance des flux migratoires favorisant la diffusion de souches toxigènes. La population principalement infectée était des adolescents, des adultes et des personnes âgées de 65 ou plus non vaccinés [10]. En réponse, la réinstauration des campagnes de vaccination systématique dans les pays d'Europe de l'Est [32], a permis une diminution très significative du nombre de cas [33, 34]. D'une façon générale, le risque d'épidémie réapparaît dans un pays lorsque 30 % de la population n'est plus immunisée [35] et notamment lors de l'importation de la maladie par les voyageurs et les immigrants en provenance de pays d'endémie. Ainsi, la vaccination contre la diphtérie reste d'actualité chez l'adulte et l'adulte âgé qui pour plus de la moitié mal protégée contre la toxine diphtérique [36].

Le tétanos

D'une façon similaire, de part la vaccination le tétanos est devenu une maladie extrêmement rare et sa forme néonatale a complètement disparu des pays industrialisés. En Suisse, dix-sept cas ont été cependant déclarés au cours des dix dernières années. À l'exception d'une fillette originaire d'Albanie, 94 % étaient des femmes dont 82 % avaient plus de 60 ans et n'étaient pas ou insuffisamment vaccinées [10, 37]. En France, le tétanos est encore bien présent. Il a infecté 41 personnes entre 2005 et 2007, dont 13 seraient décédées [38]. Les cas concernaient également des personnes âgées (90 % avaient 70 ans ou plus) et des femmes (76 %). La porte d'entrée était des blessures (68 % des cas), de plaies chroniques (10 %), mais dans 22 % des cas elle était passée inaperçue. En Belgique, 27 cas ont été enregistrés entre 1983 et 1993 au sein d'un seul centre hospitalier [39] et à l'image de ce qui se passe dans tous les pays industrialisés, la majorité des cas sont des personnes non ou insuffisamment protégées et dont 30 à 40 % seront fatals [40, 41].

La vaccination antitétanique est une prévention extrêmement efficace. Une étude danoise a confirmé une protection post-vaccinale d'au moins 20 ans chez l'adulte avec cependant une persistance moins prolongée des anticorps chez les plus âgés [42]. Certains pays, comme la Finlande, la Nouvelle Zélande ou la Suisse ont d'ailleurs allongé à 20 ans l'intervalle entre 2 doses de rappel chez l'adulte, contre 10 ans habituellement [43-45] et après l'âge de 65 ans [37, 45]. L'ensemble de ces données suggère l'importance d'un taux de couverture vaccinale suffisant en assurant des rappels réguliers tout au long de la vie.

La poliomyélite : celle que l'on croyait à jamais disparue ?

La poliomyélite est une maladie infectieuse aiguë et contagieuse spécifiquement humaine causée par un virus du genre *Entérovirus*, le poliovirus sauvage (Sérotypes 1, 2 et 3). L'infection, transmise par voie digestive, est inapparente dans 90-95 % des cas, ou se traduit par des symptômes bénins et aspécifiques. L'atteinte du système nerveux central, complique environ 1 % des cas et principalement des enfants de 5 ans ou moins. Elle entraîne une méningite et s'accompagne dans 50 % des cas, d'une atteinte du motoneurone appelée poliomyélite flasque aiguë (PFA) [46]. La prévention vaccinale est l'unique moyen efficace pour lutter contre le virus et depuis l'instauration du programme de vaccination, plus aucun cas n'est recensé en Europe depuis 2002 [47, 48].

Mais, l'absence de maladie, les préoccupations croissantes de certains quant aux effets secondaires des vaccins, l'apparition de priorités concurrentes en matière de santé publique [12, 24, 48], il a été observé une diminution de la qualité de la surveillance et une accentuation des disparités en matière d'immunisation. Dans les trois régions indemnes de poliomyélite (Amériques, Europe et Pacifique occidental), la surveillance répondant aux normes de certification est maintenant considérée comme insuffisante, car seuls 25 pays des 80 respectent les indicateurs [48].

De ce fait, des enfants vulnérables ont été exposés au poliovirus et au risque d'incapacité permanente ou de décès, comme en atteste la flambée des cas après l'importation d'un poliovirus sauvage au Tadjikistan.

Au 7 juin 2010, 610 cas de PFA avaient été déclarés [49]. Ces données récentes démontrent l'importance et la nécessité de maintenir un taux de couverture vaccinale efficace, et ce même dans les pays où la poliomyélite est absente depuis longtemps. Une couverture vaccinale > 90 % est nécessaire pour prévenir la transmission de poliovirus dans la région Europe de l'OMS [50]. Cette vaccination reste donc d'actualité pour assurer un seuil d'immunité de groupe suffisant pour limiter au maximum le risque de réintroduction de poliovirus sauvage importé. Elle est donc recommandée chez l'adulte, tout comme le tétanos, sans limite d'âge, par un rappel tous les 10 ans, le plus généralement sous la forme d'un vaccin combinée [44].

Le zona : les bénéfices de la vaccination

Le virus de la varicelle et du zona (VZV) est un virus exclusivement humain qui comme tout virus de la famille des *herpesviridae* a la particularité de pouvoir devenir latent puis de se réactiver après plusieurs décennies. La varicelle étant une maladie infantile touchant 95 % de la population, généralement durant l'enfance, toute la population adulte doit être considérée comme à risque de développer un zona à un moment ou un autre de son existence [18].



Les personnes âgées représentent cependant la population la plus à risque. En effet, si dans la population générale l'incidence annuelle du zona est estimée à 1,5 – 4,0 cas pour 1 000 personnes, elle est faible avant l'âge de 50 ans et 8 à 10 fois plus fréquente après la 6^{ème} décennie [51]. Cette susceptibilité est expliquée par la diminution de l'immunité spécifique contre

le VZV ; l'immunosénescence elle-même associée à la susceptibilité accrue à développer des maladies tumorales et auto-immunes avec l'avancée en âge ainsi que l'augmentation du recours aux thérapies immunosuppressives et/ou altérant l'immunité cellulaire [8, 17].

Les névralgies post zostériennes (NPZ) sont la complication du zona la plus invalidante et soulevant le plus grand défi thérapeutique. Les douleurs peuvent durer des semaines, des mois et parfois des années. Après l'âge de 50 ans, 50 % des personnes avec un zona développent des NPZ et le risque augmente encore avec l'âge [52]. Initiés dans les 72 premières heures de l'éruption, trois antiviraux (Aciclovir, Valacyclovir et Famciclovir) ont démontré leur efficacité dans le traitement du zona et sont associés à une résolution plus rapide des névralgies aiguës; mais l'effet antalgique à la phase aiguë est modeste [53] et leur efficacité dans la prévention des NPZ n'a pas été démontrée [54].

Dans un vaste essai randomisé contrôlé contre placebo, Oxman *et al* ont démontré que l'immunité cellulaire spécifique contre le VZV était non seulement stimulée par le vaccin à virus vivant atténué Oka/Merk mais diminuait l'incidence du zona de 51 % [55]. Ce vaccin contient 18 700 à 60 000 unités virales, soit bien plus que dans le vaccin contre la varicelle. Un des critères de jugement, sur les 3 années de suivis, était le fardeau de la maladie. Il s'agissait d'un critère composite considérant l'incidence, la sévérité et la durée des douleurs et l'inconfort associé au zona. Ainsi la vaccination conduisait à une réduction significative du fardeau de 61 % et de 66 % de l'incidence des NPZ. La tolérance au vaccin était bonne avec uniquement des réactions modérées au site d'injection. En cas de survenue d'un zona malgré la vaccination, l'incidence, la durée et de l'intensité des NPZ étaient également diminuées. De façon plus récente, la vaccination contre le zona a montré son efficacité dans la réduction du fardeau fonctionnel occasionné par le zona dans la réalisation des activités de base de la vie quotidienne et dans l'amélioration de la qualité de vie ressentie [56]. De façon complémentaire, il a aussi été démontré que la réponse immune cellulaire induite par la vaccination était identique voire encore supérieure à l'immunité induite par la réactivation chez les sujets âgés de moins de 75 ans [57] et que l'intensité de réponse



immune cellulaire suivant la vaccination ou la réactivation est associée à la diminution de l'incidence des NPZ [58]. Cette vaccination, constitue une importante avancée dans la prise en charge du zona. Cependant son utilisation est encore fortement limitée par des contraintes de conservation et les résultats des analyses de coût-efficacité sont parasités par une durée de protection vaccinale encore mal précisée [17, 59].



Bien qu'en 2007 l'EMA (*European Medicine Agency*) ait validé son autorisation de mise sur le marché et que l'Union Européenne recommande son administration dès l'âge de 50 ans [17, 53], le vaccin n'est actuellement disponible qu'aux États-Unis et en Autriche [17]. Dans le reste de l'Europe, la Grande-Bretagne ainsi qu'en France, il devrait être enfin disponible à la fin 2015. Dans son dernier rapport, le Haut Conseil de la santé publique recommande cette vaccination chez les adultes âgés de 65 à 74 ans révolus avec un schéma vaccinal d'une seule dose. Durant la première année suivant l'inscription du vaccin au calendrier vaccinal, les personnes âgées de 75 à 79 ans révolus pourront être vaccinées dans le cadre d'un rattrapage (<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=390>). Le vaccin n'est pas préconisé pour les personnes ayant un déficit immunitaire primaire ou acquis et chez les sujets prenant un traitement immunosuppresseur [17]. Cependant les individus immunosupprimés sont hautement à risque de développer un zona [51]. Ainsi, la vaccination pourrait également être proposée avant toutes situations conduisant à une immunosuppression telles qu'avant l'instauration d'une corticothérapie au long cours pour une polyarthrite

rhumatoïde, lupus ou une autre maladie auto-immunes, une chimiothérapie anticancéreuse pour un cancer du sein par exemple [13, 17].

Cependant et malgré les bénéfices démontrés, le vaccin n'a pas eu le succès attendu lors de sa commercialisation aux USA en 2007 (1,9 % chez les 60 ans ou plus) [60] et sa diffusion est encore fortement limitée en Europe pour des raisons de technique de production et de respect de certaines normes [61, 62]. De plus les conditions de sa conservation et de son utilisation sont extrêmement contraignantes [62]. Le vaccin actuel (Zostavax®) doit obligatoirement être conservé congelé (-15°C) et doit être reconstitué avec un diluant stocké séparément (température ambiante ou réfrigéré) pour être utilisé dans les 30 minutes [17]. Les discussions autour du remboursement du vaccin n'ont pas non plus contribué à faciliter la chose [62]. Aux USA, le programme *Medicare* ne rembourse les 153,93 \$ de la dose de vaccin qu'après obtention d'un accord préalable. En France, le Haut conseil de santé publique a considéré que le Zostavax® apportait une amélioration du service médical rendu mineure (ASMR IV) dans la prévention du zona, dans les populations recommandées. Il doit encore être discuté si le vaccin sera ou pas remboursé (110 € la dose) [17]. Le Zostavax est considéré comme susceptible d'avoir un impact significatif sur les dépenses de l'assurance maladie au sens du code de la sécurité sociale (article R.161-71-1, I, 2°) et en conséquence, la Commission d'évaluation économique et de santé publique doit encore précéder à son évaluation médico-économique.

La coqueluche : une maladie « infantile » sous diagnostiquée chez l'adulte

La coqueluche est une maladie bien connue du nourrisson, avec sa toux persistante en quintes, son cri du coq inspiratoire mais aussi les pneumonies (20-30 %), les détresses respiratoires (14 %) et les encéphalopathies (0,8 %) pouvant conduire au décès. Cette maladie des voies respiratoires est hautement contagieuse ; 80 % des personnes non immunisées d'un même foyer pourraient être infectées [63]. La vaccination des enfants a permis une réduction de 99,6 % des cas rapportés entre 1930 et 1970 [64]. En Suisse, par exemple, l'incidence annuelle de la coqueluche ne cesse d'augmenter depuis 1992 en

passant notamment par la grande épidémie de 1994-95 (40 000 cas) [10]. Malgré une couverture vaccinale chez les nourrissons (24-35 mois) de 92,4 % (≥ 3 doses) et 81,3 % (≥ 4 doses), une coqueluche pour 5 000 consultations était encore rapportée en 2002-2003 [10]. Il est estimé à 4 000 annuellement le nombre de cas chez l'adulte, dont 41 % ont plus de vingt ans [45]. Aux USA, entre 1990 et 2001, le nombre de cas de coqueluche a augmenté de 400 % chez les adolescents et les adultes [20]. En Europe entre 1998 et 2002, l'augmentation du nombre de cas a atteint 115 %. En Belgique [65], en France [66], comme dans le reste des pays de l'Union Européenne [19], on assiste à une augmentation générale du nombre de cas de coqueluche et cela dans tous les groupes d'âge y compris les personnes âgées. Cette situation est principalement expliquée par la baisse de l'immunité post-vaccinale 5 à 10 ans après la vaccination [67, 68]. En effet, ni la coqueluche ni la vaccination n'induisent une immunité permanente. Les grands enfants, adolescents et adultes même correctement immunisés durant l'enfance redeviennent rapidement vulnérables [69]. Des données Suisse révèlent que 84 % des nourrissons hospitalisés avec une source infectieuse connue ont été en fait contaminés par leurs parents [45]. Les grands-parents en charge de leurs petits-enfants ou de nourrissons sont aussi une source de transmission reconnue [13].

Chez l'adulte, le diagnostic de coqueluche est difficile. Il concerne pourtant jusqu'à 30 % des adultes consultants pour une toux évoluant depuis plus de 2 semaines [66]. A cet âge, et encore plus chez les personnes âgées, la maladie se complique de syncopes,

d'incontinences urinaires d'effort, de dorsalgies, de fractures de côtes et de l'apparition de hernies [63]. Après 75 ans, elle conduit dans 80 % des cas à une hospitalisation [7].

Afin de protéger les adultes, au-delà du respect des recommandations vaccinales du nourrisson [70], un rappel dit « préscolaire » [71], ainsi qu'une dose de rappel chez l'adulte après 25 ans [72] devraient être également préconisés. Ce rappel a d'ailleurs démontré son efficacité, en diminuant la circulation de la bactérie et en protégeant les nourrissons non vaccinés ou partiellement protégés [72, 73]. Il vient d'être intégré dans les plans Belge, Français et Suisse de vaccination des adultes [44,45]. Ainsi, un rattrapage vaccinal avec un vaccin quadrivalent dTcaPolio (Repevax®) pourra être proposé chez l'adulte n'ayant pas été immunisé contre la coqueluche au cours des dix dernières années. Cela peut se faire à l'occasion du rappel de DTP. Ce vaccin combiné contient doses réduites d'anatoxine diphtérique (d) et d'antigènes coquelucheux (ca). Une dose unique de vaccin dTpa (Boostrix®), contenant uniquement diphtérie-tétanos, peut également être considérée en fonction du risque lié à la poliomyélite. En l'état actuel des connaissances, notamment sur la durée de protection et la tolérance de doses répétées, il n'y a pas lieu d'administrer plus d'une dose de vaccin quadrivalent chez l'adulte. Si la vaccination contre la coqueluche est recommandée également pour les personnels soignants travaillant en milieu pédiatrique [45], cela concerne également les professionnels de santé travaillant dans les EHPAD [44]. Cette mesure s'applique aussi aux étudiants des filières médicales et paramédicales.

Conclusion

Cette revue a présenté les mutations épidémiologiques observées avec la diphtérie, le tétanos et de la coqueluche. Elle démontre qu'un vieillissement de qualité et en bonne santé peut être directement influencé par les politiques et les attitudes en matière de prévention durant l'enfance et la vie adulte. Elle souligne également la nécessité de politiques de prévention en matière de vaccination qui doivent être appliquées à l'échelle de la vie. Cependant, si des recommandations peuvent être un pas en avant pour la promotion du vieillissement en bonne santé, il est de notre devoir, à nous praticiens, de (I) les appliquer et de (II) combler les « inégalités » séparant les grands-parents et les petits-enfants en matière de couverture vaccinale, car un praticien convaincu est un patient vacciné.



Références

1. Flower D, Bioinformatics for vaccinology, ed. 2nd ed. Oxford - UK: Wiley-Blackwell. 2008.
2. World Health Organization (WHO), The centralized information system for infectious diseases (CISID). 2009: Geneva, Switzerland.
3. Lang PO, Aspinall R. Les effets indésirables de l'immunité de « groupe » ou quand la vaccination infantile devient délétère pour l'épidémiologie infectieuse de l'adulte. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2011;9:11-9.
4. Gavazzi G, Krause KH, Ageing and infection. *Lancet Infect Dis*, 2002;2:659-66.
5. Lang PO, Mitchell WA, Govind S, Siegrist CA, Aspinall R, Vaccine effectiveness in aged individuals: what has been learnt from influenza vaccine experience. *Ageing Res Rev*, 2011;10:389-95.
6. Poland GA, Jacobson RM, Ovsyannikova IG, Trends affecting the future of vaccine development and delivery: the role of demographics, regulatory science, the anti-vaccine movement, and vaccinomics. *Vaccine*, 2009;27:3240-4.
7. Michel JP, Lang PO, Promoting life-course vaccination. *Rejuvenation Res*, 2011;14:75-81.
8. Lang PO, Mitchell WA, Lapenna A, Pitts D, Aspinall R, Immunological pathogenesis of main aged-related diseases and frailty: role of immunosenescence. *Eur Geriatr Med*, 2010;2:112-21.
9. Michel JP, Gusmano M, Blank PR, Philp I, Vaccination and healthy ageing: How to make life-course vaccination a successful public health strategy. *Eur Geriatr Med*, 2010;1:155-65.
10. Lang PO, Michel JP, La vaccination: le programme de toute une vie. *Rev Med Suisse*, 2010;6:2118-24.
11. Blank PR, Schwenkglenks M, Szucs TD, Vaccination coverage rates in eleven European countries during two consecutive influenza seasons. *J Infect Dis*, 2009;58:446-58.
12. Lang PO, Aspinall R, Immunosenescence and herd immunity: with an ever-increasing aging population do we need to rethink vaccine schedules? *Expert Rev Vaccines*, 2012;11:167-76.
13. Lang PO, Aspinall R, Vaccination in the elderly: what can be recommended? *Drugs Aging*. 2014;31:581-99.
14. Lang PO, Michel JP, Se faire vacciner après 60 ans: pourquoi et comment ? *Neur Psychiatr Geriatr*, 2012;12:103-110.
15. Lang PO, Mendes A, Socquet J, Assir N, Govind S, Aspinall R, Effectiveness of influenza vaccine in aging and older adults A comprehensive analysis of the Evidences. *Clin Inter Aging*, 2012;7:55-64.
16. Lang PO, Vaccination anti-pneumococcique : état des lieux et perspectives. *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, 2012;12:111-20.
17. Lang PO, Michel JP, Herpes Zoster vaccine: what are the potential benefits for the ageing and older adults? . *Eur Geriatr Med*, 2011;2:134-9.
18. Lang PO, Le zona : son fardeau et sa prévention. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2011;9:391-7.
19. Celentano LP, Massari M, Paramatti D, Salmaso S, Tozzi AE, Resurgence of pertussis in Europe. *Pediatr Infect Dis J*, 2005;24:761-5.
20. Guris D, Strebel PM, Bardenheier B, et al, Changing epidemiology of pertussis in the United States: Increasing reported incidence among adolescents and adults, 1990-1996. *Clin Infect Dis*, 1999;28: 1230-7.
21. Aspinall R, G.S., Lang PO, Efficacité des vaccins antigrippes chez la personne âgée. *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, 2012;12:121-30.
22. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), Recommandations sanitaires pour les voyageurs. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (BHE)*, 2011;18-19:205-28.
23. Baeyens JP, Lang PO, Michel JP, Willingness to vaccinate and to be vaccinated in adults. *Aging Clin Exp Res*, 2009;21: 244-9.
24. Poland GA, Jacobson RM, The age-old struggle against the antivaccinationists. *N Engl J Med*, 2011; 364:97-9.
25. Evans MR, Prout H, Prior L, Tapper-Jones LM, Butler CC, A qualitative study of lay beliefs about influenza immunisation in older people. *Br J Gen Pract*, 2007;57:352-8.
26. World Health Organization (WHO), Les bases immunologiques de la vaccination. La diphtérie. Accessible sur internet : <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF-IBI-f/mod2>, 1993.
27. Institut de Veille Sanitaire (Invs). La diphtérie en France en 2000, dans : Surveillance des maladies infectieuses. 1998-2000 : 81-84. 2003. Disponible sur internet : <http://www.invs.sante.fr/publications/2003/snmi/index.htm>.
28. Wagner KS, White JM, Neal S et al, Screening for *Corynebacterium diphtheriae* and *Corynebacterium ulcerans* in patients with upper respiratory tract infections 2007-2008: a multi-centre European study. *Clin Microbiol Infect*, 2011;17:519-25.
29. Zasada AA, Baczevska-Rej M, Wardak S, An increase in non-toxigenic *Corynebacterium diphtheriae* infections in Poland--molecular epidemiology and antimicrobial susceptibility of strains isolated from past outbreaks and those currently circulating in Poland. *Int J Infect Dis*, 2010;14:e907-12.
30. von Hunolstein C, Alfaroni G, Scopetti F et al, Molecular epidemiology and characteristics of *Corynebacterium diphtheriae* and *Corynebacterium ulcerans* strains isolated in Italy during the 1990s. *J Med Microbiol*, 2003;52:181-8.
31. World Health Organization (WHO), WHO, Vaccine preventable diseases: monitoring system. Disponible sur internet : http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/who_ivb_2007_eng.pdf.
32. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Diphtheria Epidemic - New Independent States of the Former Soviet Union, January 1995-March 1996. *MMWR*, 1996;45:693-7.
33. Dittmann S, Wharton M, Vitek C et al, Successful control of epidemic diphtheria in the states of the former Union of Soviet Socialist Republics: lessons learned. *J Infect Dis*, 2000;181:Suppl. 1:S10-22.
34. Kembabanova G, Askarova J, Ivanova R, Deshevoi S, Vitek C, McNabb SJN, Epidemic investigation of diphtheria, Republic of Kazakhstan, 1990-1996. *J Infect Dis*, 2000;181:Suppl.1; S94-97.
35. Lang PO, Govind S, Michel JP, Aspinall R, Mitchell WA, Immunosenescence: Implications for vaccination programmes in adults. *Maturitas*, 2011;68:322-30.
36. Edmunds WJ, Pebody RG, Aggerback H et al, The sero-epidemiology of diphtheria in Western Europe. ESEN Project. *European Sero-Epidemiology Network. Epidemiol Infect*, 2000;125:113-25.
37. Office fédéral de la santé publique (OFSP), Plan de vaccination Suisse 2012. Disponible sur internet <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/000682/00684/02535/index.html?lang=fr>
38. Antona D, Le tétanos en France en 2005-2007. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (BHE)*, 2008; 30-31:273-6.
39. Peetermans WE, Schepens D, Tetanus - still a topic of present interest: a report of 27 cases from a Belgian referral hospital. *J Intern Med*, 1996;239:249-52.
40. Sanford JP, Tetanus - forgotten but not gone. *N Eng J Med*, 1995;332:812-3.
41. Hsu SS, Groleau G, Tetanus in the emergency department: a current review. *J Emerg Med*, 2001;20: 357-65.
42. Simonsen O, Bentzon MW, Kjeldsen K et al, Evaluation of vaccination requirements to secure continuous antitoxin immunity to tetanus. *Vaccine*, 1987;5:115-22.
43. Olender RM, Auranen K, Harkanen T et al, High tetanus and diphtheria antitoxin concentrations in Finnish adults - time to new booster recommendations? *Vaccine*, 2009;27:5295-8.
44. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (BHE)*, 2011;10-11;101-56.
45. Siegrist CA, Vaccinologie: nouvelles recommandations pour les rappels tétanos, diphtérie et coqueluche chez l'adulte. *Rev Med Suisse*, 2012;8:125-8.
46. Henderson DA, The eradication of smallpox - An overview of the past, present, and future. *Vaccine*, 2011 2011;29 Suppl 4:D7-9..
47. Minor PD, The Polio-Eradication programme and issues of the end game. *J Gen Virol*, 2012 2012;93:457-74.
48. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Comité régional de l'Europe Soixantième session (Moscou, Juillet 2010) : Éradication de la poliomyélite dans la Région européenne de l'OMS. [cited; Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/119551/RC60_fdoc16.pdf.

ARTICLES THÉMATIQUES

49. World health Organization (WHO), Progress towards eradicating poliomyelitis: Afghanistan and Pakistan, January 2010–September 2011. Wkly Epidemiol Rec, 2011;86:514-20.
50. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Update on vaccine-derived polioviruses--worldwide, July 2009-March 2011. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2011;60:846-50.
51. Lang PO, Belmin J, Michel JP, Zona des sujets âgés. Presse Med, 2009;38:571-83.
52. Lang PO, Pautex S, Belmin J, Michel JP, Herpes zoster-related pain in aged individuals: How to manage it safely. Eur Geriatric Med, 2010;1:273-5.
53. Schmid T, Pautex S, Lang PO, Douleurs zostériennes : une prise en charge adaptée à la personne âgée. Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie, 2012;12:157-62.
54. Li Q, Chen N, Yang J et al, Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia. Cochrane Database Syst Rev, 2009;2:CD006866.
55. Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR et al, A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. N Eng J Med, 2005;352:2271-84.
56. Schmader KE, J.G., Saddier P et al, Effect of a zoster vaccine on herpes zoster-related interference with functional status and health-related quality-of-life measures in older adults. J Am Geriatr Soc, 2010; 58:1634-41.
57. Weinberg A, Lazar AA, Zerbe GO et al, Influence of age and nature of primary infection on varicella-zoster virus-specific cell-mediated immune responses. J Infect Dis, 2010;201:1024-30.
58. Weinberg A, Zhang JH, Oxman MN et al, Varicella-zoster virus-specific immune responses to herpes zoster in elderly participants in a trial of a clinically effective zoster vaccine. J Infect Dis, 2009;200: 1068-77.
59. Chen N, Li Q, Zhang Y, Zhou M, Zhou D, He L., Vaccination for preventing postherpetic neuralgia. Cochrane Database Syst Rev, 2011;3:CD007795.
60. Lu P, Euler GL, Jumaan AO, Harpaz R, Herpes zoster vaccination among adults aged 60 years or older in the United States, 2007: Uptake of the first new vaccine to target seniors. Vaccine, 2009;27:882-7.
61. Komara FA, Herpes zoster vaccination: benefits and barriers. J Am Osteopath Assoc, 2009;109: S22-4.
62. Hurley LP, Lindley MC, Harpaz R et al, Barriers to the use of herpes zoster vaccine. Ann Intern Med, 2010;152:555-60.
63. Pósfay-Barbe KM, La coqueluche : une maladie à ne pas oublier. Rev Med Suisse, 2006;2:503-6, 509-11.
64. Rota MC, D'Ancona F, Massari M, et al, How increased pertussis vaccination coverage is changing the epidemiology of pertussis in Italy. Vaccine, 2005;23:5299-305.
65. Van der Wielen M, Van Damme P, Van Herck K, Schlegel-Haueter S, Siegrist CA, Seroprevalence of Bordetella pertussis antibodies in Flanders (Belgium). Vaccine, 2003;21:2412-7.
66. Gilberg S, Najamkepo E, Du Châtelet IP et al, Evidence of Bordetella pertussis infection in adults presenting with persistent cough in a French area with very whole-cell vaccine coverage. J Infect Dis, 2002;186:415-8.
67. Tanaka M, Vitek CR, Pascual FB, Bisgard KM, Tate JE, Murphy TV, Trends in pertussis among infants in the United States, 1980-1999. JAMA, 2003;290:2968-75.
68. van Amersfoorth SC, Schouls LM, van der Heide HG, et al, Analysis of Bordetella pertussis populations in European countries with different vaccination policies. J Clin Microbiol, 2005;43:2837-43.
69. Ward JI, Cherry JD, Chang SJ et al, Efficacy of an acellular pertussis vaccine among adolescents and adults. N Engl J Med, 2005;353:1555-63.
70. Diana A, Ninet B, Siegrist CA, Gervais A, Rohner P, La coqueluche circule encore. D'un récit d'une mini-épidémie à une mise au point. Forum Med Suisse, 2003;34:786-9.
71. Hviid A, Stellfeld M, Wohlfahrt J, Andersen PH, Melbye M, The impact of pre-school booster vaccination of 4-6-year-old children on pertussis in 0-1-year-old children. Vaccine, 2006;24:1401-7.
72. Halperin SA, Pertussis – a disease and vaccine for all ages. N Engl J Med, 2005. 353: p. 1615-7.
73. Casey JR, Pichichero ME, Acellular pertussis vaccine safety and efficacy in children, adolescents and adults. Drugs, 2005;65:1367-89.



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 À UN
ESPACE CANDIDAT



La Fédération hospitalière de France
est partenaire





Dernières actualités gériatriques abordées au cours de la 34^{ème} SFGG

Guillaume DUCHER, Elise FERCOT, CHU Clermont Ferrand

Introduction

Les 34^{èmes} journées de la Société Française de Gériatrie et de Gériologie (SFGG) qui se sont déroulées du 25 au 27 novembre 2014 à la Cité des Sciences de Paris ont été l'occasion d'aborder les dernières recommandations et actualités en gériatrie, sur lesquelles nous revenons au travers de cet article.

Devant l'impossibilité d'être exhaustif tant les sujets étaient nombreux, seuls les grands thèmes vous sont rapportés.

Revue de la littérature, quoi de neuf en gériologie ?

Une étude de 2013 confirme l'idée reçue que l'hydratation parentérale chez un sujet en fin de vie atteint d'un cancer évolué, n'améliore ni la survie, ni la qualité de vie, ni les symptômes psychiques, ni même l'inconfort (1)

Le dynamomètre prend une place de plus en plus importante en gériatrie et pourrait s'intégrer à l'Evaluation Geriatrique Standardisée (EGS). En effet, une faible force musculaire au hand-grip test (dynamomètre) est significativement corrélée à une faible mobilité, à une réserve fonctionnelle altérée, à un déclin cognitif ainsi qu'à une dénutrition. Il s'agit d'un facteur prédictif de décès et d'allongement de la durée moyenne de séjour. La force de préhension est également un paramètre de récupération fonctionnelle postopératoire (intervention orthopédique) (2). Son utilisation en pratique clinique quotidienne semble inévitable.

Revue de la littérature, quoi de neuf en gériatrie ?

Mise au point sur la démence :

La diminution actuellement constatée de l'incidence des démences est liée à un meilleur niveau d'éducation de la population âgée, à une amélioration des conditions de vie et surtout à une meilleure gestion des facteurs de risque cardiovasculaire (3)

A contrario, parmi la population qui a présentée à l'âge adulte une obésité, la prévalence des démences est plus importante et a tendance à augmenter, soulignant le rôle des facteurs de risque cardiovasculaire dans le développement de cette pathologie (4)

En ce qui concerne un éventuel support génétique : seul l'effet majeur de l'ApoE4 est démontré, tous les autres facteurs génétiques sont négligeables (5)

Les nouvelles données sur le tabac infirment son caractère protecteur, suggéré par de précédentes études qui comportaient des erreurs méthodologiques.

Mise au point sur les pathologies cardiovasculaires :

La digoxine est à éviter dans le traitement d'une fibrillation auriculaire ou d'une insuffisance cardiaque du fait d'une augmentation considérable de la mortalité. Il faut alors privilégier les β bloquants (6).

La **spironolactone** doit être prescrite uniquement pour une insuffisance cardiaque à fonction systolique altérée. Elle ne présente aucun intérêt dans les insuffisances cardiaque diastolique voire même peut être dangereuse par l'hyperkaliémie engendrée.

Les essais cliniques sur le **LCZ 696** (Valsartan/sacubitril) qui associe un ARAII et un inhibiteur de la Neuprilysin (la neuprilysin dégradant le facteur natriurétique atrial) ont prouvé, en comparaison avec l'Enalapril (IEC) dans

le traitement de l'insuffisance cardiaque, une diminution de 20 % de la mortalité, et une diminution de 21 % des hospitalisations pour décompensation cardiaque. Il a ainsi été prouvé une supériorité manifeste par rapport au traitement de référence (7).



Le Serelaxin (Reasanz), peptide vasoactif agissant en augmentant les taux de monoxyde d'azote et en favorisant le remodelage ventriculaire dans l'insuffisance cardiaque aigue, fait l'objet actuellement de nombreuses publications. Il a prouvé son efficacité avec une diminution de la dyspnée dans l'insuffisance cardiaque aigue par rapport au placebo mais surtout diminue de 37 % la mortalité cardiovasculaire et de 37 % la mortalité toute cause (8)(9).

La carence martiale aggrave le pronostic des insuffisants cardiaques. La restauration des stocks, quelque soit l'âge et le taux d'hémoglobine, permet une amélioration fonctionnelle ainsi qu'une diminution de 61 % du taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque (10).

Innovation thérapeutique dans la fibrillation atriale : la fermeture de l'auricule gauche par technique WATCHMAN permet de prévenir les complications thromboemboliques (11). En comparaison aux AVK (warfarine), la technique watchman est non inférieure, sans différence de complication secondaire maintenant que la technique chirurgicale est au point. Par rapport à une

absence de prévention thromboembolique dans la FA, cette technique diminue de 60 % la mortalité cardiovasculaire et de 34 % la mortalité toute cause. Cette technique a alors été autorisée par la HAS.

Fibrillation atriale non valvulaire et maladie thromboembolique veineuse : apports des anticoagulants oraux directs chez le sujet âgé

Le débat sur les anticoagulants oraux directs (AOD) est un sujet d'actualité sur lequel il peut être difficile de se faire une opinion tant les informations semblent controversées. Molécules nouvelles dont l'efficacité ne peut être biologiquement surveillée et absence d'antidote sont les points négatifs les plus souvent rapportés, auxquels les défenseurs des AOD rétorquent les points forts d'une activité immédiate, de molécules à demi-vie courte responsables de moins de saignements graves, malgré l'absence d'antagonisation.

Le congrès de la SFGG, au travers des études présentées, a pu nous apporter quelques éléments plus clairs de réponses.

Comparés aux AVK dans les indications de fibrillation auriculaire non valvulaire ou de maladie thromboembolique veineuse, les AOD apportent une efficacité supplémentaire de 35 %, diminuent de 51 % le risque de saignement intracérébral et de 14 % le risque de décès mais augmentent de 21 % le risque d'hémorragie digestive. En conséquence, il est noté un taux d'hémorragie sous AOD toute cause confondue plus important que sous AVK, étant donné la fréquence des hémorragies digestives. En revanche, les hémorragies survenant sous AOD sont moins graves (12)(13).

Une mise au point sur le relai héparine-AVK suite à la découverte d'une fibrillation auriculaire nous rappelle le sur-risque hémorragique de l'association de ces deux molécules. En conséquence il est préférable de débiter les AVK d'emblée sans couvert d'une héparinothérapie, même si ceux-ci ne seront efficaces qu'au bout de 3 à 4 jours. Les AOD semblent alors prendre ici toute leur place.



La survenue d'un accident vasculaire cérébral ischémique secondairement à une embolie d'origine cardiaque nécessite une prévention secondaire d'abord par aspirine, une anticoagulation ne pouvant être débutée qu'entre 4 et 15 jours après l'événement (risque de transformation hémorragique).

Dans le cas d'un syndrome coronarien aigu survenant chez un patient atteint d'une fibrillation auriculaire, le traitement repose sur l'ajout d'un traitement antiaggrégant par aspirine et clopidogrel en plus de l'anticoagulation antérieure.

Ensuite il faudra poursuivre l'association AVK ou AOD + clopidogrel (et non aspirine) jusqu'à 12 mois.

En cas de surdosage en AVK, il faudra se rappeler que la vitamine K a une durée d'action très prolongée. Donc en cas de déséquilibre de l'INR, il est préférable d'administrer de petites doses de vitamine K et de commencer dès INR > 5 (par 1 mg de vit K).

Conduite à tenir en cas d'hémorragie sous AOD : si la dernière prise est inférieure à 2 heures, l'administration de charbon activé est recommandée. Pour le moment, aucun agent pro-coagulant n'a été validé et des essais sont en cours avec des anticorps anti IIa pour le Dabigatran, des molécules affines antiXa ...

Carence martiale : un témoin de fragilité du sujet âgé ?

Nouvelles données sur la prise en charge de la carence martiale

Il est nécessaire de distinguer la **carence martiale absolue** due à une baisse des réserves, marquée par une ferritinémie inférieure à 20 µg/L ; et la **carence martiale fonctionnelle** caractérisée par une atteinte du transport du fer dont la mobilisation devient insuffisante, marquée par un coefficient de saturation de la transferrine (CST) inférieur à 20%.

Les conséquences cardiaques de cette carence sont dues d'une part à l'anémie induite mais aussi à un effet direct sur les cellules myocardiques du fait d'un dysfonctionnement mitochondrial et d'un défaut de fixation de l'O₂ dans la myoglobine.

Il a été mis en évidence que les personnes âgées anémisées et carencées ont une diminution plus importante de leur VO₂ max et des symptômes d'insuffisance cardiaque plus marqués que les sujets anémiés non carencés en fer : la carence martiale a donc un rôle péjoratif propre chez les patients insuffisants cardiaques (10)(14)

La restauration des stocks permet alors une augmentation de la VO₂ max avec amélioration des capacités d'exercice, des symptômes d'insuffisance cardiaque, de la qualité de vie, et diminution du nombre d'hospitalisations ultérieures (15).



Concernant le traitement, il vaut mieux privilégier une restauration parentérale des stocks dont l'efficacité est supérieure à une supplémentation orale, permettant par ailleurs de réduire les complications digestives et d'améliorer la compliance.

Quelles explorations digestives ?

La recherche de sang dans les selles sert uniquement au dépistage de masse et n'a aucun rôle dans la recherche étiologique d'une carence martiale, la sensibilité étant trop faible.

Le gold standard reste l'association fibroscopie oeso-gastro-duodénale et coloscopie qui permet un diagnostic étiologique dans 84 % des cas. Contrairement à de nombreuses idées reçues, il n'y a aucun sur-risque anesthésique ni de sur-complications endoscopiques démontrées. Ces examens devront comporter la réalisation de biopsies gastriques et duodénales à la recherche d'une gastrite atrophique, d'une maladie coeliaque, d'une infection à Helicobacter Pylori ...

D'autres explorations sont disponibles dans l'arsenal diagnostique : coloscanner, enteroscanner, enteroscopie à double ballon ou encore vidéocapsule.

Discussion autour de cas cliniques de sujets âgés présentant une anémie sur carence martiale : quelques notes

En postopératoire, la ferritinémie étant artificiellement augmentée, le suivi d'une substitution en fer se fera sur le CST.

Recommandations de la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation) : en préopératoire programmé, la supplémentation doit débuter 4 à 6 semaines avant l'intervention, en l'absence de surcharge martiale.

L'EPO dans le traitement d'une anémie chez un insuffisant rénal chronique présente un intérêt médico-économique, étant donné un coût plus faible qu'une hospitalisation.

De la chute à la fracture : nouveautés en ostéoporose

Les fractures ostéoporotiques restent très fréquentes en comparaison aux autres pathologies or le diagnostic d'ostéoporose est trop souvent négligé. Le repérage de l'ostéoporose post ménopausique est nécessaire.

Ne pas négliger non plus le rôle des inhibiteurs de la pompe à proton, ISRS, anti-aromatase ... comm facteur précipitant la survenue d'une ostéoporose.

Les recommandations GRIO/SFGG 2012 sur la prise en charge de l'ostéoporose mettent en évidence l'intérêt du FRAX dans la décision thérapeutique, ce dernier quantifiant le risque de fracture majeure et de la hanche à 10 ans.

Quand arrêter un traitement anti ostéoporotique ?

Il devra être réévalué à 5 ans. Il n'existe pour le moment pas de consensus sur la durée au-delà de 5 ans. Un effet rémanent sur la masse osseuse, les marqueurs du remodelage et le risque fracturaire persiste après l'arrêt du traitement. La poursuite du traitement est surtout à discuter en fonction de l'ostéodensitométrie de fin de traitement.

Nouveau traitement de l'ostéoporose récemment commercialisé : le denosumab (Prolia).

Il est indiqué en post ménopausique chez la femme à risque élevé de fracture, en seconde intention et en relai des biphosphonates.

Ses effets indésirables sont l'ostéonécrose de la mâchoire, un risque accru d'erysipèle, des hypocalcémies sévères symptomatiques (une calcémie est indispensable avant toute injection de PROLIA).

Sous Prolia, il existe une forte corrélation entre gain densitométrique et effet anti fracturaire.

Infectiologie du sujet âgé : quelques mises au point

Spondylodiscite

Elle est le plus souvent secondaire à une bactériémie, il ne faut donc pas négliger la recherche du foyer infectieux initial.

Le **diagnostic clinique** peut être rendu difficile par le polymorphisme de présentation chez le sujet âgé : douleur rachidienne 95 %, fièvre 50 %, signes neurologiques (sciatalgie, paralysie) égarant le diagnostic, CRP normale dans 10 % des cas. Le délai diagnostique moyen est de 50 jours ! Il s'agit d'une infection post-opératoire dans 10 % des cas.

Le **diagnostic par imagerie** se fait par la réalisation d'une IRM dont le rendement est nettement meilleur que le scanner (où les signes sont retardés) ou la radiologie standard.

Concernant le **diagnostic microbiologique**, les hémocultures sont positives dans 50 % des cas.



En cas de négativité, la documentation bactériologique se fera par ponction biopsie disco-vertébrale, négative dans 50 % des cas elle aussi. Il est intéressant de noter que la réalisation d'une seconde biopsie, suite à la négativité de la première, aura exactement la même sensibilité de 50 %.

L'antibiothérapie sera intraveineuse, suivie d'un rapide relai per os (sauf si endocardite), pour 6 semaines, associant le plus souvent ofloxacine et rifampicine.

Attention chez le sujet âgé, une endocardite est souvent associée à la spondylodiscite.

Quid du décubitus dorsal strict ? 3 semaines dans les recommandations mais peu d'incidence sur la survenue d'une paraplégie qui serait surtout secondaire à un phénomène vasculaire. Le corset reste indiqué si possible.

Endocardite infectieuse

Les bactéries impliquées chez notre population âgée sont en première position le staphylocoque aureus et en seconde position les streptocoques d'origine digestive.

Les patients atteints étant de plus en plus âgés, il s'agit désormais d'une pathologie gériatrique.

Quelles spécificités chez le sujet âgé ?

Tout d'abord, les hommes sont plus touchés que les femmes avec un sexe ratio à 2/1. Les symptômes sont classiquement aspécifiques mais la fièvre est tout aussi fréquente que chez le sujet jeune.

Ensuite il a été constaté moins d'événements immunologiques liés à l'endocardite ainsi qu'une fréquence moindre de complications secondaires (AVC ischémique ou hémorragique, anévrisme mycotique entre autres).

A l'échographie cardiaque, la valve mitrale est plus fréquemment touchée, il existe moins d'insuffisance valvulaire et de végétations mais plus d'abcès.

L'échographie transoesophagienne, lorsqu'elle est réalisable, présente un intérêt majeur.

Quelle antibiothérapie ?

Il est recommandé un traitement bactéricide, parentéral, associant des antibiotiques à posologies élevées et prolongées. Se pose alors souvent le problème d'accès

veineux, de toxicité, ou encore de déclin fonctionnel dû au traitement prolongé et à la perfusion. L'alternative d'une voie centrale est souvent nécessaire.

Les dernières études montrent qu'une monothérapie serait aussi efficace qu'une bithérapie avec moins d'effets indésirables. Il faut penser à la perfusion continue de vancomycine ou β lactamines ainsi qu'aux antibiotiques moins toxiques tels que la Teicoplanine, la Daptomycine ...

Les aminosides ont de moins en moins leur place du fait de leurs effets indésirables et d'une efficacité des autres classes non inférieure : **l'association Ampicilline et Ceftriaxone.**

Infections à Clostridium Difficile

L'infection à Clostridium Difficile est à évoquer devant toute diarrhée nosocomiale. Elle correspond à 25% des diarrhées sous antibiotiques. Le taux de récurrence est de l'ordre de 25%. Les facteurs de risque sont l'âge, l'immunodépression, et les modifications de l'écosystème digestif (antibiotiques, IPP, ralentisseurs de transit, chirurgie digestive, alimentation entérale).



Rappel de la grande prévalence de porteurs sains, rendant le contrôle de coproculture en fin de traitement non contributif. L'efficacité du traitement se basera sur la persistance ou non de la diarrhée.

Quel traitement instaurer ?

Le métronidazole per os ou intraveineux, d'efficacité non

inférieure à la vancomycine, reste la référence : 500mg x 3/j pendant 10 j.

La vancomycine par voie orale dont l'avantage par rapport à la voie intraveineuse est l'absence d'absorption systémique est le traitement de seconde intention : 125mg x 4 / jour pendant 10 jours.

La fidaxomicine à la dose de 200mg x 2 /j pendant 10 jours est le traitement de dernier recours à cause de son coût et n'est à réserver qu'en cas d'échec des autres traitements et de récurrences multiples.

La greffe fécale est une alternative en cours de développement (travaux actuels sur l'amélioration du goût).

Références

1. Bruera E, Hui D, Dalal S, Torres-Vigil I, Trumble J, Roosth J, et al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 1 janv 2013;31(1):111-8.
2. Hillman TE, Nunes QM, Hornby ST, Stanga Z, Neal KR, Rowlands BJ, et al. A practical posture for hand grip dynamometry in the clinical setting. Clin Nutr Edinb Scotl. avr 2005;24(2):224-8.
3. O'Brien JT, Markus HS. Vascular risk factors and Alzheimer's disease. BMC Med. 2014;12:218.
4. Emmerzaal TL, Kiliaan AJ, Gustafson DR. 2003-2013: a decade of body mass index, Alzheimer's disease, and dementia. J Alzheimers Dis JAD. 2015;43(3):739-55.
5. Viticchi G, Falsetti L, Vernieri F, Altamura C, Altavilla R, Luzzi S, et al. Apolipoprotein E genotype and cerebrovascular alterations can influence conversion to dementia in patients with mild cognitive impairment. J Alzheimers Dis JAD. 2014;41(2):401-10.
6. Shah M, Avgil Tsadok M, Jackevicius CA, Essebag V, Behlouli H, Pilote L. Relation of digoxin use in atrial fibrillation and the risk of all-cause mortality in patients ≥ 65 years of age with versus without heart failure. Am J Cardiol. 1 août 2014;114(3):401-6.
7. McMurray JJV, Packer M, Desai AS, Gong J, Lefkowitz MP, Rizkala AR, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. N Engl J Med. 11 sept 2014;371(11):993-1004.
8. Felker GM, Teerlink JR, Butler J, Hernandez AF, Miller AB, Cotter G, et al. Effect of serelaxin on mode of death in acute heart failure: results from the RELAX-AHF study. J Am Coll Cardiol. 14 oct 2014;64(15):1591-8.
9. Ponikowski P, Mitrovic V, Ruda M, Fernandez A, Voors AA, Vishnevsky A, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre study to assess haemodynamic effects of serelaxin in patients with acute heart failure. Eur Heart J. févr 2014;35(7):431-41.
10. Rangel I, Gonçalves A, de Sousa C, Leite S, Campelo M, Martins E, et al. Iron deficiency status irrespective of anemia: a predictor of unfavorable outcome in chronic heart failure patients. Cardiology. 2014;128(4):320-6.
11. Holmes DR, Kar S, Price MJ, Whisenant B, Sievert H, Doshi SK, et al. Prospective randomized evaluation of the Watchman Left Atrial Appendage Closure device in patients with atrial fibrillation versus long-term warfarin therapy: the PREVAIL trial. J Am Coll Cardiol. 8 juill 2014;64(1):1-12.
12. Nunes JPL, Rodrigues RP, Gonçalves FR. Comparative analysis and meta-analysis of major clinical trials with oral factor Xa inhibitors versus warfarin in atrial fibrillation. Open Heart. 2014;1(1):e000080.
13. Sardar P, Chatterjee S, Chaudhari S, Lip GYH. New oral anticoagulants in elderly adults: evidence from a meta-analysis of randomized trials. J Am Geriatr Soc. mai 2014;62(5):857-64.
14. Enjuanes C, Klip IT, Bruguera J, Cladellas M, Ponikowski P, Banasiak W, et al. Iron deficiency and health-related quality of life in chronic heart failure: results from a multicenter European study. Int J Cardiol. 15 juin 2014;174(2):268-75.
15. Silverberg DS, Mor R, Weu MT, Schwartz D, Schwartz IF, Chernin G. Anemia and iron deficiency in COPD patients: prevalence and the effects of correction of the anemia with erythropoiesis stimulating agents and intravenous iron. BMC Pulm Med. 2014;14:24.



Assemblée générale de l'Association des Jeunes Gériatres Hospitaliers (AJGH), 27 novembre 2014

Procès-verbal, rédigé par Mô DANG

Présents

Tatiana BASILEU, Pointe-à-Pitre ; Lionel BOUSQUET, Fort-de-France; Elodie DAMIER et Mô DANG, Grenoble ; Guillaume DESCHASSE, Genève ; Guillaume DUCHER, Clermont-Ferrand ; Frédéric HUYNH, Nîmes ; Gilles LOGGIA, Caen.

Bilan moral

Adhérents. L'association compte actuellement 119 inscrits, en croissance stable (+ 20 cette année).

Finances. Le solde du compte sera à préciser auprès du trésorier sortant qui n'a pu venir. Pas de recette cette année. La seule dépense a été l'abonnement annuel pour maintenir le site internet de l'AJGH.

Reconnaissance de l'AJGH. Suite aux échanges avec le Pr Olivier HANON, président de la SFGG, l'adhésion à l'AJGH devrait se voir reconnue lors du concours PH au même titre qu'une adhésion à la SFGG.

Activités

- Une visioconférence Skype en groupe a été expérimentée le 17/2/2014, et avait assez bien fonctionné pour les membres qui avaient pu s'y connecter (nous étions entre 5 et 7 si je me rappelle bien) ; apparemment les visio en groupe sous Skype sont gratuites depuis avril 2014, et ne nécessitent plus d'abonnement Skype Premium (pris en essai à l'époque).
- Gazette, numéro 7 paru. L'impression est financée par la société qui diffuse les annonces de poste ; la forme imprimée n'a pas été reçue outre-mer en raison de grèves.
- Le bureau exécutif s'est enrichi d'un référent par inter-région : Ile de France, Antilles-Guyane, Ouest, Sud-Ouest, Nord-Est, Nord-Ouest, Rhône Alpes. L'inter-région Sud ne disposait pas encore de référent jusqu'ici.
- L'AJGH a créé un compte Facebook, et un compte LinkedIn, peu utilisés pour le moment.
- Site WEB : 22000 visiteurs/80000 pages visitées ; contient essentiellement les annonces de poste, un agenda des manifestations gériatriques, et les numéros de la gazette en format PDF.
- La mailing list fonctionne bien pour maintenir le lien.
- Des représentants de l'AJGH ont assisté à une réunion ministérielle visant à informer sur la réforme globale des DES.
- Au congrès de l'ISNAR fin janvier 2015 à Toulouse, des représentants de l'AJGH pourraient être invités à proposer leur éclairage sur le DES / DESC de gériatrie.

- Sondage auprès des jeunes gériatres : merci aux 153 membres qui ont répondu au sondage permettant de connaître nos parcours, nos centres d'intérêts et opinions pour les réformes ; les résultats seront publiés dans la gazette n° 8.
- La revue JNPG (G. Berrut), et la Revue de Gériatrie (O. Hanon) : proposent que nous jeunes gériatres soumettions des articles scientifiques (études, revues systématiques de la littérature).
- Proposition O Hanon : session jeunes gériatres aux JASFGG. Formation à la méthodologie de recherche clinique :
 - soit en invitant un intervenant ;
 - soit en soumettant un protocole PHRC à un jury d'experts ; proposition de 6 protocoles PHRC par an ? basés sur une lettre d'intention ; s'inspirer du préjury PHRC INCCA par région.

Ordre du jour

- Nécessité de renouveler les membres du bureau : trésorier, référent sud, si possible skype, responsable mailing list, réseaux sociaux.
- Gazette : trouver un manager pour veiller au respect des deadlines, et relancer les contributeurs. Un article scientifique par région ?
- Création d'une syndicale des jeunes gériatres ? cf. edito. Discussion lancée suite à une annonce de poste à faible rémunération, décision collégiale de ne pas censurer/filtrer les annonces. La discussion pourrait être relancée par 3 situations :
 1. un assistant poursuivi par un procès en diffamation après avoir dénoncé le détournement d'un transport par un directeur ;
 2. un interne de santé publique inscrit en DESC voudrait pouvoir faire des remplacements en EHPAD comme les internes de MG ;
 3. gardes exigées à une assistante enceinte.
- Wikigeria : décidons-nous de rédiger / valider / diffuser des protocoles de prise en charge gériatrique ?

Questions pratiques :

- Rôle référent région ?
Grand frère pour que les nouveaux DESC ne se sentent pas isolés. Remontée des infos locales telles les congrès. En région Martinique, site existant avec liste des congrès : lien depuis AJGH, SFGG.

Un référent par région ou par inter-région ? Description des filières gériatriques ?
- Réunions Skype : une par trimestre. Jeudi 5 février 2015, 21h métropole, 16h antilles.

Nouvelles élection au bureau

Trésorier : Guillaume Ducher.

Mailing list : Gilles Loggia

Contremaître gazette pour relancer les contributeurs à la gazette (PH) : **vice-éditeur** : Guillaume Ducher



Fiches mémoire

Nom : DE THÉZY

Prénom : Albane

Date et lieu de la soutenance : 15 octobre 2014 à Bordeaux

Préciser si Thèse, Mémoire de DES ou Mémoire de DESC : Thèse DES médecine générale

Titre original complet : La confusion des sujets âgés aux urgences allonge-t-elle la durée d'hospitalisation ?

Auteurs dans l'ordre de parution : Article non soumis à la publication.

Directeur de thèse : Pr Muriel Rainfray

Président du jury : Pr Nathalie Salles

Résumé

La confusion est une complication fréquente en gériatrie et responsable de nombreux événements indésirables à court et long terme (augmentation de la mortalité, déclin cognitif et fonctionnel, institutionnalisation). Dans la littérature, l'effet de la présence d'une confusion à l'entrée d'hospitalisation sur la durée de séjour n'est pas constant. L'objectif de cette étude est de comparer les durées d'hospitalisation des patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés via le service des urgences d'un hôpital en fonction de la présence ou non d'une confusion aux urgences. Les effets de la confusion sur la mortalité et sur le taux de ré-hospitalisation ont été également étudiés. Nous avons réalisé une étude prospective, unicentrique, aux urgences de l'hôpital du Pôle de Santé d'Arcachon. Les patients hospitalisés moins de 24 heures, ayant des troubles de la conscience ou incapables de communiquer ont été exclus. 268 patients ont été inclus entre décembre 2013 et janvier 2014. La durée de séjour des patients confus était de 11,79 jours (+/- 9,17 jours) contre 10,15 jours (+/- 8,06 jours) chez les non confus ($p = 0,23$). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant la mortalité et le taux de ré-hospitalisation. L'effet de la présence d'un syndrome confusionnel aux urgences sur la durée de séjour hospitalière nécessite d'être étudiée par d'autres études.

Nom : GLEIZE

Prénom : Flavie

Date et lieu de la soutenance : 21 mai 2014 à Amiens

Préciser si Thèse, Mémoire de DES ou Mémoire de DESC : Mémoire de DESC

Titre original complet : Évaluation de la fragilité en soins primaires : quels outils pour quelle prédiction ?

Auteurs dans l'ordre de parution :

F. Gleize¹, J. Zmudka¹⁻², Y. Lefresne³, J-M. Serot¹⁻², B. Berteaux¹, P. Jouanny⁴

1. Médecine Gériatrique, CH SAINT-QUENTIN, France

2. Médecine Gériatrique, CHU AMIENS, France

3. Médecine Gériatrique, CH BEAUVAIS, France

4. Médecine Gériatrique, CHU DIJON, France

Directeur de mémoire : Pr Pierre Jouanny

Président du jury : Pr Puisieux, Pr Sérot, Pr Chassagne

Résumé

Introduction : La fragilité est un syndrome gériatrique associée à un risque augmenté de chute, d'hospitalisation, de perte d'autonomie et de décès. Nous avons tout d'abord évalué la prévalence de la fragilité selon les critères de Fried en soins primaires puis nous avons étudié l'évolution et le devenir des patients initialement fragiles.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive prospective chez des patients de plus de 75 ans venant consulter au cabinet de trois médecins généralistes, durant 1 an. La fragilité était définie par la présence de trois critères parmi la perte de poids, la faiblesse musculaire, la fatigue ressentie, la faible activité physique et la lenteur de marche.

Résultats : Sur les 55 patients réévalués, 10,9 % étaient fragiles, 56,4 % pré-fragiles et 32,7 % étaient robustes. Les patients robustes qui devenaient fragiles avaient, lors de l'évaluation initiale, un score IADL plus bas ($p=0,004$) ainsi qu'une force de préhension plus faible ($p=0,0311$) que ceux qui restaient robustes.

Conclusion : L'outil de Fried est de réalisation difficile en soins primaires. La force de préhension et les IADL constituent une piste intéressante pour un outil de dépistage simple en médecine générale afin de permettre une prise en charge précoce et retarder l'évolution vers la dépendance.

Mots clés : fragilité, évaluation, soins primaires, personnes âgées, IADL, force de préhension.



Nom : MINICUCI

Prénom : Renato

Date et lieu de la soutenance : 04 janvier 2012, faculté de médecine de Bobigny

Thèse :

Titre original complet : Est-il possible d'identifier une typologie de patients à risque de troubles cognitifs ? Etude de cohorte rétrospective sur une population de consultants seniors au Centre d'examen de santé(CES) de Bobigny de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Auteurs : Minicuci R, Nemorin M, Michault A, Le Clesieau H

Directeur de thèse : Docteur Michael Nemorin

Président du jury : Professeur Jeffrey Salama

Résumé

Depuis 2005, le CES (centre d'examen de santé) de Bobigny de la CPAM (caisse primaire d'assurance maladie) propose à ses assurés une consultation de prévention spécifique pour une population senior ainsi que des tests cognitifs conçus à l'origine pour une population illettrée : le TNI 93 (Test des Neuf Images du 93) et le TMA 93 (Test de Mémoire Associative du 93).

Grâce à ces outils, des Troubles cognitifs légers probables (TCLP) peuvent être repérés : dans ce cas, les patients sont adressés systématiquement à une consultation mémoire dans le service de neurologie à l'hôpital Avicenne.

Nous avons voulu identifier une typologie de patients à risque de troubles cognitifs et identifier des facteurs de risque (FDR) sur lesquels des interventions pourraient être possibles. Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective de 1000 consultants de la Seine-St-Denis et réalisé une analyse statistique descriptive des FDR associés aux TCLP.

Nous avons trouvé que la scolarisation, l'activité physique régulière, le bricolage, les loisirs et la consommation modérée d'alcool sont des facteurs protecteurs et que la précarité, le sexe masculin, la dépression, l'hypertension artérielle, les troubles du sommeil, la plainte cognitive sont des FDR de TCLP.

La majorité de nos résultats sont en accord avec la littérature récente.

Nous avons aussi analysé les dossiers des patients ayant consultés à Avicenne et réalisé une enquête téléphonique auprès des médecins traitants pour évaluer le suivi.

Plus de 50 % de patients repérés par le CES ne se sont pas présentés en consultation de neurologie.

33 médecins sur 48 ont déclaré ne pas avoir été mis au courant du repérage de troubles cognitifs effectué par le CES.

Une sensibilisation et une meilleure coordination de tous les intervenants de santé serait souhaitable pour améliorer la prise en charge de ces patients pour la plupart précaires.

Nom : TAN

Prénom : Anabelle

Date et lieu de la soutenance : 23 octobre 2014

Préciser si Thèse, Mémoire de DES ou Mémoire de DESC : Mémoire de Capacité de Gériatrie

Titre original complet : Evaluation de la mise en place d'une ligne d'appel directe entre médecin de premier recours et médecin gériatre hospitalier : expérience à un an dans le cadre de l'expérimentation PAERPA Paris Nord-Est

Auteurs dans l'ordre de parution : Dr Anabelle Tan

Directeur de thèse : Dr Antonio Teixeira

Président du jury : Pr Agathe Raynaud-Simon

Résumé

Le vieillissement de la population et son augmentation impliquent une prise en charge spécifique gériatrique, notamment en terme de prise en charge sanitaire pour des patients âgés polypathologiques et fragiles.

Afin de réduire le passage et le recours systématique aux urgences pour ces personnes âgées, une ligne d'appel directe via un numéro de portable, favorisant le circuit court d'hospitalisation, a été mise en place entre médecin de premier recours et médecin gériatre hospitalier.

L'objectif principal de notre étude était de comparer les profils des patients admis via le circuit court par ce nouveau protocole et ceux via les urgences. Les objectifs secondaires sont d'analyser l'impact de cette filière d'admission sur l'activité de l'UGA et d'analyser la diffusion de ce numéro de téléphone auprès du public cible.

Méthodes

Analyse des fiches de recueil d'admission dans le cadre du projet PAERPA, sur un an à partir de janvier 2013. Inclusion des patients hospitalisés dans l'unité de gériatrie aiguë provenant des urgences du groupe hospitalier, provenant de ville et admis les jours ouvrables. Le recueil des données concerne : âge, sexe, autonomie (ADL/IADL), le nombre de comorbidités, le motif d'hospitalisation, le diagnostic principal retenu à la sortie, la durée du séjour et le devenir. Pour les patients hospitalisés via la ligne d'appel directe, sont également recueillis le territoire d'activité du médecin appelant et le délai d'admission.

Résultats

460 patients ont été inclus dont 421 représentaient le circuit traditionnel, principalement des urgences et 39 le circuit court. Le motif principal d'hospitalisation pour le circuit court était une altération de l'état général (30,8% vs 12,6%, $p=0,0018$), tandis que les patients provenant des urgences étaient plus fréquemment admis pour une cause infectieuse (18,8% vs 5,1%, $p=0,0325$). Les patients rentraient



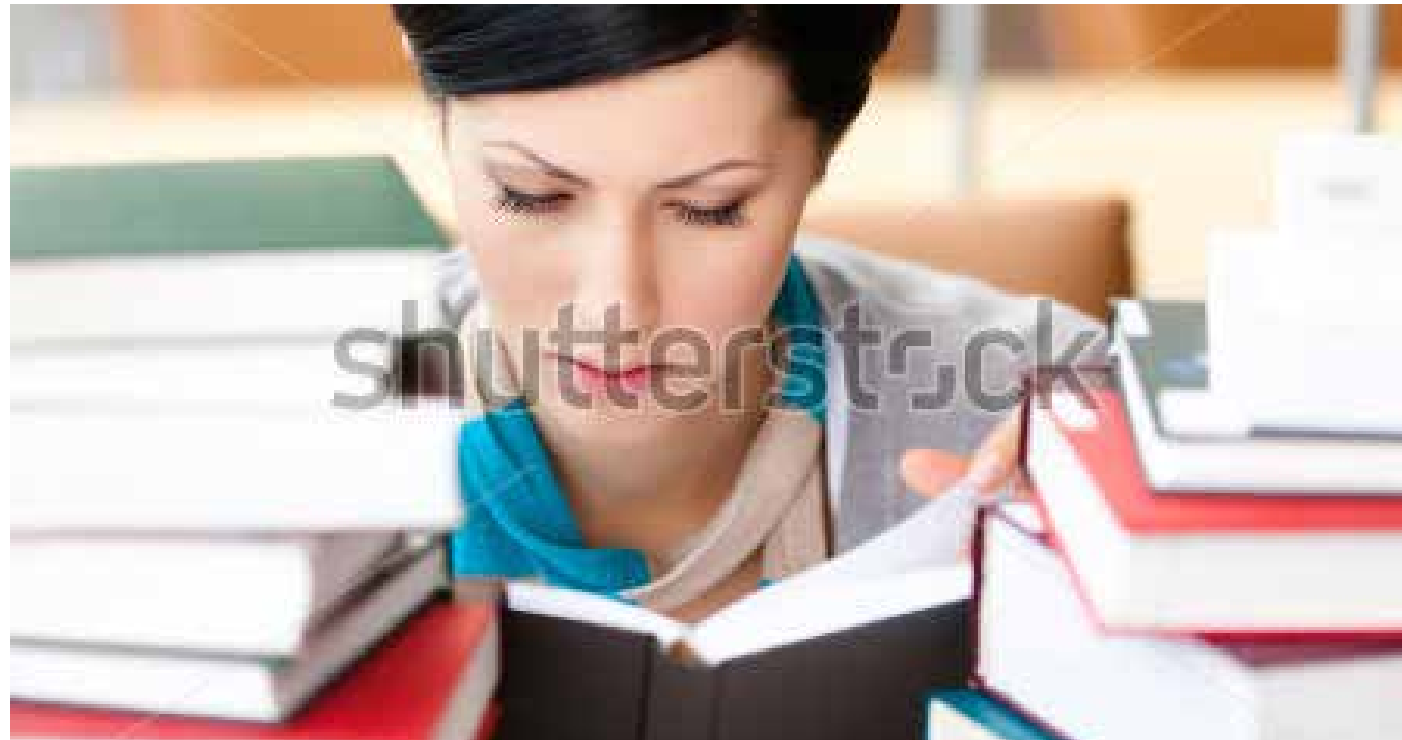
principalement à domicile quel que soit le groupe. Le transfert en SSR était plus fréquent chez les patients des urgences. Les patients en admission directe avaient une durée de séjour plus longue (10,5 jours vs 8,9, $p=0,04$) et étaient déjà connus du service ($p=0,005$). Sur la durée de l'étude, les appels provenant de ville représentaient 15% des appels totaux (dont un peu moins de 10% via le téléphone de la filière). Les appels de la ligne d'appel directe provenaient principalement du territoire, à savoir les 9-10-19ème arrondissements de Paris.

Conclusion

L'admission directe est adaptée pour certaines pathologies, en particulier en ce qui concerne les pathologies ou syndromes s'installant progressivement telle qu'une altération de l'état général. La pathologie aiguë, infectieuse notamment, peut difficilement être anticipée et nécessite un passage par les urgences. Une amélioration d'accès au plateau technique pour la filière d'admission directe permettrait une durée moyenne de séjour optimale.

Ce mode d'admission apparaît néanmoins comme une perspective d'amélioration du parcours de soin des personnes âgées fragiles.

Mots-clés : gériatrie aiguë, filière d'admission directe, ligne d'appel directe, personne âgée.



Nom : COLOMBIER

Prénom : Brice

Date et lieu de la soutenance : 15/10/2013 Paris

Préciser si Thèse, Mémoire de DES ou Mémoire de DESC : Mémoire de DESC

Titre original complet : Interprétation et pratiques autour du terme « contention chimique » : étude qualitative auprès de 50 professionnels de santé

Auteurs dans l'ordre de parution : B. Colombier¹, S. Moulias^{2,3}, N. Curatolo², T. Cudennec², F. Muller¹, D. Preulier¹, L. Teillet^{1,2}

¹Unité de soins de suite et de réadaptation gériatrique, Hôpital Sainte Périne, Hôpitaux universitaires Paris Ile de France Ouest, AP-HP ²Unité de court séjour gériatrique, Hôpital Ambroise Paré, Hôpitaux universitaires Paris Ile de France Ouest, AP-HP ³Laboratoire d'éthique médicale, Université Paris Descartes

Directeur de thèse : Dr Sophie Moulias

Président du jury : Pr Belmin

Résumé

Le terme « contention chimique » semble être utilisé en pratique, mais de perception hétérogène entre les différents professionnels de santé. Il se rapproche, dans la littérature, de l'utilisation des psychotropes pour les comportements perturbateurs. La méthode de recherche qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés a pour objectif de décrire la compréhension du terme « contention chimique » auprès de personnel médical et paramédical gériatrique. Il est compris, peu employé au quotidien, inexact pour certains car « les médicaments n'attachent pas ». Le terme « contention physique » a une réalité plus visible. Le terme « sédation de symptômes psychocomportementaux » est plus usité et de connotation moins culpabilisante. En pratique, la contention chimique peut correspondre à l'utilisation en urgence de benzodiazépines ou neuroleptiques, par voie injectable, avec des posologies permettant la sédation d'un patient sans son consentement. L'enjeu est de développer une réflexion collective autour de ces situations de recours à la contention chimique, pour rester dans le soin approprié.



Plus de 30 000 professionnels de santé convaincus par l'application 360 medics en quelques semaines



Développée par un médecin, l'application 360 medics continue de séduire les professionnels de santé en leur proposant une solution simple et gratuite. Cette application, qui met à leur disposition à tout moment les informations de bon usage du médicament, reçoit un accueil très positif dans une période où le « ras le bol » est pourtant général. Pour preuve, plus de 10 000 médecins l'ont déjà adoptée.

Une application pensée par un médecin Grégoire Pigné, le fondateur de la start-up 360 medical editrice de 360 medics mais aussi interne en médecine, explique sa démarche : « On nous demande d'aller toujours plus vite, d'en faire toujours plus pour nos patients, alors que nous n'avons pas les outils adaptés. Nous avons besoin d'accéder à tout moment à l'information médicamenteuse mais il n'existait jusqu'à présent aucune application sur les médicaments complète et gratuite ! ».

Un constat renforcé par les conclusions du baromètre Vidal/CNOM 2013 puisque 94 % des médecins utilisent leur smartphone à des fins professionnelles, notamment pour rechercher des données sur les médicaments.

Le plébiscite des professionnels de santé

Fin Octobre 2014, l'application 360 medics voit le jour. Toutes les professions médicales, médecins, infirmiers, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, étudiants... - peuvent désormais télécharger gratuitement et librement sur leur smartphone ou tablette l'ensemble des données médicamenteuses.

L'ergonomie de 360 medics a été travaillée pour leur faciliter la recherche d'information. Ainsi grâce à un sommaire dynamique astucieux et un accès hors-connexion, ils gagnent un temps précieux en ne visualisant que l'information recherchée : posologie, effets indésirables, interactions médicamenteuses...

Pour Luc Blondeau, médecin généraliste à Lyon « C'est une application que nous attendions tous. 360 medics a compris notre problème : nous devons aller plus vite sans moyens supplémentaires. C'est exactement le genre d'outil qui améliore notre quotidien ». En effet, plus de 50 % des utilisateurs de cette bibliothèque médicamenteuse sont des médecins.

Pour Bérangère Roche, infirmière à Marseille, « C'est la gratuité de 360 medics qui m'a séduite. Jusqu'à présent, il n'existait aucune application mobile gratuite sur les médicaments destinée aux professionnels de santé. »



<http://360medics.fr>

<https://itunes.apple.com/us/app/360-medics/id919490169?l=fr&ls=1&mt=8>

https://play.google.com/store/apps/details?id=com.myluckyday.tcsmedics&hl=fr_FR



SALONS SANTÉ AUTONOMIE

HE HOPITAL EXPO **HI HEALTH-IT EXPO** **GH GERONTHANDICAP EXPO**

19-21 MAI 2015

PARIS EXPO - PORTE DE VERSAILLES

EXPOSITION - CONFERENCES - ANIMATIONS

EQUIPEMENTS, SOLUTIONS & STRATÉGIES POUR LE FONCTIONNEMENT ET LA TRANSFORMATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

REJOIGNEZ-NOUS      salons-sante-autonomie.com

UNE MANIFESTATION 

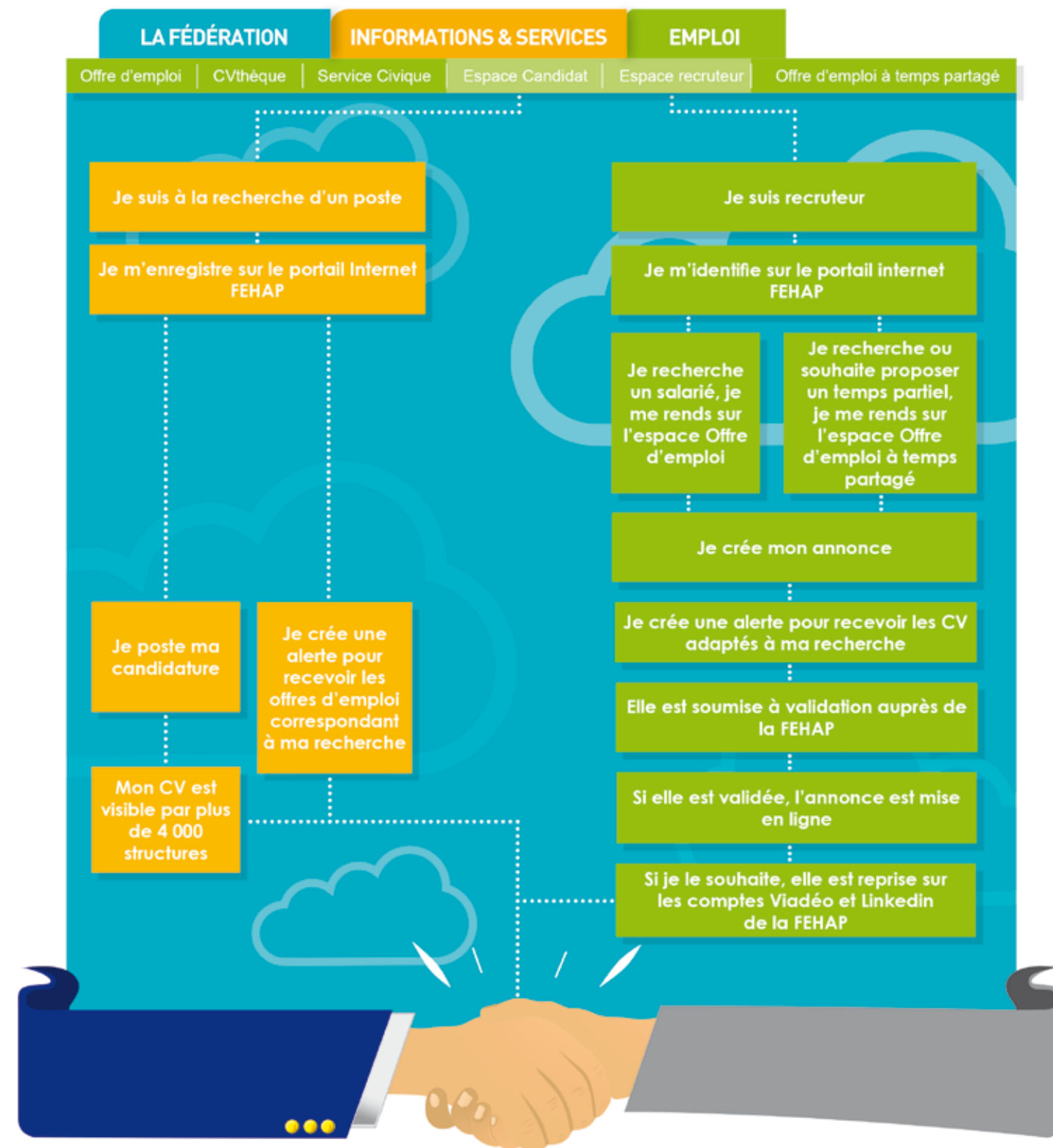
UNE ORGANISATION

 PG

 ACTEUR DE LA SILVER ECO

RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet www.fehap.fr



 **FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE PRIVÉS NON LUCRATIFS**

179 rue de Lourmel, 75 015 Paris • 01 53 98 95 00

Surveillez sur le WEB et les réseaux sociaux :



ANNONCES de recrutement



PICARDIE

AQUITAINE

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

PAYS DE LA LOIRE

POITOU-CHARENTES

Rejoignez la communauté des Gériatres

Sur
Reseauprosante.fr

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



APPEL À PARTICIPATION



**Et maintenant
à vous de jouer !**

Si vous êtes un Jeune Gériatre 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.

NB : ces données sont strictement personnelles et ne seront communiquées qu'à Maceo éditions pour la distribution de la GJG

**Vous connaissez dans votre entourage des Jeunes Gériatres intéressés par l'AJGH ?
Communiquez-leur 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 !!**