

Synthèse de la journée

Nathalie JOMARD
Vice-présidente AJG

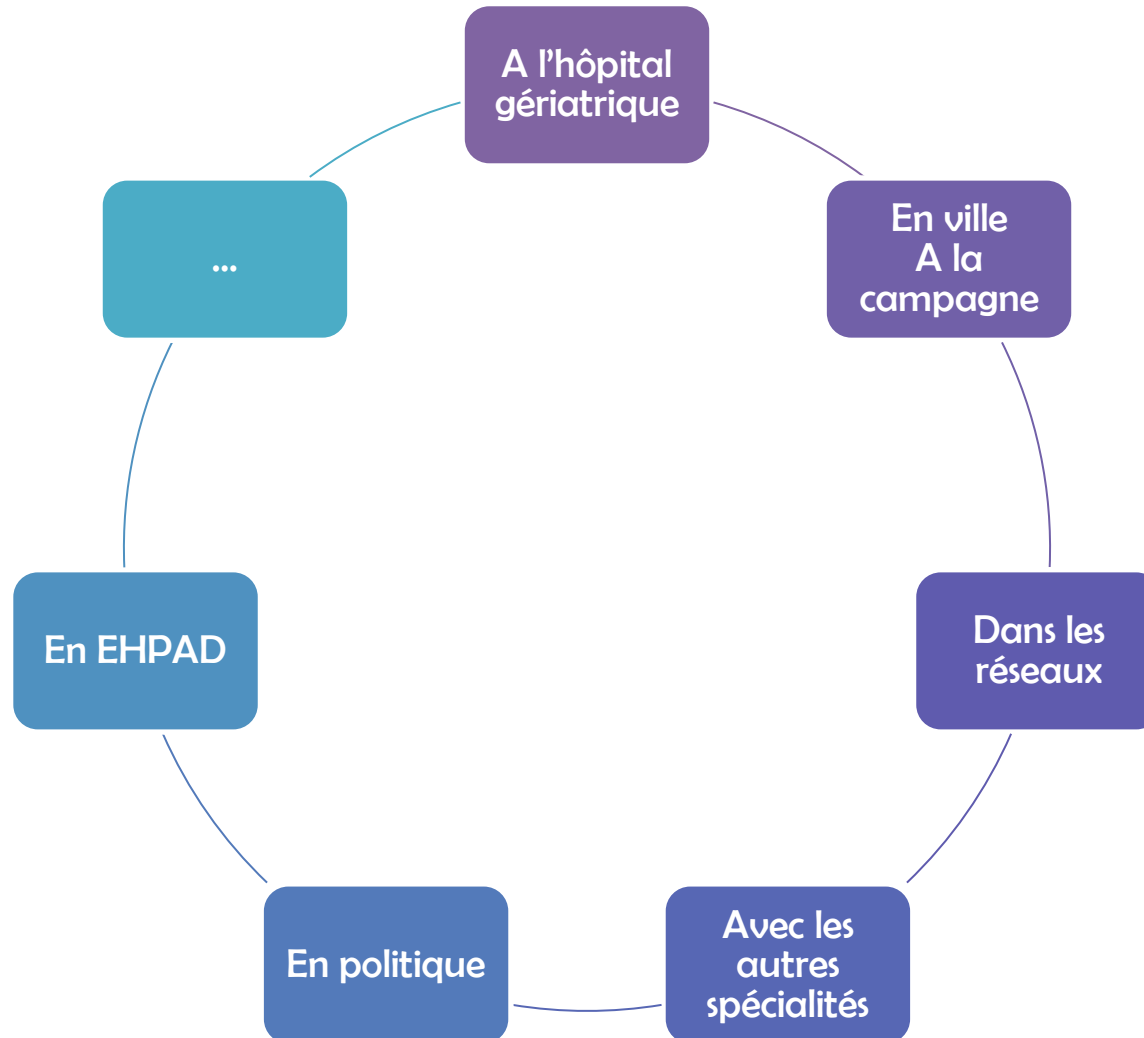


Quelques chiffres...



- **1^{ère} journée annuelle**
- **75 présents – nombreuses régions de France !
(Grand Est, Bourgogne, IDF, PACA, ARA,
Pays de Loire, HDF, Nouvelle-Aquitaine...)**
- **3 PU présents**
- **> 50 L de café ...**

La place de la gériatrie



De la dynamique



- **Locale**
- **Régionale**
- **Nationale**

- **Dans des associations**
- **Dans les services**



Les résultats de l'enquête AJG

Un intérêt pour la recherche



- **120 répondants dont 80 thésés : DESC +++**
- **100% pensent que c'est important mais pas assez développée**
- **Manque de temps dédié : 103 < 5h par semaine**
- **Insatisfaction de la formation à la recherche**
- **Propositions :**
 - **Aide à la publication - E-learning**
 - **Temps dédié**



Actualités

Actualités Pr C. JEANDEL

De l'histoire de la gériatrie



- **1988 : création de la capacité de gériatrie**
- **2004 : création du DESC (canicule...)**
- **2006 : un « programme pour la gériatrie »**
- **2015 : Loi d'adaptation de la société au vieillissement**
- **2017 : création du DES de gériatrie**

Actualités Pr C. JEANDEL

De l'histoire de la gériatrie



- **Se reposer la question de la construction des formations selon le métier !**
- **Livre blanc de la gériatrie française (2nd 2011)**
 - **DIVERSITE** des possibilités d'exercice !!
- **Parcours de soins / de santé = inclure les autres spécialités dans la réflexion et la mise en œuvre**
- **Missions du CNP : formation, veille,**

Des actualités... Pr C. JEANDEL

De l'histoire de la gériatrie



- **ONPDS : qui pour s'occuper des patients âgés**
 - Internistes
 - Médecine polyvalente
- **Enjeu pour définir le nombre de postes d'internes en gériatrie**

Des actualités...



- **Rapport OMS : prévention du déclin cognitif**
 - Importance des actions « habituelles » en prévention (alimentation, activité physique, risques cardio-vasculaires)
 - Peu de données factuelles fortes une fois les troubles installés
- **Mise au point Maladie à corps de Lewy :**
 - Importance de connaître les critères cardinaux et les signes prodromaux

Rapport Libault

Grand âge et autonomie



- **Rapport remis le 28 mars 2019**
- **Concertation entre oct. 2018 et fév. 2019**
 - 100 rencontres « personnes âgées, aidants, soignants »
 - 10 ateliers nationaux - 5 forums régionaux
 - 414 000 participants
 - Participation intense composantes Gériatrie
- **Implication Institut de sondage (Kantar Public)**
 - 16 focus groups / 54 entretiens individuels



Rapport Libault

Grand âge et autonomie

- **Contenu du rapport : 228 pages**
 - Chiffres & constats → 5 enjeux
 - 175 propositions
 - 10 propositions clés retenues par Kantar Public pour la future loi (fin 2019)



2 supports incontournables



- **Recommandation OMS 2017 (SIPA / ICOPE)**

Soins Intégrés pour les Personnes Âgées



- **Recommandation HAS - CNP Gériatrie 2017 :
Prévenir la perte d'autonomie iatrogène liée à
l'hospitalisation**





Prévention !

De la prévention ! C. ARLAUD

GRIPPE ET VACCINATION



- **Complications ! Risque de perte d'autonomie**
- **Epidémie 2016-2017 de forte ampleur avec haute mortalité**
- **Couverture vaccinale en gériatrie à Nice : 25%**
- **Amélioration du statut vaccinal avec la campagne**
 - **Le faire à l'hôpital ; dans leur service (56%) → Argument pertinent**
 - **Par un IDE du service → Equipe mobile**
- **Campagne par mail pour le personnel médical, affiches pour le personnel soignant**
- **Manque de formation**
- **Fausse croyances : doute sur l'efficacité, dangerosité**
- **Rendre fier d'être vacciné / soignants ambassadeurs / goodies**

De la prévention ! G. DUVAL

Hôpital de Jour CHUTE



- **Chute : évènement majeur / fréquent (50% > 85 ans !)**
 - Risque de retomber après une 1^{ère} chute : X 16.6
 - GRAVITE : 20% hospit, 40% institutionnalisation, 55% complications traumatiques, 5% décès
- **Modèle d'HDJ pour évaluer les 400 FdR !**
- **Objectifs : 0 chute utopique... mais ↓ du nombre, gravité**
- **Structure dédiée pour l'évaluation : diagnostique et initiation de PEC**
 - Etude du lien cognition – motricité
 - Travail en filière : post-SAU, post-chir, du domicile...
- **Organigramme décisionnel pour le meilleur parcours patient**

De la prévention ! G. DUVAL

Hôpital de Jour CHUTE



- Interventions centrées sur les FdR modifiables
- Evaluations pluridisciplinaires, PEC personnalisée
 - En amont : travail du secrétariat pour adhésion du patient
- Evaluation médicale : EC + dépistage co...
 - EQUILIBRE via la posturométrie : 1^{ère} source de chute
 - Analyse spatio-temporelle de la marche sur tapis
 - Imagerie motrice
- KINE : questionnaire de CONFIANCE en son équilibre – validation en cours
- ERGO : environnement, bilan équilibre et AVQ
- Suivi IDE

De la prévention ! G. DUCHER

Evaluation de la fragilité à domicile



- **Définition de la fragilité :**
 - Diminution de capacités physiologiques de réserve
 - Facteurs modulant l'expression
 - Pas obligatoire !
 - Intérêt d'un dépistage précoce pour des interventions précoces
- **Dépistage par les aides de vie : interviennent au plus près des PA**
 - Utilisation de la grille SEGA-A (validée) chez des personnes plutôt indépendantes (ADL \geq 5)
 - Evaluation médicale longue (recueil du consentement) / conseils
 - Création d'un réseau petit à petit / filière gérontologique



Un peu de neurologie...

Prévention du sd confusionnel



- **Message clé : 1 FdR peut en cacher un autre !**
- **Mesure de prévention**
 - **Eviter la iatrogénie !**
- **Interventions non pharmacologiques**
 - **Multidomaines !! PEC individualisée**
 - **HELP (baisse 50% chutes !)**
 - **En réanimation : métaanalyse 2018**
 - **En EHPAD**

Prévention du sd confusionnel



- **Interventions pharmacologiques**
 - Anti-psychotiques ?
 - Anti-cholinestérasiques
 - Dexmedetomidine (si TCL ?)

Communications A. TAKI

Angiopathie amyloïde



- **AA : pathologie ischémique, hémorragique et inflammatoire**
- **A risque hémorragique !**
- **Imagerie en T2* : micro-bleeds (superficiels), FLAIR : hémosidérose, hyposignaux**
- **Diagnostic de certitude anatomopathologique (jusqu'à 80% des patients de plus de 80 ans)**
- **Balance bénéfico-risque difficile à évaluer**
- **Solutions alternatives FA-AA : fermeture de l'auricule G**

Communications S. ROMANI

Lutte contre âgisme



- **Modifier le regard de la société sur la PA**
- **Leviers contre l'âgisme**
 - **Dynamisme de la spécialité**
 - **Collaboration inter-disciplinaire**
 - **Participation des SA à la recherche et à l'innovation**
 - **Eduquer la population générale à l'âgisme**
- **Enquête à venir via l'AJG**

Communications M. PICCOLI / J. ZHANG

Place des directives anticipées



- Etude qualitative en EHPAD
- DA : Impact sur la qualité de la prise en charge
- Intérêt : **ETRE ACTEUR** de sa santé
 - Prévision d'une éventuelle dégradation
 - Prévenir le corps médical et ses proches : rester décisionnaire !
- Dispositif contre le refus d'obstination déraisonnable
- Craintes de souffrances-isolement / souhaits de soulagement et d'accompagnement
- DA (changer de nom ?) → reflet personnel de la qualité de vie à préserver autant que possible

Communications F. DURIG

Antenne gériatrique aux urgences de DOUAI



- **Evaluation AVANT/APRES la présence d'un gériatre sur la journée (SAU + UHCD)**
- **Diminution de la durée d'hospitalisation**
- **Plus de Retour à Domicile !**
- **DMS des hospitalisés : + courte de près de 3j pour les services hors gériatrie**
- **Ré-hospitalisation : à 30 j et à 6 mois nettement diminuée !**
- **Ré-orientation rapide dans la filière pour des réévaluations**
- **Acculturation entre les spécialités !!**



Des retours d'expériences

Ce qui s'est dit à la SOFOG

E. EDWIGE – M. VALERO



- **Conciliation médicamenteuse**
- **Score GPS et mGPS associés à la mortalité : CRP et albumine → optimiser le processus décisionnel ?**
- **PPS en onco-gériatrie :**
 - **Anatomo-pathologie / Classification FIGO**
 - **CHIRURGIE : complète +++**
 - **PEC multidisciplinaire préalable**
 - **Chimiothérapie à schéma hebdomadaire**
 - **CS onco-génétique – BRCA : impact sur la descendance et en vue d'une stratégie thérapeutique (anti-PARP)**

Ce qui s'est dit à la SOFOG

E. EDWIGE – M. VALERO



- **Cancer de l'endomètre**
 - Chirurgie toujours comme pierre angulaire du ttt
 - IRM Abdomino-pelvienne
 - Vers la coelioscopie robot-assistée
- **Prévention du déclin fonctionnel lié au ttt**
 - Intérêt de l'évaluation gériatrique mais surtout d'appliquer les recommandations !
- **Chimiotoxicité sous-évaluée par l'oncologue →
Monitoring des effets secondaires par les patients**
- **Lien tr co et cancer**
 - Evaluation spé et ré-entraînement cognitif
 - FdR de mortalité : tout type de cancer et de ttt
- **Utilisation des médecines alternatives +++ non rapportées**

Ce qui s'est dit à la SFGG

J. MERCIER



- **BPCO**
 - **VEMS/CV** diminue plus rapidement que la **CV** : faux +
 - **Nouveaux critères en 2017** (tient compte hospit)
 - **PEC non pharmaco +++**
 - **Lutte contre le tabagisme** (même âgé !)
 - **Améliorer le déconditionnement respiratoire !**
 - **PEC de la dénutrition**
 - **Lutte contre la mésobservance, chambre d'inhalation !**
 - **Pas de distinction pour le SA** : spto conditionne le ttt
 - **Mais antichol** : plus de RAU / CSI : + de PNP d'inhalation

Ce qui s'est dit à la SFGG

J. MERCIER



- **Andropause**
 - Déficit androgénique : 5% des >70ans, associé à l'OP, la sarcopénie
 - A rechercher si ostéoporose, ttt cortico prolongé, anémie inexpliquée, sarcopénie, tr sexuels
 - Spto d'hypogonadisme + Testo totale < 3,2ng/ml à 2 reprises dans autre cause retrouvée
- **Hypothyroïdie frustré : infraclinique + TSH < 4mUI/L (confirmée à 1 m) + T4 normale**
 - Evoquer sd différentiel : psychotropes – sd basse T3
 - Arrêter de doser la TSH en phase aiguë !
 - Levothyroxine < 50µg /j : probable sur-ttt

Ce qui s'est dit à la SFGG

J. MERCIER



- **Diabète**
 - Metformine en 1^{ère} intention !!!
 - Attention aux SH
- **Epilepsie du SA**
 - Dg : répétition des épisodes + sémiologie stéréotypée et... confusion, tr co, tr sommeil, EDME non convulsivant → **INTERROGATOIRE**
 - Si 1 crise : pas de BZD
 - Préférer LAMOTRIGINE
 - Si EDME : BZD à ½ dose – si convulsivant Prodilantin, si non-convulsivant Kepra ou Vimpat
 - Avant ttt : NFS – fonction rénale / PAS de dosage - **DMO**

Ce qui s'est dit à la SFGG

J. MERCIER



- **VIH**
 - Fragilité précoce +++ : vieillissement prématuré
 - Polymédication / Interaction → risque de refus en EHPAD
- **Nouveaux ATB**
 - Gram –
 - Témocilline (Négaban®): épargne des carbapénèmes
 - Ceftazidime + avibactam (Zavicefta®) : G- dont BLSE
 - Ceftozolone + avibactam
 - Cocci G+
 - Dalbavancine (Xydalba®) – AMM peau et tissus mous
 - Daptomycine (Cubicin®) AMM : bactériémies, EI
- **Durée de ttt : pas de différence**

Ce qui s'est dit au MAO

A. BOINET



- **Oncogériatre**
 - = double regard sur le patient : approche gériatrique multidimensionnelle VS EGA → modification du choix du ttt dans 25% des cas
 - Evaluer – intervenir – adapter – suivre !
- **Parcours de soin**
- **Pré-habilitation – PRO-ADAPT (état nutritionnel et physique)**
- **Immunothérapies et thérapies ciblées : ne pas exclure les SA**
- **Collaborations inter-spécialités : éduquer, coordonner, communiquer**



Et l'AJG dans tout ça...

« Inclusion » dans...



- **La SFGG**
- **Le CNP**
- **Des sociétés partenaires**
- **Des comités éditoriaux**

- **A venir : FNCMRR ?**

Comment l'AJG peut vous aider...



- **RECHERCHE : Travail fourni ne doit pas être vain...**
 - Identification des difficultés rencontrées
 - Création de binôme de travail en fonction des besoins
 - Plan de « travail » et de publication
- **Besoin de renfort**

Prochain RENDEZ-VOUS



LILLE

2020 ! ... 2022 !!