

PETIT BULLETIN

du Gériatre et du Gérologue

CHU de Grenoble et de Nice
CMRR Nice et Grenoble Arc Alpin

18^{ème} année n°03

23 Janvier 2012

REUNION BIBLIOGRAPHIQUE HEBDOMADAIRE

Pour l'envoi de vos références et résumés : franco.a@chu-nice.fr

Edito

Singapour ouvre un Master de Gérologie ! En France, l'accès aux quelques Master traitant de Gérologie reste encore difficile. [AF]

Article

- **Cardiology Research and Practice (2011), Article ID 854205, 8 pages, doi:10.4061/2011/854205**

Management of patients with atrial fibrillation : specific considerations for the old age. Laurent M. Haegeli & Firat Duru (Zurich)

La fibrillation auriculaire (FA) est l'arythmie la plus fréquente. On estime à environ 8 à 10% la prévalence de la FA chez les personnes âgées de plus de 80 ans. Et 70% des patients atteints de FA ont entre 65 et 85 ans. Elle multiplie par 5 le risque d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques et en serait responsable de 10 à 20%. Chez les patients âgés de plus de 80 ans on atteint 25%.

La Prévention des AVC ischémiques repose sur le score CHA²DS²-VASc. Les antivitaminés K (AVK) réduisent de 70% le risque d'AVC et la mortalité d'un tiers. Le contrôle biologique sanguin par l'international normalized ratio (INR) cible est compris entre 2 et 3. Des études ont montré qu'utiliser un INR < 2 augmente le risque d'AVC sans protéger contre les hémorragies cérébrales. L'aspirine réduit le risque d'AVC de 20% avec un effet qui semble s'amenuiser avec l'âge et qui disparaîtrait passé 77 ans. L'association clopidogrel-aspirine s'est révélée inférieure à la warfarine avec pourtant des risques de complications hémorragiques équivalents. De nouveaux médicaments ont montré leur efficacité avec notamment le dabigatran (PRADAXA) qui serait aussi efficace que la warfarine dans la prévention des événements ischémiques mais avec un taux plus faible d'hémorragies graves. L'Apixaban quand à lui serait plus efficace que l'aspirine dans la prévention de l'ischémie, sans augmentation du risque hémorragique. Les patients avec risque de chute accru, antécédents hémorragiques, démence et susceptible de mauvaise observance devraient en toute logique être traités par dabigatran ou apixaban.

Le Rythme et la fréquence. La diminution de la fréquence cardiaque doit constituer le traitement de première ligne avec un objectif aux alentours de 115 battements par minute au repos. La digoxine doit être utilisée avec prudence du fait du risque de surdosage dû à la fréquence de l'insuffisance rénale et la poly médication chez le sujet âgé. Les anti-arythmiques n'ont pas montré d'amélioration du risque d'AVC, de la mortalité et du nombre d'hospitalisation. Au contraire ils sont responsables d'une mortalité accrue chez le sujet âgé du fait des effets secondaires de ces médicaments. L'amiodarone est la molécule la plus efficace et sûre chez les patients cardiaques, mais un suivi régulier de la thyroïde, de la fonction hépatique et pulmonaire (5% de PID) est nécessaire du fait de la fréquence de la toxicité extra cardiaque. De ce fait elle ne devrait être utilisée qu'en cas de contre indication ou d'échec des autres anti-arythmiques

Ablation par cathéter. Une alternative efficace pour le traitement de la FA réfractaire aux médicaments est l'ablation par cathéter du nœud atrioventriculaire et la mise en place d'un pacemaker mais elle ne n'élimine pas la FA et l'anticoagulation reste indiquée. Depuis les années 1990 on a découvert que la plupart des FA ont pour origine des foyers ectopiques provenant des veines pulmonaires. De nouvelles techniques d'isolement électrique des veines pulmonaires ont donc émergé, ne nécessitant ainsi pas la mise en place d'un pacemaker. Les taux de succès approchent de 70% à 90%. Dans les études publiées jusqu'à présent on retrouve que l'âge > 70 ans est un facteur de risque de complications opératoires avec un Odd Ratio de 3,7. Plusieurs études récentes dont une par les auteurs de l'article montrent que chez les patients âgés de > 80 ans les taux de succès et de complications ne sont pas différents des patients plus jeunes. (Commentaires Damien TAFANI, Interne, Nice)

Ethique

ESPACE ETHIQUE ALZHEIMER. CMRR Grenoble et Arc Alpin. N°: 84, 13 décembre 2011

• Cas d'éthique clinique

Présentée par L. Dubois, P. Poussier et M.-H. Claude

Il s'agit d'une situation de maltraitance physique au sein d'un couple (83 et 85 ans) vivant en EHPAD.

Monsieur J. est entré dans la structure dans un contexte de maltraitance de la part de son épouse, signalé par le médecin traitant au médecin du Conseil Général. Tout deux sont atteints d'une pathologie neurodégénérative et Madame J. aurait des troubles de la personnalité qui n'ont pas été diagnostiqués ni suivis. La séparation pour les deux a été très difficile et le médecin du Conseil Général est revenu sur sa position concernant la séparation. Ainsi Madame J. entre dans la structure à sa demande un mois après son époux, dans le même logement. Dès son entrée, Madame J. est opposante à tout type de prise en charge, elle refuse de prendre son traitement, elle refuse la toilette et au bout de 15 jours, l'équipe constate des signes et des faits de maltraitance physique envers son mari. Tout deux dénie les faits.

L'équipe a aussi pu observer que Monsieur J. réveille beaucoup son épouse la nuit et lorsqu'ils sont séparés il cri ou il l'appelle. De son côté Madame J. presse son mari pour prendre les repas, elle le dirige beaucoup et rythme toutes leurs activités.

Ce couple a deux enfants, une fille et un fils qui sont très présents auprès d'eux. L'équipe apprend au fur et à mesure des éléments concernant leur histoire de vie et notamment que la maltraitance est présente depuis longtemps au sein du couple, la fille en a été également victime.

Une hospitalisation pour Madame J. a été organisée pour réévaluer son traitement, expérimenter la séparation du couple et permettre à l'équipe de prendre de la distance. A son retour, pendant un mois, il n'y a pas eu de maltraitance signalée par l'équipe. Les soignants ont également proposé à Madame J. de participer à l'accueil de jour de la structure, mais celle-ci a refusé pour ne pas laisser son mari.

La situation perdure maintenant depuis une année et l'équipe, divisée, se trouve à bout de ressources et d'idées pour aborder la problématique de ce couple.

Qu'est ce que la maladie d'Alzheimer et les troubles cognitifs jouent dans cette situation ? Il s'agit d'une histoire de couple ancienne avec deux personnalités qui devient l'affaire d'une équipe soignante. Comment intervenir dans cette intimité ?

-Toutefois la maltraitance est un comportement inacceptable dans l'institution et il est nécessaire de le leur signifier sur le fait, même s'ils dénie tout deux la situation.

-De plus aucun des deux n'est sous protection juridique, ils sont capables majeures et prennent leurs décisions. L'équipe peut difficilement porter la demande de protection juridique mais il semble nécessaire de signaler la situation au Procureur de la République. De ce fait ce sera une personne extérieure qui jugera de la nécessité de protéger Monsieur J. A cette occasion, un échange pourra s'engager avec la famille et permettra de poser des limites pour l'institution. La famille doit être partie prenante avec l'équipe d'une réflexion et d'une recherche de solution.

Les participants ont beaucoup échangé concernant la séparation du couple et surtout comment la mettre en œuvre ? Quelle peut être la moins mauvaise solution pour ce couple qui par ailleurs se réclame ?

-Différentes solutions sont imaginées : deux bâtiments différents, un autre établissement pour Madame ou bien un autre établissement pouvant les accueillir tous les deux. Monsieur J., très perturbé la nuit pourrait bénéficier d'une unité psycho-gériatrique. Comment garder des moments de rencontre ? Lesquels ?

Selon le principe de bienfaisance, les équipes sont prises dans le discours actuel du respect de la personne, de ses choix (« La bienfaisance », « L'Humanitude » ...) mais il est important de ne pas oublier que parfois il est plus protecteur de tenir des positions plus fermes, plus cadrantes. Par exemple, dans cette situation, l'équipe a finalement été contrainte d'obliger Madame J. à prendre une douche, ce qui finalement a été accepté et même bien apprécié par celle-ci. Compte Rendu : S Keignart SKeignart@chu-grenoble.fr, M.

Molines MMolines@chu-grenoble.fr

Formation

• Master de Gérontologie à Singapour

Supported by government and social services agencies, programme aims to develop skilled personnel for eldercare sector. Come July 2011, individuals who seek specialised training in eldercare will be able to upgrade their skills and qualification through a Master of Gerontology offered by SIM University (UniSIM). In the 2011 Budget, the government has announced its strong support to build up the nation's long-term care sector which includes the eldercare sector. Critical to enhancing the level of care in this sector is the availability of a core pool of skilled and dedicated professionals who can provide specialised and multi-dimensional care in health, social and psychological services. The UniSIM Gerontology programme is in line with the government's priority in a rapidly ageing population. Not only will the programme fill the gap in the provision of systematic and holistic training of eldercare professionals, the interdisciplinary nature of the programme will also prepare them to assume leadership roles in the sector. Supported by the Ministry of Community Development, Youth and

Sports (MCYS), the National Council of Social Service (NCSS) and the Gerontological Society of Singapore (GSS), this will be the first Master degree in Gerontology to be offered in Singapore. GSS will also be providing scholarships to members of the public interested in taking up this Master programme. (Info IAGG).

Pourquoi un Master en Gérontologie ?

Need for trained professionals in Gerontology. In Singapore, the percentage of Singapore residents aged 65 years and above has increased from 3.4% in 1970 to 9% in 2010. This figure is expected to triple to one in every five Singapore residents - nearly a million in absolute number - by 2030. In Asia, Singapore is second only to Japan in its rate of ageing. Most Gerontology degree programmes in the world are provided at the Master's level, as the area of specialisation appeals mainly to more mature learners or those who hold a related Bachelor's degree and are already working in the social services sector. In the region, Hong Kong, China and Japan offer Master degrees in Gerontology. In Australia, the United States, the United Kingdom and other European countries, Master degrees in Gerontology are widespread. The UniSIM Master of Gerontology programme is targeted at professionals who have degrees in areas such as social work, nursing, counseling, psychology, physio and occupational therapy, and even other disciplines such as medicine and architecture, and who wish to pursue a specialisation in gerontology. It is also open to graduates from any disciplines, providing an avenue for those who wish to make a mid-career switch into the eldercare sector. The programme will also appeal to a small pool of retirees and care givers who will find such a programme helpful in enabling them to care for themselves and their loved ones more effectively. For more information on the programme please visit http://ogs1.unisim.edu.sg:81/ger_overview.html

Offre

- **Médecin à temps partiel pour un poste définitif**

Var, Nans les Pins, Établissement de Médecine et de Soins de suite 213 lits. Prise en charge du suivi médical d'un nombre de lits de SSR dédiés en fonction du nombre d'heures du contrat, le poste est créé pour être intégré avec l'organisation de six autres médecins pour assurer la continuité des soins médicaux, participation à la démarche de certification qualité, comités et aux EPP, astreinte garde de week-end toutes les 6 semaines, en SSR : dictées des courriers de sortie, staffs, coordination du retour à domicile des patients avec l'équipe, participation à la gestion des risques, PMSI SSR, dossier médical informatisé... Compétences et aptitudes souhaitées: • Expérience hospitalière exigée, • Capacité à intégrer une équipe pluridisciplinaire, • Bon relationnel, • Autonomie et sens des initiatives.

Contact <http://www.clinique-saintfrancois.fr/>. Mme ROUSSEAU Directrice Adjointe au 04.94.72.81.16. – direction@clinique-saintfrancois.fr

Congrès

- **2nd Intensive Course on Ageing, June 21-22, 2012 at the Institut de l'Envellement of the Universitat Autònoma de Barcelona, Spain, under the auspices of the IAGG (International Association of Gerontology and Geriatrics).**

The 2012 session will welcome internationally recognized specialists who will share their knowledge on main aspects of gerontology and cancer in senior adults. This Course is addressed to an audience of students, professionals, researchers and any other actor concerned by Aging issues. Oral communications will be presented within the framework of sessions (30 minutes) & workshops (60 minutes).

Registration: <http://www.ic-ageing.com> . Contact : Constance de Seynes (seynes@cict.fr) - Phone: + 33 (0) 5.61.14.56.39 - Fax: + 33 (0) 5.61.14.56.40. Website : <http://www.iagg.info>

- **Congrès Mondial de Gérontechnologie, [ISGISARC2012], Eindhoven, Pays-Bas, Juin 2012, 26-29.**

Deadline for abstract submission (1 page papers) February 1, 2012. However, the deadline for full papers have been extended to April 1, 2012. Full papers may only be submitted when the related abstract is already accepted.

- **Colloque "Industries du Numérique et de la Santé"**

Le Ministère chargé de l'Industrie, et sa DGCIS vous informe de l'organisation du colloque "Industries du Numérique et de la Santé" qui se tiendra au Centre Pierre Mendès-France à Bercy les 28 et 29 février 2012.

- **11ème Réunion Francophone sur la MALADIE D'ALZHEIMER et les syndromes apparentés, Toulouse du 22 au 24 mai 2012.**

Communications orales et communications affichées. Les résumés seront publiés. Pour soumettre votre résumé : [cliquez ici](#). Date limite de soumission des résumés 20 février 2012. Date limite d'inscription à tarif préférentiel 20 mars 2012. Date limite de réservation hôtelière 20 mars 2012. Plus d'information:

www.alztoulouse2012.com Des Questions ? info@alztoulouse2012.com

Bibliographie du 16/01/2012 – Nice : Nassima Akerma, Eugénie Arno, Widyan Benouali, Isabelle Bereder, Patrice Brocker, Françoise Capriz, Raphaël Daknou, André Gary, Thomas Julien, Arnaud Lecoq, Mariela Peptan-Tecianu, Viginie Perriquet, Damien Tafani, Jean-Michel Tunin.