

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

NOVEMBRE 2024 - NUMÉRO GRATUIT

#37



Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr



LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE #37

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2024

BUREAU
PRÉSIDENTE
Rafaëlle ROTH

VICE-PRÉSIDENTE
Lucrezia-Rita SEBASTE

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Jérémie HUET

TRÉSORIER
Romain VAN OVERLOOP

VICE-PRÉSIDENT(E)S ADJOINT(E)S
Laure ALLAN, Amélie BOINET
et Florian MARONNAT

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Hazem BEN RAYANA
Nathan BLEU
Alexandre BOUSSUGE
Floriane BRIL
Sandra BRISSART
Guillaume CHAPELET
Nicolas DENIAU
Fanny DURIG
Antoine GARNIER-CRUSSARD
Bastien GENET
Florent GUERVILLE
Sylvana HO-BING-HUANG
Sophie MASSART
Marine OECHSLIN RIMET
Marie OTEKPO
Matthieu PICCOLI
Ludovic ROBBE
Sophie SAMSO
Thomas TANNOU
Julie TISSERAND
Justine TRISTRAM

N° ISSN : 2264-8607

ÉDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE

Réseau Pro Santé
14, rue Commines | 75003 Paris
M. TABTAB Kamel, Directeur
reseauprosante.fr | contact@reseauprosante.fr



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES
www.assojeunesgeriatres.fr

SOMMAIRE

- 03 ÉDITORIAL**
- 04 ARTICLE THÉMATIQUE**
L'Orthogériatrie au service des personnes âgées
- 12 FOCUS GÉRIATRIQUE**
La Pré-habilitation en gériatrie
- 15 FICHE MÉTIER**
Utilisation de l'hypnoalgésie dans les soins
- 17 FICHE PRATIQUE**
La confusion post-opératoire
- 20 RETOUR DE CONGRÈS**
Retour de congrès SOFOG 2024 à Poitiers
- 27 FICHE DU MÉDICAMENT**
La Morphine
- 30 ACTUALITÉS AJG**
- 31 BIBLIOGRAPHIE**
Revue systématique de la littérature sur les AINS en péri-opératoire d'une chirurgie de fracture de hanche : quel impact dans la gestion de la douleur ?
Dexmedetomidine : une solution à la confusion en post-opératoire ?
- 37 CAS CLINIQUE**
Ostéoporose et très grand âge : faut-il traiter l'ostéoporose du centenaire ?
Faut-il toujours opérer une fracture du membre inférieur dans un contexte de fin de vie ou de soins palliatifs ?
- 44 ANNONCES DE RECRUTEMENT**



Crédit couverture : © ByeBye Hippocrate

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

ÉDITORIAL

Chers Adhérent(e)s,

L'été est derrière nous, la rentrée est bel et bien passée, il était temps pour nous de faire naître ce nouveau numéro de la Gazette.

Clin d'œil spécial à notre rédac cheffe du tonnerre Sophie Massart puisqu'elle aussi a vu naître un joli événement. Gageons qu'elle sera de retour pour le prochain numéro sans aucun doute.

Revenons à nos moutons puisque nous avons choisi de vous parler ici de péri-opératoire du sujet âgé. Ce sujet n'a jamais été autant d'actualité car l'amélioration des techniques chirurgicales et anesthésiques conduit à une augmentation du nombre de patients âgés opérés depuis plus de 20 voire 30 ans en France.

En pratique courante quotidienne, nous avons tous déjà été confrontés à la gestion d'un patient en péri-opératoire et cela ne peut se faire sans inter-disciplinarité. Il est de notre devoir de limiter la survenue d'effets indésirables la plupart du temps non chirurgicaux tels que la douleur liée aux soins, la survenue d'un syndrome confusionnel post-opératoire ou alors d'un globe vésical ou de complications cutanées.

On verra comment l'Orthogériatrie et la création d'Unités Post-Opératoires Gériatriques apportent des réponses et une efficacité particulière pour les patients hospitalisés pour des pathologies orthopédiques.

Aussi, on expliquera le concept de pré-habilitation où l'évaluation pré-opératoire et la proposition de mesures préventives permettent de limiter les complications post-opératoires potentielles.

La gestion de la douleur est une des principales considérations, une fiche médicament sur la morphine sera à votre disposition. Une équipe du GHU Paris-Saclay a développé un outil complémentaire pour la prise en charge de la douleur liée aux soins : l'hypnoalgésie.

Afin de mieux prévenir et prendre en charge le syndrome confusionnel, vous retrouverez une fiche pratique détaillée pouvant être réutilisée à souhait. Une bibliographie nous parlera de la Dexmedetomidine, ce médicament « miracle » qui limiterait la confusion.

Oserions-nous prescrire des AINS après avoir lu la revue de bibliographie sur l'utilité des AINS en péri-opératoire d'une fracture de hanche ?

Deux cas cliniques intéressants débattront sur l'intérêt : (1) de traiter l'ostéoporose des patients centenaires, (2) d'opérer les patients d'une fracture de hanche en cas de soins palliatifs.

Pour finir, c'est l'occasion de vous convier à la 5^{ème} Journée Annuelle des Jeunes Gériatres qui se tiendra cette année à Bordeaux les 5 et 6 Juin. Le programme vous sera communiqué bientôt, mais nous savons d'ores et déjà que ce sera « gavé bien ». Venez nombreux !

À bientôt,

Gériatriquement vôtre,

Drs Bastien GENET et Justine TRISTRAM
Co-rédacteurs en chef



L'ORTHOGÉRIATRIE AU SERVICE DES PERSONNES ÂGÉES

L'Orthogériatrie : pourquoi ?

La population française, européenne et mondiale connaît un vieillissement sans précédent. En effet, malgré une relative stabilisation de l'espérance de vie dans les pays les plus développés, la proportion des plus de 80 ans va tripler entre 2020 et 2050 dans le monde (1). Ces personnes plus âgées sont encore plus confrontées à des pathologies orthopédiques qu'elles soient du domaine de l'urgence (fractures avec notamment les fractures de l'extrémité supérieure du fémur, FESF) ou du programmé (coxarthrose, gonarthrose ou arthrose rachidienne). Quand on s'intéresse plus particulièrement à la FESF, on peut voir qu'elle touche environ 65 000 personnes par an en France (2), le plus souvent des personnes âgées présentant un sur-risque de chute dû à des altérations sensorielles, des pathologies chroniques (neurologiques, cardiologiques ou rhumatologiques), une inadaptation de leur environnement ou une polymédication (3).

La FESF représente encore de nos jours un véritable défi à relever pour le sujet âgé avec 30 % de décès, 30 % d'institutionnalisation et 30 % de perte d'autonomie à 1 an (4). Au-delà du « challenge opératoire » qui n'est plus vraiment un problème aujourd'hui (progrès des techniques anesthésiques et chirurgicales), elle est un défi majeur organisationnel et médical. En effet les éléments pronostiques modifiables les plus importants sont le délai pré-chirurgical et le délai de mobilisation post-opératoire (5, 6), mais aussi toutes les complications médicales du post-opératoire (7-9). On peut ainsi voir qu'il existe déjà une nécessité de créer des parcours de soins coordonnés et réactifs, afin d'optimiser les délais de prise en charge en cas de FESF, mais aussi d'autres pathologies orthopédiques de l'urgence.

En ce qui concerne les complications médicales post-opératoires, il en existe sept principales, justifiant d'une prise en charge plus adaptée au sujet âgé, si possible réalisée par un service ou un médecin spécialisé en gériatrie.

La première est le **syndrome confusionnel**, pas par sa fréquence (21 à 44 % selon les études) (9) mais par ses conséquences (facteur indépendamment associé à la mortalité, morbidité et institutionnalisation) dues à la difficulté de prise en charge secondaires aux troubles du comportements (sédation voire contention). Les recommandations sur la confusion post-opératoire ont déjà été décrites depuis plusieurs années par *Inouye et al* (10) et les sociétés savantes d'anesthésie (11).

Vous pourrez trouver plus d'informations sur la fiche thérapeutique « Confusion post-opératoire » de ce même numéro de la Gazette, réalisée par la Dr Judith Cohen-Bittan, référente dans le domaine de l'orthogériatrie.

La seconde est **la douleur** qui, au-delà de ses conséquences néfastes sur la mobilisation et la récupération fonctionnelle, est une source d'agitation et de confusion quand elle n'est pas bien prise en charge. Les morphiniques sont à prioriser en association avec des antalgiques de palier 1, même à doses réduites. En effet des molécules comme le Nefopam présentent un pouvoir anticholinergique trop fort, et donc confusiogène.

Pour ce qui est du Tramadol il entraîne un abaissement du seuil épiléptogène et reste malheureusement souvent trop fortement dosé (50mg au minimum) dans les formes que l'on peut délivrer au patient (privilégier les formes pédiatriques en goutte si utilisation) (12, 13).

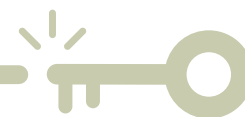
La troisième est **la dénutrition** qui représente 87 % des cas selon les études. Celle-ci doit être prévenue par une période de jeun pré-opératoire la moins importante possible, mais aussi par l'adjonction systématique en post-opératoire d'une alimentation enrichie d'emblée voire de compléments nutritionnels oraux (CNO), comme recommandé par la HAS (14).

La quatrième est **l'anémie post-opératoire**, présente dans 80 % des cas. La surveillance de l'hémoglobine se doit donc d'être réalisée au moins tous les deux jours, en particulier dans la période de « nadir », classiquement entre J3 et J4. Si l'anémie est présente, il faut en général adopter une stratégie plutôt restrictive (seuil à 8 g/dl ou en cas de mauvaise tolérance), permettant de limiter au plus les complications cardiovasculaires de la transfusion (15, 16).

La cinquième, **les complications cardiovasculaires** (30 % des cas), regroupe les embolies pulmonaires/phlébites (5 % des cas), le syndrome coronarien aigu, les troubles du rythme/conduction mais avant tout l'insuffisance cardiaque aiguë (remplissage per-opératoire, transfusions). Pendant la période post-opératoire, il faut donc dépister de manière quotidienne les premiers signes d'insuffisance cardiaque, réaliser un monitoring ECG tous les 2 jours voire quotidien (et en réaliser systématiquement en cas de FC>100/min ou <60/min) ou encore veiller à introduire une anticoagulation préventive précoce dès le J1 post-opératoire.

La sixième est représentée par **les troubles mictionnels** (20 % des cas) avec en premier lieu la rétention aiguë d'urine mais aussi l'incontinence urinaire de novo à distance (17). Afin d'éviter cela, la réplétion vésicale doit être monitorée dans cette période particulièrement à risque par : le syndrome d'immobilisation, les douleurs et les antalgiques favorisant, la constipation (deux laxatifs simultanés) ainsi que d'autres traitements favorisant (anticholinergiques vrais et « cachés »). Afin d'éviter au maximum les infections urinaires, les sondes posées en pré ou per-opératoire devront être enlevées le plus rapidement possible, dès que le transit a repris et que la mobilisation est débutée.

La septième, **les infections** (17 % des cas), est majoritairement représentée par les pneumopathies infectieuses, en particulier celles d'inhalation en pré-opératoire lors de la chute, lors de l'intubation ou en post-opératoire sur des troubles de vigilances. Les infections urinaires sont généralement sur-diagnostiquées et sur-traitées. Les infections du site opératoire sont rares et surviennent généralement à partir de 3 semaines post-opératoires. À noter qu'une fièvre peut parfois être causée uniquement par une embolie pulmonaire ou un hématome profond volumineux.



Malgré toutes ces bonnes pratiques, il reste encore des risques de iatrogénie par les soins hospitaliers prodigués, pouvant entraîner une dépendance chez le patient au décours du séjour. C'est le principe de dépendance liée à l'hospitalisation (DLH) qui peut devenir iatrogène (DILH) quand les soins ne sont pas justifiés ou optimaux (Figure 1 page suivante). Ses 6 principaux facteurs de risques ont été définis par la HAS en 2017 (17) et se doivent également d'être le plus contrôlés possibles : (1) le syndrome confusionnel ; (2) la chute hospitalière ; (3) l'incontinence urinaire et fécale induite par les soins ; (4) la iatrogénie médicamenteuse ; (5) le syndrome d'immobilisation et (6) la dénutrition secondaire à l'hospitalisation.

Facteurs prédisposants liés au patient

- Un âge avancé (plus de 70 ans)
- Le statut fonctionnel pré-morbide 15 jours avant l'admission : besoin d'une aide à 3 IADL ou à 1 ADL
- Le statut fonctionnel à l'admission : un besoin d'aide aux ADL
- Un déclin fonctionnel dans les 15 jours précédant l'admission
- Un état de fragilité
- Des troubles de la mobilité 15 jours avant l'admission : utilisation d'une aide technique à la marche, instabilité à la marche, incapacité de courir ou de monter un étage
- Des troubles cognitifs modérés à sévères (*Mini Mental Test Examination* – MMSE < 20)
- Des symptômes dépressifs avant l'admission
- Un déficit sensoriel (visuel ou auditif ou somesthésique)
- Des troubles nutritionnels
- Une polymédication
- Des hospitalisations récentes
- Un support social faible
- Une mauvaise qualité de vie

Facteurs précipitants liés à la maladie

- La pathologie cause de l'hospitalisation, sa sévérité, et son type (AVC, cancers, insuffisance cardiaque, insuffisance coronaire, pneumopathie, fracture de la hanche, etc.)
- Une chirurgie programmée ou non (l'anesthésie et l'acte chirurgical)
- Le mode d'entrée par le service des urgences

Facteurs précipitants liés à l'hospitalisation (environnement et soins)

- La survenue d'une confusion
- Un repos au lit ou une mobilisation insuffisante
- La présence d'une escarre
- Le port d'une sonde vésicale ou d'une couche pour incontinence urinaire
- Une dénutrition
- Les traitements médicamenteux et une polymédication
- Un environnement hospitalier inadapté
- Une dépendance contrainte (aide systématique sans tenir compte des capacités)
- Une chute
- Des troubles du sommeil
- Une organisation de la sortie tardive et inadaptée

**La Dépendance iatrogène
Liée à l'hospitalisation****Facteurs de risques****HAS**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Figure 1 : Facteurs de risque de dépendance liée à l'hospitalisation (gauche) et de DILH (droite) selon la HAS (17)

L'Orthogériatrie : comment ?

Face à cette nécessité croissante de gérer des patients de plus en plus âgés et complexes par leurs comorbidités mais aussi leurs complications post-opératoires, le concept d'orthogériatrie a commencé à se développer depuis les années 1950. Initié aux États-Unis et en Grande-Bretagne, il permettait aux patients de bénéficier de l'expertise gériatrique le plus tôt et longtemps possible dans leur parcours de soins. On peut ainsi voir qu'en 2017 (4), la Haute Autorité de Santé propose 3 modèles s'étant démarqués par leur facilité de mise en place ou leur efficacité :

1. Le modèle de l'équipe mobile de gériatrie ou du gériatre « à la demande » en orthopédie.
2. Le modèle de l'équipe mobile de gériatrie quotidienne ou du « gériatre dans le service » en orthopédie.
3. Le modèle de l'Unité Péri-Opératoire Gériatrique (UPOG).

Il est à notifier qu'à ce jour aucune supériorité d'un modèle par rapport à un autre a été prouvée sur la mortalité ou la réhospitalisation, notifiant ainsi que le

plus important est de proposer au patient une prise en charge multidisciplinaire (urgentiste, anesthésiste, orthopédiste, gériatre et médecins de SMR) et multimodale le plus tôt possible au sein d'une filière dédiée.



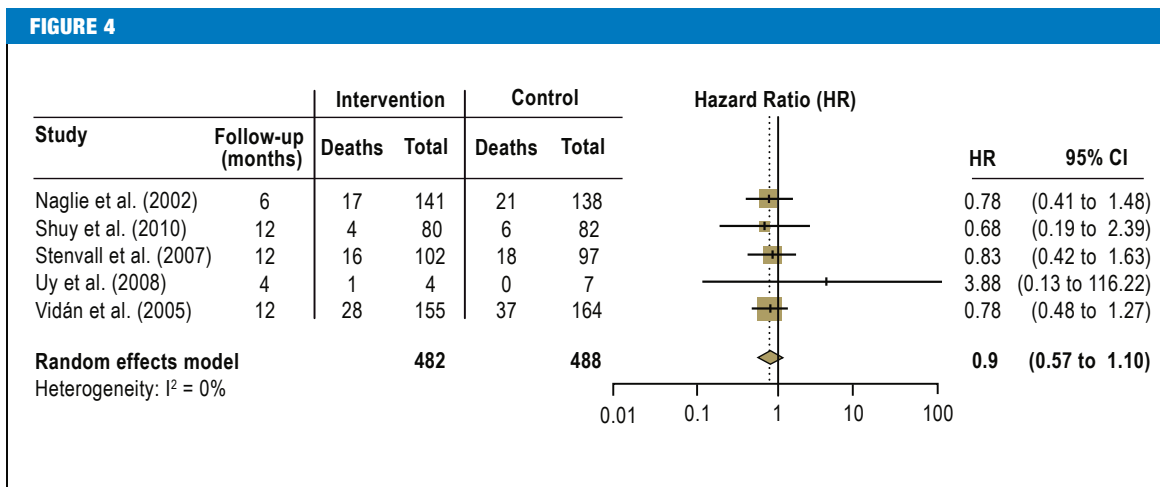
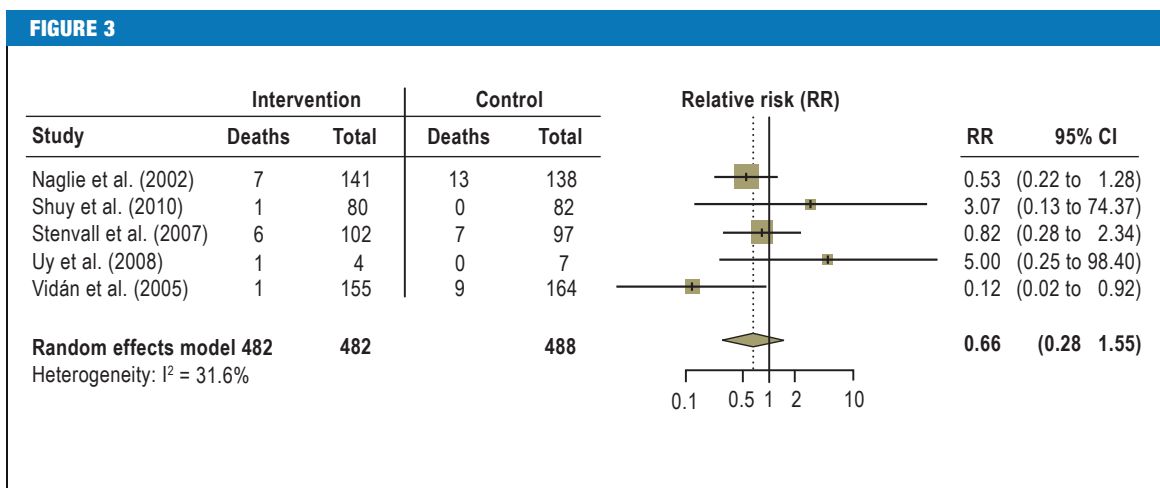
L'Orthogériatrie en orthopédie : l'équipe mobile ou le gériatre expert

Une des solutions possibles pour l'implémentation de la culture gériatrique en orthopédie peut être la présence d'un gériatre ou d'une équipe mobile, à une fréquence particulière (la plus élevée est le mieux !). On distingue classiquement une présence ou un passage quotidien à un passage sur demande d'avis, ponctuel. Les études sur le sujet restent encore assez hétérogènes en ce qui concerne la fréquence et la modalité de l'expertise (médecin seul, avec une infirmière, voire un ergothérapeute) (18-20). L'expérience clinique semble, elle, tendre vers une meilleure prévention et détection des cas complexes et de la iatrogénie en cas de monitoring quotidien voire inclus dans le service d'orthopédie.

En ce qui concerne les équipes mobiles, elles ont déjà démontré leur efficacité sur la diminution de mortalité dans des services de médecine conventionnelle ou d'urgence (20, 21). Elles ont l'avantage

d'être créées sur le modèle de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) dans le but d'explorer l'état fonctionnel du patient, ses pathologies médicales et sa situation psychosociale afin de lui proposer une prise en charge optimale et holistique. Ces équipes mobiles comprennent au minimum un médecin gériatre et une infirmière, mais elles peuvent parfois inclure également un kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien voire une assistante sociale. Dans le domaine de l'orthogériatrie les designs d'équipe mobile sont encore très différents, et leur efficacité reste encore incertaine :

- Effets bénéfiques sur la confusion post-opératoire (17) ou la mortalité (22).
- Aucune supériorité sur le pronostic vital ou fonctionnel pour certaines études (22, 23) (Figure 2).
- Aucune supériorité en termes de durée de séjour en soins aigus (22) selon certains articles.



Hospital mortality: forest plot of the effect of orthogeriatric treatment 95% CI, 95% confidence interval

Figure 2 : Mortalité intra-hospitalière et à long termes après intervention d'une équipe mobile d'orthogériatrie selon Buecking et al (23)

L'Orthogériatrie « 4 étoiles » : l'Unité Péri-Opératoire Gériatrique (UPOG)

Le concept d'UPOG a été développé en France depuis 2009, avec la création de la première UPOG à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Celle-ci s'est inscrite dès sa mise en place dans une filière allant de l'admission aux urgences, l'opération, l'admission post-opératoire directe à l'UPOG jusqu'à la rééducation en SMR au décours dans un service d'aval également spécialisé en orthogériatrie (Figure 3).

Si on s'intéresse à la période du post-opératoire immédiat et à l'UPOG, différents éléments sont à la base de la prise en charge :

- Un protocole de rééducation fonctionnelle précoce mis en place avec l'équipe de rééducateurs du service (kinésithérapeute, ergothérapeute et psychomotricien notamment). Ce protocole peut même utiliser de nouvelles technologies afin d'accélérer la récupération et faciliter celle-ci, à l'image de tapis de marche connecté (24, 25).
- Une surveillance médicale et paramédicale quotidienne des complications post-opératoires spécifiques de la FESF (cf. première partie de cet article).
- Une formation des équipes soignantes infirmières et aides-soignantes aux soins de cicatrices et pansements, à la mobilisation précoce des patients en post-opératoire.
- Des avis à la demande voire une réévaluation clinique de la part de l'orthopédiste qui a opéré le patient.
- Des protocoles médicaux spécifiques au post-opératoire : seuil transfusionnel restrictif (16), antalgie par palier 1 et palier 3 uniquement ou encore dépistage quasi-quotidien de troubles du rythme ou ischémique à l'ECG.

Ces UPOG ont prouvé leur efficacité (en comparaison à une prise en charge classique en orthopédie sans expertise gériatrique particulière) depuis bientôt plus de 10 ans à la fois sur :

- La durée de séjour (diminution de 2 jours) (26).
- Le délai de reprise de marche (diminution de 3 jours) (26).
- La mortalité à 6 mois (15 % versus 24 %, $p = 0,04$) (27) (Figure 4).
- La réhospitalisation à 6 mois (14 % versus 29 %, $p = 0,007$) (27) (Figure 4).

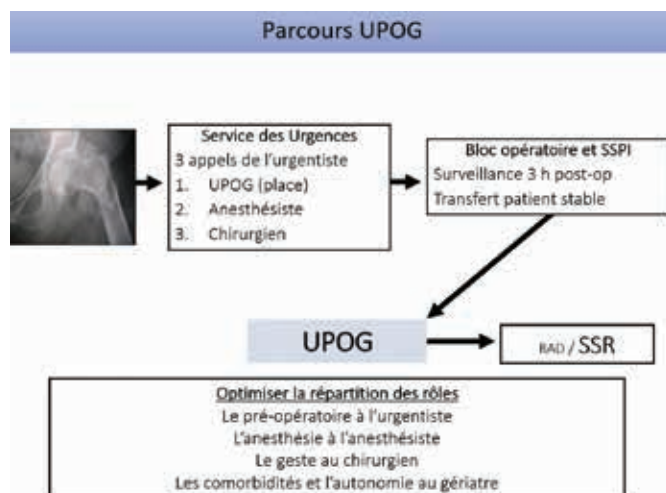


Figure 3 : Organisation de la filière UPOG à la Pitié-Salpêtrière depuis 2009

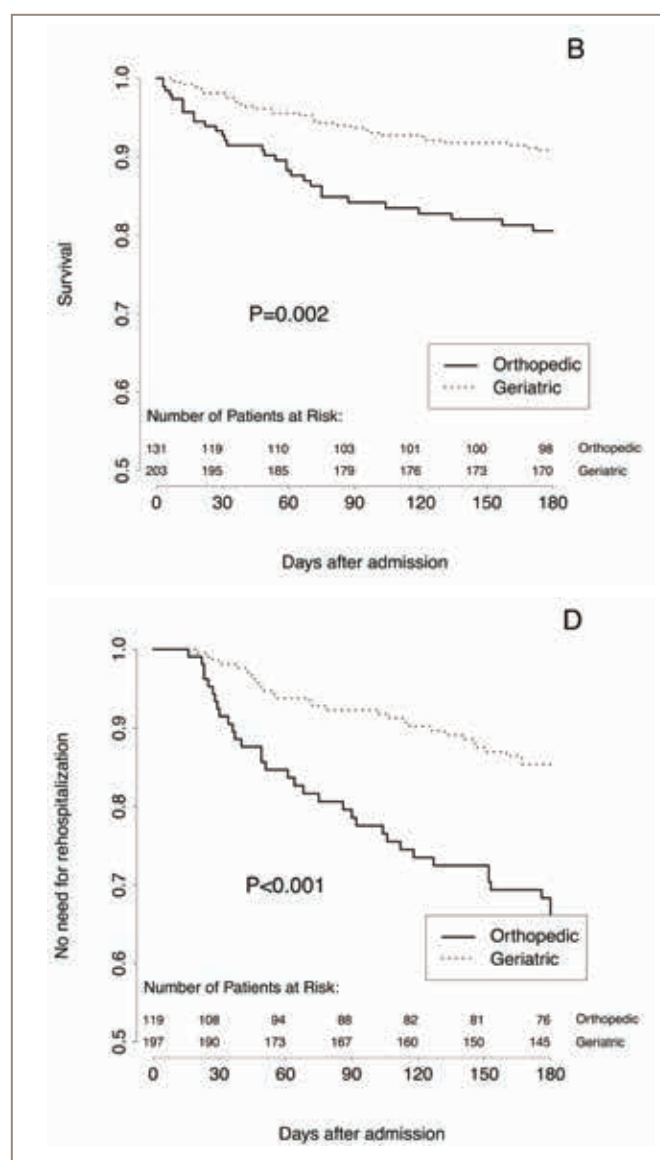


Figure 4 : Mortalité (B) et Réhospitalisation (D) à 6 mois selon un passage en UPOG ou en Orthopédie conventionnelle, ajusté à l'âge, le sexe et le CIRS selon Boddart et al (27)

L'Orthogériatrie : pistes de réflexion pour l'avenir français...

Face à l'admission de patients de plus en plus comorbides et l'avancée des techniques chirurgicales et anesthésiques, le « champ opératoire » des patients âgés s'est élargi ces 15 dernières années. On peut voir que de plus en plus de patients sont admis dans les UPOG pour des opérations du rachis en urgence ou programmées, des opérations des membres inférieurs ou supérieurs programmées mais également des contextes d'orthopédie septique. Cette adaptation est donc un 1^{er} défi à relever pour les UPOG déjà en place, créées sur le modèle initial de la FESF et devant donc à nouveau se former et évoluer vers d'autres pratiques.

D'autre part, depuis les années 2000 et encore plus après la pandémie de Covid-19, les hôpitaux en France et en Europe connaissent une crise sans précédent en termes de moyens techniques mais aussi humains (28, 29).

On voit ainsi que les possibilités d'accueil des patients âgés ne cessent de diminuer, résultant d'une politique en faveur de la tarification à l'acte (T2A) et de l'ambulatoire (HDJ, chirurgie ambulatoire) (30) mais aussi d'une crise du métier de soignant (31, 32). Par conséquent le développement d'UPOG est de plus en plus complexe pour des raisons organisationnelles et financières, en comparaison au moindre coût d'une équipe mobile ou d'un gériatre en orthopédie (au risque d'avoir moins d'efficacité). Même si l'UPOG reste le Gold Standard en termes de prise en charge, il existe cependant des alternatives pouvant compléter une expertise gériatrique en post-opératoire, aussi limitée qu'elle soit :

1. On peut, par exemple, pour le cas des opérations programmées (prothèse de hanche ou de genou pour de l'arthrose) proposer aux patients des programmes de préhabilitation chirurgicale. Ces derniers restent encore malheureusement en cours de structuration en France, n'ayant pas encore trouvé de consensus sur l'aspect uni ou multimodal, mais également leur durée (33).

“
Le développement d'UPOG est de plus en plus complexe pour des raisons organisationnelles et financières, en comparaison au moindre coût d'une équipe mobile ou d'un gériatre en orthopédie...
 ”



2. Une autre solution peut être celle de l'implémentation de la culture et des soins gériatriques. On peut ainsi penser une intervention d'équipe mobile gériatrique selon deux perspectives : une purement clinique avec avis sur demande

et une plus pédagogique avec des cours sur les syndromes gériatriques, des ateliers de simulation du vieillissement (34, 35) et de mise en situation (atelier de « chambre des erreurs » (36). Ce second aspect devant être prioritairement dirigé vers les soignants de première ligne en orthopédie : les infirmières et les aides-soignantes.

3. Une dernière solution peut être de développer des protocoles de prises en charge de la douleur et de tous les soins gériatriques associés à ceux chirurgicaux en pré et post-opératoire. Ces derniers permettent de sécuriser les prises en charge en évitant les erreurs médicamenteuses et la DILH (sondage urinaire non justifié avec incontinence secondaire par exemple) mais aussi de faciliter la prise en charge de la douleur des patients à l'aide de prescription anticipée d'antalgiques adaptés au sujet âgé.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres,

Dr Bastien GENET

Assistant Hospitalo-Universitaire en Santé Publique, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière

Docteur en Gériatrie

Doctorant en Epidémiologie Clinique, iPLesp (ED 393), équipe PEPITES

Bibliographie

1. Vieillesse et santé, OMS, 1 octobre 2022 [Internet]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Ministère chargé de l'autonomie, Santé Publique France. Plan antichute des personnes âgées [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/plan-antichute-des-personnes-agees-la-contribution-de-sante-publique-france-au-dispositif>
3. Marlène Monégat (Irdes), Catherine Sermet (Irdes), en collaboration avec Marc Perronnin (Irdes), et Emeline Rococo (Institut Gustave Roussy – IGR). La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, octobre 2015 [Internet]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>
4. Haute Autorité de santé. Société française de gériatrie et de gérontologie. Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique. Orthogériatrie et fracture de la hanche. [Internet]. 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801173/fr/orthogeriatrie-et-fracture-de-la-hanche
5. Chen DX, Yang L, Ding L, Li SY, Qi YN, Li Q. Perioperative outcomes in geriatric patients undergoing hip fracture surgery with different anesthesia techniques: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*. déc 2019;98(49):e18220.
6. Van de Ree CLP, De Jongh MAC, Peeters CMM, de Munter L, Roukema JanA, Gosens T. Hip Fractures in Elderly People: Surgery or No Surgery? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. sept 2017;8(3):173-80.
7. Zerah L, Hajage D, Raux M, Cohen-Bittan J, Mézière A, Khiami F, et al. Attributable Mortality of Hip Fracture in Older Patients: A Retrospective Observational Study. *JCM*. 24 juill 2020;9(8):2370.
8. Gay P, Genet B, Rouet A, Alkouri R, Cohen-Bittan J, Boddaert J, et al. Modifiable factors associated with postoperative atrial fibrillation in older patients with hip fracture in an orthogeriatric care pathway: a nested case-control study. *BMC Geriatr*. 9 nov 2022;22(1):845.
9. Genet B, Lamy T, Cohen-Bittan J, Glasman P, Verny M, Riou B, et al. Lack of Association Between Perioperative Medication and Postoperative Delirium in Hip Fracture Patients in an Orthogeriatric Care Pathway. *Journal of the American Medical Directors Association*. oct 2021;S1525861021008574.
10. Inouye SK, Robinson T, Blaum C, Busby-Whitehead J, Boustani M, Chalian A, et al. Postoperative Delirium in Older Adults: Best Practice Statement from the American Geriatrics Society. *Journal of the American College of Surgeons*. févr 2015;220(2):136-148.e1.
11. Aldecoa C, Bettelli G, Bilotta F, Sanders RD, Audisio R, Borozdina A, et al. European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. *Eur J Anaesthesiol*. avr 2017;34(4):192-214.
12. Scott LJ, Perry CM. Tramadol: A Review of its Use in Perioperative Pain. *Drugs*. juill 2000;60(1):139-76.
13. Imasogie NN, Singh S, Watson JT, Hurley D, Morley-Forster P. Ultra low-dose naloxone and tramadol/acetaminophen in elderly patients undergoing joint replacement surgery: a pilot study. *Pain Res Manag*. avr 2009;14(2):103-8.
14. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, HAS 2007. [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_denuitrition_personnes_agees.pdf
15. Carson JL, Terrin ML, Noveck H, Sanders DW, Chaitman BR, Rhoads GG, et al. Liberal or restrictive transfusion in high-risk patients after hip surgery. *N Engl J Med*. 29 déc 2011;365(26):2453-62.
16. Zerah L, Dourthe L, Cohen-Bittan J, Verny M, Raux M, Mézière A, et al. Retrospective Evaluation of a Restrictive Transfusion Strategy in Older Adults with Hip Fracture: Transfusions in older adults with hip fracture. *J Am Geriatr Soc*. juill 2018;66(6):1151-7.
17. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées/ Points clés, organisation des parcours/ HAS et CNPG/ octobre 2017 [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801190/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees
18. Kammerlander C, Roth T, Friedman SM, Suhm N, Luger TJ, Kammerlander-Knauer U, et al. Ortho-geriatric service—a literature review comparing different models. *Osteoporos Int*. déc 2010;21(S4):637-46.
19. Ericsson I, Ekdahl AW, Hellström I. « To be seen » - older adults and their relatives' care experiences given by a geriatric mobile team (GerMoT). *BMC Geriatr*. 6 nov 2021;21(1):636.
20. Fristedt S, Nystedt P, Skogar Ö. Mobile Geriatric Teams - A Cost-Effective Way Of Improving Patient Safety And Reducing Traditional Healthcare Utilization Among The Frail Elderly? A Randomized Controlled Trial. *Clin Interv Aging*. 2019;14:1911-24.

21. Pauget A, Jomard N, Termoz A, Subtil F, Chambard V, Galamand B, et al. [Adherence to recommendations after comprehensive geriatric assessment by mobile geriatric team during 500 home visits]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 juin 2022;20(2):208-16.
22. L.Druesne, X.Gbaguidi, P.Chassagne. Equipe Mobile de gériatrie en Orthopédie : intérêts et résultats, JASFFG de Novembre 2014 [Internet]. Disponible sur : <https://sfgg.org/media/2009/11/diaporama-xavier-gbaguidi-et-laurent-druesne.pdf>
23. Buecking B, Timmesfeld N, Riem S, Bliemel C, Hartwig E, Friess T, et al. Early orthogeriatric treatment of trauma in the elderly: a systematic review and metaanalysis. *Dtsch Arztebl Int*. avr 2013;110(15):255-62.
24. Bellelli G, Guerini F, Trabucchi M. Body weight-supported treadmill in the physical rehabilitation of severely demented subjects after hip fracture: a case report. *J Am Geriatr Soc*. avr 2006;54(4):717-8.
25. Van Ooijen MW, Roerdink M, Trekop M, Janssen TWJ, Beek PJ. The efficacy of treadmill training with and without projected visual context for improving walking ability and reducing fall incidence and fear of falling in older adults with fall-related hip fracture: a randomized controlled trial. *BMC Geriatr*. 28 déc 2016;16(1):215.
26. Naglie G, Tansey C, Kirkland JL, Ogilvie-Harris DJ, Detsky AS, Etchells E, et al. Interdisciplinary inpatient care for elderly people with hip fracture: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 9 juill 2002;167(1):25-32.
27. Boddaert J, Cohen-Bittan J, Khiami F, Le Manach Y, Raux M, Beinis JY, et al. Postoperative admission to a dedicated geriatric unit decreases mortality in elderly patients with hip fracture. *PLoS One*. 2014;9(1):e83795.
28. Baret C. Hôpital : le temps de travail sous tension. Une comparaison Belgique, Italie, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Suède. *sosan*. 2002;20(3):75-107.
29. Evain F, Yilmaz E. Les déterminants de la rentabilité économique des établissements de santé. *economiepublique*. 25 nov 2012;(28-29):305-16.
30. Gheorghiu MD, Moatty F. L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail. [Internet]. Éditions Liaisons, coll. « Liaisons Sociales »; 2013. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/lectures/13553>
31. Molinier P. Le travail du care [Internet]. *La Dispute*; 2020. 242 p. (Le genre du monde). Disponible sur : <https://www.cairn.info/le-travail-du-care--9782843033087.htm>
32. Albert C. Thomas COUTROT et Coralie PEREZ , Redonner du sens au travail – Une aspiration révolutionnaire , Seuil, la république des idées, 2022, 140 pages, 13,5 euros: Regards. 11 juill 2023;N° 61(1):213-4.
33. Almeida GJ, Khoja SS, Zelle BA. Effect of prehabilitation in older adults undergoing total joint replacement: An Overview of Systematic Reviews. *Curr Geriatr Rep*. déc 2020;9(4):280-7.
34. Romane DORE, Ingrid BOURGOGNE, Claire PATRY, Clotilde MONNET, Anaïs CLOPPET-FONTAINE. Le costume de simulation du grand âge comme outil pédagogique pour des pratiques de soins bientraitantes : expériences croisées d'une équipe mobile de gériatrie et d'un gérontopôle, *La Revue de Gériatrie*, décembre 2021 [Internet]. Disponible sur : <https://www.revuedegeriatrie.fr/publication/le-costume-de-simulation-du-grand-age-comme-outil-pedagogique-pour-des-pratiques-de-soins-bientraitantes-experiences-croisees-dune-equipe-mobile-de-geriatrie-et-dun-gerontopole/#login-modal>
35. Haute Autorité de Santé. Simulation en santé et gestion des risques– Outils du guide méthodologique [Internet]. 2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_5_chambre_des_erreurs.pdf
36. V. Delannoy, R. Dutrech, E. Galy, C. Leger, P. Duchein, S. Marie, H. Vergnes, D. Zaro-Goni. Guide d'aide à la mise en œuvre d'une chambre des erreurs dans un établissement, CClin Sud Ouest, mai 2016 [Internet]. Disponible sur : https://www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr/wp-content/uploads/2015/08/Guide_chambre_erreurs_Definitif.pdf

LA PRÉ-HABILITATION EN GÉRIATRIE



La pré-habilitation, qu'est-ce que c'est ?

La pré-habilitation a pour objectif d'améliorer les capacités fonctionnelles des patients avant une prise en charge médico-chirurgicale.

Classiquement, la pré-habilitation vient compléter le parcours de soins du patient sur la période pré-opératoire qui sera poursuivie pendant la période péri-opératoire par la Réhabilitation Améliorée Avant Chirurgie, ou RAAC, puis en post-opératoire par la réhabilitation.

Elle a été bien étudiée dans certains domaines précis, comme par exemple la prise en charge des cancers du poumon. Il a en effet été démontré qu'une augmentation des capacités respiratoires en pré-chirurgie était associée à une diminution de la morbi-mortalité post-opératoire (1).

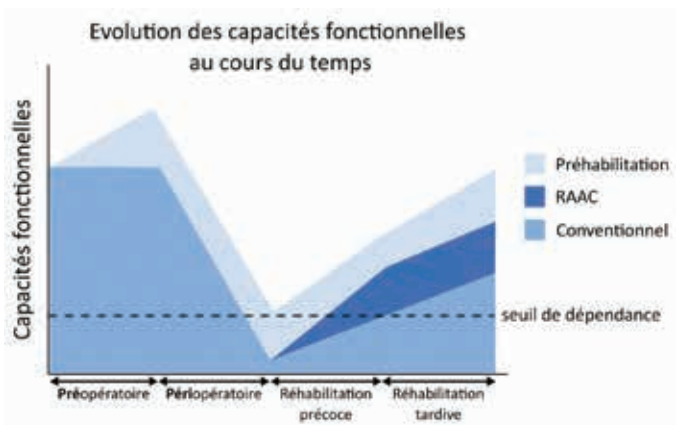
Il en est de même pour le travail des amplitudes articulaires en pré-chirurgie, qui améliore les capacités fonctionnelles de patients opérés d'une prothèse de genou (2) ; ou encore les exercices de rééducation périnéale avant une prostatectomie qui diminuent le risque d'incontinence urinaire par la suite (3).

Dans la littérature, les programmes de pré-habilitation décrits sont très variables, allant d'un travail organe spécifique, comme décrit ci-dessus, à des prises en charge visant à améliorer les capacités physiques globales d'un individu.

Aujourd'hui, la grande majorité des programmes de pré-habilitation concernent les prises en charge chirurgicales, et environ la moitié des programmes s'intéresse à des prises en charge oncologiques.

Malgré cette grande hétérogénéité des programmes, la plupart ont un impact positif sur la morbi-mortalité postopératoire, mais également sur la récupération fonctionnelle, ce qui semble être tout à fait intéressant pour nos patients âgés.

Il existe malheureusement très peu d'études s'intéressant aux programmes de pré-habilitation en population gériatrique. Nous pouvons imaginer extrapoler certains de ces programmes pour les patients âgés, en l'adaptant aux caractéristiques gériatriques, pour en faire un programme personnalisé et multimodal.





La construction d'un programme de pré-habilitation « sur mesure » pour les personnes âgées

La construction d'un programme de pré-habilitation doit donc prendre en compte le type de procédure prévue (chirurgie, traitement médical, radiothérapie, ...) avec leurs caractéristiques propres (difficultés post-opératoires attendues, durée du traitement, etc.).

Mais les programmes de pré-habilitation doivent également prendre en compte la population concernée. Lorsqu'il s'agit d'une population gériatrique et donc très hétérogène, les caractéristiques propres de chaque patient sont à prendre en compte afin d'adapter le programme d'activité physique, mais aussi d'y intégrer une prise en charge multimodale (nutritionnelle, psychologique, sociale, etc.).

Par ailleurs, pour les patients âgés, l'objectif principal sera, outre la diminution de la morbi-mortalité, le maintien des capacités fonctionnelles, afin de préserver l'autonomie.

Voici quelques exemples des principales modalités d'un programme de pré-habilitation physique à prendre en compte chez la personne âgée :

- **Le type d'exercice** : Il conviendra de proposer à la fois des exercices en endurance (marche, vélo) qui permettent d'augmenter la VO₂ max, les capacités cardiovasculaires, de diminuer la masse grasse et de contrebalancer la perte de la densité osseuse liée à l'âge. Mais également des exercices en résistance (renforcement musculaire) qui augmentent la qualité musculaire, ainsi que la force et la puissance.
- **La durée, l'intensité et la fréquence** : Dans la littérature spécifique du patient âgé, il a été démontré que c'est l'alternance de phases de travail et de repos qui, si la fréquence de ces phases est respectée, conduit à une phase de super compen-

sation, au décours de laquelle la personne âgée améliore ses capacités physiques. Une autre donnée est importante à intégrer chez le sujet âgé, c'est le fait que la phase de repos soit allongée, on parle de « récupération retardée ». Cette récupération retardée n'est pas la même pour tous les sujets âgés (elle dépend des capacités physiques initiales, mais aussi de l'intensité de l'exercice) (4). L'intensité de l'exercice est également un facteur important à prendre en compte car contrairement aux idées reçues, il faut travailler à une intensité suffisante (par rapport aux capacités initiales) pour avoir une réponse positive. La durée totale du programme est également à définir (en général 4 à 6 semaines minimum) en fonction des caractéristiques du patient et de son parcours de soins (urgence du traitement par exemple).

- **La supervision, la tolérance et l'adaptation** : La supervision du patient au cours du programme permet d'évaluer la tolérance du patient, et de proposer une adaptation si nécessaire. Toutefois les programmes supervisés nécessitent le plus souvent des déplacements au sein d'une structure hospitalière qui peuvent être fatigants pour les patients âgés ; à l'inverse, les programmes non supervisés limitent parfois la participation du patient.

À l'instar de la prise en charge gériatrique, qui est le plus souvent une prise en charge multidisciplinaire, le programme de pré-habilitation pour les personnes âgées doit permettre de prendre en compte le patient dans sa globalité. Au programme d'activité physique, il devra donc être ajoutée une prise en charge multimodale : nutritionnelle, sociale, psychologique, environnementale, de l'entourage.

En pratique, deux exemples de programmes de pré-habilitation

Un exemple de parcours pré-habilitation au sein d'un hôpital de jour (HDJ)

Hôpital de Villefranche-sur-Saône

Au sein de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône, un programme de pré-habilitation avant une chirurgie abdominale lourde a vu le jour ces dernières années. Ce programme a lieu au sein de l'HDJ de rééducation.

Le repérage des patients pouvant bénéficier de pré-habilitation (dépendant de l'âge, des comorbidités mais aussi de la lourdeur de la chirurgie proposée) a lieu au cours de la consultation avec le chirurgien. Le patient, et son aidant, rencontrent ensuite une infirmière dédiée qui leur explique le déroulement du programme, leur donne des conseils nutritionnels. Ils sont ensuite reçus par un moniteur d'activité

physique adaptée qui effectue des tests physiques (TUG, test de marche, grip test) et leur remet un livret d'exercices à faire à domicile.

Deux choix sont proposés au patient : un programme supervisé au sein de l'hôpital de jour, de 3 séances hebdomadaires en moyenne, proposant une prise en charge multimodale (APA, kiné, psychologue, assistante sociale, diététicien, etc.) ou un programme à domicile avec un kiné libéral.

L'objectif est à terme d'élargir ce programme à d'autres prises en charges chirurgicales dans un premier temps, et pourquoi pas médicales par la suite.

Un exemple de programme d'activité physique, en autonomie, au domicile du patient

Programme CREATE

Le programme québécois CREATE, développé par le Dr Mylène Aubertain-Leheudre est un programme simple, adapté et spécifique d'activité physique.

Il a été développé suite à un constat : l'activité physique au cours des prises en charges oncologiques a fait ses preuves, mais elle reste peu pratiquée et peu prescrite par les médecins.

Il se met en place très facilement : Au cours de la consultation pré-thérapeutique avec l'oncologue ou l'hématologue, le patient est informé des bénéfices de la pratique d'une activité physique, au même titre que des autres traitements, pour la prise en charge de son cancer. Il rencontre par la suite un moniteur d'activité physique qui effectue quelques tests et lui présente un programme de 10/15mn à effectuer quo-

tidiennement à domicile. Les aidants sont également présents au cours de cette consultation afin de les impliquer dans la prise en charge. Ce programme est ensuite prescrit par le médecin.

Il existe 6 programmes différents, adaptés aux conditions de base du patient, allant du patient alité au patient pratiquant une activité physique régulière. À ce programme d'activité physique est également ajouté un objectif de marche, personnalisé également. Avant chaque séance le patient évalue sa fatigue et en fonction adapte le programme du jour.

Actuellement évalué au cours des traitements oncologiques et hématologiques, les résultats préliminaires sont prometteurs, il pourrait très bien être pensé pour un programme de pré-habilitation.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres,

Dr Louise ANDRÉ

Gériatre, Hôpitaux Nord-Ouest Villefranche-sur-Saône

Bibliographie

1. Cavalheri V, Granger C. Preoperative exercise training for patients with non-small cell lung cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2017 [cité 27 oct 2024];(6).
Disponible sur : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012020.pub2/full>
2. Does preoperative physiotherapy improve outcomes in patients undergoing total knee arthroplasty? A systematic review - Vasileiadis - 2022 - Musculoskeletal Care - Wiley Online Library [Internet]. [cité 27 oct 2024].
Disponible sur : <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.univ-catholille.fr/doi/10.1002/msc.1616>
3. Quirk H, Rosario DJ, Bourke L. Supportive interventions to improve physiological and psychological health outcomes among patients undergoing cystectomy: a systematic review. BMC Urol. déc 2018;18(1):1-17.
4. Fell J, Williams AD. The Effect of Aging on Skeletal-Muscle Recovery from Exercise: Possible Implications for Aging Athletes. Journal of Aging and Physical Activity. 1 janv 2008;16(1):97-115.

UTILISATION DE L'HYPNOANALGÉSIE DANS LES SOINS

Une équipe du GHU Paris Saclay a inclus depuis maintenant plusieurs années l'utilisation de l'hypnoanalgésie dans leur pratique quotidienne. Ils nous expliquent le fonctionnement et l'intérêt.

Pouvez-vous nous expliquer ce qu'est l'hypnoanalgésie ?

L'hypnoanalgésie est l'utilisation de techniques d'hypnose pour soulager la douleur, en déplaçant l'attention du patient de la zone douloureuse.

L'état hypnotique est un état naturel de conscience modifiée, qui peut être induit par un soignant, et pendant lequel les perceptions sont modifiées. Le soignant crée une alliance avec le patient et fait appel à son imaginaire ainsi qu'à ses cinq sens pour détourner son attention des stimuli de l'environnement immédiat afin de soulager un symptôme. Cette technique est un outil complémentaire aux traitements existants, médicamenteux ou non.

Prenons un bref exemple : M. D, âgé de 86 ans et atteint d'une maladie à corps de Lewy, doit avoir un changement de sonde urinaire. Mais il est très agité, appréhende le soin, tient des propos persécutés et a des idées délirantes. En bougeant, il risque de stériliser le matériel utilisé. Il a déjà eu plusieurs infections urinaires suite à des changements de sondes qui s'étaient mal passés. En ayant recours à l'hypnoanalgésie, l'infirmière lui parle pendant le soin, détourne son attention de ce qu'elle est en train de faire et ne fait aucune allusion au soin en cours. Elle l'invite également à participer physiquement en croisant ses bras et en les maintenant croisés. Depuis lors, les sondages se font sans difficulté.

Qui peut se former à l'hypnoanalgésie ?

Tous les soignants le peuvent. L'hypnoanalgésie peut être utilisée dans tous les domaines du soin : aussi bien par les aides-soignantes pour accompagner une toilette, par les infirmières ou médecins pour éviter une douleur provoquée par un soin, par un rééducateur pour lever une appréhension ou atténuer les douleurs liées à la rééducation, par des psychologues pour obtenir un état de relaxation et diminuer les angoisses... La liste des possibilités est infinie !

Certains le pratiquent déjà sans le savoir et sans y avoir été formés.

Quel a été le parcours de formation au sein de votre hôpital ? Qui y participe ?

Un projet de pôle ayant pour but de développer la formation des paramédicaux à l'hypnoanalgésie dans les soins a été mis en place en 2019. Par la suite étendu à notre DMU (Département Médical Universitaire), ce projet a permis la formation de 149 professionnels, principalement infirmiers et aides-soignants, mais aussi de quelques médecins ou cadres de santé. Un institut de formation extérieur assure une formation initiale de 7 jours. Puis, en interne, une journée annuelle destinée aux professionnels formés est organisée pour échanger sur nos pratiques et continuer de progresser.

Les soignants sont nécessairement formés par binômes ou trinômes issus du même service de soins afin de faciliter la mise en pratique. En effet, le principal frein à l'utilisation de l'hypnose est l'appréhension de se lancer. Pourtant, les effets sont visibles très rapidement !

Sur quels domaines l'hypnoalgésie apporte-elle un bénéfice ?

Le retour des soignants utilisant l'hypnoalgésie est unanime ! L'utilisation de cette technique permet de faciliter les soins, même chez les patients ayant des troubles cognitifs ou des troubles attentionnels.

La seule précaution d'emploi est de ne pas l'utiliser chez un patient psychotique grave, le délire en phase active empêche toute mise en relation et le travail à partir du monde interne s'en trouve empêché.

Dans les Unités de Soins de Longue Durée, ce qui prime est la réduction de la douleur ou de l'inconfort associé aux soins et la réduction de l'anxiété ou de l'appréhension d'un soin.

Cette technique est également très utile dans la communication avec le patient, pour calmer un patient

agité, pour détourner l'attention d'une douleur chronique envahissante, pour induire une relaxation chez un patient ayant des troubles du sommeil ou de l'endormissement par exemple.

Il est également possible d'apprendre aux patients qui en ont besoin certaines techniques d'autohypnose, leur permettant ainsi de développer une autonomie vis-à-vis de cette pratique.

Comment intégrez-vous l'hypnoalgésie dans les soins ?

La première étape est d'utiliser une communication positive avec le patient et d'éviter certains mots chargés d'un double sens négatif (exemple : « je vais vous piquer », « accrochez-vous à la potence »). Cette modification de la communication devrait absolument être diffusée à tous nos collègues et être enseignée dès la formation initiale. Les soignants formés attachent donc une haute importance à la transmission de ces notions à leurs étudiants. Par ailleurs, l'utilisation systématique de la communication positive est aussi utile avec les entourages des pa-

tients, entre collègues ou dans nos vies personnelles.

Contrairement aux idées reçues, cela ne prend pas plus de temps qu'un soin classique. Aucun matériel ou temps supplémentaire n'est nécessaire. Un soignant peut même effectuer un soin seul tout en utilisant l'hypnoalgésie, à condition d'être à l'aise avec la technique. L'intérêt pour le patient est que le vécu du soin ne sera pas le même : il gardera en mémoire l'impression de bien-être. Le soin suivant s'en

trouvera donc lui aussi facilité car la mémoire émotionnelle est bien présente même chez les patients âgés ayant des troubles cognitifs.

“
l'hypnoalgésie est un outil complémentaire et très bénéfique pour nos patients. Elle permet de soulager la douleur de manière naturelle tout en offrant un accompagnement personnalisé, adapté aux besoins de chaque patient...
”

En résumé, l'hypnoalgésie est un outil complémentaire et très bénéfique pour nos patients. Elle permet de soulager la douleur de manière naturelle, tout en offrant un accompagnement personnalisé, adapté aux besoins de chaque patient : à utiliser sans modération !

Pour l'Association des Jeunes Gériatres,

**A. de THEZY⁽¹⁾, H. CHERIET⁽¹⁾, M. NEISS⁽²⁾, Médecins Gériatres
C. LESAGE⁽¹⁾ et K. HADDOUI⁽¹⁾, Infirmières
C. PERRUDIN⁽³⁾, Cadre Supérieur de Santé**

⁽¹⁾ Unité d'USLD, service de Médecine des Aînés, Hôpital Sainte-Périne GHU Paris-Saclay

⁽²⁾ Unité de SMR, Service de gériatrie, Hôpital Paul-Brousse, GHU Paris-Saclay

⁽³⁾ Gestion des moyens de remplacement paramédicaux, direction des soins et des activités paramédicales, Hôpital Ambroise-Paré, GHU Paris-Saclay

LA CONFUSION POST-OPÉRATOIRE

- ▣ Facteur de mauvais pronostic dans le cadre de la Fracture de l'Extrémité Supérieure du Fémur (FESF) avec une morbi-mortalité à 1 an multipliée par 2.
- ▣ Pronostic inversement corrélé à la durée du syndrome confusionnel.
- ➔ Indispensable de prévenir sa survenue et de rechercher au plus vite les facteurs déclenchants.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Critères DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association).

DÉPISTAGE : CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

Outil de dépistage principalement fondé sur les critères du DSM et largement utilisé dans les pays anglo-saxons.

L'algorithme diagnostique du CAM*

- Critère 1** *Début soudain et fluctuation des symptômes*
Ce critère est habituellement obtenu d'un membre de la famille ou d'une infirmière et est illustré par une réponse positive aux questions suivantes: Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel? Est-ce que ce comportement (anormal) a fluctué durant la journée, c'est-à-dire, qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter et diminuer en intensité?
- Critère 2** *Inattention*
Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante: Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit?
- Critère 3** *Désorganisation de la pensée*
Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante: Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible?
- Critère 4** *Altération de l'état de conscience*
Ce critère est illustré par n'importe quelle réponse autre que "alerte" à la question suivante: En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient? (alerte [normal], vigilant [hyper alerte], léthargique [somnolent, se réveille facilement], stupeur [difficile à réveiller], ou coma [impossible à réveiller]).

* Le diagnostic de l'état confusionnel aigu à l'aide du CAM requiert la présence des critères 1, 2 et 3 ou 4.

Traduit de INOUIE, S.K. et al. « Clarifying confusion: the confusion assessment method », *Annals of Internal Medicine*, vol. 113, n° 12, 15 déc. 1990, p. 941-948.

Version française telle qu'elle a été validée dans le cadre de la présente étude

PRÉVENTION

- ▣ **Aucun traitement sédatif recommandé en prémédication d'une chirurgie.**
- ▣ **Aucun traitement médicamenteux préventif de la confusion post-opératoire n'est validé (dexmedetomidine, propofol versus halogénés, études en cours pour la mélatonine).**
- ▣ **En per-opératoire, absence de bénéfice démontré pour : Anesthésie Loco-Régionale vs Anesthésie Générale ; profondeur titrée de l'anesthésie BIS (index bispectral). Par contre, il faut limiter les variations tensionnelles.**

Rechercher les facteurs de risque de confusion dès les urgences

- Troubles cognitifs sous-jacents
- Syndrome dépressif
- Dénutrition
- Troubles sensoriels
- Antécédent de syndrome confusionnel notamment en post-opératoire (interrogatoire++)
- Polypathologie
- Polymédication
- Immobilisation

Limiter les principaux facteurs déclenchants de confusion (dès le pré-opératoire)

- Viser un délai chirurgical < 48 heures
- Limiter les périodes de jeun, surveiller l'hydratation, rechercher un globe vésical, un fécalome
- Traiter la douleur (Paliers I+III : FESF = douleurs sévères), éviter les paliers II et le Nefopam, pas d'AINS
- Éviter le sevrage en benzodiazépines et hypnotiques en traquant la consommation antérieure
- Monitorer l'hémoglobine et transfuser selon la stratégie restrictive en tenant compte du nadir à J3-J4 post-opératoire
- En cas de structure possédant une UPOG, prévoir un transfert en UPOG en préopératoire ou en post-opératoire immédiat (avis expert) en priorisant les patients ayant des facteurs de risque de confusion ou confus

PRISE EN CHARGE

Rechercher le (les) facteur(s) déclenchant(s) : souvent multiples en péri-opératoire

Facteurs les plus souvent en cause en péri-opératoire

- Douleur mal contrôlée
- Iatrogénie médicamenteuse (paliers II, Nefopam ; sevrage en benzodiazépines ou hypnotiques)
- Infections (pneumopathie d'inhalation...)
- Troubles ioniques : hypoglycémie, hyponatrémie, hypernatrémie, hypercalcémie.
- Stress
- Globe vésical, fécalome.
- Isolement sensoriel.
- Alitement, perfusion et sonde urinaire non justifiés : iatrogénie hospitalière et dépendance iatrogène.
- Syndrome coronarien, passage en trouble du rythme supra-ventriculaire : ECG systématique
- Hypoxémie (Embolie Pulmonaire, OAP, Pneumopathie)
- Anémie

Examens complémentaires

Première intention

- Examen clinique complet avec toucher rectal et bladder Scan.
- ECG **systématique**.
- Glycémie
- Biologie : ionogramme, créatinine, calcémie, hémoglobine

Première intention

- TDM cérébral en cas de traumatisme crânien sous antiagrégant ou anticoagulant, ou de signe neurologique focal (confusion à considérer comme signe neurologique focal)
- EEG
- Angioscanner thoracique si arguments pour embolie pulmonaire

RETOUR DE CONGRÈS SOFOG 2024 À POITIERS



Actualités en onco-gériatrie

Mme Le Pr Mammari et le Dr Caillet nous rappellent sur cette session l'importance de l'évaluation pré-thérapeutique onco-gériatrique, formulée de nouveau cette année par l'ASCO et confirmée par une étude danoise randomisée étudiant l'impact de l'évaluation onco-gériatrique approfondie. Cette étude évaluait 7 domaines de fragilité et ne retrouvait pas d'impact significatif sur le nombre d'hospitalisation par exemple mais retrouvait que cette évaluation augmentait l'adhésion des patients à leur(s) traitement(s) et améliorait donc leur devenir.

Les autres études citées lors de cette session rapportent qu'une altération de plusieurs facteurs nutritionnels augmente le risque de décès à 1 an, de même qu'un handgrip altéré est associé à une plus grande fréquence de cancer colorectal, au sexe féminin, à un âge supérieur à 70 ans et un IMC bas.

On retrouve également dans ces études que le déclin cognitif a un impact pronostique dans le cancer colorectal : en l'absence de troubles neurocognitifs (TNC) les patients sont davantage éligibles à une chimiothérapie. En cas de TNC on note moins de découvertes de métastases (probablement par des explorations complémentaires limitées). À noter enfin que dans ce contexte de TNC, une hypothèse rapporterait que la baisse d'acétylcholine diminuerait la croissance du cancer.

En ce qui concerne les soins de support, il est rappelé l'importance d'une prise en charge globale notamment physique et sociale pour améliorer l'impact global de la prise en charge chez ces patients. Un article (2) revenait sur les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques chez les patients âgés et l'impact sur les traitements utilisés. La polymédication, les traitements potentiellement inappropriés, les interactions médicamenteuses et la charge anticholinergique ont été abordés.

Concernant la chirurgie, le G8 (< ou = à 14) de même que le score de Clavien-Dindo (> ou = à 1) sont prédictifs de complications post-opératoires notamment dans le cancer colorectal et les cancers urologiques (3). Un score de Charlson élevé (> ou = à 2) est lié à un risque de toxicité important dans les cancers bronchiques non à petites cellules, de même que l'avancée dans les traitements avec accumulation des chimiothérapies et surrisque de toxicité à partir de 4 cycles et plus de chimiothérapie (toxicité modérée) (4). Pour la toxicité sévère, on la retrouve principalement en cas d'hypoalbuminémie, d'ECOG-PS > 1, de CISR G > 12 et d'anémie > à 10g/dl (à l'inverse du TUG < 20 et du sexe féminin associés à moins de risque de toxicité sévère).

Il y a eu ensuite une mise au point sur l'oncologie de la personne âgée.

En urologie, pour les cancers urothéliaux métastatiques, il a été mis en évidence une amélioration de la survie globale en première ligne métastatique avec Enfortumab-Vedotin + Pembrolizumab. Pour les formes localisées, il a été retrouvé un bénéfice au Nivolumab en adjuvant (post cystectomie) pendant un an ou au Durvalumab en néoadjuvant en association avec Cisplatine-Gemzar puis en adjuvant seul (amélioration de la survie globale).

Pour le cancer du rein, une amélioration de la survie sans progression et de la survie globale ont été retrouvées avec le Pembrolizumab adjuvant en post-opératoire.

Concernant les cancers coliques métastatiques non résecables, un allègement des thérapeutiques a été pensé, avec ou sans mutation RAS présente, au profit d'un traitement associant 5FU + Panitumumab permettant de moins diminuer les doses de traitements tout en ayant moins d'effet indésirable (lié donc à l'absence d'Oxaliplatine dans ce schéma). À noter par ailleurs une survie similaire si 5FU seul vs 5FU + Aflibercept.

En cas de cancer colique MSI, il est possible de proposer une immunothérapie seule (Pembrolizumab) avec meilleure réponse qu'une association bi-chimiothérapie + thérapie ciblée.

Pour les cancers gynécologiques, pour les cancers de l'endomètre avec un statut dMMR, une nette amélioration de la survie a été constatée si l'on associe du Dostarlimab à un Carboplatine – Taxol en première ligne.

Pour le cancer du sein localisé, on privilégie maintenant la désescalade de la radiothérapie avec un hypofractionnement sans surrisque de toxicité même lorsque l'on irradie les aires ganglionnaires. Si présence d'un cancer du sein RH+/HER2- rester prudent sur l'administration des anti-CDK4/6 car même s'il existe un bénéfice au stade métastatique, peu de sujets âgés sont inclus dans les études. Enfin, pour les cancers du sein triple négatif, l'ajout de Pembrolizumab en péri-opératoire permet une amélioration de la survie globale sauf chez la personne âgée.

Pour les cancers ORL, il faut utiliser l'échelle EGE (ELAN Geriatric Evaluation) pour décider le traitement le plus adapté : ELAN-FIT Extrem adapté (avec Carboplatine à la place de la Cisplatine) + ajout G-CSF ; ELAN-UNFIT pas de recommandations ; ELAN-RT (radiothérapie) privilégier l'hypofractionnement pour un bon contrôle dans l'ensemble de la pathologie avec moins d'effets indésirables.

Le Dr Brain est intervenu sur l'utilité des signatures génomiques dans le cancer du sein chez les plus de 70 ans. Le but des signatures génomiques est de mieux cibler les patientes pouvant bénéficier de la chimiothérapie ou hormonothérapie (MINDACT, TAILORx, RxPONDER). L'objectif est de pouvoir désescalader le niveau de traitement. L'étude ASTER 70s a randomisé l'hormonothérapie versus la chimiothérapie chez les + 70 ans considérés comme à « haut risque » après signature génomique. Ces signatures sont encore très discutées chez la personne âgée, actuellement sans réel bénéfice sur leur prise en charge. Cependant, ce n'est pas une contre-indication à l'accès aux innovations et qu'il est primordial d'inclure les patientes âgées dans les essais.

Actualités en hématologie myéloïde chez le patient âgé

Les syndromes myélodysplasiques (SMD) ont été abordés : la biologie seule peut suffire à évoquer le diagnostic de syndrome myélodysplasique ; de ce fait il faut réserver le myélogramme pour confirmer le diagnostic s'il existe ensuite une intention à traiter le patient.

En ce qui concerne les SMD à haut risque, à la place de la chimiothérapie par Aracitidine, il est possible d'utiliser le Venetoclax (efficacité modérée si mutation KRAS/NRAS, peu efficace sur les mutations TP53). Peut s'utiliser également le Tamibarotene qui inhibe les récepteurs de l'acide rétinolique.

Pour les SMD à faible risque, on peut proposer l'Imetelstat (inhibiteur des télomérases) mais avec un risque de thrombopénie et de neutropénie importants ou le Luspatercept (inhibiteur TGF) de bonne efficacité sur présence de la mutation SF3B1.

En ce qui concerne les syndromes myéloprolifératifs (SMP), quelques rappels sur les néoplasies myéloprolifératives (NMP) que sont notamment la leucémie myéloïde chronique (LMC), la maladie de Vaquez et la thrombocythémie essentielle (TE).

RETOUR DE CONGRÈS

Ces NMP peuvent se présenter d'emblée sous la forme d'une myélofibrose. Il est important de rechercher pour chacune les mutations suivantes : JAK2 puis CALR puis MPL (à noter que les triples négatifs sont possibles). Il existe un risque thrombotique important, qui augmente avec l'âge, un antécédent de thrombose et avec une mutation JAK2. Le diagnostic peut se faire avec la présence de l'une des mutations, des plaquettes > 450G/L, une biopsie ostéomédullaire retrouvant une prolifération mégacaryocytaire sans augmentation des lignées granuleuse et érythroblastique, et en l'absence d'argument évoquant d'autres SMP, des SMD ou d'autres néoplasies

myéloïdes. Il rappelle que l'objectif du traitement des NMP est de modifier l'histoire naturelle de la maladie, prévenir les thromboses, améliorer les symptômes et qualité de vie, de même qu'éviter les complications iatrogènes. On peut notamment utiliser des TKI (inhibiteurs de tyrosine kinase) JAK2 type Ruxolitinib associé à un anti-agrégant plaquettaire ou utiliser des traitements plus basiques type Hydroxyurée ou interféron retard (IFN pegylé). Pour la LMC, il existe des TKI de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} génération, mais il est plutôt utilisé celle de 1^{ère} génération chez la personne âgée, à savoir l'Imatinib.

Actualité concernant les leucémies aiguës

Les leucémies aiguës promyélocyaires sont rares et traitées par ATRA (Arsenic trioxide). Le traitement de la leucémie aiguë lymphoïde est variable selon l'évaluation oncogériatrique et statut FIT/UNFIT/FRAIL (UNFIT fragile). Ce traitement va de la polychimiothérapie + TKI aux soins de supports (corticoïdes + TKI).

Enfin pour la Leucémie aiguë myéloïde, le traitement dépend également de la fragilité du patient et va d'une polychimiothérapie à une association chimiothérapie + TKI ou anti-FLT3 (Gilteritinib) ou anti-IDH1 (Ivosidenib).

La greffe en onco-hématologie a été abordée à la fin de cette session. L'allogreffe se discute selon divers facteurs limitant que sont la chimiorésistance, la condition physique (âge, fragilité, comorbidités), le

donneur, le risque de rechute et le risque de GVH (réaction du greffon contre l'hôte). Vient alors l'haplo-greffe à parti d'un donneur haplo-identique. À la suite de cette greffe, le patient bénéficie de l'administration d'Endoxan à forte dose pour s'affranchir de la compatibilité HLA, mais le risque de rechute est important avec une toxicité importante également faisant perdre au patient âgé le bénéfice de cette greffe. Il a alors été travaillé l'administration uniquement en pré-greffe de Busulfan puis Treosulfan permettant un bon conditionnement à la greffe, avec une bonne tolérance chez le patient âgé. L'Endoxan a également été testé en post-greffe à plus faible posologie avec une bonne prévention du GVH et moins de mortalité post-greffe.

Recommandations vaccinales

Pr Paillaud nous a rappelé les facteurs de réactivation du virus VZV (immunosuppression, antécédents familiaux, traumatisme physique, cancer, âge avancé, comorbidités) et les conséquences graves (notamment neurologiques) de cette infection chez le patient âgé.

Le Pr Paccalin est revenu sur les recommandations vaccinales chez nos patients âgés :

- DTPc → tous les 10 ans à partir de 65 ans.
- Grippe et Covid → injection possible en même temps (dans chaque bras) avec prise de paracétamol dès le 15 octobre.

- Pneumocoque → Vaccin VPC20 Prevenar 20 conjugué est remboursé depuis le 01/05/2024.
- Zona → Vaccin inactivé = vaccin recombinant qui diminue le risque de zona et de douleurs post-zoostérienne. Si antécédent de zona, attendre au moins 1 an entre l'infection zona et la réalisation du vaccin.
- VRS : recherche en cours.

Ne pas oublier la vaccination des soignants !



Activité physique adaptée (APA) en onco-gériatrie

La session a débuté par une présentation du Dr Aubertain-Leheudre, directrice du laboratoire de la fonction musculaire de Montréal puis une table ronde avec le Dr Aubertain-Leheudre, le Pr Laurent Bosquet, directeur du laboratoire MOVE à la faculté des sciences du sport de Poitiers, le Dr Laurent Malisoux, chef du service de recherche Activités physiques, Sport et Santé de Luxembourg et Thomas Chassin, coordinateur Sport Santé dans la Vienne.

Il a été rappelé que le cancer, et notamment la cachexie induite, de même que les traitements qui en découlent sont responsables d'une perte de masse maigre. Il est prouvé que ce déclin de masse musculaire précipite le décès. En effet, il existe un cercle vicieux où l'asthénie induit une sédentarité, responsable d'un déconditionnement physique, lui-même à l'origine d'une atrophie musculaire qui induira au moindre effort une fatigue.

L'activité physique adaptée permet de diminuer la fatigue et d'améliorer la survie (même sans diagnostic de cancer).

La table ronde a permis d'aborder le sujet de la lutte contre la sédentarité avec une 1^{ère} étape qui consiste à réapprendre à bouger, le mieux étant de répéter des activités de faible intensité plusieurs fois dans la journée lors de la reprise. Selon l'OMS « chaque pas compte ».

Il faut noter que pour un réel bénéfice des séances d'APA en pré-traitement oncologique, il faut en réaliser au moins les 80 % recommandées, le tout étant médié par l'adhésion que les patients ont au programme.

Pour cela, on peut avoir recours à de la télé-préhabilitation, qui est un moyen acceptable et réalisable pour motiver et réaliser un suivi des patients, favorisant ainsi leur récupération fonctionnelle.

En per-traitement oncologique, les séances d'APA sont réalisables, permettant un maintien de la santé physique ainsi qu'une amélioration de la force musculaire et de la qualité de vie. L'APA pendant la chimiothérapie permet de diminuer les effets indésirables liés au traitement de même que la fatigue.

En post-traitement, l'APA limite le déclin fonctionnel, surtout à 1 an.

Les facteurs facilitant l'activité physique sont la motivation intrinsèque, le soutien social, l'utilisation d'objectifs conçus et personnalisés. Les facteurs limitants sont le mauvais état de santé, les conditions météorologiques défavorables et le manque de soutien émotionnel. Il a été créé au Canada un outil pour établir un programme adapté aux patients qui s'intitule CREATE. À noter que le sport santé n'est toujours pas pris en charge par la CPAM mais que davantage de mutuelles acceptent de le prendre en charge sur un temps limité.

L'APA se fait sur prescription médicale, via divers dispositifs : PEPs en Nouvelle-Aquitaine. Après un premier entretien et un bilan complet composé de divers tests, le patient est ensuite orienté sur le territoire vers la structure la plus adaptée, et bénéficie d'un suivi présentiel à 1 an et téléphonique à 2 ans.

Actualités en hématologie lymphoïde chez le sujet âgé

Le protocole de traitement du myélome le plus courant en 1^{ère} ligne est l'association Lenalidomide + Dexaméthasone + Daratumumab. Pour discuter l'introduction d'un traitement chez le sujet âgé, on utilise le score de l'IFM se basant sur l'âge, l'ECOG et le score de Charlson. Il semblerait que quelle que soit la présence ou non d'une fragilité, il y a toujours un bénéfice à administrer le Daratumumab seul (Lenalidomide étant moins bien toléré, ne pas administrer la Dexaméthasone peut permettre d'au moins limiter une partie des effets indésirables et donc d'améliorer en partie la qualité de vie). Une autre ligne de

traitement par Isatuximab (anti-CD38) + Bortezomib peut se discuter, tout comme l'association Isatuximab + Lenalidomide + Dexaméthasone. Le problème du Bortezomib est la nécessité d'une administration toutes les semaines.

Enfin, l'ajout d'un anticorps bi-spécifique semble difficilement envisageable chez la personne âgée en raison d'effets indésirables importants.

Concernant la leucémie lymphoïde chronique (LLC), il a été rappelé que les principaux marqueurs pronostiques sont la classification de Binet, le statut IGHV muté, la présence d'une anomalie de TP53 et la pré-

sence d'un caryotype hypercomplexe avec plus de 5 anomalies. Les patients symptomatiques le sont sur une insuffisance médullaire progressive, une splénomégalie volumineuse ou progressive ou symptomatique, des adénopathies volumineuses (au moins 10cm) ou progressives ou symptomatiques, une progression de la lymphocytose avec augmentation de plus de 50 % sur 2 mois ou temps de doublement inférieur à 6 mois (avec lymphocytes > 30G/L), une cytopénie auto-immune ne répondant pas aux corticoïdes, des signes généraux.

Dans tous les cas, il pourra se discuter l'introduction d'un inhibiteur des BTK (IBTK) dont la première génération est représentée par l'ibrutinib (effets indésirables : Fibrillation atriale, HTA, saignements, diarrhées, arthro-myalgies), et dont la seconde génération est représentée par l'Acalabrutinib (EI : céphalées mais moins de FA et d'HTA) et par le Zanubrutinib (présentant moins d'effets indésirables cardiovasculaire que les autres). En cas de contre-indication par

exemple aux IBTK, on peut proposer des inhibiteurs des Bcl-2 (IBCL2) dont le chef de file, le Venetoclax, est souvent responsable d'un syndrome de lyse et de cytopénies multiples, auquel on pourra ajouter un anti-CD20 type Rituximab ou Obinutuzumab.

Il faut bien entendu toujours penser dans ce type de traitement antinéoplasique aux traitements associés, à savoir prévenir les infections en vaccinant les patients (grippe, pneumocoque, haemophilus, zona, COVID19), en supplémentant si nécessaire en immunoglobulines polyvalentes, et avec un traitement prophylactique par Bactrim + Zelitrex associés à une supplémentation en vitamine B9.

Dans un troisième temps, nous avons abordé les actualités concernant le lymphome. Le R-CHOP et le R-miniCHOP restent le traitement standard des lymphomes diffus à grande cellules puisque l'ajout de l'ibrutinib comme celui de Lenalidomide n'ont pas démontré d'efficacité supérieure.

Les CAR-T cells

Les CAR-T cells gagnent une place importante dans la prise en charge de lymphomes. Ce dernier traitement présente une bonne efficacité chez les patients âgés FIT, avec comme principaux effets indésirables un relargage cytokinique et des ICANS (syndrome de neurotoxicité associé aux cellules immunitaires effectrices) responsable notamment de syndromes confusionnels, manifestations psychiatriques et d'aphasie. Les CAR-T cells sont souvent suivies par l'administration d'anticorps bispécifiques (ciblant le CD3 des LT et un récepteur des cellules tumorales) avec une tolérance plutôt bonne chez les patients âgés.

Les CAR-T cells consistent en une modification génétique des lymphocytes T qui vont présenter des récepteurs antigéniques chimériques (les CAR), qui leur permettra de reconnaître les antigènes des cellules tumorales sans activation du TCR. Cela va induire une co-stimulation puis un signal cytokinique amplifiant l'activation du système immunitaire.

Cela aura également un intérêt pour modifier le micro-environnement tumoral via les cytokines et aura une efficacité comparable au TCR concernant l'apoptose tumorale. Une expression importante de CAR « sélectifs » va conditionner la toxicité et l'efficacité du traitement par un effet « on-target/off-tumor ».

Pour produire ces CAR-T cells, on utilise des retrovirus intégratifs : réalisation d'une leucaphérèse, sélection des LT, modification apportée aux LT, chimiothérapie (traitement d'attente, souvent par Fludarabine + Edoxan) puis administration des LT modifiés. À noter la nécessité d'annuler l'expression du TCR endogène pour éviter une réponse allogénique de type GVH.

Un projet en cours est les CAR-NK avec moins de cytokines et donc moins de problème de syndrome de relargage cytokinique.

Les mécanismes de résistance à ce type de traitement peuvent être liés aux CAR-T (durée de vie in vivo, accessibilité, ...) ou liés à la tumeur (perte d'expression de la cible, défaut d'apoptose, micro-environnement tumoral). Les effets indésirables sont principalement le syndrome de relargage cytokinique (traité par immunomodulateurs : Tocilizumab + corticoïde), ICANS, syndrome d'activation macrophagique, syndrome infectieux (induit par le conditionnement nécessaire pour limiter le syndrome de relargage cytokinique), effet « on-target/off-target ». Un patient éligible à un traitement par CAR-T cell doit être également éligible pour aller en réanimation en cas de complications.

Concernant la mauvaise tolérance du fer per os, un conseil pratique est d'espacer les prises tous les 2 à 3 jours. Un traitement d'épreuve peut également être réalisé en cas d'inflammation chronique.

Carence en B12

Cette carence concerne 15 à 20 % des personnes âgées. Cela peut s'expliquer par la maladie de Biermer, le syndrome de non-dissociation des protéines porteuses, la malabsorption, iatrogénie (IPP au long cours ++).

Une carence est certaine si le taux de vitamine B12 est inférieur à 200 ng/L. Il n'y a pas de carence si le taux est supérieur à 350 ng/L.

En cas de doute sur une carence (vitamine B12 est comprise entre 200 et 350 ng/L), il est possible de doser l'homocystéine et l'acide malonique. Il faut se méfier des hypervitaminoses en B12 liées au cancer qui masquent une carence en B12 réelle (d'où la nécessité des dosages d'homocystéinémie et d'AMM).

La supplémentation doit être de 1000µg/j per os en cas de maladie de Biermer ; 1000µg/j per os pendant 1 mois puis 100µg/semaine per os jusqu'à disparition de la cause dans les autres cas avec surveillance de

la vitamine B12 régulière pour ajustement de la posologie de la supplémentation si nécessaire.

Cette session s'est terminée avec un focus sur la prise en charge de l'anémie induite par les traitements oncologiques. Le diagnostic de carence martiale est posé si : ferritinémie < 800ng/ml et CST < 20 % ou ferritinémie < 30ng/ml et CST <15 %. Il est rapporté qu'il est préférable d'utiliser une supplémentation martiale injectable. La surveillance de la ferritinémie et du CST se fait tous les 2 mois.

Pour les carences en B9, la supplémentation se fait par acide folique per os 5mg/j pendant au moins 4 mois (posologie pouvant aller jusqu'à 15mg/j). L'EPO est à débiter à 9-10g/dl d'hémoglobine et va mettre 3 semaines à être efficace (objectif de 12g/dl d'hémoglobine) : il faut donc corriger les carences en même temps. Concernant les seuils transfusionnels, les seuils généraux sont :

- 6g/dl : pour l'anémie chronique.
- 7g/dl : pour les volumineuses splénomégalie et/ou gammopathie monoclonale.
- 8g/dl : seuil critique selon la HAS.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres,

Écriture : **Amélie BOINET, Ludovic ROBBE**
Relecture : **Rafaelle ROTH, Lucrezia Rita SEBASTE**

Bibliographie

1. Ageing-related considerations for medication used in supportive care in cancer, Walsh et al, JGO 2024.
2. Predictive value of G8 screening tool for postoperative complications, Horiuchi.
3. Predictors of three-month mortality and severe chemotherapy-related adverse events in patients aged 70 years and older with metastatic non-small-cell lung cancer: A secondary analysis of ESOGIA-GFPC-GECP 08-02 study, Gendarme et al., JGO.

LA MORPHINE

L'administration d'antalgiques de palier 3 est fréquente en gériatrie (douleur post-opératoire, post-traumatique, cancéreuse, neuropathique,...). Il convient de connaître et maîtriser les principes de l'introduction de morphine chez un patient naïf de traitement opioïde afin de limiter la survenue d'effets indésirables (EI).

Proposition de protocole de titration morphinique pour les patients âgés

Préalable

- Évaluation de la douleur, à l'aide d'échelles : échelle numérique (EN), numérique analogique (EVA) ou Algoplus.
- L'épargne morphinique est la règle ; favoriser une analgésie plurimodale en associant des antalgiques de palier 1 (pas d'association avec des antalgiques de palier 2 et 3) ou anesthésie loco-régionale en post-opératoire.
- Dose réduite de 30 à 50 % chez la personne âgée.
- Chlorhydrate de Morphine : 1ml=1mg.
- Patient informé, ordonnance nominative sécurisée.
- Naloxone à proximité.

Titration Intraveineuse (IV) ou Sous-Cutanée (SC) si voie IV impossible

- 1 Débuter** si Douleur aiguë EVA/EN ≥ 6 ou ≥ 4 insuffisamment soulagée par antalgique de palier 2 ou Algoplus ≥ 2 .
Faire un bolus de 2mg IV ou SC.
- 2 Réévaluation à 5 minutes de :** la tolérance, l'efficacité, la survenue d'effets indésirables (EI).
- 3 Patient soulagé** si EVA/EN ≤ 3 ou Algoplus < 2 .
Arrêt de la titration et introduction d'un traitement antalgique d'entretien (*tableau 1*).
- 4 Poursuite de la titration** si patient insuffisamment soulagé : bolus de 2mg IV ou SC toutes les 5 minutes en évaluant entre chaque bolus la tolérance, l'efficacité et la survenue d'EI.
- 5 Arrêt de la titration immédiatement** si mauvaise tolérance, survenue d'EI.
Protocole NALOXONE.
Ondansétron si nausée, vomissement.
- 6 Réévaluation médicale** si patient insuffisamment soulagé au bout de 10mg injectés.
(utilisation d'autres antalgiques, analgésie multimodale, ...).



Titration orale

- 1 **Débuter** si Douleur aiguë EVA/EN ≥ 6 ou ≥ 4 insuffisamment soulagée par antalgique de palier 2 ou Algoplus ≥ 2 .
Administrer ACTISKENAN® 5mg Libération Immédiate (LI) 1 comprimé.
- 2 **Réévaluation à H1 de** : la tolérance, l'efficacité et la survenue d'EI.
Surveillance tous les $\frac{1}{4}$ d'heure durant la première heure après la première administration.
- Patient soulagé** si EVA/EN ≤ 3 ou Algoplus < 2 .
Arrêt de la titration et espacer les prises ACTISKENAN® 5mg toutes les 4 à 6 heures en fonction de l'évaluation de la douleur.
- 3 **Introduction de la dose d'entretien au bout de 24h** : introduction de SKENAN® Libération Prolongée (LP) matin et soir en systématique, dont la dose est équivalente à la moitié de la dose d'ACTISKENAN® (LI) reçue sur les 24 premières heures.
Exemple : 20 mg d'ACTISKENAN® sur les 24 premières heures ➔ administration de SKENAN® LP 10 mg matin et soir, associé à des Interdoses d'ACTISKENAN® 5mg toutes les 4 à 6h
- Poursuite de la titration** si patient insuffisamment soulagé : ACTISKENAN® 5mg toutes les heures en ne dépassant pas 4 prises successives sur 4h.
Évaluation de la tolérance, efficacité et survenue d'EI entre chaque prise.
- 4 **Au bout de 4h, si patient soulagé, arrêt de la titration** :
Espacer les prises d'ACTISKENAN® toutes les 4 à 6 heures dont la dose sera la somme des interdoses ayant été nécessaires sur les 4 dernières heures.
Exemple : 40mg d'ACTISKENAN® administré sur 4 heures ➔ ACTISKENAN® 40mg toutes les 4 à 6 heures.
Introduction de la dose d'entretien au bout de 24h : cf. protocole 3)
- 5 **Si patient insuffisamment soulagé au bout de 4h** :
Évaluation médicale pour utilisation de morphine sous d'autres formes (PCA), autres antalgiques, analgésie multimodale,...
- 6 **Arrêt de la titration immédiatement** si mauvaise tolérance, survenue d'EI.
Protocole NALOXONE.
Ondansétron si nausée, vomissement.

Tableau 1 tableau de conversion

DCI	RATIO	ÉQUIVALENCE
Morphine IV	3	1mg = 3mg de morphine orale
Morphine SC	2	5mg = 10mg de morphine orale
TRAMADOL®	1/5 à 1/6	50 à 60 mg de TRAMADOL = 10mg de morphine orale

Effets indésirables (liste non exhaustive)

Type d'effet indésirable	Outils de prévention/solution envisagés
Signe de surdosage* : hypovigilance, dépression respiratoire	Protocole Naloxone
Constipation	Traitement laxatif systématique
Nausée, vomissement	Traitement antiémétique : ONDENSETRON®
Somnolence	Peut être due à une dette de sommeil en début de traitement ; réévaluer les autres traitements pouvant entraîner une somnolence
Bouche sèche	Soins de bouche bicarbonate, ARTISIAL®, succion de bonbons aromatisés
Prurit	Traitement antihistaminique (les moins anticholinergiques et sédatifs), rotation des opioïdes
Rétention aiguë d'urine	Recherche d'autres causes ; favoriser la miction spontanée, prévention de la constipation, mobilisation, recherche d'autres traitements favorisant
Syndrome confusionnel	Recherche d'autres épines irritatives ; rotation des opioïdes

*La présence d'un myosis bilatéral SANS dépression respiratoire ou hypovigilance est un signe d'imprégnation morphinique et non un signe de surdosage.

Protocole Naloxone en cas de surdosage en morphine (en milieu hospitalier)

À démarrer si Échelle de Sédation (EDS)* ≥ 2 ET Fréquence Respiratoire (FR) < 8 .

Si EDS ≥ 2 et FR > 10 : arrêter le traitement morphinique sans démarrer le protocole.

- Préparation de la Naloxone : diluer 1 ampoule de 1ml (= 0,4mg) dans 9ml de Serum Physiologique.
- Administrer 2ml en IV (ou SC) puis ml par ml toutes les 1 à 2 minutes (toutes les 3 minutes si voie SC) jusqu'à FR > 10 .
- Puis dose d'entretien en Pousse Seringue Electrique : diluer 1 ampoule de 1ml de Naloxone dans 9ml de sérum physiologique, puis débit 5ml/h.

EDS* :

S0 : Pas de sédation, patient bien éveillé
 S1 : Patient somnolent, stimuable verbalement
 S2 : Patient somnolent, stimuable tactilement
 S3 : Patient non réveillable

Pour l'Association des Jeunes Gériatres,

Dr Justine TRISTRAM
 Gériatre au Centre Hospitalier de Douai
 Service de cardiogériatrie

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 12 oct 2024]. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses
2. Mercadante S. Influence of aging on opioid dosing for perioperative pain management: a focus on pharmacokinetics. J Anesth Analg Crit Care. 1 août 2024;4:51.
3. Aubrun PF. Morphiniques périopératoires : où en est-on ? 2018;
4. VIDAL . Naloxone : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/naloxone-8896.html>

Retrouvez l'Association des Jeunes Gériatres au Corner Jeunes pendant les Journées Annuelles de la Société Française De Gériatrie et de Gérontologie (JASFGG) du 25 au 27 Novembre 2024 !

N'hésitez pas à venir nous dire bonjour, passer feuilletter la nouvelle gazette ou la bande dessinée.

La bande dessinée « *Élémentaire mon cher gériatre !* » vous fera découvrir notre jeune spécialité encore méconnue du grand public avec ses idées-reçues sur le vieillissement et la médecine gériatrique. Trop de patients n'ont pas accès, ou trop tard, aux soins dont ils ont besoin, faute d'information des soignants. Plongez avec-nous dans le quotidien de gériatre à travers des situations concrètes (chutes, troubles cognitifs...) et découvrez l'approche gérontologique globale.

Devenez ambassadeur de cette BD et faites-la découvrir autour de vous : aux personnes âgées, aux personnes aidantes ou encore à vos collègues professionnels de santé non formés à la gériatrie. Si vous souhaitez réaliser une exposition totale ou partielle dans un établissement de santé ou une salle de consultation, nous vous envoyons gratuitement les bons-à-tirer : écrivez-nous à elementaireajg@gmail.com !

La bande dessinée est gratuite (hors frais de port) et toujours disponible à la commande. Pour la commander, rien de plus simple : <https://www.assojeunesgeriatres.fr/pages/bd-elementaire-mon-cher-geriatre.html>



La BD en version
Flip book ! →



Après Strasbourg, l'AJG vous emmènera les 5 et 6 Juin 2025 à Bordeaux pour ses prochaines Journées Annuelles des Jeunes Gériatres !

Le programme passionnant et dynamique vous sera bientôt dévoilé. Sortez vos agendas et rejoignez-nous pour échanger et en apprendre toujours plus sur la gériatrie.

Les jeunes gériatres participeront également à l'organisation de la Journée des Docteurs Juniors qui se tiendra le 17 janvier 2025 à Paris.

Cette journée permettra de riches moments d'échanges et de partages avec des confrères/sœurs d'horizons multiples et aux modes d'exercices différents. Venez profiter de leurs retours d'expériences pour faire grandir notre spécialité !



REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE SUR LES AINS EN PÉRI-OPÉRATOIRE D'UNE CHIRURGIE DE FRACTURE DE HANCHE : QUEL IMPACT DANS LA GESTION DE LA DOULEUR ?

(1) Pommier W, Minoc EM, Morice PM, Lescure P, Guillaume C, Lafont C, et al. NSAIDs for Pain Control During the Peri-Operative Period of Hip Fracture Surgery: A Systematic Review. *Drugs Aging*. févr 2024;41(2):12539.

La fracture de hanche est fréquente et grave chez le sujet âgé. La gestion de la douleur en contexte péri-opératoire est essentielle pour améliorer le pronostic post-opératoire (confusion, délai de reprise de marche et autonomie au long cours). Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) font partie de l'analgésie multimodale et peuvent permettre une épargne morphinique. Ils sont toutefois à utiliser avec précaution, en particulier chez le sujet âgé, d'une part en raison de leur toxicité rénale, gastro-intestinale, cardiaque et d'autre part en raison du surrisque hémorragique.

Cet article propose une revue systématique de la littérature évaluant l'efficacité et la sécurité d'utilisation des AINS en post-opératoire d'une fracture de hanche.

Matériels et méthodes

Cette revue systématique de la littérature a été menée selon les recommandations PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Trois moteurs de recherche ont été interrogés : Pubmed, Cochrane et Embase. La revue a été mise à jour le 21 août 2023.

Les articles inclus devaient concerner : (1) des patients adultes bénéficiant d'une chirurgie pour fracture de la hanche et traités par AINS par voie orale ou intravei-

neuse ; (2) des essais randomisés contrôlés (RCT) ou études observationnelles (prospectives ou rétrospectives) fournissant des résultats sur l'efficacité, la sécurité ou les résultats post-chirurgicaux. Étaient exclues les études : (1) portant sur des chirurgies multiples pour lesquelles les chirurgies de la hanche ne peuvent pas être extraites ; (2) portant sur des modèles animaux ; (3) les études in vitro ; (4) les méta-analyses et les études de cas.

Résultats

Sur les 1318 articles initialement identifiés, 6 études ont finalement été retenues : 3 essais contrôlés randomisés (ECR) et 3 études observationnelles regroupant au total 191 290 patients dont l'âge moyen était compris entre 68 et 87 ans.

Devant l'hétérogénéité des données, seule une synthèse descriptive a été menée sans méta-analyse secondaire.

Trois études ont été menées dans des services de chirurgie orthopédique, une dans une unité d'or-

tho-gériatrie, une dans un service d'accueil des urgences et enfin une étude rétrospective s'appuyait sur une grande base de données américaine.

Les AINS utilisés dans les études incluses dans cette revue comprenaient à la fois des inhibiteurs non sélectifs des cyclo-oxygénases (COX) (diclofénac, kétorolac, ibuprofène, kétoprofène, naproxène), et des sélectifs anti-COX1 (aspirine), anti-COX2 (celecoxib).

Efficacité

L'efficacité des AINS pour le contrôle de la douleur péri-opératoire a été étudiée dans 4 articles (2 ECR et 2 études observationnelles).

- **AINS pré-opératoire vs Bloc ilio-fémoral (2) :** L'analgésie était significativement supérieure dans le groupe ayant reçu un bloc ilio-fémoral à 15 minutes, par rapport au groupe traité par AINS. Cependant aucune différence significative n'a été observée après 2 heures ou 8 heures, suggérant un soulagement plus rapide mais de courte durée avec le bloc ilio-fémoral.
- **Celecoxib pré-opératoire puis pendant 7 jours vs Placebo (3) :** Les patients du groupe traité par AINS présentaient un score de douleur, mesuré par l'échelle numérique (EN), inférieur à celui du groupe contrôle au 3^{ème} jour post-opératoire. Aucune différence significative n'a été observée au 1^{er} jour ou au 7^{ème} jour post-opératoire.
- **Épargne morphinique en cas de traitement par AINS :** Les données relatives à l'épargne morphinique étaient contradictoires. Une étude observationnelle a montré une réduction de consommation de morphiniques (4), tandis qu'une autre n'a pas retrouvé de différence significative dans la durée de prescription de morphine entre les groupes avec AINS et sans AINS (5).

Sécurité

Les résultats concernant la sécurité de l'utilisation des AINS étaient plus hétérogènes.

- **Insuffisance rénale aiguë (IRA) :** Deux études observationnelles ne retrouvent pas d'augmentation du risque d'IRA (5, 6).
- **Saignements et transfusions :** Une étude n'a pas rapporté de risque accru de transfusion (5), alors qu'une autre montrait une augmentation significative du risque de recourir à une transfusion le lendemain de la chirurgie, mais ce risque n'était pas significatif sur l'ensemble de la durée d'hospitalisation (6).
- **Autres effets indésirables :** Une étude n'a pas retrouvé d'augmentation du risque d'insuffisance cardiaque ou d'infection bactérienne (5). Cependant ces effets n'ont pas été mesurés dans les autres études. Par ailleurs, l'ERC comparant l'utilisation des AINS et le bloc ilio-fémoral (2) a retrouvé un taux plus élevé d'effets indésirables (saignements, nausées/vomissements, confusion) dans le groupe AINS.

Résultats cliniques non spécifiques

Les données sur les résultats cliniques non spécifiques, comme la récupération fonctionnelle ou la durée d'hospitalisation, n'ont pas montré de résultats concluants.

Auteurs et année	Lieu/Service	Type d'étude	Intervention / Observation	n
Godoy Monzón et al. 2010(2)	Argentine Urgences	Essai Clinique Randomisé	Groupe A : AINS IV préopératoire + bloc ilio-fémoral avec placebo Groupe B : Bloc ilio-fémoral avec Bupivacaïne + placebo IV	n=154
Kang et al. 2013(4)	Corée du Sud Orthopédie	Essai Clinique Randomisé	Groupe A : AINS oral + Oxycodone + injection péri-articulaire (AINS/morphinique/autre anesthésiant) + PCA de fentanyl post-opératoire Groupe B : PCA de fentanyl post-opératoire uniquement	n=82
Muangpaisan et al. 2015(7)	Thaïlande Orthopédie	Étude observationnelle prospective	Incidence du delirium et facteurs associés	n=80 dont 7 (8,8 %) sous AINS
Haines et al. 2020(6)	USA Base de données	Étude observationnelle rétrospective	Risques associés à l'utilisation des AINS le jour de la chirurgie de fracture de hanche	n=190 057 dont 11,2 % sous AINS
Thietart et al. 2021(5)	France Orthogériatrie	Étude observationnelle prospective	Efficacité et sécurité d'une seule injection de Ketoprofène en péri-opératoire	n=887 dont 8 % sous AINS
Dixit et al. 2021(3)	Inde Orthopédie	Essai Clinique Randomisé	Efficacité du celecoxib sur la gestion de la douleur et la fonction cognitive chez des patients avec une fracture du col fémoral Groupe A = AINS Groupe B = contrôle	n = 84

Tableau résumant les résultats des 6 articles de la revue systématique de littérature

- **Récupération fonctionnelle** : Aucune différence significative n'a été mise en évidence sur le temps nécessaire à la reprise de la marche après la chirurgie (2, 5).
- **Durée de séjour** : Une étude observationnelle a mis en évidence une réduction légère de la durée de séjour dans le groupe traité par AINS (6), mais cela n'a pas été confirmé dans une autre étude (5).
- **Sortie d'hospitalisation** : Une étude observationnelle a révélé que les patients sous AINS étaient plus susceptibles de rentrer directement à domicile (5).
- **Ré-hospitalisations** : Une seule étude s'est intéressée aux ré-hospitalisations à 30 jours et à 90

jours : aucune différence significative n'a été retrouvée entre les groupes AINS/contrôle (6).

- **Admission en soins intensifs post-opératoires** : Une étude a montré une réduction du risque d'admission en soins intensifs à deux jours après la chirurgie et un taux de complications pulmonaires inférieur chez les patients traités par AINS (6).
- **Syndrome confusionnel post-opératoire** : Le risque de survenue de syndrome confusionnel en post-opératoire en cas de traitement par AINS a été identifié dans une étude (7), mais deux autres études n'ont pas confirmé ce résultat (4, 5).

Discussion

Il s'agit de la première revue de littérature analysant les résultats cliniques associés à l'utilisation des AINS en péri-opératoire en contexte de chirurgie de fracture de hanche. Celle-ci a finalement retenu 6 études dont 3 ECR. Un soulagement efficace de la douleur lié à l'utilisation des AINS a été démontré dans la plupart des études. Cependant, elle révèle une incertitude quant à l'efficacité en termes d'épargne morphinique. Concernant leur sécurité et les résultats post-opératoires : leur utilisation n'était pas associée à un sur-risque d'IRA, mais les données sur le risque transfusionnel étaient

contradictoires. Un ECR a également montré un taux d'effets indésirables inférieur avec les AINS par rapport au bloc ilio-fémoral. Cependant, la qualité de preuve concernant la sécurité était jugée faible à très faible.

Concernant l'efficacité

La littérature suggère que les AINS contribuent à l'épargne morphinique, soutenant leur utilisation dans le cadre d'une analgésie multimodale (8). Toutefois, les deux études incluses dans cette revue montraient des résultats contradictoires à ce sujet (5, 6).

Efficacité	Sécurité	Autres résultats	Molécules	Risque de biais
Meilleur score EVA dans le groupe bloc ilio-fémoral à 15 min, mais pas à 2h ou 8h	Plus d'effets indésirables (delirium, nausée/vomissement, hématome) dans le groupe A		Diclofénac Ketorolac	ÉLEVÉ
Meilleur score EVA dans le groupe avec AINS à J1 et J4, mais pas à J7, ni à la sortie Dose de Fentanyl plus basses dans le groupe A vs groupe B		Récupération fonctionnelle / marche : NS Durée de séjour : NS Delirium : NS Nausées : NS Vomissements : NS	Celecoxib Ketorolac	MODÉRÉ
		Delirium : Risque augmenté si AINS (OR = 10,62 ; IC 95% [1.06 - 106.38])	NA	ÉLEVÉ
Epargne morphinique pour les patients sous AINS le jour de la chirurgie	Transfusions : augmentation significative du risque de transfusion à J1 post-opératoire uniquement IRA : NS	Durée de séjour : légèrement raccourcie Admission en soins intensifs post-opératoires : risque diminué Ré-hospitalisation à 30j et à 90j : NS Complications pulmonaires post-opératoire : risque diminué	Ketorolac (77,4%) Aspirine Ibuprofène Naproxène	MODÉRÉ
Durée de traitement par morphiniques : NS	Transfusions ou IRA : NS Transfusions : NS IRA : NS Infection bactérienne : NS Insuffisance cardiaque : NS	Récupération fonctionnelle / marche : NS Durée de séjour : NS Retour à domicile : les patients traités par AINS avaient plus de chance de rentrer à domicile que les autres Delirium : NS	Ketoprofène	MODÉRÉ
Douleur (EN) : score EVA inférieur à J3, mais pas à J1 et J7 post-opératoire		MMSE plus élevé dans le groupe B (sans AINS) avant la chirurgie, mais plus bas après la chirurgie	Celecoxib	BAS

Concernant la sécurité et les effets indésirables

Les résultats concernant la sécurité de l'utilisation des AINS étaient mitigés avec un niveau de preuve faible ou très faible. Les données de cette revue n'ont pas montré d'augmentation significative du risque d'IRA (5, 6). La courte durée de suivi dans certaines études pourrait limiter la détection de certains effets indésirables (tels que l'IRA ou les ulcères gastroduodénaux). Par conséquent, une prudence particulière est nécessaire, surtout chez les patients présentant des antécédents rénaux, cardiovasculaires ou gastro-intestinaux.

Résultats post-chirurgicaux non spécifiques

Aucun bénéfice des AINS sur la récupération fonctionnelle n'a été observé. Concernant la durée de séjour, les résultats étaient variables : une étude retrouvait une réduction modeste de la durée de séjour avec les AINS,

tandis que d'autres n'identifiaient aucune différence significative. Quant au syndrome confusionnel post-opératoire, une étude a rapporté une association significative, mais elle reposait sur un échantillon restreint et l'analyse multivariée n'était pas ajustée pour tenir compte de la douleur, un facteur potentiel de confusion.

Limites de l'étude

Cette revue de la littérature n'a inclus que 6 études et le niveau de preuve faible à très faible ne permet pas de conclure quant à la sécurité de l'utilisation des AINS en contexte de chirurgie de fracture de hanche. De plus, plusieurs AINS étaient utilisés, y compris des molécules non recommandées ou non disponibles en France. Par conséquent aucune recommandation claire ne peut être formulée quant au choix préférentiel d'un AINS pour cette population.

Pour conclure

Les résultats de cette revue suggèrent que les AINS ont un rôle dans la gestion de la douleur péri-opératoire lors de la chirurgie de fracture de hanche. Cependant, il est crucial de prendre en compte les comorbidités individuelles afin de prévenir des complications graves. Chez les patients âgés, le risque d'augmentation de l'exposition aux AINS, lié à des facteurs tels que la dénutrition et l'insuffisance rénale, appelle à une vigilance accrue.

En 2013, l'ANSM a publié des recommandations sur le bon usage des AINS, soulignant l'importance de leur utilisation prudente (9). Plus récemment, en novembre 2023, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a diffusé un document concernant les AINS dans la gestion de l'analgésie péri-opératoire, qui inclut des considérations de sécurité adaptées à différents contextes chirurgicaux (10). Ces documents peuvent servir de référence pour une utilisation appropriée des AINS en pratique clinique.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres
Dr Hadja BENSEGHIR, Dr junior en pharmacie hospitalière, CH Douai
Thomas CARPENTIER, Pharmacien hospitalier, CH Douai

Bibliographie

1. Pommier W, Minoc EM, Morice PM, Lescure P, Guillaume C, Lafont C, et al. NSAIDs for Pain Control During the Peri-Operative Period of Hip Fracture Surgery: A Systematic Review. *Drugs Aging*. févr 2024;41(2):125-39.
2. Monzón DG, Vazquez J, Jauregui JR, Iserson KV. Pain treatment in post-traumatic hip fracture in the elderly: regional block vs. systemic non-steroidal analgesics. *Int J Emerg Med*. 1 déc 2010;3(4):321-5.
3. Dixit P, Singh V, Verma S, Singh GP, Singh MK, Kumar S. The effect of celecoxib on early postoperative cognitive dysfunction in elderly patients of fracture neck of femur: a prospective randomised double-blind study. *Anaesth Pain Intensive Care*. 27 mai 2021;25(3):287-94.
4. Kang H, Ha YC, Kim JY, Woo YC, Lee JS, Jang EC. Effectiveness of multimodal pain management after bipolar hemiarthroplasty for hip fracture: a randomized, controlled study. *J Bone Joint Surg Am*. 20 févr 2013;95(4):291-6.
5. Thietart S, Baque M, Cohen-Bittan J, Raux M, Riou B, Khiami F, et al. Short-term administration of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in older patients with hip fracture: A cohort study. *Eur J Anaesthesiol*. 1 sept 2021;38(9):1003-5.
6. Haines KL, Fuller M, Vaughan JG, Krishnamoorthy V, Raghunathan K, Kasotakis G, et al. The Impact of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs on Older Adult Trauma Patients With Hip Fractures. *J Surg Res*. 1 nov 2020;255:583-93.
7. Muangpaisan W, Wongprikron A, Srinonprasert V, Suwanpatoomlerd S, Sutipornpalangkul W, Assantchai P. Incidence and risk factors of acute delirium in older patients with hip fracture in Siriraj Hospital. *J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet*. avr 2015;98(4):423-30.
8. Martinez V, Beloeil H, Marret E, Fletcher D, Ravaud P, Trinquart L. Non-opioid analgesics in adults after major surgery: systematic review with network meta-analysis of randomized trials. *Br J Anaesth*. janv 2017;118(1):22-31.
9. <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/01/07/rappel-bonusageains130821.pdf> [Internet]. [cité 2 oct 2024]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/01/07/rappel-bonusageains130821.pdf>
10. Alter C. AINS pour la gestion de l'analgésie péri-opératoire - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2023 [cité 2 oct 2024]. Disponible sur : <https://sfar.org/ains-pour-la-gestion-de-lanalgesie-peri-operatoire/>

DEXMEDETOMIDINE : UNE SOLUTION À LA CONFUSION EN POST-OPÉRATOIRE ?

Dexmedetomidine on Postoperative Delirium and Intraoperative Hemodynamic Outcomes in Elderly Hip Surgery; A Randomized Controlled Trial Dexmedetomidine for Postoperative Delirium (1).

De plus en plus de sujets âgés deviennent éligibles à des prises en charge chirurgicales qu'elles soient en urgence ou programmées. En orthopédie, le cas le plus fréquent est celui de la fracture de hanche touchant des patients « gériatriques » encore plus âgés, comorbides et polymédiqués. Ces éléments entraînent ainsi une proportion de plus en plus importante de patients présentant un syndrome confusionnel dans les suites opératoires. Cette confusion, pluri-factorielle, est responsable d'une morbidité majeure (durée d'hospitalisation prolongée, récupération altérée, déclin neuro cognitif...) et d'une hausse de la mortalité. Ainsi, prévenir au maximum la survenue de ce « delirium » devient un enjeu capital à inclure dans nos pratiques gériatriques.

La dexmedetomidine (DEX) est un agoniste sélectif du récepteur alpha 2 et présente des propriétés d'anxiolyse, de sédation, d'antalgie et des capacités neuro-protectrices. Depuis quelques années, il a été démontré par plusieurs études l'impact bénéfique de son utilisation sur la prévention de la confusion post-opératoire (POD). Cependant, son utilisation doit

Méthodes

Il s'agit d'un essai en bras parallèle monocentrique randomisé contrôlé en double aveugle : groupe intervention recevant la DEX et groupe contrôle recevant une solution saline placebo (NSS). La période d'inclusion s'est étendue d'octobre 2022 à juin 2023, au sein d'un centre de référence en Thaïlande.

Les patients inclus étaient des patients âgés d'au moins 65 ans, dans l'attente d'une chirurgie de hanche sous anesthésie rachidienne.

Étaient exclus tous patients ayant déjà reçu la molécule dans le passé, présentant une pathologie neuro-cognitive connue, un accident vasculaire cérébral (AVC) antérieur, une maladie de Parkinson ou une épilepsie sous-jacente, une pathologie neuro-psychiatrique ou des troubles du rythme cardiaque (conduction, maladie de l'oreillette).

De même, les patients pour lesquels une anesthésie générale avait été nécessaire, ou présentant une défaillance hémodynamique, rénale ou hépatique sévère ont été exclus.

rester prudente, du fait d'une instabilité hémodynamique réactionnelle (hypotension, bradycardie).

L'objectif principal de cette étude est donc d'étudier l'impact d'une dose minimale de DEX dans les suites d'une chirurgie de hanche et évaluer si cette faible posologie, inférieure aux doses habituellement prescrites, permet de limiter la POD chez ces sujets âgés.

Les données recueillies au cours de cette étude étaient :

- **En pré-opératoire** : Données démographiques, diagnostic et indication opératoire retenue, comorbidités, traitements habituels, paramètres biologiques, état neurocognitif (Mini-Mental State Examination -MMSE- et Confusion Assessment Method -CAM-).
- **En péri-opératoire** : Durée opératoire, spoliation sanguine, transfusion, infiltration.
- **En post-opératoire** : Durée d'hospitalisation, complications post-opératoires immédiates et à distance, calcul du score de sédation et évaluation cognitive par calcul du score MMSE, en unité de réveil, à 24, 48 et 72h post-opératoire (évaluation réalisée à un instant T soit chaque matin).

Le critère de jugement principal était la survenue d'une POD selon 2 juges à partir de la CAM à 24, 48 et 72h. Les analyses ont été réalisées en intention de traiter, avec un risque alpha défini bilatéralement à 5 %.

Résultats

200 patients ont été randomisés en 1:1 entre le groupe DEX et NSS. Il n'y a eu aucun perdu de vue ni aucune interruption opératoire. L'âge moyen était de 78 ans (± 8.8) pour le groupe DEX et 80.4 ans (± 7.8) pour le groupe NSS, sans autre différence statistiquement significative sur les caractéristiques de base.

L'incidence de la POD était significativement diminuée dans le groupe DEX comparé au groupe NSS (RR = 0.45, 95%CI = 0.28-0.73, $p < 0.001$), et cette différence restait significative à tous les temps d'études (en unité de réveil, à 24h, à 48h et à 72h).

Concernant le score de sédation, il n'y avait pas de différence significative entre le groupe DEX et NSS (RR = 0.67, 95%CI = 0.25-1.80, $p = 0.425$).

Cependant, des paramètres péri-opératoires semblaient se distinguer entre ces deux groupes, avec une bradycardie péri-opératoire (FC médiane de 75.9 vs 80.8 bpm, $p = 0.015$) et une hypotension artérielle post-opératoire immédiate (TA systolique de 115.8 vs 120.6 mmHg, $p = 0.29$) significativement plus importantes dans le groupe DEX.

Enfin, il n'existait pas de différence significative concernant les événements hémodynamiques nécessitant une intervention médicale étudiée (bradycardie, tachycardie, hypotension, hypertension, hypoxémie).

Conclusion

Cette étude met en évidence que la DEX, bien qu'administrée à faible posologie, pourrait réduire l'incidence de POD, et ce jusqu'à 72h dans les suites chirurgicales.

L'avis du jeune gériatre

La POD reste un enjeu majeur pour nos patients âgés, souvent source d'échec dans leur reprise d'autonomie. Bien qu'elle soit parfois expliquée par un facteur pour lequel une intervention thérapeutique est réalisable (rétention aiguë d'urine, algie, troubles sensoriels non appareillés, infection, etc.), il n'est parfois identifié aucune cause évidente.

Cette étude semble mettre en avant une molécule qui, à dose adaptée, limiterait le risque de POD chez nos sujets âgés, mais néanmoins au sein d'une population bien ciblée (absence de comorbidité neurocognitive notamment) et pour une durée de suivi très courte (durée de séjours moyenne aux alentours de 7-10 jours, même si la majeure partie des POD arrivent en post-opératoire immédiat). Cette population, en pratique courante, reste pourtant la plus à risque de confusion post-opératoire (2). En termes de conséquences hémodynamiques, elles semblent relativement limitées selon cette étude, même si un des facteurs prédictifs désormais connus de POD est l'hypotension péri-opératoire (3).

Cette étude illustre bien que des progrès sont à venir dans la prise en charge du « delirium » post-opératoire.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres
Dr Floriane BRIL
 Docteur Junior de DES de Gériatrie
 Hôpital Antoine Bécclère

Références

1. Choovongkomol C, Sinchai S, Choovongkomol K. Effect of a Single-dose Dexmedetomidine on Postoperative Delirium and Intraoperative Hemodynamic Outcomes in Elderly Hip Surgery; A Randomized Controlled Trial Dexmedetomidine for Postoperative Delirium: Dexmedetomidine for Postoperative Delirium. *Siriraj Med J.* 2024;76:80–9. doi: 10.33192/smj.v76i2.266653
2. Daiello LA, Racine AM, Yun Gou R, et al. Postoperative Delirium and Postoperative Cognitive Dysfunction. *Anesthesiology.* 2019;131:477–91. doi: 10.1097/ALN.0000000000002729
3. Maheshwari K, Ahuja S, Khanna AK, et al. Association Between Perioperative Hypotension and Delirium in Postoperative Critically Ill Patients: A Retrospective Cohort Analysis. *Anesth Analg.* 2020;130:636–43. doi:10.1213/ANE.0000000000004517

OSTÉOPOROSE ET TRÈS GRAND ÂGE FAUT-IL TRAITER L'OSTÉOPOROSE DU CENTENAIRE ?

Épisode 1

Madame B., 99 ans, est adressée aux urgences le 16 octobre 2023 pour un traumatisme de hanche droite suite à une chute alors qu'elle changeait de chaussures.

C'est une patiente peu comorbide, dont les antécédents se résument à une hypertension artérielle sous bithérapie, une dyslipidémie, un accident ischémique transitoire en 2012 et une annexectomie bilatérale sur une masse nécrotique de l'ovaire gauche en 2015. Son traitement habituel comprend : Resitune, Amlodipine, Irbesartan et Bromazépam au coucher.

Elle vit seule dans une maison, avec sa chambre à l'étage et la cuisine au rez-de-chaussée. Elle est autonome pour les activités de la vie quotidienne, elle prépare elle-même ses repas. Elle sort seule à l'aide d'une canne pour aller acheter son pain. Ses enfants font les courses, et elle bénéficie du passage d'une aide-ménagère une fois par semaine pour l'entretien de son logement.

Le bilan radio-clinique réalisé aux urgences fait état d'une fracture per-trochantérienne droite, qui est ostéosynthésée par clou gamma court.

La période péri-opératoire est marquée par un passage en bloc atrio-ventriculaire complet révélé par une bradycardie extrême peu symptomatique, ayant conduit à l'implantation d'un stimulateur cardiaque le 24 octobre 2023.

Concernant l'ostéoporose, le bilan biologique n'a pas retrouvé d'argument pour une origine secondaire à la fracture. Il n'a pas été retenu d'indication à une ostéodensitométrie. On met en place une supplémentation



Radiographie diagnostique



Contrôle radiologique après ostéosynthèse

vitamino-calcique mais il est décidé de ne pas débuter de traitement anti-résorbeur compte tenu du très grand âge et donc de l'espérance de vie de fait limitée.

Épisode 2

Malheureusement pour Madame B., elle est réadmise aux urgences le 15 mars 2024 pour un traumatisme de hanche gauche suite à une chute alors qu'elle s'était accroupie pour ranger un sac.

Son mode de vie s'est un peu modifié suite à la première chute, elle vit toujours dans sa maison avec la chambre à l'étage, mais elle utilise désormais un monte-escaliers. Elle garde une autonomie dans les activités de la vie quotidienne, prépare elle-même ses repas, mais ne sort que peu seule de chez elle. Elle va juste chercher son courrier, utilise alors une canne simple, elle utilise un déambulateur dans son domicile. Ses enfants font toujours les courses, et l'aide-ménagère assure toujours l'entretien du logement. À noter toutefois le passage quotidien d'une infirmière.

Le traitement habituel a aussi été modifié : elle ne prend plus de Bromazepam, ni d'Amlodipine. Elle prend désormais également 20mg/j de Furosémide, du Calcidose et de la vitamine D. Le traitement par Irbesartan et Resitune restent inchangés.

Le bilan radio-clinique réalisé aux urgences fait état d'une fracture per-trochantérienne gauche, qui est ostéosynthésée par clou gamma court.

Devant la survenue d'une deuxième fracture sévère en 6 mois, il est décidé de mettre en place un traitement anti-ostéoporotique par Acide zolédronique (Aclasta) 5mg IV une fois par an. On ne retient pas l'indication à une ostéodensitométrie compte tenu du très grand âge laissant présager une espérance de vie inférieure au délai habituel de l'ostéodensitométrie de suivi (3 - 5 ans après le premier examen).

Commentaire

Ce cas clinique nous invite à nous poser la question suivante : **faut-il traiter l'ostéoporose du centenaire ?**

La littérature s'intéressant à la question des traitements anti-ostéoporotiques des sujets très âgés est très pauvre, voire inexistante. L'analyse ci-dessous s'appuie donc sur des populations d'étude plus jeunes. Nous avons focalisé notre attention sur les bisphosphonates, qui représentent la classe thérapeutique de première intention dans l'ostéoporose post-ménopausique (1).

Tout d'abord, l'efficacité des bisphosphonates sur la densité minérale osseuse (DMO) est clairement établie.

Ainsi, dans un travail étudiant l'efficacité et la sécurité d'une perfusion annuelle de Zoledronate dans une population de femmes ménopausées âgées en moyenne



Radiographie diagnostique



Contrôle radiologique après ostéosynthèse

de 79 ans (2), on retrouvait une augmentation significative de la DMO après un an de traitement (+ 2,3 % au col fémoral, + 3,0 % à la hanche totale), et qui augmentait encore après 3 ans de traitement (+ 5,0 % au col fémoral, + 6,3 % à la hanche totale).

L'étude de Greenspan (2015) (3) a évalué l'efficacité et la sécurité du Zolédronate dans une population de femmes plus âgées (85 ans en moyenne) et plus fragiles (58 % des sujets du groupe placebo et 72 % des sujets du groupe Zoledronate remplissaient les critères de fragilité selon Fried). Elle retrouvait une meilleure densité minérale osseuse (hanche et rachis) dans le groupe Zoledronate : + 3,2 % à 12 mois et + 3,9 % à 24 mois à la hanche totale ; + 1,8 % à 12 mois et + 3,6 % à 24 mois au rachis.

Au-delà de la densité minérale osseuse, les bisphosphonates ont aussi montré une efficacité dans la prévention du risque fracturaire.

Ainsi, dans l'étude de Boonen (2), le taux de nouvelles fractures (toutes fractures confondues) à 1 an était de 4,7 % dans le groupe Zoledronate, versus 5,7 % dans le groupe placebo ($p=0,026$). À 3 ans, ce taux s'élevait à 10,8 % dans le groupe Zoledronate, versus 16,6 % dans le groupe placebo ($p<0,001$).

Cette différence entre les deux groupes est particulièrement marquée lorsqu'on s'intéresse spécifiquement aux fractures vertébrales. En effet, le taux de fracture vertébrale à 1 an était de 0,5 % dans le groupe Zoledronate, versus 1,3 % dans le groupe placebo ($p=0,009$). À 3 ans, le taux de fracture vertébrale était de 1,1 % dans le groupe Zoledronate, versus 3,7 % dans le groupe placebo ($p<0,001$).

Concernant le risque de fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF), les résultats étaient non significatifs statistiquement dans cette même étude, avec une incidence à 1 an de 1,1 % dans le groupe Zoledronate versus 1,5 % dans le groupe placebo ($p=0,301$), et une incidence à 3 ans de 2,8 % dans le groupe Zoledronate versus 3,6 % dans le groupe placebo ($p=0,297$).

Dans l'étude de Greenspan (3), 18 sujets (20 %) avaient fait une nouvelle fracture dans le groupe Zoledronate, versus 15 sujets (16 %) dans le groupe placebo (OR, 1.30; 95 % CI, 0.61-2.78). Cependant, les deux groupes n'étaient pas strictement comparables, il y avait en

effet plus de chuteurs dans le groupe Zoledronate (78 %) que dans le groupe placebo (59 %).

L'étude de Mc Clung (4) étudiait le Risedronate versus placebo dans la prévention du risque fracturaire de hanche, avec une analyse en sous-groupe d'âge. Dans la sous-population de 70-79 ans, l'incidence de la fracture de hanche à 3 ans était de 1,9 % dans le groupe Risedronate, versus 3,2 % dans le groupe placebo ($p=0,009$). Dans la sous-population des plus de 80 ans, la différence entre les deux groupes était moins marquée : 4,2 % de fractures de hanche à 3 ans dans le groupe Risedronate, versus 5,1 % dans le groupe placebo ($p=0,35$).

Ces résultats peuvent être expliqués par plusieurs éléments. Tout d'abord, on l'a vu, certaines études concernent des populations non comparables, entraînant une forte hétérogénéité en termes de validité externe. De plus, certaines d'entre elles manquent aussi de puissance. Enfin, certains auteurs avancent l'idée d'une influence croissante des facteurs non squelettiques (comprendre le risque de chute) dans le risque fracturaire non vertébral avec l'avancée en âge.

Ainsi, il nous faut bien garder en tête que la fracture (et en particulier la FESF) est la résultante d'une fragilité osseuse d'une part, et d'une chute d'autre part. La prévention du risque fracturaire repose donc sur deux composantes essentielles, l'une n'allant pas sans l'autre : le dépistage et le traitement de l'ostéoporose mais aussi la prévention du risque de chute.

En conclusion, la question de la prise en charge de l'ostéoporose du centenaire ne peut se traiter que par extrapolation des études s'étant intéressées à des populations plus jeunes. L'intérêt des traitements anti-résorbeurs type bisphosphonates est démontré avec une balance bénéfice-risque favorable dans l'ostéoporose post-ménopausique, en association avec la supplémentation vitamino-calcique. Bien que le délai d'efficacité des bisphosphonates soit long, dans une population où l'espérance de vie est difficilement estimable, le grand âge en lui-même ne semble pas devoir constituer une limite à leur prescription.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Dr Coralie BÉTAILLE, Docteur Junior de DES de Gériatrie, Service d'orthogériatrie - CHU Nantes
Avec la relecture attentive du **Dr Thibault SOISSONS**, Praticien Hospitalier en gériatrie, Service d'orthogériatrie - CHU Nantes

Bibliographie

1. Bouvard, B., Annweiler, C., & Legrand, E. (2021). L'Ostéoporose des personnes âgées. *Revue du Rhumatisme*, 88(4), 273278.
2. Boonen, S., Black, D. M., Colón-Emeric, C. S., Eastell, R., Magaziner, J. S., Eriksen, E. F., Mesenbrink, P., Haentjens, P., & Lyles, K. W. (2010). Efficacy and Safety of a Once-Yearly Intravenous Zoledronic Acid 5 mg for Fracture Prevention in Elderly Postmenopausal Women with Osteoporosis Aged 75 and Older. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 58(2), 292299.
3. Greenspan, S. L., Perera, S., Ferchak, M. A., Nace, D. A., & Resnick, N. M. (2015). Efficacy and Safety of Single-Dose Zoledronic Acid for Osteoporosis in Frail Elderly Women. *JAMA Internal Medicine*, 175(6), 913.
4. McClung, M. R., Geusens, P., Miller, P. D., Zippel, H., Bensen, W. G., Roux, C., Adami, S., Fogelman, I., Diamond, T., Eastell, R., Meunier, P. J., Wasnich, R. D., Greenwald, M., Kaufman, J., Chesnut, C. H., & Reginster, J. (2001). Effect of Risedronate on the Risk of Hip Fracture in Elderly Women. *New England Journal Of Medicine*, 344(5), 333340.

FAUT-IL TOUJOURS OPÉRER UNE FRACTURE DU MEMBRE INFÉRIEUR DANS UN CONTEXTE DE FIN DE VIE OU DE SOINS PALLIATIFS ?

Afin de mieux appréhender la complexité de la décision d'opération en cas de fracture du membre inférieur dans un contexte de fin de vie et/ou de soins palliatifs, nous choisirons deux cas contradictoires puis nous ferons un point sur ce que dit la littérature et les recommandations.

Cas clinique 1

Fernande, âgée de 92 ans, est admise dans un service d'accueil des urgences (SAU) parisien pour chute avec impotence fonctionnelle du membre inférieur droit. Elle vit en EHPAD depuis bientôt plus de trois ans et a été retrouvée au sol ce matin sans savoir à quand remonte la chute (probablement dans la nuit car au dernier tour de 22h, elle était dans son lit).

Antécédents : Hypertension artérielle, AVC ischémique non séquellaire, Maladie d'Alzheimer avec MMSE en 2021 à 18/30, Cardiopathie ischémique stentée, Hypothyroïdie, AOMI pontée, Ostéoporose fracturaire avec FESF gauche en 2020.

Traitements : Amlodipine 5mg/j, Kardégic 75 mg/j, Bisoprolol 2.5 mg/j, Ramipril 2.5mg/j, Levothyroxine 75µg/j, Atorvastatine 40 mg/j, Vitamine D 100 000 UI 1 amp/3 mois

Autonomie : ADL 1/6 (mange seule uniquement), IADL 0/4, marche avec déambulateur dans sa chambre au plus, sinon elle doit être accompagnée en fauteuil roulant.

Vous l'évaluez au SAU avec l'équipe mobile de gériatrie à la demande des orthopédistes qui sont favorables à une pose de prothèse intermédiaire de hanche (PIH) afin de traiter sa nouvelle FESF à droite. Vous la trouvez douloureuse avec un Algoplus à 3/5 malgré morphiniques et un syndrome confusionnel important avec anxiété majeure.

Que préconisez-vous par rapport à l'indication opératoire ?

Vous l'examinez de plus près et vous découvrez une escarre sacrée stade 3-4 présente depuis plusieurs mois d'après les infirmières de l'EHPAD. Vous apprenez également qu'elle présente une dénutrition sévère depuis environ 6 mois. Pour terminer, consciencieux, vous relisez son ECG d'entrée, et vous découvrez un BSA 2 : 1, récusé de Pacemaker ou Micra par les cardiologues.

Quelle option vous paraît-elle la plus raisonnable désormais ?

Cas clinique 2 : Une opération de patella pas si évidente...

Victor, âgé de 78 ans, est admis en orthopédie pour fracture de patella gauche depuis deux jours, après être passé au SAU de votre hôpital. Les orthopédistes vous appellent afin de donner votre avis sur le caractère raisonnable d'une opération de cette patella. Ils vous informent que celle-ci demanderait des soins de pansements importants avec une cicatrisation complexe et un port de Zimmer de six semaines. Ils vous indiquent également que si l'opération n'a pas lieu, le patient ne pourra plus jamais remarcher.

Antécédents : Hypertension artérielle, Diabète de type 2 non insulinoquant, Schizophrénie ancienne.

Traitements : Valsartan 160 mg/j, Metformine 1g/j, Risperdal 2mg*2/j, Zopiclone 7.5mg/j.

Autonomie : Vit seul au domicile, marche encore sans aide et va parfois manger au fast-food du coin. ADL 5.5/6 (aide pour marche seulement), IADL 1/4 (sous tutelle, utilise encore le téléphone).

Vous allez le voir et vous constatez qu'il présente un délire de persécution assez calme, refusant l'opération en disant que vous faites partie « de l'empire du mal sacré qui ne respecte pas les tablettes saintes ». Il vous dit « ne faire confiance qu'à son médecin traitant, et c'est pour cela qu'il a refusé tous les traitements proposés » depuis son arrivée au SAU. Vous constatez également un état d'hygiène et un état bucco-dentaire déplorables.

Que préconisez-vous par rapport à l'indication opératoire ?

Il a finalement été décidé de tenter une opération au vu de sa possible part de confusion participante au délire qui serait réduite en post-opératoire par l'antalgie et la reprise de la marche. De plus au vu du faible nombre de comorbidités et de son autonomie préservée, vous pensez qu'il pourra avoir les ressources nécessaires en post-opératoire pour la rééducation.

Ouverture

Ces 2 cas illustrent très bien à quel point il est extrêmement important de faire un examen clinique le plus complet possible et une anamnèse la plus poussée des soignants/proches, afin d'étayer au mieux les arguments pour ou contre une opération dans ce genre de situations complexes. Pour la petite histoire, Fernande a été finalement non opérée et admise en soins palliatifs en Gériatrie Aiguë, avec une opposition franche des orthopédistes qui voulaient tenter une opération jusqu'au bout !

Point sur ce que dit la littérature en cas de FESF

En 2017, **Van Ree et al (1)** rapportent sur 7 études publiées entre 2004 et 2013, une mortalité poolée plus importante en cas de non opération mais surtout aucune mesure de la qualité de vie ou de douleur dans toutes les études incluses. Cette même année, des recommandations américaines indiquent de ne pas opérer systématiquement les patients avec pronostic vital inférieur à six semaines tout en considérant dans certains cas le traitement chirurgical comme une « solution antalgique palliative » (2).

Berry et al (3) avancent dans le JAMA des résultats relativement contradictoires en 2020 dans une étude épidémiologique avec score de propension : diminution significative de la douleur (OR ajusté = 0,78, IC95 % = 0,61-0,99) mais augmentation significative de l'utilisation de contention (OR ajusté = 1,83, IC95 % = 1,21-2,76) en cas d'opération. Ils retrouvent également un surrisque d'escarre en cas de non-opération (OR ajusté = 0,64, IC95 % = 0,47-0,86).

Vous n'avez pas de nouvelle pendant plusieurs semaines puis on vous rappelle 3 semaines après pour un avis pour ce même patient. Vous apprenez que des proches ont été contactés et ont rapporté que le patient ne prenait plus ses traitements depuis quatre ans, qu'il était isolé et qu'il faisait des chutes à répétition depuis un an. Vous apprenez également qu'il ne se préparait plus à manger. Pour couronner le tout l'orthopédiste vous fait part que la cicatrice ne se referme pas et que le patient est désormais traité pour une arthrite septique, avec des soins très complexes devant des troubles du comportement majeur. Il n'a toujours pas remarché et ne mange que très peu depuis l'opération. Il présente un sepsis depuis 2 jours et on vous demande votre avis quant à une éventuelle amputation de sauvetage.

Quelle option vous paraît-elle la plus raisonnable désormais ?

En 2020, **Loggers et al (4)** décrivent les différentes causes de non-opération d'une FESF dans la littérature : contre-indication dans 29 à 95 % des cas, autonomie du patient trop altérée dans 27 à 50 % des cas, refus du patient dans 8 à 71 % des cas et présence d'un cancer dans 10 % des cas. Ils rapportent également un manque de connaissance sur la qualité de vie et les douleurs dans ces situations.

Deux ans plus tard **Loggers et al (5)** réalisent un essai multicentrique tentant de prouver la non-infériorité de ne pas opérer ces patients en utilisant comme critère de jugement principal la qualité de vie mesurée par le score EQ5D (6). Les 172 patients inclus étaient relativement altérés au niveau de leur autonomie et pouvaient présenter une FESF cervicale ou per-trochantérienne. Ils étaient répartis entre un groupe « SDM approach » (approche décisionnelle multidisciplinaire) et un groupe opération systématique.

La qualité de vie à la 1^{ère} et la 4^{ème} semaine dans le groupe non traité était non inférieure au groupe traité, uniquement lorsque l'EQ5D était réalisé par les soignants (non significatif quand évaluation par les proches - **Figure 1**). L'analyse en supériorité du score côté de 0 à 100 et non pas en utilité rapportait cependant une supériorité significative des patients opérés en termes de qualité de vie exprimée par les soignants (**Figure 1**). De plus les auteurs décrivaient des niveaux de douleurs et des doses de morphiniques significativement plus élevés dans le groupe non opéré pendant la 1^{ère} semaine (délai médian de décès dans le groupe non opéré de 7 jours).

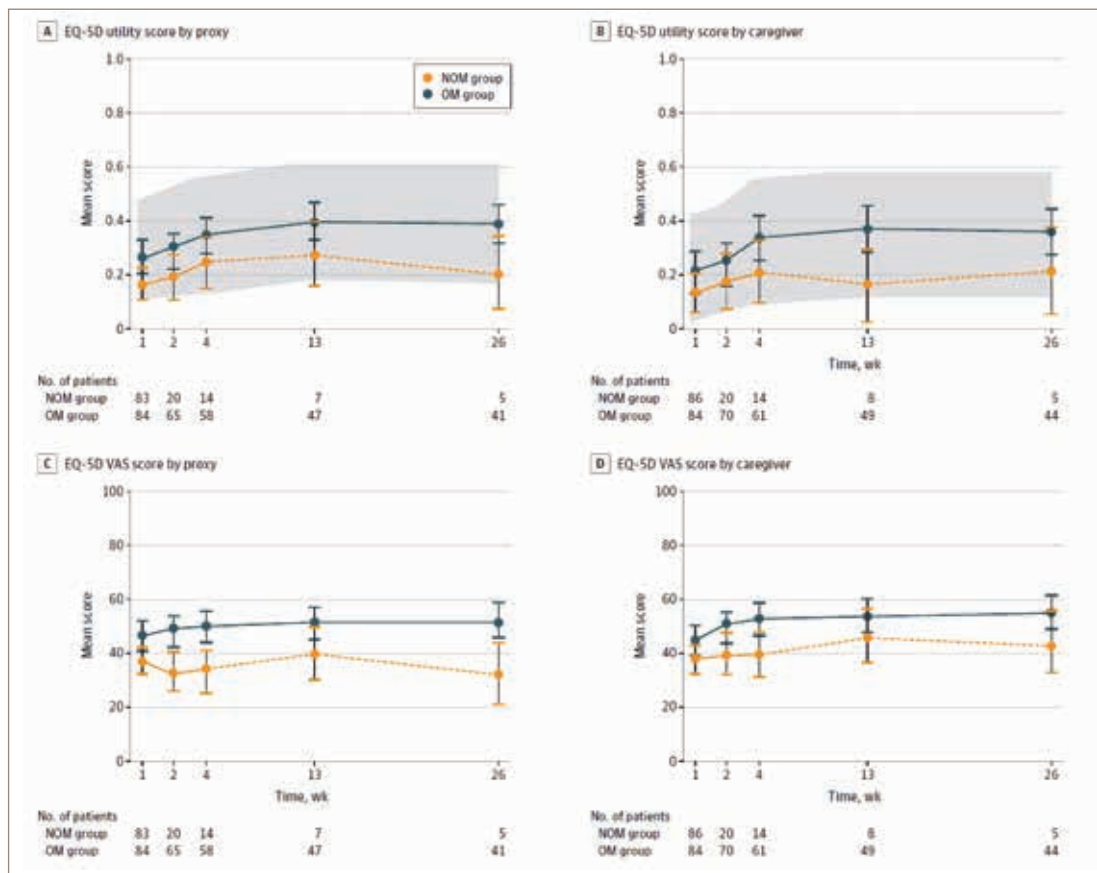


Figure : Évolution dans le temps de la qualité de vie mesurée en utilité d'EQ5D (A par soignant, B par proches) ou de 0 à 100 (EVA, C par soignant et D par proche)

Conclusion

Opérer une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (et plus généralement du membre inférieur) dans un contexte d'espérance de vie limitée et de fin de vie reste toujours une décision complexe. Malgré cette nécessité de recommandations et d'aides à la décision, la littérature scientifique reste encore très limitée sur ce sujet. Il semble tout de même raisonnable de mettre en avant un effet antalgique non négligeable de l'opération (qu'elle soit par prothèse, résection tête-col, clou, plaque et vis) devenant de plus en plus simple et maîtrisée par les équipes d'orthopédie et d'anesthésie (pour le cas des FESF). Il faut ainsi prioriser dans ces cas si particuliers, une discussion la plus collégiale possible impliquant différentes spécialités médicales, mais aussi des infirmières ou aides-soignantes et si possible le patient lui-même ou ses proches / aidants professionnels au domicile.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Dr Bastien GENET, Assistant Hospitalo-Universitaire en Santé Publique, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière

Docteur en Gériatrie

Doctorant en Epidémiologie Clinique, iPLesp (ED 393), équipe PEPITES

Bibliographie

1. Van de Ree CLP, De Jongh MAC, Peeters CMM, de Munter L, Roukema JanA, Gosens T. Hip Fractures in Elderly People: Surgery or No Surgery? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Geriatr Orthop Surg Rehabil.* sept 2017;8(3):173-80.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Hip fracture: management. [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124>
3. Berry SD, Rothbaum RR, Kiel DP, Lee Y, Mitchell SL. Association of Clinical Outcomes With Surgical Repair of Hip Fracture vs Nonsurgical Management in Nursing Home Residents With Advanced Dementia. *JAMA Intern Med.* 1 juin 2018;178(6):774-80.
4. Loggers SAI, Van Lieshout EMM, Joesse P, Verhofstad MHJ, Willems HC. Prognosis of nonoperative treatment in elderly patients with a hip fracture: A systematic review and meta-analysis. *Injury.* nov 2020;51(11):2407-13.
5. Loggers SAI, Willems HC, Van Balen R, Gosens T, Polinder S, Ponsen KJ, et al. Evaluation of Quality of Life After Nonoperative or Operative Management of Proximal Femoral Fractures in Frail Institutionalized Patients: The FRAIL-HIP Study. *JAMA Surg.* 1 mai 2022;157(5):424-34.
6. Balestroni G, Bertolotti G. [EuroQoL-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life]. *Monaldi Arch Chest Dis.* sept 2012;78(3):155-9.



L'EHPAD « Ma Maison » des Petites Sœurs des Pauvres (70 résidents),

Basé à ESCAUDŒUVRES (59161).

RECHERCHE

Présentation de l'Établissement

Fidèles à leur mission depuis plus de 160 ans, les Petites Sœurs des Pauvres s'attachent à apporter accueil et soins aux personnes âgées les plus pauvres dans le respect de leur personne et de leur dignité. Situé à proximité de CAMBRAI, l'établissement bénéficie d'un cadre agréable et calme où règne une ambiance familiale.

Vos Missions

Sous la responsabilité et l'autorité administratives de la responsable d'Établissement et en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement, vous serez en charge de :

- L'élaboration et suivi des projets de soins des résidents.
- L'animation de l'équipe de soins (formation, définition des procédures et protocoles).
- La rédaction et mise à jour des documents institutionnels (dossiers médicaux, rapport d'activités médicales annuelles, évaluation du niveau de dépendance).
- Assurer une bonne collaboration avec les intervenants médicaux et paramédicaux extérieurs, ainsi qu'avec les autres institutions sanitaires.

MÉDECIN COORDONNATEUR CDI

à Temps partiel (0,6 ETP, soit 21 heures par semaine en EHPAD)

Le poste est accessible au titulaire d'un Doctorat en médecine générale complété d'un DU de Médecin Coordinateur obtenu ou en cours d'obtention.

- Rémunération : de 57 000 € à 58 000 € bruts par an hors primes.
- D'horaires flexibles et jours de travail aménageables.
- De différentes primes : prime Ségur-Médecin et prime de fin d'année et d'une prise en charge de vos repas de midi et d'une place de parking.



Candidature par courriel à direction.escaudoeuvres@psdp.fr et rh.escaudoeuvres@psdp.fr

Filieris
la santé en action

LE GROUPE FILIERIS

R E C R U T E

pour l'Établissement de Santé FILIERIS
de FREYMING-MERLEBACH

1 MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU GÉRIATRE (CDI, temps plein/temps partiel)

Vous exercerez en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire : professionnels soignants, kinésithérapeutes, enseignant en Activité Physique Adaptée, ergothérapeutes, psychologues, diététiciennes, assistantes sociales, orthophonistes, cadres de santé, secrétaire médicale...

SALAIRE

Conditions salariales attractives.
Reprise d'ancienneté.
Possibilité de formation DU.
Hébergement proposé le temps d'une installation.

DATE D'EFFET

Dès que possible.

Les candidatures sont à adresser à
**Monsieur le Directeur Régional
de l'Établissement de Santé
FILIERIS**

2 rue de France
57800 FREYMING-MERLEBACH
Courriel : sec-dir.hf@filieris.fr
Tél. : 03 87 81 80 01



DESRIPTIF DU PÔLE

- Lits d'hospitalisation complète S.M.R. (mentions spécialisées appareil locomoteur et neurologie).
- Places d'hospitalisation de jour S.M.R. adulte et pédiatrique.
- Hospitalisation à Domicile : capacités de 60 places ; prises en charge polyvalentes, soins palliatifs.
- Nouveau plateau technique performant avec salles de kiné (dont isocinétisme), exosquelette, piscine, balnéothérapie, ergothérapie (appartement témoin), et salles de sport.



<http://hopitalfreyming.filieris.fr/>
www.filieris.fr

LE CENTRE DE SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION LE PARC

situé à Bagnoles-de-l'Orne, recrute

GÉRIATRE OU GÉNÉRALISTE

SMR Gériatrique et Polyvalent de 100 lits, l'établissement reconstitue son équipe médicale pour consolider son positionnement sur le territoire.

Si vous souhaitez vous impliquer dans de nouveaux projets ou avez à cœur d'en développer en lien avec nos autorisations, rejoignez-nous !



CONTACT : Sonia Renault, Directrice - 06 50 76 35 64
sonia.renault@ugecam.assurance-maladie.fr ou
recrutement.ug-normandie@ugecam.assurance-maladie.fr



Un groupe de



2 POSTES DE MÉDECIN

MÉDECINE GÉNÉRALE / GÉRIATRE

LE CHU DE POITIERS

Composé de près de 2 700 lits et places, l'activité du CHU de Poitiers s'étend sur cinq sites (Poitiers, Châtelleraut, Loudun, Lusignan et Montmorillon) répartis sur l'ensemble du territoire de la Vienne. Établissement de soins de référence à vocation régionale, le CHU de Poitiers assure à la fois une mission de proximité pour les 43 6000 habitants de la Vienne et une mission d'appel régional et de recours pour les 1,8 million d'habitants du Poitou-Charentes.

CONDITIONS DE RECRUTEMENT

Titulaire d'un doctorat en médecine, DES de gériatrie, DES Médecine Générale DU/Capacité en Gériatrie souhaité.

Inscrit à l'Ordre des Médecins.

Rémunération : selon profil.

Date de prise de fonction à convenir avec le candidat.

Mme Héloïse BAUX

Direction des Affaires Médicales (secrétariat) 05 49 44 36 99
heloise-baux@chu-poitiers.fr

Dr Florent SEITE (Secrétariat) 05 49 44 43 89
florent.seite@chu-poitiers.fr

recrute



1 poste sur le site de Poitiers, l'activité est répartie sur 5 unités de MCO/SSR gériatriques et 1 unité de SSR Polyvalent sur 3 bâtiments (86 lits de MCO et 119 lits de SSR).

1 poste sur le site de Châtelleraut, l'activité est répartie autour d'une unité USLD (60 lits) et d'un EHPAD (245 lits).

L'activité comprend des astreintes.



Poitiers est une ville agréable à vivre, qui possède des atouts importants en termes de qualité de vie. Elle est située à 1h20 de Paris en train, et à proximité de la côte Atlantique (Nantes, Bordeaux, La Rochelle).

Châtelleraut est une ville à taille humaine située sur l'A10 à 35min de Poitiers et 45 min de Tours en voiture.

L'INSTITUT
MUTUALISTE
MONTSOURIS

L'Institut Mutualiste Montsouris

RECRUTE



GÉRIATRE

CDI temps plein pour une activité clinique hospitalière dans le cadre de l'ouverture d'une unité de gériatrie aiguë de 8 lits.

À pouvoir
à ce jour !

MISSIONS ET
RESPONSABILITÉS

- Hospitalisation conventionnelle de gériatrie aiguë, HDJ, consultations, activité transversale.
- Bibliographie commune bi-mensuelle avec l'ensemble du département de Médecine.
- Staffs communs hebdomadaires pour discussion de dossiers.
- Recherche clinique possible avec un département de recherche clinique sur site.
- Participation au programme d'enseignement aux internes et aux externes.
- Participation aux astreintes du service : 1 week-end sur 6.

COMPÉTENCES REQUISES

DES(C) de gériatrie.

L'IMM est un hôpital privé à but non lucratif ouvert à tous qui regroupe de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales adossées à un plateau technique de pointe.

Créée en 2020, l'activité de Gériatrie est intégrée au département de Médecine et actuellement organisée en :
Hôpital de semaine de gériatrie : 2 lits.
Hôpital de jour gériatrique : 2 lits, 2 jours par semaine.
Activité transversale intra-hospitalière.
Consultations : post-hospitalisation, onco-gériatrie, gériatrie générale, pré-opératoire...

Par ailleurs, le **département de Médecine** comprend 23 lits d'**hospitalisation conventionnelle** supervisés par 3 médecins (2 internistes et 1 infectiologue) : recrutement de médecine interne, rhumatologie, diabétologie, infectiologie...

L'équipe médicale du service est composée de :

- Chef de service, Dr Pierre CHARLES, interniste,
- Responsable d'unité, Dr Joséphine MASSIAS, gériatre,
- Équipe médicale : 12 médecins de différentes spécialités,
- 1 docteur junior du DES de médecine interne,
- Internes de DES : médecine générale, médecine interne, gériatrie, spécialités médicales variées,
- Externes DFASM3 de l'université Paris-Cité.

Le service détient l'agrément pour les DES de Médecine Interne et de Médecine Générale.



L'équipe est multidisciplinaire dynamique et motivée avec de jeunes spécialistes de diverses spécialités, une équipe de diététique, des kinésithérapeutes, une assistante sociale, une équipe mobile de psychiatrie, une IDE de la douleur, deux IDE de diabétologie et un lien privilégié avec l'équipe mobile de soins palliatifs.

CONTACT

Dr CHARLES ou Dr MASSIAS

☎ 01 56 61 63 31

✉ pierre.charles@imm.fr
josephine.massias@imm.fr

RECRUTE

UN PRATICIEN CONTRACTUEL
MÉDECIN GÉRIATRE OU
MÉDECIN GÉNÉRALISTE
pour l'UGA



Situé à 10 minutes de la Défense, le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre recherche pour son service d'UGA 30 lits (près de 10 000 journées d'hospitalisation par an), un jeune médecin généraliste ou jeune médecin gériatre à temps plein dès que possible.

TRAVAIL EN SECTEUR HOSPITALISATION COMPLÈTE ET
EN HOSPITALISATION DE JOUR

- Favorisant la formation continue (inscription DU, DIU...).
- Organisation de la permanence des soins : participation aux astreintes de week-end et jours fériés.
- En charge de l'encadrement des médecins juniors, de leur montée progressive en compétence et en responsabilité.

COMPÉTENCES ATTENDUES ET OU SOUHAITÉES

- DES requis ou équivalent DES de Gériatrie, ou DES de Médecine Générale et Capacité de Gériatrie.
- Qualités professionnelles (gestion du stress et prévention et savoir collaborer avec des équipes pluridisciplinaires).

ADRESSEZ VOS CANDIDATURES

- Dr Siham FENNI Cheffe du pôle de gériatrie siham.fenni@ch-nanterre.fr
- Dr Razika BENSALMA Cheffe de service razika.bensalma@ch-nanterre.fr
- Direction des Affaires Médicales direction.medicale@ch-nanterre.fr

L'EHPAD Maison Marie-Thérèse,
Paris XIV, recherche :



MAISON
MARIE-THÉRÈSE
EHPAD CATHOLIQUE À PARIS



► Un Médecin Coordonnateur

VOTRE RÔLE AU SEIN DE L'ÉQUIPE

- Vous participez au processus d'admission des résidents : visites de préadmission, évaluation gérontologique à l'entrée, construction du projet personnalisé et suivi tout au long du séjour.
 - Vous êtes garant de la prévention, la surveillance et la prise en charge des risques éventuels pour la santé publique au sein de l'établissement.
 - Vous coordonnez les interventions médicales et paramédicales, participez aux actions de formation de l'équipe soignante et assurez le lien avec les réseaux et les partenaires institutionnels.
 - Ouvrir l'établissement sur l'extérieur (développement du réseau partenarial).
- Vous serez autonome dans votre pratique, tout en bénéficiant de la présence d'une direction médicale au siège pour vous apporter soutien et expertise.

PROFIL RECHERCHÉ

Médecin diplômé avec de préférence une expérience en gériatrie.

- **Type de contrat** : CDI à temps partiel (28 heures par semaine).
- **Statut** : Cadre.
- **Salaire** : Rémunération selon Convention FEHAP 1951 - reprise d'ancienneté.

► Deux Médecins
Géiatres/Généralistes en libéral
pour création d'un cabinet médical.

Un local indépendant et agréable est mis à disposition avec toutes les facilités nécessaires.

La Maison
Marie-Thérèse est
un EHPAD catholique accueillant
128 résidents. Géré par les
Diocèses d'Île-de-France, nous
accueillons de nombreux prêtres,
religieux/religieuses ainsi que de
nombreux laïcs.

Pour postuler merci
d'adresser votre CV et lettre
de motivation à :
Philippe Moreau
p.moreau@mdrmarieretere.com
06 38 64 30 53



Le Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon est un hôpital privé à but non lucratif spécialisé en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO). Il a le statut d'Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC). Dans cette catégorie d'établissement, il représente aujourd'hui le plus important pôle hospitalier de l'Est Parisien. Avec 356 lits et places, 170 millions d'euros de budget, il emploie 1200 salariés répartis en deux sites : le site Avron (hôpital de la Croix Saint-Simon – Paris 20^{ème}) et le site Reuilly (hôpital des Diaconesses – Paris 12^{ème}). En 2022, notre établissement a été certifié avec mention Haute Qualité des soins. Le département de médecine comprend les activités de médecine interne, de rhumatologie, de gériatrie et d'infection ostéo-articulaire. 2 centres de références y sont aussi associés : maladies lysosomales et le Centre de Référence des Infections Ostéo-Articulaires.

Nous recrutons UN MÉDECIN GÉRIATRE H/F

En CDI à temps plein pour l'Unité de Gériatrie Aigüe (UGA) dans le cadre de sa croissance.

CANDIDATURE À ADRESSER PAR MAIL AU :
Docteur Elise COTTO, Cheffe de service de l'Unité
de Gériatrie Aigüe : ecotto@hopital-dcss.org

L'UGA comporte actuellement 16 lits d'hospitalisation (l'ouverture de 6 lits supplémentaires est prévue en septembre 2025), un HDJ gériatrique et onco-gériatrique et une EMG intra hospitalière.

L'équipe médicale est composée de 3 médecins gériatres à temps plein, 2 médecins assistants et d'internes. L'équipe est multidisciplinaire, dynamique et motivée avec de jeunes gériatres motivés, une équipe paramédicale engagée, une psychologue, une assistante sociale, des kinésithérapeutes, des psychiatres, une diététicienne.

Un projet de service dynamique et innovant, dans une structure avec un bon plateau technique, un lien privilégié avec les médecins de soins palliatifs avec l'EMSP et douleur.

PROFIL RECHERCHÉ

- Docteur en médecine inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- DES / DESC Gériatrie.
- Des compétences en communication, un bon esprit d'équipe, un sens aigu de l'organisation et de la rigueur professionnelle.
- Une capacité d'adaptabilité et un respect strict du secret professionnel.

MODALITÉS DU POSTE

- Temps plein sur 5 jours par semaine.
- Participation possible aux astreintes médicales (rémunérées) : la nuit, le week-end et les jours fériés (1 tous les deux mois).



RÉSEAU
PRO
SANTÉ

L'OUTIL DE COMMUNICATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ



Médecins - Soignants - Personnels de Santé

1^{er} Réseau Social
de la santé



Retrouvez en ligne des
milliers d'offres d'emploi



Une rubrique Actualité
qui rayonne sur
les réseaux sociaux

1^{ère} Régie Média
indépendante
de la santé



250 000 exemplaires de
revues professionnelles
diffusés auprès des
acteurs de la santé



Inscription gratuite

Rendez-vous sur

www.reseauprosante.fr

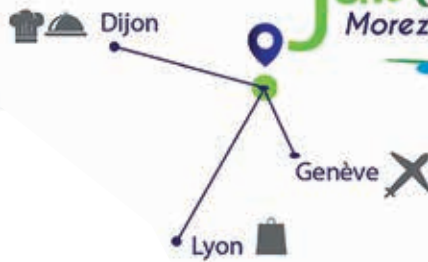


☎ 01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprosante.fr

Les Hôpitaux #du Jura

Le Sud du Jura est un territoire partagé entre plaine et moyenne montagne, marqué par le contraste entre le Haut Jura frontalier avec la Suisse (comprenant les Centres hospitaliers de Morez et St-Claude), les plateaux jurassiens (comprenant les sites hospitaliers de Champagnole, Orgelet, Arinthod et St Julien) et à moindre altitude le vignoble et la plaine bressane, où est situé le site support, Lons-le-Saunier. L'ensemble des établissements cités ci-dessus forment les Hôpitaux du Jura Sud. Lons-le-Saunier est situé à 1h de Bourg-en-Bresse, à 1h30 de Lyon, Dijon et Besançon et à 3h15 de Paris.



RECRUTENT :

Sur le site de *Lons-le-Saunier*

Généraliste / Gériatre en SMR

LE SERVICE

- Pôle gériatrique multi-sites de 10 praticiens.
- Filière gériatrique territoriale complète : MPG, court séjour, SMR gériatrique et polyvalent, USLD, EHPAD.
- Existence d'une équipe mobile gériatrique intra et extra hospitalière en EHPAD + hotline gériatrique.
- Équipe innovante : plan anti-chute régional (programme PAR A CHUTE) ; masques d'hypnose médicale par RV ; robot émotionnel d'assistance thérapeutique (PARO).

Activités possibles si formation : Consultations mémoire, gériatrique, chute...

Un médecin gériatre MPG/EMG

PRÉSENTATION

- Unique service du GHT + Existence d'une Équipe mobile Gériatrique : déploiement en extrahospitalier sur le territoire du Jura Sud.
- Équipe de 10 praticiens multi-sites.
- Service de 27 lits sur le site de Lons.
- Accès facilité pour les consultations gériatriques, mémoires, CSG, SSR gériatrique, HAD, hébergements, mais aussi les acteurs extrahospitaliers.

Sur le site de *Champagnole*
(Hôpital de proximité)

Généraliste et/ou Gériatre en SMR

PRÉSENTATION DU PÔLE

- Pôle gériatrique multi-sites de 10 praticiens.
- Services MPG, court séjour, SSR et USLD.
- Existence d'une équipe mobile gériatrique intra et extra hospitalière en EHPAD + hotline gériatrique.
- Filière gériatrique territoriale complète.
- Équipe innovante : plan anti-chute régional (programme PAR A CHUTE) ; masques d'hypnose médicale par RV ; robot émotionnel d'assistance thérapeutique (PARO).

Activités complémentaires si formation : Consultations mémoire, gériatrique, chute...

LES CANDIDATURES (Lettre de motivation + CV) sont à adresser par courrier à :
Direction des Ressources Humaines Centre Hospitalier Jura Sud
55 rue du Docteur Jean Michel - CS 50364 - 39016 LONS-LE-SAUNIER Cedex
OU PAR MAIL À : recrutement.chjs@hopitaux-jura.fr



POSTE & PROFIL

Praticien inscrit à l'Ordre des Médecins, formations en gériatrie souhaitées.

Statut : PH ou sous contrat.

Quotité de travail : 100 % ou partiel. Possibilité d'activité mixte ville-hôpital ou alternée en court séjour ou MPG.

POSTE & PROFIL

Formation en gériatrie souhaitée.

Inscription à l'Ordre obligatoire.

Statut : Praticien Hospitalier ou statut médical sous contrat.

Possibilité d'effectuer de la PST dans les autres établissements.

LE POSTE

Praticien inscrit à l'Ordre des Médecins, formations en gériatrie souhaitées.

Statut : PH ou sous contrat.

Quotité de travail : 100 % ou temps partiel Possibilité d'activité mixte ville-hôpital ou alternée en court séjour ou MPG.

