



XXVI^e JOURNÉES D'AUTOMNE
de la Société belge de Gérontologie
et de Gériatrie (SBGG)
19 & 20 octobre 2023

ABSTRACTS

INTRODUCTION

Le congrès annuel francophone de la SBGG (Société belge de Gérontologie et Gériatrie) s'adresse aux soignants en charge de patients âgés au domicile, à l'hôpital, en revalidation ou en séjour de longue durée (MR/MRS), mais également aux étudiants, chercheurs et sociologues investis en gérontologie et en gériatrie. Si le jeudi après-midi est essentiellement dédié aux soins médicaux, le programme du vendredi propose une séance plénière (dédiée à l'organisation des soins) suivie de trois programmes scientifiques (médical, paramédical et sociologique) se tenant en parallèle et détaillés ci-dessous. Enfin, les ateliers de discussion, organisés le vendredi matin, s'intéresseront aux admissions « évitables » de certains résidents de maison de repos.

PROGRAMME MEDICAL

Le jeudi après-midi sera dédié aux communications orales, à la prise en charge de l'ostéoporose fracturaire chez la femme ménopausée, à l'usage des SGLT2 et aux recommandations nutritionnelles et soins locaux en cas de plaies.

Le vendredi, après la session plénière, la matinée sera consacrée aux droits du patient et à l'évaluation de ses capacités de discernement. Dans ce contexte, la SBGG a le plaisir d'accueillir le Pr J.-L. Novella, Professeur de Gériatrie au CHU de Reims. Durant l'après-midi seront discutés les recommandations concernant la fermeture d'auricule et le remplacement de la valve aortique par voie endovasculaire, les recherches de nos jeunes géiatres et l'usage des antidépresseurs chez les patients fragiles.

PROGRAMME PARAMEDICAL

Après la séance plénière, le programme paramédical abordera la santé positive et la méthode Montessori. L'après-midi sera consacrée au bien-être en passant par les relations amoureuses, la médiation et le Snoezelen.

PROGRAMME SOCIOLOGIQUE

Cette année, l'association Braises propose un programme pluridisciplinaire s'intéressant à la violence dans les soins. Y seront discutés les sources de violence inhérentes à l'organisation actuelle des soins, les situations de non-respect des directives anticipées et la prévention de la maltraitance des personnes âgées.

INFORMATIONS PRATIQUES

Les Journées d'Automne bénéficient d'une accréditation pour les médecins et les paramédicaux.

Le programme complet ainsi que les informations pratiques sont accessibles sur <https://geriatrie.be>.

REMERCIEMENTS

Les organisateurs des Journées d'Automne remercient leurs partenaires et sponsors pour leur soutien financier et leur présence lors de cet évènement.

JOURNÉES D'AUTOMNE

Shared decision-making in clinical pharmacist-led consultations: development, conduct and evaluation of an intervention at the geriatric day (O)

Alice CORNET^{1,2}, Alexandra DE HAIRS^{1,2},
Dominique-Marie WOUTERS², Stéphanie
QUENNERY², Fanny VAILLANT², Olivia DALLEUR^{1,2,3}

¹FASB, UCLouvain

²Pharmacy Department, Cliniques universitaires
Saint-Luc

³LDRI-CLIP, UCLouvain

E-mail : Alice.cornet@saintluc.uclouvain.be

Background

As older patients often face health decisions and have diverse preferences, shared decision-making (SDM) is relevant. SDM is a patient-centered approach promoting collaboration between patients and healthcare professionals in making informed and preference-based decisions and is recognized as a key element in healthcare quality. Yet, SDM can be difficult to put into practice, but the use of decision aids (DAs) and other resources can facilitate this process.

Objective

To develop, conduct and evaluate a SDM intervention using DAs during clinical pharmacist-led consultations with older patients attending a geriatric day hospital.

Method

The approach followed was inspired by the five steps proposed by the *Ottawa Hospital Research Institute* for implementing DAs: (1) identify decision from frequently encountered STOPP/START criteria, (2)

find or develop DAs, (3) identify barriers and explore ways to overcome them, (4) implement and provide training, and (5) monitor use and outcomes. As part of the second step, a DA was developed according to the *International Patient Decision Aid Standards* (IPDAS). The process included creating a DA prototype through literature research, assessing its acceptability (alpha testing) among 5 patient partners, 7 pharmacists and 2 physicians, producing a final version integrating feedback and conducting field testing (beta testing) with 2 patients. Finally, the SDM process was evaluated from the point of view of both patients and pharmacists conducting the intervention, using the SDM-Q-9 and SDM-Q-Doc tools.

Results

The SDM intervention was proposed on three topics: vitamin D supplementation for falls, proton pump inhibitors deprescribing, and benzodiazepines (BZD) and z-drugs in insomnia deprescribing. Existing DAs for the first two topics have been found in the literature and the third one was developed. The alpha testing results of the DA prototype were favorable and led to a final DA on insomnia in older patients considering discontinuation of BZD and z-drugs. Regarding the SDM process evaluation, both pharmacists and patients had a good perception of SDM during consultations.

Conclusion

We developed, conducted and evaluated a SDM intervention using DAs, including the systematic development of a DA on deprescribing BZD and z-drugs in insomnia among older patients, which was deemed acceptable for stakeholders.



© Matt Bennett-Unsplash

Impact de la formation du personnel infirmier sur les connaissances de la douleur post-opératoire de la fracture de hanche (P)

Laetitia BEERNAERT, Béatrice LERUSTE, Sandra DE BREUCKER, Jérôme SIMOENS JACQUEMOTTE
Service de Gériatrie, H.U.B - Hôpital Erasme
E-mail : Laetitia.beernaert@hubruxelles.be

Introduction

Un homme de 92 ans présente des arthralgies diffuses depuis plusieurs mois. Un diagnostic de polyarthrite séronégative est posé.

Méthode

Une corticothérapie par Médro 8 mg est débutée, puis remplacée dans un 2^e temps par du méthotrexate. Un mois plus tard, des nodules disséminés apparaissent sur l'hémicorps droit. Une première biopsie met en évidence une panniculite septale et lobulaire neutrophilique et le Ledertrexate est interrompu.

Résultats

Le patient continue à perdre du poids et, en plus des nodules, présente un gonflement du poignet droit. Un syndrome inflammatoire persiste à la biologie.

Le bilan bactériologique et auto-immun sont négatifs. Le test quantiféron est également négatif. Un pet-scan montre un hypermétabolisme diffus des nodules.

Trois nodules sont biopsiés, dont un des trois montre une auramine positive.

Suite au développement d'une ténosynovite de la main droite, une nouvelle biopsie est réalisée, mettant en évidence à la culture un *Mycobactérium Chelonae*.

Une trithérapie par Imipenem – Moxifloxacine et Tobramycine est débutée au vu de l'infection disséminée.

Conclusion

Les infections cutanées à *M. Chelonae* sont un phénomène rare et devrait faire partie du diagnostic différentiel des lésions cutanées subaiguë, surtout chez les patients immunodéprimés. La présentation clinique et l'histopathologie restant aspécifiques, la répétition des biopsies est souvent nécessaire pour établir un diagnostic de certitude et déterminer la sensibilité aux antibiotiques. En cas d'infection disséminée, le traitement consiste en une polyantibiothérapie de longue durée (4 à 6 mois).

Impact des stratégies d'adaptation sur la santé psychologique de l'aidant proche d'une personne atteinte de démence admise en maison de repos et de soins (O)

Chloé DELECHAMBRE¹, Marie DE SAINT HUBERT²

¹FSP UCLouvain

²Service de Gériatrie, CHU UCL Namur; Institut de Recherche de Santé et Société, UCLouvain

E-mail : chloe-delechambre@hotmail.com

Introduction

Pour les aidants proches d'une personne atteinte de démence, l'admission de celle-ci en maison de repos et soins (MRS) est un moment de transition important. L'objectif de ce travail est d'étudier l'impact des stratégies d'adaptation (blâme des autres, évitement, acceptation et soutien social) dans le vécu psychologique d'aidants proches, en lien avec une pratique de psychologue et référente démence en MRS.

Méthode

Participation volontaire d'aidants proches de patients admis dans les 6 mois en MRS (étude de cas, entretien semi-directif). Évaluation du vécu psychologique des aidants par *ways of coping* et mise en parallèle avec la *Caregiver Assessment Reaction* et l'échelle de Zarit.

Résultats

Huit aidants ont participé, dont une même personne était aidante de deux personnes atteintes de démence. Les aidants proches ayant un fardeau élevé utilisaient plus souvent des stratégies d'adaptation négatives telles que le blâme des autres / la fuite et l'évitement en comparaison avec les aidants dont le fardeau était plus léger et qui utilisaient des stratégies d'adaptation positives telles que l'acceptation et la recherche de soutien social. Dans cette étude limitée, le sexe et le lien à la personne aidée influençaient également le fardeau ressenti.

Conclusion

Évaluer les stratégies d'adaptation des aidants lors du déménagement en MRS de leur proche atteint de démence permet de mieux comprendre les enjeux et difficultés ressenties. Cela met en lumière le travail que peut réaliser le référent démence et amène à une amélioration de l'accompagnement par les soignants professionnels lors de ce transition crucial.

Admissions aux urgences des résidents en maison de repos : une étude rétrospective (P)

Julie GABRIEL¹, Julie MERCHE², Marie DE SAINT HUBERT²

¹Service de Gériatrie, CHU UCL, Namur

²Service de Gériatrie, CHU UCL Namur; Institut de Recherche de Santé et Société, UCLouvain

E-mail : Julie.gabriel@student.uclouvain.be

Introduction

Le nombre de résidents en maison de repos et soins (MR/S) ne cesse de s'accroître en raison du vieillissement de la population. Il existe un risque de sous-utilisation et/ou de mésusage des services médicaux en raison de leurs besoins de santé complexes (multimorbidité, troubles neurocognitifs, fragilité). Les admissions aux urgences des résidents en MR/S ne cessent d'augmenter. Il a été suggéré que certaines admissions non planifiées ont un bénéfice incertain et pourraient être évitables.

Objectifs

Identifier les variables liées aux admissions aux urgences des résidents des MR/S et explorer celles potentiellement responsables d'admissions évitables aux urgences.

Méthode

Étude de cohorte rétrospective sur les données de tous les résidents des MR/S admis aux urgences du CHU UCL Namur en 2022 (n=341 patients). Récolte de données sociodémographiques, indices de fragilités, comorbidités et de l'affection actuelle à l'admission : évaluation des symptômes, bilan réalisé, évaluation du degré d'urgence. Un arbre décisionnel a été construit à l'aide de critères d'inclusion et d'exclusion pour déterminer si l'admission était évitable à postériori. Celui-ci est confronté à l'impression subjective de l'évaluateur du dossier : « après lecture du dossier, ai-je l'impression que la situation aurait pu être gérable à la MR/S? ». Analyses univariées et multivariées en cours.

Résultats

Le recueil des données vient de se clôturer. Les résultats seront présentés lors des prochaines Journées d'Automne.

Perspective

Ce travail est en lien avec un atelier présenté aux journées d'Automne 2023 discutant des motifs d'admissions évitables aux urgences des résidents en MR/S.

L'itinéraire du vieillissement sain (P)

Yannick GIARRIZZO

Centre hospitalier EpiCURA

E-mail : Yannick.giarrizzo@gmail.com

Introduction

L'itinéraire du vieillissement sain, c'est un programme de prévention proposé au sein du centre hospitalier EpiCURA, pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Objectifs

Ce programme de prévention est axé sur le repérage de la fragilité du sujet âgé et sa prise en soins au sein de l'hôpital. Au delà du repérage systématique, la prise en soins proposée par EpiCURA offre la possibilité au patient d'entrer dans une dynamique préventive pour préparer son vieillissement en bonne santé.

Ainsi, une série de collaborations internes et externes sont en phase de création. Parmi ces collaborations, citons notamment un diagramme de flux des patients subaigus provenant des urgences (pour lesquels une hospitalisation n'est pas pertinente, mais dont le score ISAR est interpellant), ou encore des sessions de formation au repérage de la fragilité prévues avec les intervenants de première ligne (aide-familiales, médecins traitants, infirmiers à domicile, ...).

Résultats

Bien que ce programme suive les grandes lignes du programme ICOPE de l'OMS, la finalité est plus large, et vise à redonner de l'importance à la branche préventive de la gériatrie et aux objectifs de santé/de vie du patient. Ces objectifs sont co-formulés en collaboration avec le médecin traitant, le gériatre, l'infirmier spécialisé et le patient.

Conclusion

A terme, c'est une véritable consultation de prévention interdisciplinaire qui sera proposée aux patients qui décident d'entrer dans cet « itinéraire » du vieillissement sain.

Étude des variables associées à la mortalité à court et à moyen terme chez les patients âgés de 70 ans et plus opérés d'une fracture de la hanche (P)

Marie GOFFIN¹, Sophie GILLAIN², Pascale SERVAIS¹

¹Service de Gériatrie, CHR Citadelle, Liège

²Service de Gériatrie, CHU Liège

E-mail : mgoffin@citadelle.be

Objectif

L'évaluation des variables associées à la mortalité à 1, 3, 12 et 24 mois après une fracture de hanche opérée chez la personne âgée et l'évaluation des ratios neutrophiles sur lymphocytes et monocytes sur lymphocytes (MLR) ainsi que de l'index de comorbidité de Charlson ajusté à l'âge (aCCI), comme outils prédictifs de ces patients à risque.

Méthode

Étude rétrospective monocentrique avec inclusion de 230 patients (>70 ans).

Résultats

La mortalité à 1 mois (8,3%) est corrélée au MLR à l'admission ($p=0.028$), à l'hospitalisation en unité de soins intensifs ($p=0.018$) et au taux d'hémoglobine post-opératoire ($p=0.019$). La mortalité à 3 mois (17,3%) est liée à la perte de poids avant l'admission ($p=0.035$), à une infection organique en post-opératoire ($p=0.0074$) et aux troubles de la déglutition en post-opératoire ($p=0.045$). La mortalité à 12 mois (31,4%) est corrélée à l'aCCI ($p=0.0049$), à la perte de poids avant l'admission ($p=0.0046$), à une infection organique en post-opératoire ($p=0.049$) et à l'orientation en maison de repos ou de repos et de soins ($p=0.0052$). La mortalité à 24 mois (41,4%) est liée à l'aCCI ($p=0.0005$), au score de dépendance selon l'échelle de Katz ($p<0.0001$) et à une infection organique en post-opératoire ($p=0.0097$).

Conclusion

Il existe plusieurs variables indépendamment liées à la mortalité à court et moyen terme dans la fracture de hanche opérée chez la personne âgée. Le MLR et l'aCCI pourraient être des outils utiles dans la prédiction des patients à risque de mortalité à court et à moyen terme.

Étude du score de fragilité clinique et de marqueurs de l'inflammation systémique comme facteurs associés à la mortalité dans un service de gériatrie (P)

Marion HAMBUCKERS¹, Sophie GILLAIN², Pascale SERVAIS²

¹Service de Gériatrie, CHR Citadelle, Liège

²Service de Gériatrie, CHU Liège

E-mail : Marion.hambuckers@hotmail.com

Objectif

Tester l'hypothèse selon laquelle, parmi des patients hospitalisés en gériatrie, la fragilité, évaluée au moyen de la CFS, ainsi que deux marqueurs de l'inflammation systémique (les rapports Neutrophiles/Lymphocytes et CRP/Albumine) seraient corrélés à la mortalité intra-hospitalière à 30 et 90 jours.

Méthode

Étude prospective, observationnelle incluant 493 patients hospitalisés en gériatrie à l'Hôpital de la Citadelle, recrutés consécutivement du 07/10/22 au 30/11/22. Le risque de mortalité a été calculé à l'aide de régressions logistiques univariées et multivariées. La CFS a été considérée selon un score continu (1 à 9) et en catégories (non fragile, vulnérable, fragile, phase terminale).

Résultats

En analyse univariée, la CFS et les rapports Neutrophiles/Lymphocytes et CRP/Albumine sont significativement corrélés à la mortalité intra-hospitalière, à 30 et 90 jours ($p<0.0002$). Dans les modèles multivariés ajustés à un grand nombre de variables, pour la CFS, seule la catégorie 9 est indépendamment et significativement corrélée à la mortalité intra-hospitalière ($p=0.0055$) et à 30 jours ($p=0.0002$). Concernant les marqueurs inflammatoires, seul le rapport Neutrophiles/Lymphocytes est indépendamment corrélé à la mortalité intra-hospitalière ($p=0.0014$) et à 90 jours ($p=0.01$).

Conclusion

En gériatrie, une CFS élevée ainsi que des rapports Neutrophiles/Lymphocytes et CRP/Albumine élevés, augmentent le risque de mortalité. Cependant, combinés à d'autres variables habituellement relevées dans ce service, seul le rapport Neutrophiles/Lymphocytes semble amener une information supplémentaire ciblant probablement plus l'inflammation. Dès lors, ces résultats tendent à plutôt proposer de tester l'usage de la CFS dans d'autres services que la gériatrie.

Utilité du test du réflexe de toux lors du dépistage des fausses routes silencieuses en gériatrie (O)

Marie-Charlotte LE BELLER¹, Aude LAGIER²,
Mélanie PONCELET¹, Sophie GILLAIN¹

¹Service de Gériatrie, CHU Liège

²Service d'ORL, CHU Liège

E-mail : mariecharlottebeller@gmail.com

Introduction

La dysphagie oropharyngée touche jusqu'à 47% des personnes âgées hospitalisées en contexte aigu et 30 à 70% des patients dysphagiques font des fausses routes silencieuses (FRS). Les inhalations silencieuses entraînent un risque treize fois plus élevé de développer une pneumonie. Le test à l'eau est le test de screening de référence mais il ne permet pas la détection des fausses routes silencieuses. La durée de passation du V-VST le rend difficilement utilisable lors de l'entrée en hospitalisation. De plus, ces deux tests peuvent entraîner des broncho-inhalations d'eau. Le test du réflexe de toux (CRT) réalisé avec de l'acide citrique comme agent tussigène est un outil reconnu en médecine respiratoire. Son efficacité à détecter les FRS a été démontrée dans la littérature mais il n'a pas encore été étudié dans la population gériatrique

Objectifs

Comparer les résultats du test à l'eau, du V-VST et du CRT à la FEES et déterminer la place du CRT par rapport aux autres tests de screening dans la détection des FRS.

Matériel et méthode

25 patients (\bar{X} 84 ans, \pm 5.63), 10 ♂ et 15 ♀ hospitalisés depuis moins de 10 jours et n'ayant pas de déficit cognitif sévère. • Test à l'eau : 90 ml • V-VST : 5 ml, 10 ml, 20 ml en IDDSI 2, IDDSI 0, IDDSI 4 et contrôle de la saturation • CRT à 0,1 mol/L : moins de 2 toux (C2) en 15 secondes • FEES : PAS 2,4,6,7 = FR et PAS 3,5,8 = FRS

Résultats

	FEES normale/FRS	FEES normale/ FR+FRS
Test à l'eau	P = 0.019 sensibilité : 75 % spécificité : 83,33 %	
V-VST	P = 0.005 sensibilité : 100 % spécificité : 66,67 %	
CRT 0,1 mol/L (c2>15 sec)	P = 0.05	P = 0.11
CRT 0,1 mol/L (c2>15 sec) x test à l'eau	P = 0.05 sensibilité : 100 % spécificité : 66,67 %	P = 0.004 sensibilité : 92,31 % spécificité : 66,67 %

Discussion

Dans cette population, tous les tests classiques de déglutition sont corrélés aux résultats de la FEES.

- Le CRT isolé n'est pas significatif. • Mais la combinaison du CRT 0.1 et du test à l'eau augmente la

sensibilité du test à l'eau seul et permet un screening plus rapide que le V-VST.

- Cet échantillon représente des patients avec une dysphagie peu sévère puisque tous les patients avec une contre-indication orale ont été exclus.
- Chez les patients dysphagiques sévères, seul le CRT peut être réalisé. • Dans la combinaison CRT x test à l'eau, le CRT pourrait être utilisé en première instance afin d'écartier tout risque de fausses routes silencieuses avant la prise hydrique

Étude des performances des outils de dépistage de la fragilité chez les patients consultant en hôpital de jour gériatrique (P)

Tiphaine VIGOUROUX, Kooshalsing JOOHAROO,
Sophie GILLAIN

Service de Gériatrie, CHU Liège

E-mail : Tiph.vigouroux@gmail.com

Introduction

L'objectif de ce travail est de comparer la performance de plusieurs outils de dépistage de la fragilité. L'objectif secondaire est de comparer les profils des patients mis en évidence par chacun de ces outils.

Méthode

Etude clinique prospective, observationnelle et monocentrique réalisée dans le service de gériatrie du CHU de Liège, entre le 1^{er} octobre 2022 et le 6 avril 2023 sur 302 patients. Durant leur consultation à l'hôpital de jour gériatrique, nous avons réalisé différentes échelles (CFS, Edmonton, FRAIL, SEGA) pour chaque patient, puis nous avons comparé leurs performances face aux résultats obtenus via l'évaluation gériatrique standardisée. Nous avons ensuite observé les « profils » des patients dépistés, par rapport à leurs fragilités rapportées par l'évaluation gériatrique standardisée.

Résultats

Dans notre population, les patients fragiles semblent mieux dépistés par les échelles CFS et Edmonton. Les échelles CFS, FRAIL et SEGA dépistent les patients ayant déjà des répercussions fonctionnelles de leur fragilité. L'échelle Edmonton ne semble pas dépister les patients fragiles avec une atteinte mnésique isolée ou une anxiété majeure. L'échelle SEGA explore beaucoup de composantes de la fragilité, mais manque de sensibilité pour la détection d'un profil de patient en particulier.

Conclusion

En conclusion, il n'existe pas de score idéal de dépistage de la fragilité. Il faudrait dès lors adapter le choix de l'échelle utilisée à la situation clinique dans laquelle on se trouve (médecine aiguë, médecine générale, consultation spécialisée), ainsi qu'au profil du patient suspecté (par exemple la présence de troubles cognitifs ou avec de fortes répercussions fonctionnelles).

Etude de la prévalence du portage des bactéries multi-résistantes en gériatrie et des facteurs de risque associés (P)

Véronique LESAGE, Sandra DE BREUCKER, Laetitia BEERNAERT

Service de Gériatrie, H.U.B - Hôpital Erasme
E-mail : Veronique.lesage@hubruxelles.be

Introduction

L'apparition de bactéries multi-résistantes (BMR) résistantes aux bêta-lactamases à spectre élargi, (BLSE) et des entérocoques résistant à la vancomycine (VRE) ou aux carbapénémases (CPE) est en croissance. La prévalence de ces BMR est particulièrement importante dans les milieux gériatriques. Les facteurs de risque de portage au moment d'une admission en hospitalisation de gériatrie sont moins bien documentés.

Méthode

Étude rétrospective de prévalence du portage de germe BMR et d'infections liées à ce portage sur un échantillon de patients hospitalisés dans le service aigu de gériatrie entre le 1^{er} octobre 2019 et le 31 mars 2020. Les caractéristiques du groupe porteur de BMR à l'admission ont été comparées à celles du groupe contrôle composé de patients de même âge et de même sexe.

Résultats

55 patients présentent un portage à l'admission (12%), dont 56% de BLSE et 44% de CPE. Deux patients sont pris en charge pour une infection liée au portage d'une BMR.

Les patients porteurs d'une BMR à l'admission ont un IMC significativement plus bas ($p=0,018$) souffrent d'escarre ($p=0,042$), sont plus dépendants pour les AVJ ($p=0,014$) et présentent des comorbidités plus importantes sur le plan cardiologique, hépatique et rénale (CIRS-G index $p=0,020$).

Conclusion

Plus d'un patient sur dix hospitalisé dans notre service de gériatrie est porteur d'une BMR. Ce portage n'est pas associé à une majoration d'infection bactérienne liée à la présence de ce germe. Ces patients sont particulièrement dépendants et polypathologiques. Notre vigilance, tant en hygiène hospitalière qu'en prescription d'antibiotique doit être maintenue.

MEOPA : Traitement de la douleur en gériatrie (P)

Charlotte MAGRITTE, Florence OPOVIN, Pierre LEMAIRE

Service de Gériatrie, CHR Mons-Hainaut
E-mail : charlotte.magritte@hotmail.fr

Introduction

En gériatrie, pour les soins douloureux, des antalgiques puissants le plus souvent morphiniques sont prescrits, dont l'action se prolonge bien après l'administration des soins.

De même, certains examens pourraient bénéficier d'une antalgie préventive : ponction lombaire, ponction pleurale, sondage vésical compliqué, ponction veineuse chez le patient phobique ou régulièrement perfusé, sutures de plaies superficielles, excision d'abcès, extraction de fécalome, etc.

Méthode

Le service de gériatrie du CHR Mons-Hainaut a mis en place une gestion de la douleur dans les indications reprises ci-dessus à l'aide du MEOPA (Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde Azote). C'est un gaz incolore, inodore et sans saveur. Il est composé d'un mélange d'oxygène (50%) et de protoxyde d'azote (50%). Il entraîne un état de sédation consciente : le patient est relaxé, détendu, avec une attitude détachée de l'environnement. Le gaz n'induit pas d'anesthésie générale et ne nécessite donc pas les contraintes habituelles (jeûne, salle de réveil, anesthésiste).

Il est administré par inhalation à l'aide d'un masque relié à la bonbonne; l'effet antalgique est obtenu après 3 minutes, délai à respecter impérativement pour obtenir l'analgésie désirée. Une durée d'administration maximale de 45 minutes doit être respectée.

Résultats

L'analgésie de surface conserve l'état vigile du patient, respecte ses réflexes pharyngolaryngés et ses fonctions cardio-respiratoires. L'action antalgique s'estompe en quelques minutes après l'administration du gaz.

Conclusion

Vu son efficacité et son innocuité, cette technique pourrait être largement utilisée en gériatrie.

Giant cell arteritis diagnosis in a cognitively impaired patient (P)

Camille MALLEIN-GERIN, Sophie LEVY, Florence BENOIT, Murielle SURQUIN
Service de Gériatrie, CHU Brugmann
E-mail : Mg.camille@gmail.com

Purpose

Giant cell arteritis, a vasculitis affecting medium and large-sized vessels, can manifest with visual disturbances due to ophthalmic artery involvement or in atypical cases due to occipital strokes.

Methods

A 76-year-old woman was referred for severe cognitive disorders (Mini-Mental State Examination: 14/30), making the anamnesis unclear with only shoulder pain. She had hypertension and hypercholesterolemia. Shortly afterwards, she presented newly visual impairment (left hemianopsia and possible right inferior quadrantanopsia). MRI brain identified semi-recent and acute bilateral occipital ischemic lesions with a right occipital hemorrhagic transformation and cerebellar ischemic lesions. Carotid and vertebral angioscanner showed a proximal atheromatous lesion of the right vertebral artery, which did not explain all the ischemic lesions. No cardioembolic cause was identified.

Results

Given the absence of stroke etiology and the presence of an inflammatory syndrome, a PET-CT was performed and showed metabolic uptake in the temporal and vertebral arteries, as well as in the shoulders. Duplex scan of temporal arteries showed "halo sign", and biopsy confirmed the diagnosis of giant cell arteritis. Cerebrospinal fluid is consistent with Alzheimer's disease. The patient was treated with Methylprednisolone without improvement in mental state or visual disturbance.

Conclusions

Giant cell arteritis is a rare cause of stroke that should be investigated in elderly patients with vertebral territory stroke, in the absence of large vessel or cardioembolic disease. Early diagnosis is necessary to avoid delaying treatment because of the associated morbidity and mortality. This can be difficult in patients with cognitive impairment, especially if there are non-specific clinical manifestations.

Ma maison, ma communauté, ma citoyenneté (O)

Olivier PLUSQUIN
Résidence les Eglantines, Bruxelles
E-mail : Olivier.plusquin@cpasbxl.brussels

Introduction

1) Intégrer le résident au sein de la communauté de la maison de repos, de son entourage, mais aussi du quartier dans lequel il vit afin qu'il maintienne son identité de personne mais aussi de citoyen.

2) Stimuler le public extérieur à entrer dans la MRS et d'y partager la vie de la maison.

Cette approche contribue à:

- créer du lien social
 - développer la responsabilité
 - « démystifier » l'image encore fort négative des MRS
- ... et in fine à développer le bien-être et l'autonomie des résidents.

Méthode

Participation active à la vie du quartier via une série d'initiatives (fresque, parcours santé, auberge espagnole du quartier, marché de Noël, parcours pédagogique, sport dans la MRS avec le quartier, jardins, bureau de vote...)

Résultats

Les résidents, les proches, les habitants du quartier forment une véritable communauté ouverte sur la vie en général et non plus repliée sur elle-même à l'écart de tout.

Le bénévolat a pu notamment, par ce biais, être développé, ainsi que des contacts ponctuels se transformant parfois en véritable amitié voire en relation de couple dans certains cas.

Conclusion

La maison de repos est devenue une sorte de moulin, mais un moulin où l'on y échange, on y partage, on y décide et où l'on s'engage comme citoyen. Notre projet de vie tend à s'éloigner du modèle du résident « consommateur de soins et services ».

Il contribue ainsi à considérer le résident comme un citoyen à part entière et, par conséquent, à stimuler les conditions de son épanouissement.

Impact de la formation du personnel infirmier sur la prise en charge de la douleur post-opératoire de la fracture de hanche (P)

Jérome SIMOENS JACQUEMOTTE, Sandra DE BREUCKER, Véronique LESAGE, Laetitia BEER-NAERT
Service de Gériatrie, H.U.B – Hôpital Erasme
E-Mail : Laetitia.beernaert@hubruxelles.be

Introduction

Nous avons étudié l'effet d'une formation sur la gestion de la douleur post-opératoire sur la dose cumulée d'antalgiques administrés en post-opératoire chez les patients opérés d'une fracture de la hanche.

Méthode

Il s'agit d'une étude monocentrique prospective observationnelle ayant inclus des patients de 70 ans et plus opérés d'une fracture de col fémoral entre le 1^{er} février 2022 et le 31 mars 2023. Le personnel infirmier a bénéficié d'une formation basée sur les dernières recommandations actuelles. La douleur, la prescription des trois paliers d'antalgiques administrés (dose cumulée journalière donnée d'office et conditionnelle) et les effets secondaires liés à la prise de morphiniques ont été analysés du J0 au J3 postopératoire avant et après la formation des infirmiers.

Résultats

Après formation, les doses de paracétamol et de Tramadol reçues étaient significativement plus élevées et la dose dispensée était plus proche de la dose prescrite qu'avant la formation, la dose de morphine dispensée a diminué de façon non significative mais la dose prescrite conditionnelle était significativement moins élevée. Le score moyen de douleur ne s'est pas modifié, et une diminution significative de 34 % du délirium ($p=0.02$) et une diminution de 33 % de la constipation ($p>0.001$) ont été observées.

Conclusion

La formation du personnel infirmier sur la gestion antalgique des patients âgés opérés d'une fracture de hanche a permis d'améliorer la prescription antalgique multimodale en faveur des paliers I et II, tout en réduisant les effets secondaires associés aux antalgiques de palier III chez les patients opérés d'une fracture de la hanche, sans élévation des scores de la douleur.

Sténose aortique serrée : impact de l'évaluation gériatrique sur la discussion médico-chirurgicale et le traitement (O)

Solange VROMMAN, Maxime REGNIER, Marie DE SAINT-HUBERT
Service de Gériatrie, CHU UCL Namur - Site Godinne
E-mail : Solange.vromman@gmail.com

Introduction

La sténose aortique serrée symptomatique est de mauvais pronostic en absence de traitement chirurgical ou endovasculaire (*transcatheter aortic valve implantation* ou TAVI). Il est largement établi que l'avis gériatrique doit être intégré à la discussion médico-chirurgicale. Cette étude compare l'évaluation gériatrique à la décision prise en discussion médico-chirurgicale et au traitement réalisé.

Méthode

Etude rétrospective et monocentrique, réalisée au CHU UCL Namur site Godinne du 01/2018 au 12/2021, incluant les patients de 75 ans et plus ayant été évalués par l'équipe de liaison interne. Relevés des données démographiques, médicales et fonctionnelles. L'avis gériatrique est classé en 3 catégories : favorable, réservé (recommandations pré et/ou postopératoires) et défavorable.

Résultats

Au total, 136 patients ont été inclus (95 % vivant à domicile, Katz médian 7/24, *Edmonton Frail Scale* médian 5/17). 61 patients ont eu un avis gériatrique favorable, dont 52 pour lesquels un traitement a été décidé et 51 (84 %) ont été traités. 62 individus ont eu un avis réservé, parmi lesquels 44 patients ont eu la décision d'un traitement et 38 (61 %) ont été traités. 13 ont eu un avis défavorable et 1 (8 %) patient a été traité.

Conclusion

Le faible niveau de fragilité des patients dans cette étude suggère que les cardiologues réfutent d'emblée les plus fragiles. Les patients avec avis favorable et réservé bénéficient majoritairement d'un traitement. Les résultats montrent une corrélation entre l'évaluation gériatrique, la décision et le traitement réalisé. Des analyses de corrélation plus poussées sont en cours.

Stratégie pour réduire le sondage vésical inapproprié des personnes âgées aux urgences : une procédure qualité (O)

Antonio FOSCHINI, Sandra DE BREUCKER
Service de Gériatrie, H.U.B - Hôpital Erasme,
Bruxelles
E-mail : a.foschini113@gmail.com

Introduction

La majorité des sondes urinaires à demeure placées chez les patients hospitalisés n'ont pas d'indication justifiée. Les complications liées au sondage vésical inapproprié (SVi) sont plus fréquentes dans la population âgée. Le service des urgences joue un rôle prépondérant dans le placement de sondes urinaires chez les patients hospitalisés, surtout chez les patients âgés.

Méthode

Nous avons évalué les connaissances sur le sondage vésical approprié du personnel soignant du Service des Urgences de l'Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles, réalisé une formation et proposé un protocole de soins sur base des recommandations actuelles. Nous avons évalué l'effet de la formation en comparant la prévalence des SVi chez les personnes âgées aux urgences avant et après la formation du personnel.

Résultats

Septante-huit patients de plus de 75 ans ont été admis aux urgences entre octobre 2022 et mars 2023 et ont bénéficié d'un sondage vésical. Nous avons constaté une réduction significative de SVi de 50% avant la formation à 25% après la formation ($p=0.024$). Les patients ayant eu un SVi présentaient plus de troubles cognitifs, d'incontinence urinaire et étaient plus souvent admis en salle de gériatrie. Le SV inapproprié concernait principalement l'infection des voies urinaires (IVU) ou la décompensation cardiaque nécessitant moins de 6L/min d'oxygène, et le SV approprié concernait surtout des diagnostics urologiques ou une admission aux soins intensifs. Nous n'avons pas trouvé de facteurs cliniques prédictifs du SVi, probablement en raison de la faible puissance de notre étude.

Conclusion

Notre étude démontre l'efficacité d'une formation du personnel soignant pour réduire le SVi des personnes âgées aux urgences. Un profil gériatrique pourrait être lié à un risque plus élevé de SVi, quoique ces résultats préliminaires restent à confirmer.

Etat des connaissances en urgences gériatrique des jeunes médecins en formation : une démarche de qualité (O)

Aziza MAKUBI, Sandra DE BREUCKER
Service de Gériatrie, H.U.B - Hôpital Erasme,
Bruxelles
E-mail : Aziza.makubi@gmail.com

Introduction

L'évaluation et la prise en charge des personnes âgées sont complexes pour les professionnels des urgences. Il a été démontré que divers programmes de formation en gériatrie améliorent leurs connaissances gériatriques. Nous avons étudié l'effet d'une formation systématisée sur l'état des connaissances en urgences gériatriques des médecins assistants faisant des gardes aux urgences, puis comparé l'effet de la formation selon le type de spécialisation, la réalisation préalable d'un stage de gériatrie et le niveau d'âgisme.

Méthode

Nous avons mené une étude interventionnelle prospective qualitative via un questionnaire d'évaluation des connaissances gériatriques pour les médecins en formation de médecine interne, d'urgences et de chirurgie orthopédique avant et après une formation portant sur trois thématiques gériatriques : le délirium, les chutes et la polymédication. Une évaluation de l'âgisme selon la « *Fraboni Scale of Ageism-Revised* (FSA-R) » et une évaluation du stress induit par la prise en charge des personnes âgées ont également été réalisées.

Résultats

On observe une amélioration significative des connaissances théoriques en gériatrie après formation des futurs internistes et chirurgiens orthopédiques, quelle que soit l'année de spécialisation ($p<0,05$). Nous n'avons pas constaté de changement du niveau d'âgisme et du niveau de stress avant et après la formation, quelle que soit la spécialisation.

Conclusion

Nous confirmons l'effet positif d'une formation systématisée en urgences gériatriques sur les connaissances en gériatrie des médecins internistes et orthopédistes en formation faisant des gardes aux urgences. L'efficacité de ce programme reste à démontrer pour les médecins urgentistes.