



Département de Médecine Interne, Post-Urgences, Gériatrie et Thérapeutique





Département de Médecine Interne, Post-Urgences, Gériatrie et Thérapeutique

Les différentes structures

Hospitalisation de Court Séjour (CS)

- **Médecine Interne Thérapeutique post-urgence** - Responsable Pr A. DAUMAS

Unité à terme de 40 lits située à l'hôpital de la Timone ayant pour vocation d'assurer la prise en charge médicale de patients provenant des urgences ne relevant pas d'une admission ou d'une prise en charge immédiate dans un service de spécialité. Des hospitalisations en entrées directes sans passage par le service d'accueil des urgences sont possibles pour des patients évalués par les équipes mobiles de gériatrie, orientés de la ville par la hotline gériatrique ou suivis en consultation par les médecins du service. Notre mission de soin est centrée sur une médecine du diagnostic et la prise en charge globale de pathologies variées.

- **Médecine Interne et Gériatrie** - Responsable Dr P. LEVEQUE

Unité de 25 lits localisée à l'hôpital Sainte Marguerite, Pavillon Cantini, recevant en court séjour les patients âgés adressés par la médecine de ville présentant des pathologies spécifiques liées au vieillissement (polypathologie, perte d'autonomie...). Ces patients sont soit admis directement du domicile (ou d'EHPAD) soit orientés dans l'unité via les médecins généralistes de proximité, ou via la hotline de gériatrie, après évaluation téléphonique par un gériatre afin de définir (au mieux) l'unité d'hospitalisation liée à sa pathologie et le degré d'urgence d'hospitalisation.

Les patients en provenance des Urgences Timone sont transférés soit directement soit après une évaluation médico-sociale par l'Equipe Mobile de Gériatrie Centre (aux Urgences ou à l'UHCD) afin d'améliorer la prise en charge globale du patient et (de fluidifier) son parcours de soins (au sein de notre institution).

Hospitalisation Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

- **Soins de suite et de Réadaptation** - Responsable Dr N. GOBIN

Sa mission est d'assurer une rééducation et/ou une réhabilitation fonctionnelle adaptée au patient âgé de plus de 70 ans dans les suites d'une affection médicale aiguë ou d'une intervention chirurgicale. Elle permet d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle et de permettre au patient le retour dans son milieu de vie, qu'il s'agisse d'un domicile ou d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Equipes Mobiles de Gériatrie

- **Equipe Mobile de Gériatrie Centre (EMGC)** - Responsables Dr S. NOUVELLET et Dr J. WEILAND

L'EMGC présente sur l'hôpital de la Timone et de la Conception intervient dans les services d'urgences et de l'UHCD dans le but d'effectuer une évaluation gériatrique et aider à l'orientation pour chaque patient de 75 ans et plus mais également de répondre aux avis gériatriques des différents services spécialisés sur des thématiques diverses.

- **Equipe Mobile de Gériatrie Nord (EMGN)** - Responsable Dr G. DELALANDE

Sa mission est d'assurer un appui gériatrique dans les services d'urgences et de dispenser une évaluation gérontologique standardisée ou un avis gériatrique dans les services de médecine et de chirurgie de l'établissement. Elle a aussi pour but d'améliorer les conditions de sortie des patients âgés hospitalisés afin de leur assurer un retour optimal dans leur milieu de vie.

- **Equipe Mobile Gériatrique Externe (EMGE)** - Responsable Dr P. ALFONSI

L'Equipe Mobile Gériatrique Externe (EMGE) intervient sur tous les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) de l'agglomération marseillaise. La mission de cette équipe est de maintenir autant que possible le patient dans sa structure en limitant le passage au Service d'Accueil des Urgences de cette population âgée et pour cela favoriser les hospitalisations programmées (hors détresse vitale).

Hôpitaux de jour

- **Hôpital de jour de Gériatrie** – Responsable Dr A.L. COUDERC

L'hôpital de Jour de Gériatrie évalue les personnes âgées de plus de 65 ans adressées par les médecins traitants et les différents médecins spécialistes. Les motifs d'adressage par les médecins peuvent être les troubles cognitifs, les troubles de la marche, une perte d'autonomie ou un bilan gériatrique au cours d'une entrée en institution (EHPAD).

Lors de cette séance d'hôpital de jour, un bilan gériatrique complet (mémoire, nutrition, activité physique et équilibre, vision, audition, autonomie, social...) est réalisé pour identifier les fragilités ou les syndromes gériatriques. Un plan personnalisé de soins et un suivi en collaboration avec le médecin traitant et les professionnels de terrain seront proposés à l'issue de cette séance.

- **Hôpital de Jour d'OncoGériatrie** – Responsable Dr A.L. COUDERC

La mission de l'équipe d'oncogériatrie est de repérer les fragilités gériatriques chez les patients de plus de 70 ans, avant de débiter un traitement oncologique. Elle est réalisée lors d'une consultation ou lors d'une séance d'HDJ multidisciplinaire où le patient bénéficie notamment d'une évaluation gériatrique approfondie grâce à une infirmière clinicienne, un oncogériatre, un pharmacien clinicien et des consultations avec des professionnels paramédicaux (assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute, ...) ainsi que des consultations de spécialité (cardiologue et neurologue).

- **Hôpital de Jour Fragilité Osseuse** – Responsable Dr B. MUGNIER

L'hôpital de jour de Fragilité osseuse comporte 2 volets :

- L'HDJ d'évaluation et prise en charge de la fragilité osseuse du sujet âgé a pour objet de prendre en charge des patients de plus de 75 ans ayant présenté une fracture par insuffisance osseuse. L'objectif est non seulement d'évaluer et traiter la fragilité osseuse, de réduire le risque de chute mais aussi de prendre en charge le syndrome de fragilité du sujet âgé grâce à une équipe multidisciplinaire.
- La filière Ostéoporose-Oncologie a pour objet de proposer une prévention des fractures et un traitement de l'ostéoporose secondaire aux hormonothérapies prescrites dans le cadre d'une néoplasie mammaire ou prostatique. Il s'agit d'une prise en charge complète comportant 3 étapes : dépistage, traitement et suivi, calquées sur les recommandations françaises.

- **Evaluation des Fragilités et Prévention de la Dépendance** - Responsable Dr A.L. COUDERC

L'hôpital de Jour de fragilité évalue les personnes âgées de plus de 65 ans repérées comme fragiles par leur entourage, les médecins traitants et les différents médecins spécialistes.

Lors de cette séance d'hôpital de jour, un bilan gériatrique complet (mémoire, nutrition, activité physique et équilibre, vision, audition, autonomie, social...) est réalisé pour identifier les facteurs favorisant les fragilités. Un plan personnalisé de prévention et un suivi en collaboration avec le médecin traitant et les professionnels de terrain seront proposés à l'issue de cette séance.

- **Hôpital de jour de Neurogériatrie** - Responsables Dr A.L. COUDERC – Dr P. BENSÀ – Dr D. TAMMAM

L'hôpital de Jour de Neurogériatrie est destiné à des personnes âgées de plus de 65 ans adressées par leur médecin traitant pour le diagnostic et/ou le traitement d'une éventuelle pathologie neurologique. Divers signes d'appels comme des troubles cognitifs ou encore des troubles de la marche peuvent constituer un motif d'admission en hôpital de jour.

Lors de cette hospitalisation de jour, un bilan neurologique, neuropsychologique et gériatrique complet ainsi qu'une imagerie cérébrale pourront être réalisés en fonction des nécessités.

Une orientation diagnostique ainsi qu'un plan personnalisé de soins et un suivi en collaboration avec le médecin traitant seront proposés à l'issue de cette séance.

Consultations pluridisciplinaires

Des consultations adaptées à la personne âgée de Médecine Interne, Gériatrie, Neurogériatrie, Neurologie, Rhumatologie, Cardiologie, Ophtalmologie, ORL, Chirurgie Orale, Phoniatrie, Médecine Vasculaire, EEG et EMG sont assurées dans le Pôle sur le site de Sainte Marguerite.



ZOOM sur l'activité de

L'HOSPITALISATION SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR)

Responsable Dr Nirvina GOBIN

Le service de Soins de Suite et de Réadaptation est composé de 2 unités de 25 lits.

La mission de cette structure est d'assurer une rééducation et/ou une réhabilitation fonctionnelle adaptée à la personne âgée dans les suites d'affections aiguës, d'accidents vasculaires cérébraux, de chutes ou d'intervention chirurgicale notamment orthopédique pour optimiser les chances de récupération fonctionnelle afin de permettre au patient gériatrique le retour dans son milieu de vie, qu'il s'agisse du domicile ou d'un établissement médicosocial (Résidence sénior, EHPAD)

Les demandes de prises en charge en SSR sont informatisées, effectuées et centralisées via la plateforme TRAJECTOIRE® ([annexe 1](#)) sur laquelle chacune des demandes est traitée avec soin par le médecin responsable du service. Pour les services n'ayant toutefois pas accès à ce logiciel, le formulaire ci-joint est un exemple de demande d'admission version papier à adresser au secrétariat du service.

L'admission en SSR Gériatrique peut être envisagée après évaluation de l'état médico-psycho-social du patient. Elle peut se faire soit à la sortie d'une hospitalisation en court séjour, soit en direct de son domicile s'il est en affection de longue durée et après évaluation par un médecin du service.

Il s'agit d'une prise en charge personnalisée de patients âgés, fragiles, poly-pathologiques, présentant un fort risque de dépendance physique et/ou sociale et ne relevant pas d'un service de spécialité d'organes.

L'équipe médicale est composée de médecins gériatres et rééducateurs ainsi que d'une équipe pluridisciplinaire comportant masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricien, diététiciennes, assistantes sociales, orthophoniste et psychologue. Une étroite collaboration avec des médecins d'autres spécialités permet de répondre aux divers problèmes médicaux rencontrés. Ses membres sont formés à la prise en charge des affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance, ainsi que des patients souffrant de troubles cognitifs.

La prise en charge des personnes âgées est une prise en charge très particulière qui doit être avant tout adaptée et tenir compte de l'état du patient. Pour ce faire, une évaluation médicale et paramédicale complète est réalisée à l'admission.

Le programme de rééducation et/ou de réhabilitation est individualisé, personnalisé et réadapté au fur et à mesure des semaines lors de staffs pluridisciplinaires. Le projet de sortie est discuté avec le patient, l'équipe, et bien entendu la famille et les proches qui doivent être partie prenante du projet de vie. Il s'agit ainsi de répondre à l'essentiel des pathologies les plus fréquemment prises en charge chez la personne âgée, d'autres spécialistes pouvant être consultés suivant les cas particuliers.

Des activités de groupe (arts plastiques et manuels, chorale, ateliers de musique -selon les règles sanitaires en vigueur- sont proposées aux patients et à leurs proches les après-midis, à l'initiative de Mme GRISONI, psychologue du service, avec pour objectifs de contribuer au programme individualisé de réadaptation, d'aider à renforcer l'estime de soi et de rompre l'isolement.

Les anniversaires sont également fêtés une fois par mois, selon les règles sanitaires en vigueur, permettant de créer un lien social et conforter le plaisir d'être ensemble

Annexe 1

*Je suis un professionnel de santé et
Je souhaite hospitaliser un patient
en SSR*

HOSPITALISATION SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

UTILISER LA FICHE CI-JOINTE :



SERVICE DE MEDECINE INTERNE, GERIATRIE ET THERAPEUTIQUE

Professeur Patrick VILLANI

QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF, MEDICAL ET PARAMEDICAL

D'ADMISSION EN SSR (Hors « TRAJECTOIRE »)

A faxer au 04 91 74 48 33

- **En cas de demande à partir du domicile pour un patient en ALD**

Nom et numéro de téléphone du médecin adresseur :

- **En cas de demande d'une unité de MCO ou d'un EHPAD :**

Etablissement d'origine :

Tél unité d'hospitalisation :

Nom du médecin référent :

Nom de l'Assistante Sociale :

Tél :

Nom Prénom :

Age :

Sexe :

Adresse du patient

N° SS :

Centre Payeur

100 % : oui ☐

non ☐

Mutuelle : oui ☐

non ☐

Conditions de vie du patient :

Domicile ☐

EHPAD ☐

Foyer résidence / Long séjour ☐

Autre ☐

Personnes à prévenir : Tutelle : oui ☐ non ☐

Devenir du patient envisagé après le SSR :

Date d'admission souhaitée : Chambre particulière : oui ☐ non ☐

Antécédents médicaux :

Diagnostic motivant la demande en soin de suite

Traitement :

Médicaments coûteux :

☐ Chimiothérapie ☐ Radiothérapie ☐ Autres :

Maladie nosocomiale :

Etat nutritionnel

Poids : Taille : IMC (Poids/taille²) :
(Indice Masse Corporelle)

Patient douloureux : non ☐ oui ☐ traitement :

Localisation

Autonomie :

Toilette	Motricité	Alimentation	Etat psychique
<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> anormale	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> normal
<input type="checkbox"/> aide au lavabo	<input type="checkbox"/> aide marche	<input type="checkbox"/> aide repas	<input type="checkbox"/> dépressif
<input type="checkbox"/> aide douche	<input type="checkbox"/> déambulateur	<input type="checkbox"/> installation repas	<input type="checkbox"/> agité
<input type="checkbox"/> toilette au lit	<input type="checkbox"/> cannes	<input type="checkbox"/> haché	<input type="checkbox"/> agressif
	<input type="checkbox"/> fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> mixé	<input type="checkbox"/> passivité
	<input type="checkbox"/> levé fauteuil	<input type="checkbox"/> sonde	<input type="checkbox"/> désorienté
	<input type="checkbox"/> alité	<input type="checkbox"/> régime	<input type="checkbox"/> risque de fugue
			<input type="checkbox"/> somnolent

Elimination	Etat cutané	Etat respiratoire	Communication
<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> sain	<input type="checkbox"/> oxygène continue	<input type="checkbox"/> normale
<input type="checkbox"/> Incontinence anale	<input type="checkbox"/> escarres	<input type="checkbox"/> oxygène discontinue	<input type="checkbox"/> aphasie
<input type="checkbox"/> sonde urinaire	<input type="checkbox"/> pansements	<input type="checkbox"/> trachéotomie	<input type="checkbox"/> communication non verbale
<input type="checkbox"/> colostomie		<input type="checkbox"/> aérosols	<input type="checkbox"/> ne communique plus
<input type="checkbox"/> couches		<input type="checkbox"/> besoin d'aspiration	<input type="checkbox"/> cécité
			<input type="checkbox"/> surdité

ZOOM sur l'activité de

L'HOPITAL DE JOUR (HdJ) FRAGILITE OSSEUSE DU SUJET AGE



Responsables Dr Bénédicte MUGNIER, Dr Douglas BOISSIN, Pr Patrick VILLANI

La chute est un des éléments majeurs du syndrome de fragilité. Elle doit être prise en charge le plus rapidement possible sachant que la probabilité de récurrence est élevée et ses conséquences parfois lourdes. En effet 6 à 10% des chutes se compliquent de fractures graves puis souvent de désadaptations fonctionnelle et psychique. Aussi le service, particulièrement sensibilisé à cette problématique, a-t-il mis en place un HDJ d'évaluation et de prise en charge de la fragilité osseuse du sujet âgé depuis mars 2012. Si notre objectif principal était initialement d'évaluer et de traiter la fragilité osseuse, nous avons rapidement élargi notre champ d'intervention à une prise en charge globale et pluridisciplinaire du syndrome de fragilité du sujet âgé (*annexe 2*).

Le plan de prise en charge conçu sur une année s'articule autour de 4 rendez-vous pivots :

1. La 1^{ère} visite consiste à repérer les facteurs de fragilité selon les critères communément reconnus et à effectuer un bilan précis de fragilité osseuse (éliminer une ostéoporose secondaire, rechercher un tassement passé inaperçu...). Il comporte, outre l'évaluation clinique du rhumatologue, un bilan biologique et des examens paracliniques (radio, ostéodensitométrie...).
2. Lors de la 2^{ème} visite, le champ d'investigation est élargi de façon à réaliser une évaluation gériatrique complète par une équipe pluridisciplinaire (médecin gériatre, ORL, neurologue, diététicienne...). La prévention des chutes va constituer un objectif princeps.
3. 3^{ème} visite : au terme de cette évaluation, un plan d'intervention personnalisé est élaboré associant des interventions médicales spécialisées, paramédicales (kinésithérapie, podologue) et parfois sociales, l'ensemble étant relayé par le médecin traitant, acteur indispensable de cette prise en charge au long cours. Les consultations spécialisées sont organisées au sein de l'HdJ alors que les actions de rééducation seront réalisées en externe.
4. La 4^{ème} visite, programmée un an après la prise en charge initiale, vise à évaluer les bénéfices de la prise en charge rhumatologique et gériatrique. Elle prévoit en particulier une nouvelle évaluation gériatrique, le contrôle des paramètres biologiques, une radio du rachis de contrôle et la réévaluation du traitement anti-ostéoporotique préalablement institué.

La demande de rendez-vous se fait par mail : hdj.polegest@ap-hm.fr

Annexe 2



CReDO
CENTRE DE RÉFÉRENCE
DE L'OSTÉOPOROSE

Vous venez d'être victime d'une fracture dite « ostéoporotique » ?

De quoi s'agit-il ?

L'ostéoporose est caractérisée par une fragilité osseuse qui augmente le risque de fracture.
Cette fracture peut survenir suite à une chute banale ou à un choc minime.
Les fractures se produisent le plus souvent au poignet, au bras, à la hanche et au niveau des vertèbres.

L'ostéoporose touche une femme sur 4 et un homme sur 8

Quelles sont les conséquences ?

L'ostéoporose est un phénomène naturel dû le plus souvent au vieillissement mais les fractures liées à cette ostéoporose peuvent avoir de lourdes conséquences : douleurs chroniques, perte d'indépendance, diminution de la qualité de vie.



La 1^{ère} fracture est un signe d'alarme

**En l'absence de prise en charge
50% des sujets fracturés referont une seconde fracture**

Une prise en charge médicale pour éviter une nouvelle fracture :

Il existe des traitements et des mesures efficaces qui réduisent le risque de fracture de 30 à 70 %.

**Nous vous proposons une consultation pour dépister et traiter
votre ostéoporose**

**Consultation de Fragilité Osseuse du Dr B. MUGNIER
tél. : 04 91 74 46 02**

ZOOM sur l'activité de

FILIERE HORMONOTHERAPIE - OSTEOPOROSE

Responsables Dr Bénédicte MUGNIER, Pr Patrick VILLANI

Le cancer du sein est le plus fréquent et le plus mortel des cancers de la femme (60 000 nouveaux cas diagnostiqués et 12000 décès en France en 2018). Le cancer de la prostate, lui, est le plus fréquent et le plus mortel des cancers chez l'homme (plus de 50 000 nouveaux cas diagnostiqués en France en 2015 et 21 000 décès). Néanmoins, leur traitement a connu ces dernières années de grands progrès : patients dépistés à un stade plus précoce et chirurgie plus conservatrice. De ce fait, les traitements adjuvants hormonaux (analogues de la LH-RH et anti-aromatases chez la femme, analogues et les antagonistes de la LHRH chez l'homme) ont pris une place essentielle.

Ces traitements présentent des effets secondaires, osseux en particulier chez la femme : ils induisent une privation oestrogénique ; chez l'homme : ils induisent une hypo-testostéronémie. Dans les deux cas, ces modifications hormonales sont à l'origine d'une déminéralisation osseuse 2 à 4 fois plus rapide que la perte osseuse physiologique et d'une augmentation majeure du risque de fracture.

Aussi, en 2018 et 2019, différentes sociétés savantes en rhumatologie, urologie, gynécologie et oncologie, françaises et européennes ont émis des recommandations :

Tous les patients recevant une hormonothérapie dans le cadre d'un néoplasie mammaire ou prostatique doivent bénéficier précocement d'un bilan initial pour évaluer le risque fracturaire. La décision d'initier un traitement anti-ostéoporotique repose sur des critères cliniques et densitométriques précis ; elle est prise plus précocement que dans la population générale. Le suivi doit être rapproché.

La filière Ostéoporose-Oncologie mise en place à l'HDJ dans le service du Pr Villani a pour objet de proposer une prise en charge complète des patients recevant une hormonothérapie dans le cadre d'un néoplasie mammaire ou prostatique ([annexe 3](#)).

Elle comporte 3 étapes : dépistage, traitement, suivi et doit s'intégrer dans le parcours de soin le plus précocement possible. Ces 3 étapes sont calquées sur les recommandations françaises tant pour leur contenu que pour leur rythme.

- Dépistage

Il est réalisé au cours d'une séance d'HDJ. Il comporte :

- ✓ un volet clinique (dépistage des facteurs de risque associés d'ostéoporose),
- ✓ un volet biologique (élimination des autres causes d'ostéopathie fragilisante)
- ✓ et un volet radiologique avec densitométrie osseuse et radiographies du rachis.

- Traitement anti-ostéoporotique

Il est mis en œuvre en fonction de différents critères (antécédents fracturaires, densité minérale osseuse, FRAX...) et fait appel aux traitements ayant fait leurs preuves dans ce cadre (bisphosphonates, dénosumab). Certains de ces traitements sont administrés par voie intraveineuse au cours d'une séance d'HDJ. Dans tous les cas des mesures hygiéno-diététiques sont appliquées et des actions pour la prévention des chutes sont entreprises, en particulier chez les sujets âgés.

- Suivi

Le suivi clinique est effectué tous les 6 mois et le contrôle densitométrique tous les 18 mois selon les recommandations en vigueur.

In fine la rationalisation du dépistage et de la prise en charge de l'ostéoporose dans les cancers du sein et de la prostate, telle qu'elle est organisée dans filière Ostéoporose-Oncologie, a pour objectif de diminuer le risque de fracture secondaire à l'hormonothérapie prescrite à ces patients et de contrôler la morbi-mortalité associée à ces fractures.

La demande de rendez-vous se fait par mail : hdj.polegest@ap-hm.fr

Annexe 3

SERVICE DE MEDECINE INTERNE, GERIATRIE ET THERAPEUTIQUE

HORMONOTHERAPIE-OSTEOPOROSE NOTE D'INFORMATION DESTINEE AU PATIENT

Vous avez présenté un cancer du sein ou de la prostate pour lequel vous recevez (ou allez recevoir) un traitement par hormonothérapie.

Ce traitement, dont l'efficacité sur votre cancer est démontrée, peut avoir pour effet secondaire de fragiliser vos os et d'entraîner une ostéoporose.

La séance d'aujourd'hui a pour but de prendre en charge ce risque.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme et le cancer de la prostate est le plus fréquent chez l'homme ; pour ces deux affections l'incidence augmente avec l'âge. Ces dernières années, leur traitement a connu de grands progrès : les patients sont dépistés à un stade plus précoce, la chirurgie est plus conservatrice et de ce fait les traitements adjuvants, (radiothérapie, chimiothérapie et traitement hormonal) ont pris une place essentielle. Le traitement hormonal, anti-oestrogènes pour le cancer du sein, anti-androgènes pour le cancer de la prostate sont indiqués si ce cancer est dit «hormonosensible » et améliorent le pronostic. Néanmoins l'hormonothérapie peut entraîner une perte de densité minérale osseuse et est donc un risque d'ostéoporose fracturaire.

Des recommandations ont été émises par les autorités de santé pour prendre en charge ce risque : avant d'instituer une hormonothérapie, il faut rechercher des facteurs de risque d'ostéoporose (tabac, alcool ménopause précoce, antécédent fracturaire...), et les facteurs de risque de chute. Il faut également réaliser une ostéodensitométrie et un bilan biologique.

En fonction de l'ensemble de ces éléments on peut être amené à prescrire traitement anti-ostéoporotique (biphosphonate ou desonumab). En parallèle des recommandations hygiéno-diététiques (arrêt du tabac et de l'alcool, pratique régulière d'un exercice physique, optimisation des apports en calcium et en vitamine D) sont systématiquement effectuées.

ZOOM sur l'activité de

L'HOPITAL DE JOUR (HdJ) D'EVALUATION DES FRAGILITES ET PREVENTION DE LA DEPENDANCE

Responsables Dr Anne-Laure COUDERC, Pr Patrick VILLANI

Son objectif est de prévenir la perte d'autonomie liée au vieillissement.

Sont concernées les personnes âgées de plus de 65 ans repérées comme fragiles par leur entourage, les médecins traitants et les différents médecins spécialistes.

Lors de cette séance d'hôpital de jour, un bilan gériatrique complet (mémoire, nutrition, activité physique et équilibre, vision, audition, autonomie, social...) est réalisé pour identifier les facteurs favorisant les fragilités.

Un plan personnalisé de prévention et un suivi en collaboration avec le médecin traitant et les professionnels de terrain seront proposés à l'issue de cette séance.

LES CINQ CRITERES DE FRAGILITE

- Perte de poids involontaire (4 ou 5 kg en un an)
- Sensation d'épuisement
- Difficultés pour se déplacer
- Difficultés de mémoire
- Lenteurs à la marche

Si votre patient répond favorablement à un de ces items il peut être considéré comme « patient fragile »

Comment un patient peut-il bénéficier de l'HdJ d'Evaluation des Fragilités et Prévention de la Dépendance ?

Le bilan proposé par l'HdJ est accessible uniquement sur prescription médicale. Par conséquent, si le médecin traitant ou le médecin spécialiste repère des signes de fragilité chez son patient, il peut l'orienter vers l'HdJ d'Evaluation des Fragilités et Prévention de la Dépendance avec une prescription médicale et après avoir complété la fiche de programmation en HdJ Fragilité (*fiche de liaison HdJ gériatrique*) ([annexe 4](#)).

Patients à risque de chute et en perte d'autonomie :

Un HdJ gériatrique peut être également organisé afin de réaliser une évaluation gériatrique standardisée (EGS) et une évaluation des troubles de la marche (*fiche de liaison HdJ gériatrique*).

Patients à risque de fragilité osseuse :

Un gériatrique peut être également organisé afin de réaliser un bilan et prise en charge lors d'une fragilité osseuse type ostéoporose (*fiche de liaison fragilité osseuse*) ([annexe 4](#)).

Résidents en EHPAD :

Un HdJ gériatrique peut être également organisé afin de réaliser une évaluation gériatrique standardisée (EGS) et une évaluation des syndromes gériatriques pour les nouveaux résidents en EHPAD (*fiche de liaison HdJ EHPAD*) ([annexe 5](#)).

La demande de rendez-vous se fait par un numéro unique : 04 91 74 46 02
ou mail : hdj.polegest@ap-hm.fr

ZOOM sur l'activité de

UNITE TRANSVERSALE D'ONCOGERIATRIE (UTOG)

Responsable Dr Anne-Laure COUDERC

L'oncogériatrie associe 2 approches : celle des spécialistes du cancer et celle des gériatres.

Objectif : prendre en charge le cancer en tenant compte des phénomènes du vieillissement, que celui-ci soit sain ou pathologique. L'ensemble au sein d'une approche globale, graduée et efficiente du patient.

L'Unité Transversale d'OncoGériatrie a pour mission de repérer les fragilités gériatriques chez les patients de plus de 70 ans, pris en charge pour un cancer.

Elle associe 3 approches :

- ✓ soit des consultations d'oncogériatrie qui permettent une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS)
- ✓ soit des téléconsultations d'oncogériatrie pour certains patients
- ✓ soit des séances d'Hôpital de Jour (HdJ) permettant une prise en charge pluridisciplinaire autour de la personne âgée (*cf focus page suivante*) et un plan personnalisé de soin (PPS).

En fonction de la demande, et après un bref questionnaire téléphonique, il sera proposé au patient soit une consultation (ou téléconsultation) soit une admission en hôpital de jour oncogériatrique.

La demande de rendez-vous se fait par un numéro unique : 04 91 38 87 26 ou mail : Oncogeriatry@ap-hm.fr (fiche de liaison HdJ oncogériatrique) (*annexe 4*).

Les éléments nécessaires à la consultation ou à l'évaluation en HDJ oncogériatrique sont :

- ✓ Lettre du spécialiste et/ou du médecin traitant avec la question précise posée au gériatre et le ou les possibilités thérapeutiques envisagées, si le patient est adressé par son spécialiste
- ✓ Traitements du patient
- ✓ Documents médicaux et biologiques personnels (traitement, ordonnances, bilans bio et paracliniques)

Au terme de l'EGS, un courrier de synthèse est adressé au(x) spécialiste(s) en Oncologie et au médecin traitant.

Annexe 4

*Je cherche une admission
intra et extra-hospitalière
en Hôpital de Jour Gériatrique*

UTILISER LA FICHE QUI CONVIENT :

(HdJ Gériatrique, HdJ Fragilité Osseuse, HdJ Oncogériatrique)



PRISE EN CHARGE

HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE

Hôpital Sainte Marguerite - Pavillon Cantini - RdC haut
Dr Anne-Laure COUDERC – Tél. : 04 91 74 46 02 – Fax : 04 91 74 41 66
hdj.polegest@ap-hm.fr

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Téléphone patient ou aidant :

Etiquette patient

Service d'origine et téléphone :

Adressé par le Pr / Dr :

.....

Aidant : ☐ oui ☐ non

Brancard : ☐ oui ☐ non

Pathologie principale :

Motif de prise en charge et proposition thérapeutique :

.....

.....

.....

....

Principaux antécédents :

.....

.....

.....

Patient autonome : ☐ oui ☐ non

Troubles cognitifs : ☐ oui ☐ non

SERVICE DE MEDECINE INTERNE, GERIATRIE ET THERAPEUTIQUE

Professeur Patrick VILLANI

PRISE EN CHARGE

HOPITAL DE JOUR ONCOGERIATRIQUE

Hôpital Sainte Marguerite - Pavillon Cantini - RdC haut
Dr Anne-Laure COUDERC – Tél. : 04 91 38 87 26 – Fax : 04 91 74 41 66

Oncogeriatry@ap-hm.fr

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Téléphone patient ou aidant :

Etiquette patient

Service d'origine et téléphone :

Adressé par le Pr / Dr :

- Aidant : ☐ oui ☐ non

- Brancard : ☐ oui ☐ non

- Pathologie néoplasique :

- Traitement (s) oncologique (s) envisagé (s) :

Principaux antécédents :

- Patient autonome : ☐ oui ☐ non

- Troubles cognitifs : ☐ oui ☐ non

Hôpital Sainte Marguerite - 270, Bd Sainte Marguerite - 13274 Marseille Cedex 09

Hôpital de jour : tel 04.91.74.46.02 - fax : 04.91.74.41.66



CRDO
CENTRE DE RÉFÉRENCE
DE L'OSTÉOPOROSE

HOPITAL DE JOUR FRAGILITE OSSEUSE SOUS HORMONOTHERAPIE DES PATIENTS > 70 ANS

Hôpital Sainte Marguerite - Pavillon Cantini - RdC haut

Dr Anne-Laure COUDERC – Dr Bénédicte MUGNIER

Tel. : 04 91 74 46 02 – Fax : 04 91 74 41 66

hdj.polegest@ap-hm.fr

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Téléphone patient ou aidant :

Etiquette patient

Service d'origine :

Adressé par le Pr / Dr :

Médecin traitant :

Traitement en cours :

Pathologie néoplasique :

Principaux antécédents et statut ménopausique : Antécédent de fracture

ostéoporotique : ☐ oui ☐ non

Troubles de la marche : ☐ oui ☐ non

Risque chute : ☐ oui ☐ non

Patient autonome : ☐ oui ☐ non

Troubles cognitifs : ☐ oui ☐ non

Joindre à cette fiche, s'ils ont été réalisés, les examens suivants :
ostéodensitométrie, radiographies du rachis et dernière biologie.

*Je suis en EHPAD et j'ai besoin
d'un Hôpital de Jour Gériatrique*

UTILISER LA FICHE CI-JOINTE :



FICHE DE LIAISON EHPAD

HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE

Hôpital Sainte Marguerite - Pavillon Cantini - RdC haut

Dr Anne-Laure COUDERC

Tél. : 04 91 74 46 02 – Fax : 04 91 74 41 66

hdj.polegest@ap-hm.fr

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Téléphone patient ou aidant :

Etiquette patient

Service d'origine et téléphone :

Adressé par le Pr / Dr :

.....

Aidant :

☐ oui

☐ non

Brancard :

☐ oui

☐ non

Pathologie principale :

.....

Motif de prise en charge et proposition thérapeutique :

.....

.....

.....

.....

Principaux antécédents :

.....

.....

.....

.....

Patient autonome :

☐ oui

☐ non

Troubles cognitifs :

☐ oui

☐ non

ZOOM sur l'activité de

L'HOPITAL DE JOUR (HdJ) D'ONCOGERIATRIE

Responsable Dr Anne-Laure COUDERC

Prise en charge pluridisciplinaire autour de la personne âgée atteinte de cancer et nécessitant un traitement oncologique ou plusieurs traitements oncologiques associés :

- ✓ Chirurgie
- ✓ Chimiothérapie
- ✓ Thérapie ciblée
- ✓ Immunothérapie
- ✓ Hormonothérapie
- ✓ Radiothérapie

Lors de ces séances d'HDJ oncogériatriques, le patient bénéficie notamment d'une EGS grâce à une infirmière clinicienne, un oncogériatre, un pharmacien clinicien et des consultations avec des professionnels paramédicaux (assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute, ...) ainsi que des consultations de spécialité (cardiologue et neurologue).

Un bilan biologique complet est également réalisé.

Ces séances permettent au patient âgé de bénéficier d'une évaluation multidisciplinaire dans une unité de lieu et sur un temps court avant le traitement oncologique et éventuellement en suivi gériatrique pendant le traitement oncologique.

Les séances d'HdJ et les consultations ont lieu sur l'hôpital Sainte Marguerite.

La demande de rendez-vous se fait par un numéro unique : 04 91 38 87 26

ou mail : Oncogeriatric@ap-hm.fr



ZOOM sur l'activité de

NEUROGERIATRIE AU SEIN DU POLE GERIATRIQUE

Responsables Dr Patrick BENSA, Dr David TAMMAM

Les maladies neurologiques sont fréquentes chez les personnes âgées.

De plus, le retentissement engendré sur le quotidien des patients et de leur famille est souvent plus sévère et plus précoce que chez le sujet jeune. Cela est dû notamment au fait que les problématiques médico-sociales, autres que neurologiques, sont fréquemment présentes chez la personne âgée (dénutrition, déconditionnement à l'effort physique et/ou psychique, précarité sociale, isolement, dépendance, multiples pathologies associées, fragilité osseuse, risque de chutes).

La neurogériatrie a pour objectif de prendre en charge de façon pluridisciplinaire les patients âgés souffrant de maladies neurologiques en tenant compte de ces spécificités (diagnostic, suivi, traitement, prévention des complications, prise en compte des pathologies associées).

La neurogériatrie concerne diverses pathologies telles que :

- ✓ les troubles cognitifs et/ou psycho comportementaux
- ✓ les troubles de la marche ou de l'équilibre
- ✓ ou encore les douleurs d'origine neurologique (céphalées / neuropathies)

D'un point de vue organisationnel, nous disposons :

- ✓ d'un hôpital de jour destiné à explorer et à traiter les patients complexes et ou poly-pathologiques, nécessitant divers examens (IRM, scanner, ponction lombaire) et des compétences neurologiques (neurologues, neuropsychologues) et extra-neurologiques (gériatres, oncologues, rhumatologues).
- ✓ d'une activité de consultation neuro-gériatrique afin d'assurer les suivis et de répondre à la demande des médecins et de la population marseillaise.

Cette prise en soin peut faire appel en fonction des besoins à divers intervenants : en plus du neurologue et du gériatre, des médecins rééducateurs, des neuropsychologues, des rhumatologues, des assistantes sociales.

Elle débouchera sur une synthèse concertée, comprenant un versant diagnostic et thérapeutique avec proposition d'un projet thérapeutique médical et social.



ZOOM sur l'activité de

UNITE DE NEUROLOGIE COMPORTEMENTALE AU SEIN DU POLE GERIATRIQUE

Responsable :

Pr Mathieu CECCALDI – Dr Patrick BENSA – Dr Léa CORNEILLE - Dr David TAMMAM

Le service de neurologie comportementale est destiné à l'étude des troubles cognitifs et/ou comportementaux en rapport avec des lésions cérébrales focales ou diffuses.

Les pathologies concernées sont de façon non exhaustive :

- ✓ Les maladies neurodégénératives telles que :
 - La maladie d'Alzheimer et apparentés,
 - la démence fronto-temporale
 - ou la maladie de Parkinson.
- ✓ Les encéphalopathies acquises telles que :
 - Les pathologies vasculaires (AVC),
 - les traumatismes crâniens,
 - la sclérose en plaques.

A ce titre, nous disposons de médecins neurologues, de neuropsychologues pour évaluer la cognition et les émotions en hôpital de jour ou en consultation.

Nous sommes de plus en collaboration quotidienne avec la gériatrie, la neuroradiologie, la médecine nucléaire, l'orthophonie, les soins infirmiers et le service social.

A l'issue du bilan, un diagnostic est établi afin de proposer un projet thérapeutique avec un suivi optimal.

ZOOM sur l'activité de

EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE EXTERNE (EMGE)

Responsables Dr Pauline ALFONSI, Dr Sonia NOUVELLET, Dr Joris WEILAND

L'Equipe Mobile Gériatrique Externe (EMGE) intervient sur tous les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) de l'agglomération marseillaise.

L'équipe est composée de 3 médecins gériatres et d'une infirmière coordinatrice spécialisée en gériatrie sanitaire et sociale, qui prend en charge des patients âgés ayant un parcours complexe de soins.

La mission de cette équipe est de limiter le passage au Service d'Accueil des Urgences de cette population âgée en favorisant les hospitalisations programmées (hors détresse vitale).

Les principaux motifs médicaux d'intervention de l'EMGE sont les troubles du comportement rencontrés dans les pathologies neurodégénératives, les refus de soins, les refus alimentaires, les chutes à répétition ou la prise en charge de lésions cutanées.

L'expertise gériatrique hospitalière est sollicitée pour poser des diagnostics et permettre de guider les équipes de coordination, de direction et les familles dans les situations complexes ou posant des questionnements éthiques : indication d'hospitalisation, de soins palliatifs, de changement d'unité, de gastrostomie...

Elle s'appuie sur une étroite collaboration avec les médecins coordinateurs des EHPAD, les médecins traitants et les spécialistes.

L'EMGE permet une expertise gériatrique sur l'établissement et propose des solutions personnalisées (Plan Personnalisé de Santé) : avis thérapeutique, thérapies non médicamenteuses, mise en place HAD, relais avec équipe mobile de Soins Palliatifs ou de gériopsychiatrie, programmation de consultations spécialisées ou d'hôpitaux de jour.

Elle guide les professionnels de santé dans la filière gériatrique.

L'EMGE apporte un soutien à l'équipe médicale et paramédicale de coordination sur les thèmes gériatriques : iatrogénie, nutrition, prévention des chutes, promotion du maintien de l'autonomie et participation possible à la réflexion de questions éthiques.

L'EMGE aide alors l'établissement volontaire à organiser sa politique de prévention selon les priorités repérées par ce dernier et participe ainsi à sa démarche continue de qualité.

L'EMGE peut aussi être sollicitée par les EHPAD pour leurs résidents hospitalisés au sein de l'APHM afin de favoriser la continuité des soins dans une recherche de parcours facilité pour cette population dépendante.

De même les unités de soins peuvent contacter l'EMGE pour faciliter le retour de ces sujets âgés dans leur structure.

L'EMGE, par ses missions, concourt et répond à la volonté partagée de liaison entre les structures médico-sociales et l'hôpital. Elle participe activement au Parcours de Santé de la Personne Âgée sur le territoire marseillais.



ZOOM sur l'activité de

EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE DOMICILE VILLE

Responsables Dr Alice Michel – GCS PGAM

Évaluation médicale, paramédicale au domicile sur Marseille – Allauch – Plan de Cuques
Horaires d'interventions : du lundi au vendredi de 9H00 A 17H00

*Service gratuit financé par l'ARS
porté par le Groupement de Coopération Sanitaire pour un Parcours Gériatrique dans l'Agglomération Marseillaise*

POUR QUI ?

La personne âgée de + de 65 ans poly pathologique en perte d'autonomie et qui présente au moins une des fragilités médicales suivantes habitant sur Marseille, Allauch ou Plan de Cuques :

- Hospitalisations à répétition.
- Rupture du suivi médical.
- Troubles de la mémoire, désorientation.
- Chutes à répétition et troubles de la marche.
- Handicap visuel ou auditif ayant des conséquences sur la qualité du maintien au domicile.
- Risque de dénutrition.

QUI FAIT LA DEMANDE ?

- Le Médecin Traitant, les praticiens hospitaliers et les intervenants médico-sociaux, paramédicaux...
- La personne elle-même, sa famille, son entourage...
- Tous professionnels de santé, du médico-social, du social et de l'aide à domicile intervenant auprès de la personne âgée et de sa famille

LES MODALITES D'INTERVENTION

- Une **évaluation médicale et médico-sociale** de la personne âgée est proposée au domicile.
- Un **Plan personnalisé de santé** est réalisée à destination du Médecin Traitant et des professionnels du domicile.
- **Adhésion de la personne âgée** et/ou de son entourage est recherchée systématiquement.
- L'utilisation de la **Télémédecine** peut être proposée comme complément d'expertise médicale, complète les actions d'intervention au domicile et facilite les activités des autres professionnels
- L'équipe de **l'EMG Domicile-Ville avec l'accord du Médecin Traitant**, organise les transferts ou les mises en lien pour une hospitalisation ou des consultations spécialisées
- Organisation de réunions de concertations, en cas de nécessité avec l'ensemble des professionnels concernés.

Téléphone : 04 51 74 58 24 - Fax réseau : 04 91 74 45 27

Mail réseau : reseau.gms@ap-hm.fr

Médecin coordonnateur : Dr Alice MICHEL

Infirmière coordinatrice : Corinne GERARD

Psychologue : Isabelle POLI

Assistante de coordination/Référente sociale : Béatrice HADDAD

ZOOM sur l'activité de



RESEAU ILHUP

(Intervenants Libéraux & Hospitaliers Unis pour le Patient)

Responsable M. Stéphane FABRIES 04 91 52 13 69

stephane.fabries@reseauilhup.com

Horaires d'interventions du lundi au vendredi de 8H00 A 18H00

Service gratuit financé par l'ARS

Le Réseau ILHUP porte plusieurs services :

Service PAPS – Pôle d'Appui aux Professionnels de Santé

Responsable : M. Guénolé LORINQUER – 04 91 52 35 20 – coordination@reseauilhup.com

POUR QUI ?

- Toute personne ayant besoin de soins infirmiers au domicile que cela soit dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation ou d'un maintien au domicile sur toute la région PACA.

QUI FAIT LA DEMANDE ?

- Le Médecin Traitant, les praticiens hospitaliers et les intervenants médico-sociaux, paramédicaux...
- La personne elle-même, sa famille, son entourage...
- Tous professionnels de santé, du médico-social, du social et de l'aide à domicile intervenant auprès de la personne âgée et de sa famille

LES MODALITES D'INTERVENTION

- Une évaluation des besoins est faite, un appui peut être mis en place pour accompagner les professionnels déjà en place sous forme de compagnonnage (plaies, stomies).
- Des infirmiers libéraux et des assistantes de coordination assurent la sécurisation des accompagnements.
- Si le patient n'a pas d'infirmiers, nous faisons une recherche, nous transmettons toutes les informations et mettons en place un suivi en fonction des besoins de la personne
- Avec les partenaires des établissements de santé nous construisons à la demande des parcours protocolisés.

Service Soutien Psychologique

Responsable : Mme Maïlis LEROY – 04 91 52 13 69 – coordinationpsy@reseauilhup.com

POUR QUI ?

- À tout moment de la maladie, pour tous les patients atteints d'un cancer et/ou leur entourage proche, résidant ou pris en charge en région PACA et Corse.

QUI FAIT LA DEMANDE ?

- Le patient ou son proche

LES MODALITES D'INTERVENTION

- Aider le patient, ou son proche, dans l'orientation vers un professionnel à proximité de chez lui.
- Proposer un accompagnement psychologique : un accompagnement psychologique de 4 séances par téléphone, en cabinet ou à domicile.
- Les psychologues travaillant avec ILHUP sont formés et/ou expérimentés à la maladie et pratiquent un tarif adapté au niveau de vie des personnes.

Responsable M. Stéphane FABRIES

04 91 52 23 21 / 06 49 56 06 07 – contact@pratic-sante.fr

Horaires d'interventions du lundi au vendredi de 8H00 A 18H00

Service gratuit financé par l'ARS

L'objectif de PRATIC Santé est de proposer un **appui aux professionnels de santé, du médico-social et du social**, dans leurs interventions auprès de personnes en parcours de santé ressenti comme **complexe**. Dans le cadre d'une offre d'appui, l'équipe de PRATIC Santé propose avant tout une écoute bienveillante, un temps privilégié pour réfléchir ensemble et des solutions pratiques en fonction des ressources disponibles sur le territoire concerné.

Vous bénéficiez d'une approche pluriprofessionnelle et avez à vos côtés une équipe formée pour les situations complexes que vous rencontrez.

OÙ ?

- Pratic Santé intervient sur les communes suivantes :
 - ✓ Marseille et ses alentours : Allauch, Plan de Cuques, Septèmes les Vallons et les Pennes Mirabeau
 - ✓ Le Territoire d'Aubagne-La Ciotat : Aubagne – Auriol – Belcodène - La Bouilladisse - Cadolive - Carnoux en Provence - Cassis - Ceyreste - La Ciotat - Cuges-les-Pins - La Destrousse – Gémenos - La Penne-sur-Huveaune – Peypin – Roquefort la Bédoule – Roquevaire – Saint Sournin

POUR QUI ?

- La plateforme répond à toute situation quels que soient l'âge, la pathologie ou le handicap et elle intervient avec l'accord du patient et de son médecin traitant.

QUI FAIT LA DEMANDE ?

- Tout professionnel du champ de la santé :
 - ✓ La PTA PRATIC Santé propose un soutien aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, qui rencontrent des difficultés dans leurs interventions auprès de personnes au parcours de santé complexe.

LES MODALITES D'INTERVENTION

- 1 - Information et orientation vers les ressources du territoire
 - ✓ Soit les besoins repérés sont couverts par des ressources existantes : la PTA informe et/ou oriente le professionnel vers le professionnel ou le service pertinent,
 - ✓ Soit les besoins repérés ne sont pas couverts ou inaccessibles, inadaptés : la PTA propose alors un appui à la coordination du parcours de santé complexe (mission 2).
- 2 - Appui à la coordination
 - ✓ L'équipe de la PTA vient en appui à la coordination des différents intervenants autour de la personne en lien étroit avec les dispositifs existants, sans se substituer aux professionnels de terrain et toujours en lien avec le médecin traitant.

Rachel Charef (coordinatrice sociale)

Dr Géraldine Delalande (médecin coordinateur)

Carole Joseph (responsable des partenariats)

Julie Marchand, Marylène Mas et Fabienne Motte (infirmières coordinatrices)

Sandrine Pignatell (coordinatrice de parcours)

ZOOM sur l'activité de

HOTLINE DE GERIATRIE

Responsables Dr Sonia NOUVELLET

(((ALLO)))
GERIATRIE
04.91.389.389

Fax : 04 91 388 717

Déployé dans le cadre du développement de la relation ville-hôpital, ALLO GERIATRIE a pour but de rechercher avec les médecins libéraux et les autres professionnels de santé de ville la prise en charge la plus adaptée pour les personnes âgées de plus de 75 ans, en provenance du domicile, d'une résidence autonomie, d'EHPAD ou d'USLD.

Cette hotline gériatrique a pour but de proposer un accès direct au médecin gériatre pour un avis ou une demande d'hospitalisation directe de personnes âgées de plus de 75 ans en provenance du domicile, d'une résidence autonomie ou d'EHPAD.

Ces patients seront orientés vers les services adaptés en accord avec les médecins libéraux et les autres professionnels de santé de ville dans le but d'optimiser la relation ville-hôpital.

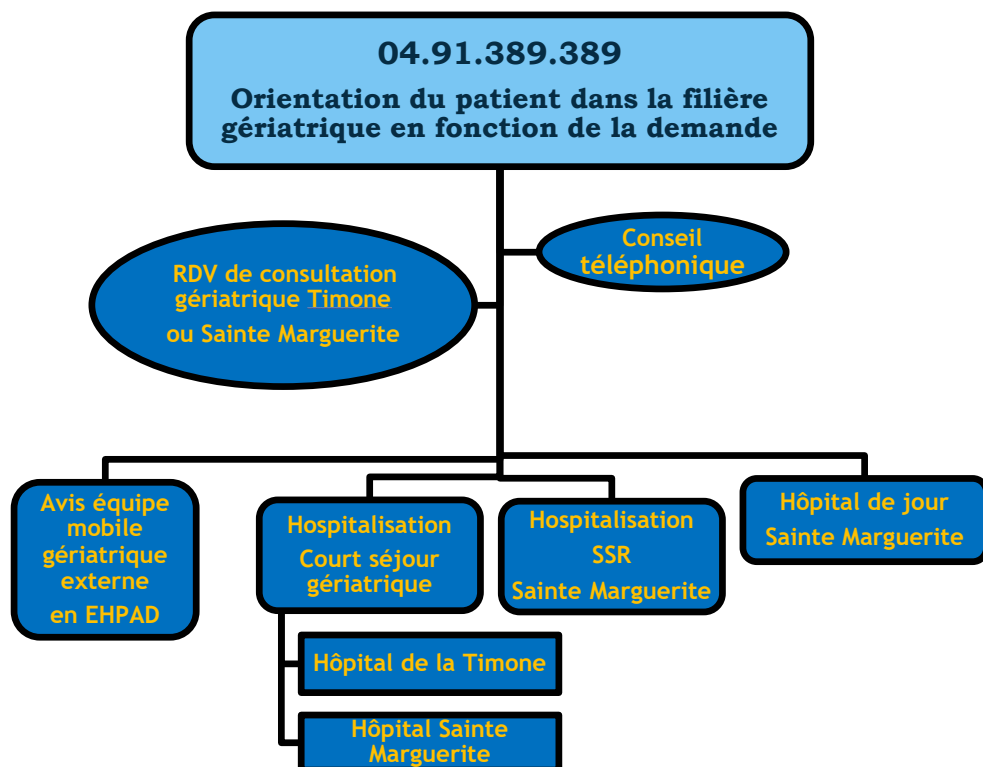
L'objectif est d'éviter le passage aux urgences de sujets âgés, qui leur est souvent délétère.

Une orientation vers les Urgences sera faite selon l'état clinique décrit. Y interviennent une IPA (Infirmière en Pratiques Avancées) et un médecin gériatre.

Le conseil téléphonique permet d'aiguiller la prise en charge, qu'elle soit vers une :

- ✓ Hospitalisation en unité de court séjour de gériatrique dans les services de l'Hôpital de la Timone ou Sainte Marguerite ;
- ✓ Hospitalisation en S.S.R. à l'Hôpital Sainte Marguerite ;
- ✓ Evaluation en Hôpital de Jour à l'Hôpital Sainte Marguerite ;
- ✓ Consultation gériatrique sur les sites Timone ou Sainte Marguerite ;
- ✓ Intervention pour un avis gériatrique en EHPAD de l'Equipe Mobile de Gériatrie Externe.

Les différents services d'accueil ne sont pas adaptés pour l'accueil de patients présentant des troubles du comportement sévères et/ou à risque de fugue



Les services de court séjour et de SSR du Pôle sont des unités ouvertes et ne sont donc pas adaptées pour recevoir des patients présentant des troubles du comportement sévères et/ou à risque de fugue

*Service de Médecine Interne, Gériatrie et Thérapeutique du Pr Patrick VILLANI
CHU de la Timone, AP-HM*

ZOOM sur l'activité de

MEDECINE VASCULAIRE

Responsable Dr Magali CARCOPINO-TUSOLI

Notre équipe de soin vous reçoit au centre de consultations avec un plateau technique permettant :

- ✓ la réalisation de tous types d'écho-dopplers artériels et veineux.
- ✓ la prise en charge des varices par écho-sclérose mousse
- ✓ la réalisation de capillaroscopies.
- ✓ le bilan et le suivi des lymphœdèmes.

Nous mettons en place au sein de l'AP-HM « SOS-plaies-chroniques »



En effet, Les plaies chroniques des membres inférieurs, plus communément appelé ulcères, sont un problème de santé publique. Une plaie est considérée comme chronique lorsqu'elle n'évolue pas correctement après 4 semaines de cicatrisation dirigée. Ces plaies chroniques ont des répercussions sur la santé et la qualité de vie, mais également des conséquences socio-économiques importantes. Dans nos pays industrialisés elles concernent jusqu'à 12 % de la population âgée de plus de 72 ans.

Avec, comme épiscentre, le centre de consultations spécialisées du Pr VILLANI à l'hôpital Sainte Marguerite, nous formons autour de la thématique de la plaie chronique un réseau de médecins et d'infirmières dynamiques de différentes spécialités : dermatologie, endocrinologie, gériatrie, chirurgie vasculaire, médecine hyperbare, réadaptation fonctionnelle, en collaboration avec des kinésithérapeutes, podologues et orthésistes spécialisés en compression veineuse.

L'objectif est de proposer dans un premier temps un bilan exhaustif du patient avec un écho-doppler artériel et veineux et la prise des index de pression systolique et d'organiser l'intervention ponctuelle ou récurrente de tous les acteurs de soins concernés, à la fois sur la cicatrisation dirigée, mais aussi dans la prise en charge globale du patient.

Ce bilan doit être réalisé à la demande d'un acteur de soin afin de conserver une bonne coordination du réseau ville-hôpital et afin de respecter les protocoles de soins déjà mis en place par les médecins ou infirmières prenant en charge le patient.

Les demandes de bilan peuvent se faire directement par email à l'adresse : SOS-plaies-chroniques@ap-hm.fr

Vous pouvez télécharger sur <http://fr.ap-hm.fr/> un courrier type (*annexe 6*) à remplir et à donner au patient pour le jour de son rendez-vous.

Annexe 6

Lien vers PDF à télécharger sur le site



DEMANDE DE BILAN DE PLAIE CHRONIQUE Echec de 4 semaines de cicatrisation dirigée

PATIENT

NOM : _____

Prénom : _____

DDN : ____/____/____

Date de la demande

____/____/____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Facteurs de risque :

- ☐ Tabac
- ☐ Diabète
- ☐ HTA
- ☐ Coronaropathie
- ☐ Artériopathie connue
- ☐ Insuffisance rénale
- ☐ Chirurgie ou traitement des varices

Déambulation :

- ☐ Adaptée
- ☐ Limitée sans aide
- ☐ Limitée mais possible avec aide
- ☐ Impossible

Premier épisode

- ☐ Oui
- ☐ Non

Durée d'évolution de la plaie :

- ☐ < 3 mois
- ☐ 3 – 6 mois
- ☐ 6 mois – 1 an
- ☐ 1 an

Demande de mise en place d'un protocole de pansement

- ☐ Oui
- ☐ Non*

* En cas de protocole déjà prescrit, merci de demander au patient de venir avec ses pansements, nous n'avons pas toujours tout le matériel disponible en ville.

PRESCRIPTEUR

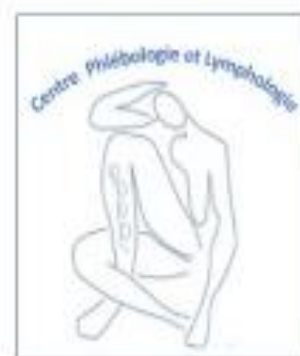
Projets du Département de Médecine Interne, Post-Urgences, Gériatrie et Thérapeutique

Le centre de phlébologie et lymphologie

Si nous assurons déjà les bilans d'insuffisance veineuse et la prise en charge par écho-sclérose mousse des varices des membres inférieurs, nous souhaitons développer activement la phlébologie sur le secteur sud et y associer un centre de référence en lymphologie.

La lymphologie est une spécialité peu connue qui concerne pourtant de nombreuses personnes en post- chirurgie cancérologique mais aussi les lymphoedèmes congénitaux et primitifs.

Nous avons à cœur de créer sur le secteur sud, pour ces patientes et patients, le centre de référence du diagnostic et de la prise en charge du lymphoedème, au sein d'un réseau coordonné de kinésithérapeutes et d'orthésistes spécialisés dans les techniques de thérapies décongestives complexes.



La téléconsultation d'oncogériatrie (projet de recherche PREPS)

Investigateur principal – Coordonnateur : Dr COUDERC Anne-Laure
Etablissement promoteur : APMH



Déploiement d'une Télé-consultation en Oncogériatrie et d'une Télé-expertise pharmaceutique pour les patients âgés ≥ 75 ans allant bénéficier d'un traitement oncologique et habitant une zone non ou peu pourvue d'évaluation oncogériatrique à proximité du centre oncologique de référence

Etude multicentrique, prospective, randomisée portant sur 500 patients sur 9 centres participants dont 6 centres hospitaliers périphériques, recruteurs.

L'expérimentation sera représentée par la mise en place de la télémedecine dans les centres d'oncologie où ces expertises sont peu disponibles, leur permettant de bénéficier d'une téléconsultation d'oncogériatrie et d'une télé-expertise pharmaceutiques réalisées par trois centres.

L'objectif principal de notre travail est l'évaluation de l'impact de la télémedecine en oncogériatrie sur le taux de ré-hospitalisation non programmée à 3 mois.

Projets du Département de Médecine Interne, Post-Urgences, Gériatrie et Thérapeutique

Soins de Suite et de Réadaptation à orientation oncogériatrique

Porteur du projet : Pr P. VILLANI – Dr A.L. COUDERC

Face à la forte demande, nous avons le projet d'implanter un SSR de 20/25 lits à orientation oncogériatrique sur l'Hôpital Sainte Marguerite à l'AP-HM.

La localisation sur Ste Marguerite serait un atout car proche de l'hôpital de Jour Gériatrique et Oncogériatrique et les patients pourraient bénéficier de la rééducation et réadaptation avec le même plateau technique et de rééducation que les patients du SSR polyvalent.

Deux orientations seraient données à ce projet :

- La réhabilitation physique pour des patients repérés fragiles, avant la chirurgie notamment ou la chimiothérapie ou la radiothérapie.
- La prise en charge des inter-cures pour les patients fragiles (chimiothérapie et radiothérapie).
- 5/6 lits identifiés soins palliatifs ou de support pour les personnes âgées atteintes de cancer pourraient être intégrés dans ce projet.



CREDIA

Porteur du projet : Pr S. BONIN-GUILLAUME

(Centre de **R**ecours et d'**E**xpertise de la **D**épression et de la **I**atrogénie de la personne âgée et de l'aide aux **A**idants vulnérables)

Le projet CREDIA est un projet pluridisciplinaire qui s'inscrit dans le cadre du projet d'établissement concernant la structuration de la filière gériatrique et l'élargissement de l'offre de soins psychiatriques sur le territoire de Santé de Marseille et répond aux attentes nationales sur ces thématiques.

Il s'inscrit dans le parcours patient âgé par une prévention du suicide, du mésusage des médicaments en particulier de psychotropes, et en anticipant le risque de rupture du parcours de la personne âgée par des hospitalisations évitables et/ou épuisement de ses aidants naturels. Il met à la disposition de la personne âgée et des professionnels un dispositif de consultation et d'hôpital de jour permettant une évaluation et prise en charge programmées des troubles affectifs de survenue tardive, une optimisation des traitements, et une évaluation de la santé des aidants en situation de grande vulnérabilité ou d'épuisement.

Le patient bénéficiera d'une expertise sur un lieu déjà dédié à la prise en charge de la personne âgée apportant une meilleure cohérence à son parcours. Une expertise à distance permettra de compléter le dispositif.

Département de Médecine Interne, Post-urgences, Gériatrie et Thérapeutique

Chef de Service : Professeur Patrick VILLANI

Gériatrie

- Pr Sylvie BONIN-GUILLAUME
- Dr Pauline ALFONSI
- Dr Anne Laure COUDERC
- Dr Géraldine DELALANDE
- Dr Victoria GARRIDO
- Dr Pierre LEVEQUE
- Dr Barbara MIZZI
- Dr Sonia NOUVELLET
- Dr Odile REYNAUD-LEVY

Médecine Interne

- Pr Aurélie DAUMAS
- Dr Robin ARCANI
- Dr Stéphane GAYET

Médecine Polyvalente

- Dr Victor CHABERT

Soins de Suite et Réadaptation

- Dr Nirvina GOBIN
- Dr Vanessa HO
- Dr Magali KRAIF
- Dr Mathilde CELERIER

Rhumatologie

- Dr Pierre ALCARAZ
- Dr Douglas BOISSIN
- Dr Sarah BOULODIAN
- Dr Régine BRONDINO
- Dr Thomas GONZALEZ
- Dr Barbara MATTA
- Dr Bénédicte MUGNIER
(Filière Fragilité Osseuse)

VIH du sujet âgé

- Dr Nathalie PETIT (Infectiologue)

Equipe Mobile de Gériatrie Intra et Extra-hospitalière, Centre Et Hotline (04 91 389 389)

- Dr Sonia NOUVELLET
- Dr Joris WEILAND
- Dr Pauline ALFONSI
- Dr Gwenaël SALAUN

Equipe Mobile de Gériatrie Nord

- Dr Géraldine DELALANDE

Neurologie comportementale

- Pr Mathieu CECCALDI
- Dr Patrick Bensa
- Dr Léa CORNEILLE
- Dr David TAMMAM

Oncogériatrie

- Dr Anne-Laure COUDERC
(oncogériatrie)
- Dr Coline MONTEGUT
(oncologie médicale)

Equipe de pôle

Responsable Médical : Pr Patrick VILLANI
Directeur Délégué : M. Dimitri SANCHEZ
Cadre Administratif : Mme Lydia LOUATI

Les coordonnées

Les équipes d'hospitalisation

Court Séjour Timone (40 lits)

- Demande d'hospitalisation
8h à 17h du lundi au vendredi
☎ : 04 91 38 87 15 / 04 91 38 87 16
📄 : 04 91 38 87 17
- Nouvelles du patient hospitalisé
☎ : 04 91 38 87 11

Court Séjour Gériatrique Sud (25 lits)

- Demande d'hospitalisation
8h à 17h du lundi au vendredi
☎ : 04 91 74 46 12 / 04 91 74 46 51
📄 : 04 91 74 48 33
- Nouvelles du patient hospitalisé
☎ : 04 91 74 46 60

SSR Gériatrique (50 lits)

- rééducation neurologique post-AVC
- rééducation fonctionnelle post fracture du col
- ré-autonomisation après hospitalisation en service aigu spécialisé
- Demande d'hospitalisation
8h à 17h du lundi au vendredi
☎ : 04 91 74 48 30 / 04 91 74 43 35
📄 : 04 91 74 48 33 ou « Trajectoire »
- Nouvelles du patient hospitalisé
Unité 1 ☎ : 04 91 74 47 63
Unité 2 ☎ : 04 91 74 45 35

Les activités ambulatoires

Consultations

Approche pluridisciplinaire de la personne âgée (ostéoporose, prévention des chutes, bilan mémoire, médecine interne, neurologie et rhumatologie)

- Prise de RDV
8h à 15h48 du lundi au vendredi
☎ : 04 91 74 65 65

Consultations de neurogériatrie

- Prise de RDV
8h à 15h48 du lundi au vendredi
☎ : 04 91 74 49 49

Explorations en HdJ de Gériatrie

- Demande de RDV pour un Hôpital de Jour
8h à 17h00 du lundi au vendredi
☎ : 04 91 74 46 02

Explorations en HdJ de Neurogériatrie

- Demande de RDV pour un Hôpital de Jour
8h à 17h00 du lundi au vendredi
☎ : 04 91 74 46 02

Equipe Mobile de Gériatrie Centre (EMGC)

☎ Secrétariat : 04 91 38 87 18
📄 : 04 91 38 87 17

Equipe Mobile Gériatrique Externe (EMGE)

☎ Secrétariat : 04 91 38 87 26
📄 : 04 91 38 87 17

Unité Transversale d'OncoGériatrie (UTOG)

☎ Secrétariat : 04 91 38 87 26

Par ailleurs ...

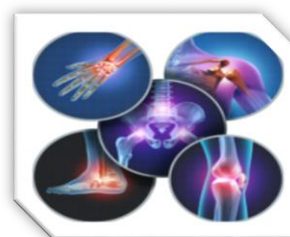
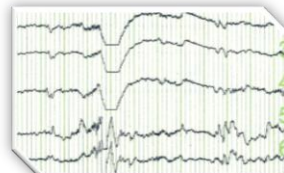
Le pavillon Cantini héberge aussi un Centre des Consultations Spécialisées multidisciplinaire. Il permet aux services un accès rapide aux principaux avis spécialisés mais aussi une offre de soins pour le bassin de population des quartiers Sud de Marseille.

- **Ophtalmologie** (Pr D. DENIS)
Dr E. HADJADJ, Dr S. YAICI
- **ORL – Chirurgie cervico-faciale** (Pr J. MICHEL)
Dr O. BOUQUET (ORL)
- **Cardiologie** (Pr J.-C. DEHARO)
- **Cardiologie** (Pr F. COLLART et Pr J.F. AVIERINOS)
Consultations primaires : rendez-vous sur Doctolib



Autres spécialités :

- **Dopplers Artériels et Veineux** (Dr CARCOPINO-TUSOLI)
- **Exploration EEG ET EMG** (Pr F. BARTOLOMEI)
- **Chirurgie orale** (Pr F. CAMPANA)
Dr S. HAMMOUTENE
- **Rhumatologie**
Dr P. ALCARAZ, Dr D. BOISSIN, Dr S. BOULLOUDIAN,
Dr R. BRONDINO, Dr T. GONZALEZ, Dr B. MATTA, Dr B. MUGNIER
- **Neurologie gériatrique**
Dr P. BENZA, Dr D. TAMMAM
- **Neurologie comportementale**
Pr M. CECCALDI, Dr L. CORNEILLE, Dr P. BENZA, Dr D. TAMMAM,
Dr A. BENVENUTTO



Prise de rendez-vous au ☎ 04 91 74 65 65
(délais rapides, pas de dépassement d'honoraires)

Pour se rendre à l'Hôpital Sainte Marguerite/PAVILLON CANTINI

➔ Suivre la direction Quartier Sainte Marguerite / Hôpitaux Sud

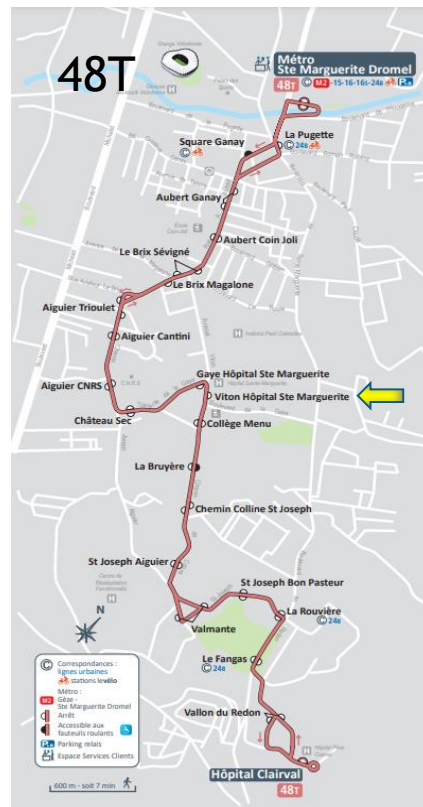
➔ Dans l'Hôpital : direction **PAVILLON CANTINI**



Métro Ligne n° 2, station « Ste Marguerite – Dromel »



puis : Bus n°46, 46S, 48T - Arrêt : Viton - Hôpital Sainte-Marguerite



Voitures ou Ambulances (avec prise en charge)

Suivre la direction « quartier Ste-Marguerite / Hôpitaux Sud » ; entrée avenue Viton



Une station de taxis est à votre disposition devant le bâtiment principal de l'hôpital Sainte Marguerite.



Le stationnement dans l'enceinte de l'hôpital est autorisé.

Plan du site : Hôpital Sainte Marguerite

