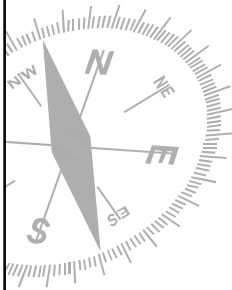
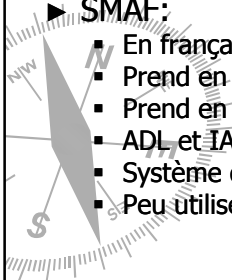


Autonomie fonctionnelle



Autonomie fonctionnelle

- ▶ Katz?
- ▶ Barthel Index: version modifiée de ADL de Katz mais sur 100 avec plus de sensibilité au changement
- ▶ Blessed dementia rated scale (non validé en français) 2 parties: maison et soins perso (0-17) sensible au changement, utile hors démence?
- ▶ SMAF:
 - En français
 - Prend en compte les aides et leur stabilité
 - Prend en compte la réalité/déclaration
 - ADL et IADL
 - Système de classification
 - Peu utilisé hors du Québec



Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle SMAF

Incapacités | **Handicaps**

I. SE NOURRIR

Se nourrit seul -0,5 Avec difficulté	
Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou mettre en purée sa nourriture au préalable	Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité
A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un	<input type="checkbox"/> Oui
Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> gastrostomie	Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Commentaires (aide technique utilisée, par exemple) : _____	

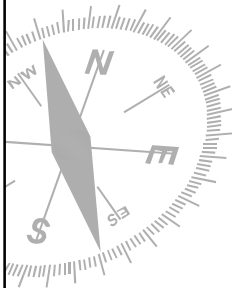
* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

* Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

IADL = AVD

- ▶ Pas de consensus sur la cotation (notamment pour les différences hommes/femmes) ni sur la façon d'exprimer le score (pourcentage?)
- ▶ Dans PAQUID, seuls 4 items (utilisation du téléphone, des moyens de transport, la responsabilité pour la prise de médicaments, et la capacité à gérer son budget) sont pertinents pour faire du dépistage cognitif (mais non comparé à d'autres stratégies), 0:0,2%, 4:37,5%
- ▶ Le SMAF comporte des items IADL

Comorbidités

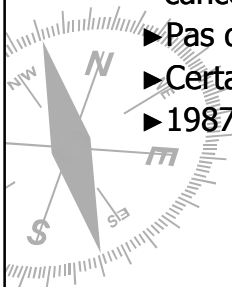


Comorbidités

► Charlson Index:

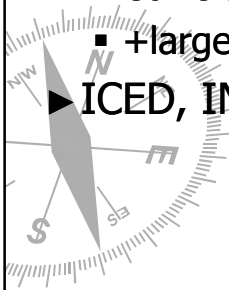
▪ Avantages:

- Simple et avec bonne reproductibilité (0.74-0.94)
- Validé dans des populations de patients atteints de cancer
- Pas de prise en compte de l'activité de la maladie
- Certains états pathologiques manquent
- 1987: SIDA=Cancer



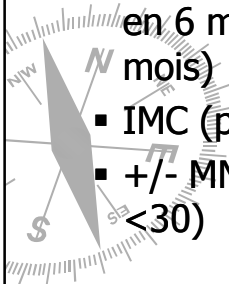
Comorbidités

- ▶ CIRS (Cumulative illness rating scale)
 - 1968
 - Bonne reproductibilité 0.78-0.98
 - Corrélé au Charlson
 - +large; +complexe;=+long (<10min)
- ▶ ICED, INCALZI, SANTORIONI, GIC...



Nutrition (HAS)

- ▶ Toute personne âgée:
 - ▶ 1/an en ville; 1/mois en institution; en hospitalisation
 - Estimer appétit, apports alimentaires
 - Poids, perte de poids (> 5% /mois ou > 10% en 6 mois, sévère si > 10%/m ou > 15% en 6 mois)
 - IMC (poids/t²) (<21, sévère si < 18)
 - +/- MNA (< 17) ou albumine (<35, sévère si <30)



MNA dépistage

- ▶ A Le patient présente-t-il une perte d'appétit?
0 = anorexie sévère; 1 = anorexie modérée; 2 = pas d'anorexie
- ▶ B Perte récente de poids (<3 mois)
0 = perte de poids > 3 kg; 1 = ne sait pas; 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg; 3 = pas de perte de poids
- ▶ C Motricité
0 = du lit au fauteuil; 1 = autonome à l'intérieur; 2 = sort du domicile
- ▶ D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?
0 = oui 2 = non
- ▶ E Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère; 1 = démence ou dépression modérée; 2 = pas de problème psychologique
- ▶ F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)
0 = IMC < 19; 1 = 19 ≤ IMC < 21; 2 = 21 ≤ IMC < 23; 3 = IMC ≥ 23
- ▶ **Dépistage / 14**
- ▶ **Score de dépistage > 12 STOP; 11 ou - : continuer**

MNA

1. Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?
2. Prend plus de 3 médicaments
3. Escarres ou plaies cutanées?
4. Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?
5. Consomme-t-il
*Une fois par jour au moins des produits laitiers?
*Un ou deux fois par semaine des oeufs ou des légumineuses?
*Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille?
6. Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?
7. Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, lait, café, vin...)
8. Manière de se nourrir (seul, assisté ou pas)
9. Le patient se considère-t-il comme bien nourri?
10. Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?
11. Circonférence brachiale
12. Circonférence du mollet

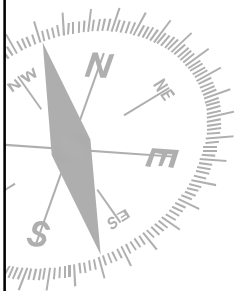
Quelles échelles j'utilise en pratique courante?

- ▶ Cognitif:
 - Le MMSE
 - Le MIS+Horloge+BREF (non cotée)
- ▶ Dépression/Comorbidités
 - 0
- ▶ Autonomie Fonctionnelle
 - ADL/IADL (SMAF)
- ▶ Performance/Equilibre
 - Timed get up and go, 5 levers, Appui unipodal, poussées sternales (+/- Tinetti)
- ▶ Nutrition
 - Albumine/ Δ poids/BMI

Quelles échelles me manquent?

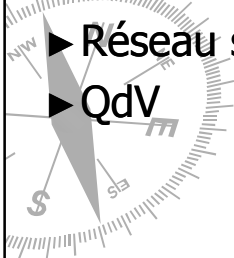
- ▶ Des échelles évolutives plus que de dépistage
 - Sur la dimension psychologique (anxiété et dépression)
 - Sur la dimension cognitive
 - Sur la dénutrition

Autres domaines



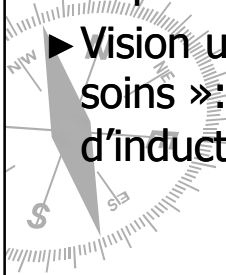
Autres évaluations nécessaires

- ▶ Mobilité (Tinetti, Berg)
- ▶ Douleur
- ▶ Peau
- ▶ Incontinence
- ▶ Réseau social+++
- ▶ QdV



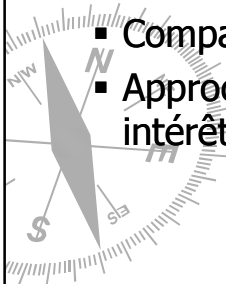
Fardeau

- ▶ Échelle de Zarit du fardeau en cas de démence
- ▶ Validation en dehors de la démence?
- ▶ Important pour la stabilité du réseau social
- ▶ Vision uniquement négative du « prendre soins »: dépassée? → Problème éthique d'induction de la vision négative



Limites des échelles

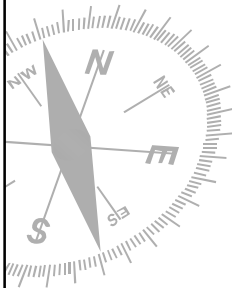
- ▶ Pour évaluation CSP, niveau d'éducation, du revenu, du réseau naturel, nombre de médicaments...
 - Echelles USA pas toujours valables
 - Comparaisons internationales difficiles
 - Approcher tout de même le langage commun: intérêt des outils complets



Le temps de l'évaluation

- ▶ [*« Ne demandez jamais à une personne âgée comment elle va s'il vous reste autre chose à faire le même jour. »*]

- Joe Restivo humoriste américain



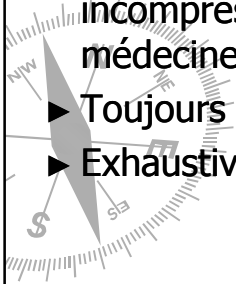
Le temps de l'évaluation

- ▶ Nutrition: 1-10min
- ▶ Mobilité: 1-10min
- ▶ Cognition: 3-10min
- ▶ Dépression: 1-5min
- ▶ ADL: 2-5min
- ▶ IADL: 2-5min
- ▶ Vision-Audition: 1-6min
- ▶ Réseau social: 5-15min
- ▶ Peau: 1-5min
- ▶ Fardeau: 1-5min
- ▶ Incontinence: 1-5min
- ▶ Douleur: 1-5min
- ▶ DONC: 20-86min pour première évaluation rapide d'orientation

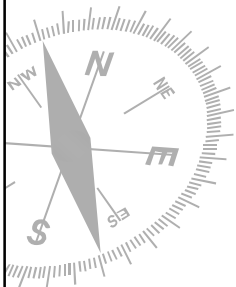


Quel temps consacrer à l'évaluation? Comment tenir compte de la restriction horaire?

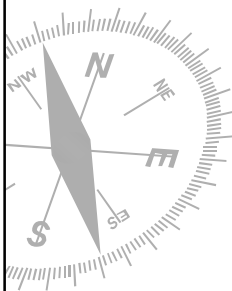
- ▶ L'évaluation prend du temps
- ▶ Le « *mini-CGA* » seul aura un mini-impact (à comparer à une prise en charge optimale)
- ▶ Il faut revendiquer ce temps nécessaire et incompressible (consultation gériatrie vs médecine...)
- ▶ Toujours évaluer avant de planifier,
- ▶ Exhaustivité vs pertinence.



Pause

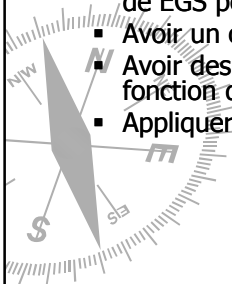


EGS oncologie



EGS en oncologie

- ▶ Grand intérêt mais peu de pratique
- ▶ Confusion totale entre CGA, EGS et stratégie de ciblage
- ▶ Intérêt :
 - Identifier les patients âgés robustes pour qu'ils aient accès au traitement approprié
 - Construire des stratégies adaptées de prises en charges en fonction de EGS pour les patients fragiles ou déjà dépendants
 - Avoir un outil permettant un suivi sur des paramètres pertinents
 - Avoir des études permettant de définir le pronostic des patients en fonction de EGS
 - Appliquer toute la stratégie CGA aux patients ayant un cancer

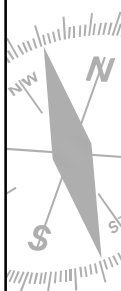


EGS ajoute de l'information?

- ▶ EGS: ADL, IADL, MMSE, GDS, Comorbidités
 - Par rapport au PS d'après l'Eastern Cooperative Oncology Group

▶ Pour 269 patients ayant un PS<2
(asympto ou sympto mais sans gêne)

- 13% avaient des comorbidités >2
- 9.3% avaient une limitation ADL
- 37.7% avaient une limitation IADL
- 27.6% avaient MMSE <24
- 31.7% avaient une probable dépression GDS

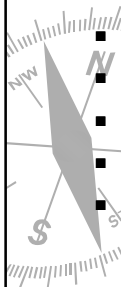


Repetto L et al. JCO 2002;20:494-502

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

EGS ajoute de l'information?

- ▶ 60 Pts (age médian 78 ans) K prostate
- ▶ 83% Karnofsky >60
 - 66% ADL >0
 - 87% IADL >0
 - CIRS-G toujours >0 (75% au moins 1 sévère)
 - 19 cas de prescriptions inappropriées
 - 50% risque de chute
 - 45% tb cognitifs
 - 33% dépressif
 - 65% dénutris

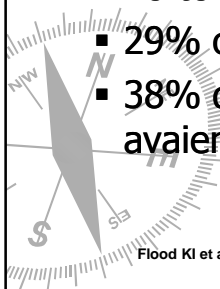


Terret C et al. JCO 2004;22 (14S):8167

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

EGS ajoute de l'information?

- ▶ Dans une unité spécifiquement dédiée au ttt des cancers des patients âgés
 - 109 patients (74 ans), DMS 6j
 - Perte autonomie ADL/IADL très commune
 - 29% ont déficit cog (36% non documenté)
 - 38% des patients ayant une perte de poids avaient un régime restrictif

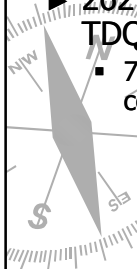


Flood KI et al. JCO 2006;24:2298-303

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

Dépression et Cognition

- ▶ 1109 patients
 - Corrélation entre une échelle de dépression et le jugement clinique
 - 49% (78/159) des patients ayant une symptomatologie par questionnaire évoquant une dépression sévère sont jugés comme n'ayant aucun signe de dépression par l'oncologue qui les suit
 - ▶ Passik SD et al JCO 1998;16:1594-1600
- ▶ 262 pte démente- 258 tb cog – 520 non atteintes (TICS et TDQ = 3 experts k 0.85 –démence : tout domaine)
 - 729 médecins: 81% de reconnaissance des démence ; 44% des tb cog sans démence: 63% de tous les tb sont reconnus, 54% docu
 - ▶ Mieux si formation en G, mieux si patients a atcd d'AVC ou depression,
 - ▶ Moins bien pour tb cog sans démence, K ou pb cardio
 - ▶ Chodosh J et al J Am Geriatr Soc. 2004;52:1051-9.



EGS et expertise clinique

- ▶ 200 patients consultants pour cancer
- ▶ EGS 20min (97.5% complétion) ADL, IADL MNA, MMSE, Tinetti, Charlson
 - 64.3% sont jugés « fit »: 1.3 pb sont identifiés par un CGA chez ces patients (34% ont 0 pb)
 - 32.4% sont jugés « vulnérable » : 2.3 pb (15% ont 0 pb)
 - 3.2% sont jugés « frail » : 4.2 pb (0%)
 - 10 des 29 patients ayant plus de 4 pb sont jugés fit
- ▶ La meilleure concordance est avec Tinetti

Wedding U Crit Rev Oncol Hematol. 2007;64:1-9

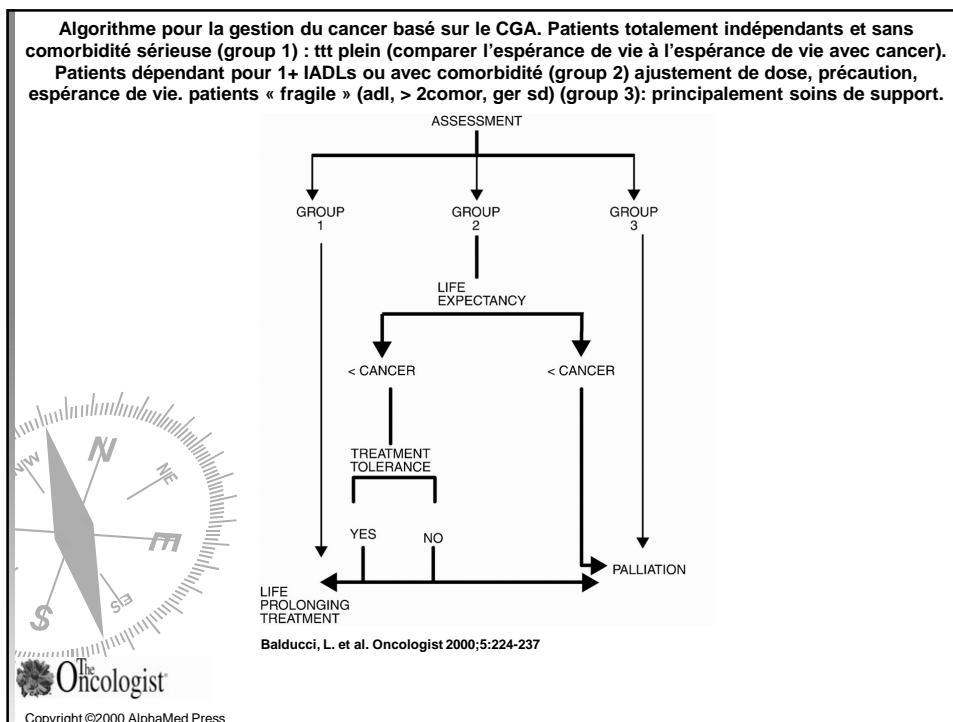
Critical Reviews in
**Oncology
Hematology**

EGS et impact sur le traitement

- ▶ 15 patients (70-87 ans) sur 22 potentiels
- ▶ Eval prévue /3 mois: possible dans 10 cas
- ▶ EGS (IADL, ADL, PS, GDS, MMS, MNA, CIRS-G)
- ▶ 6 pb sur éval initiale en moyenne (11pts) +3 apparition au cours du suivi
- ▶ Impact sur le traitement dans 4/11 cas (36%) dont 1 cas sur la décision de chimio
- ▶ 184 interventions: 25 ide, 29 travailleur soc, 32 diet, 50 pharmacien

Extermann R Crit Rev Oncol Hematol. 2004;49:69-75

Critical Reviews in
**Oncology
Hematology**



EGS et impact sur le traitement

Suggestion before Consultation	Treatment Plan Suggestion after Consultation
51 patients: chemotherapy	23 no modification (45%) 28 modifications (55%) <ul style="list-style-type: none"> - No chemotherapy: 7 - Hormonal therapy: 4 - Dose modification: 1 - Other protocol: 14 - Refusal to be treated: 2
4 patients: chemotherapy + hormonal therapy	3 no modification (75%) 1 modification (25%) (one drug stopped due to comorbidity)
3 patients: chemotherapy + radiotherapy	1 no modification (33%) 2 modifications (67%): no chemotherapy (due to functional status and comorbidity)
16 patients: hormonal therapy	15 no modification (94%) 1 modification (6%) (chemotherapy suggested)
1 patient: chemotherapy or surgery or hormonal therapy?	1 modification: chemotherapy
2 patients: surgery	2 modifications (no surgery because of denutrition and functional status)
4 patients: radiotherapy ± hormonal therapy	0 modification
1 patient: chemotherapy + surgery	0 modification
11 patients: watchful waiting	1 modification (9%)
Total: 93 patients	36 modifications (38.7%)

Girre V et al. J Gerontol A Biol Med Sci 2008;63:724

► Contesté par Horgan AM et al Am J Clin Oncol 2011 : impact très modéré 1/24 quand la décision est certaine; 5/6 en cas d'indécision, faisabilité modeste 168 éligible, 48 proposés, 30 évalués

EGS et impact sur le traitement

- ▶ ADL : dep ou pas : taux modif du plan: ns
- ▶ PS 0-1 ou 2+: ns
- ▶ BMI <23 : 0.03
- ▶ Chutes 2/an : ns
- ▶ MiniGds - : 0.02
- ▶ Comorbidité : ns
- ▶ Albumin 35 : ns

Girre V et al. J Gerontol A Biol Med Sci 2008;63:724

The Journals of **gerontology**
BIOLOGICAL SCIENCES AND MEDICAL SCIENCES

EGS ou case-management

- ▶ 665 patientes k sein > 65 ans
- ▶ Expertise prof non systématique mais aidée par un ensemble de directives et d'échelles standardisées validées
- ▶ Visite à dom, téléphone, présence lors des Cs ou H
- ▶ Action éducation, conseil, représentation, coordination
- ▶ Meilleure implication dans le ttt, meilleure humeur, meilleur qualité du ttt, meilleure satisfaction

EGS en préop

- ▶ Un panel d'instrument validé
- ▶ 2 sem avant la chir
- ▶ 20 min (IDE ou méd)
- ▶ IADL dép, Fatigue selon BFI, PS sont les trois facteurs qui prédisent les complications
- ▶ Pas le MMS, ni ADL, ni GDS, ni comorbidité
- ▶ Si seulement PS ou ASA 60% des personnes à risque ne sont pas identifiées

PACE oarti Crit Rev Oncol Hematol. 2008;65:156

Critical Reviews in
**Oncology
Hematology**

Une information pertinente?

Mortalité

- ▶ IADL
- ▶ Symptôme dépressif
 - Liés à la mortalité par cancer indépendamment des autres facteurs (non retrouvé par Hamaker ME Oncologist 2011)
- ▶ ADL et tb cog peu clair (ADL+MMSE+durée= predict les comp postop chir tho. Fukuse chest 2005)
- ▶ Impact CGA (avec plan) peu clair: sur la QdV probable sur la mortalité?

Maas H et al. European Journal of Cancer 2007;43:2161-69

EJC

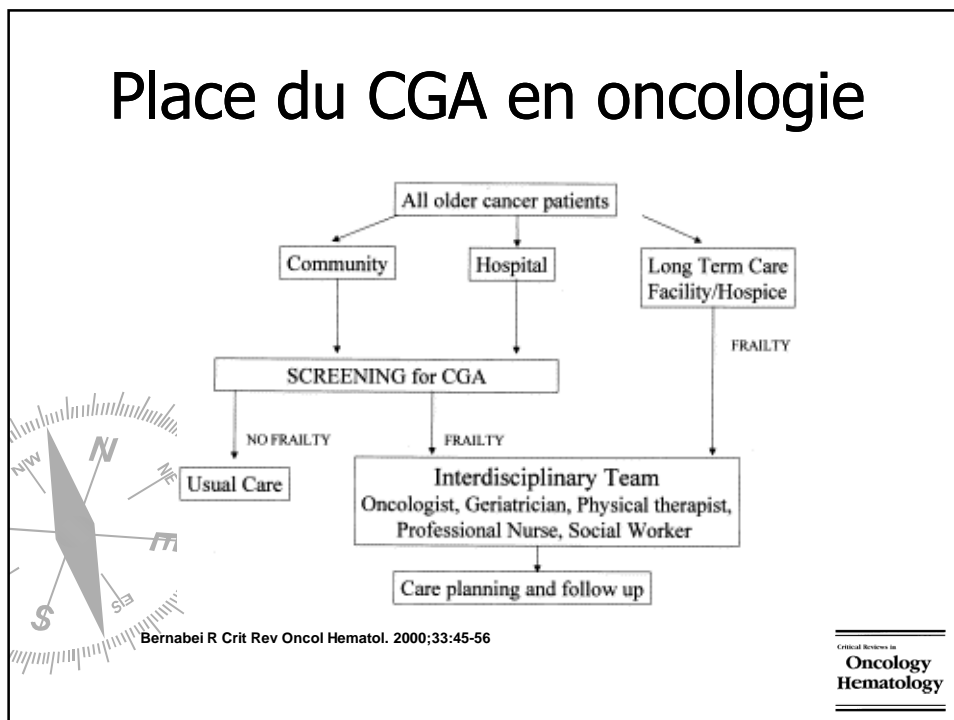
Place de EGS

- ▶ Ajoute de l'information par rapport à l'âge et au PS
- ▶ Les dimensions qui semblent les plus cruciales sont
 - Émotion/depression
 - Autonomie fonctionnelle (AVD)
 - Polypharmacie
 - Tb cognitifs
- ▶ EGS n'a pas une place définie à l'heure actuelle (pas d'intervention ayant prouvée effet)
- ▶ EGS pas forcément identique aux autres contextes de soin (age et statut fonctionnel diff)
- ▶ Dichotomisation des variables, type du K, de son stade, du ttt

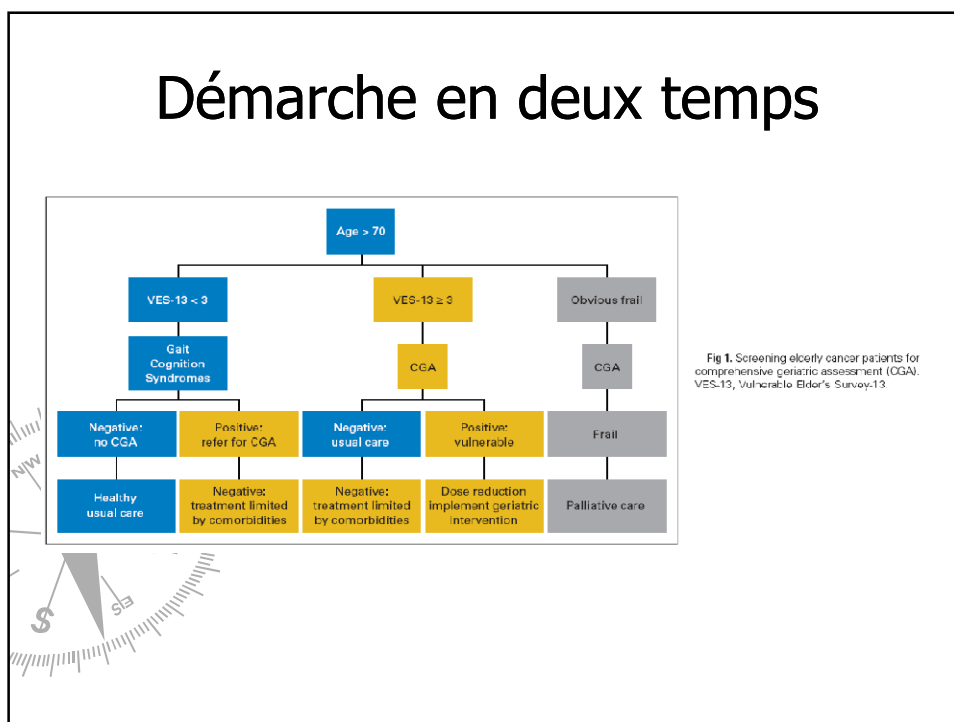
EGS pour le suivi du ttt

- ▶ Notamment Qdv et mobilité
- ▶ On manque d'échelles validées pour le suivi
- ▶ MMSE, ADL, IADL, GDS, MNA non pertinente à ce jour
 - *Hurria A et al JAGS 2006;54:1119*
- ▶ Étude FOLFIRI for elderly : L'évaluation démontre que les patients n'ont pas d'altération des fonctions par le traitement et que le statut nutritionnel s'améliore (Fonck M, Clin Res Hepatol Gastroenterol 2011)

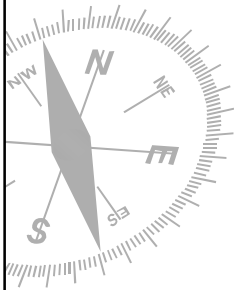
Place du CGA en oncologie



Démarche en deux temps



Méthodes de dépistage



Evaluer pour dépister

► Dépistage

- Le moins de FN possible
- Avoir une prise en charge à proposer
- Si la prise en charge est invasive il faut également diminuer le nombre de FP
- Qu'est ce qui est dépisté?
 - vulnérabilité? fragilité? maladies fréquentes? Toutes les maladies?



Screening test questionnaire dédié

- ▶ VES 13
- ▶ 1 âge, 12 santé perçue/autonomie fonctionnelle/performance physique
- ▶ 50 Patients (VES 13 puis EGS)
- ▶ > 70 ans (70-92) et K prostate
- ▶ 50% VES 13 (+) (> 3)
- ▶ Se 72%, Spe 85% pour un déficit en EGS
AUROC 0,9 (non corrélé au support soc)

Mohile S Cancer 2007;109::802-10

Screening tests autoquestionnaire

Table 1. Geriatric Assessment Measures Selected for Reliability, Validity, Brevity, and Prognostic Value

Domain	Measures	Items in Questionnaire, n
Functional status	Activities of daily living ^{1,2} (subscale of MOS Physical Health)	10
	Instrumental activities of daily living (subscale of the OARS) ^{1,8}	7
	Karnofsky Self-Reported Performance Rating Scale ^{2,6,27}	1
	Number of falls in previous 6 months ^{2,8}	1
	Comorbidity Physical health section (subscale of the OARS) ^{1,8}	52
Psychological	Distress Thermometer ²⁰	1
Social support	MOS Social Support Survey: Emotional/Information and Tangible Subscales ^{2,1}	20
Nutrition	Body mass index ¹⁰	1
	Percentage unintentional weight loss in previous 6 months ^{11,12}	1

MOS=Medical Outcomes Study; OARS=Older American Resources and Services.

Hurria A J Am Geriatr Soc 2007;55:1604-1608

Screening tests autoquestionnaire

- ▶ 250 patients
- ▶ 98% complétion
- ▶ 15 min env (2-60)
- ▶ 78% sans aide
- ▶ 94% facile à comprendre
- ▶ 96% questions adaptées 89% rien n'est oublié
- ▶ 91% satisfait de la longueur

Hurria A J Am Geriatr Soc 2007;55:1604-1608

 Journal of the
AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

Screening tests autoquestionnaire

- ▶ 49% assistance IADL
- ▶ Karnofski 83 (40-100)
- ▶ ADL: range+++ 0-100 moyenne 63
- ▶ 21% chute dans les 6 mois
- ▶ 94% comorbidités
- ▶ 21% dépression
- ▶ 44% pb poids
- ▶ Interventions (effet?):
 - 67% ide à domicile
 - 52% diet
 - 45% trav soc
 - 20% réhab
 - 16% oph/19% orl

Hurria A J Am Geriatr Soc 2007;55:1604-1608

 Journal of the
AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

Screening test version abrégée de CGA (ou EGS)

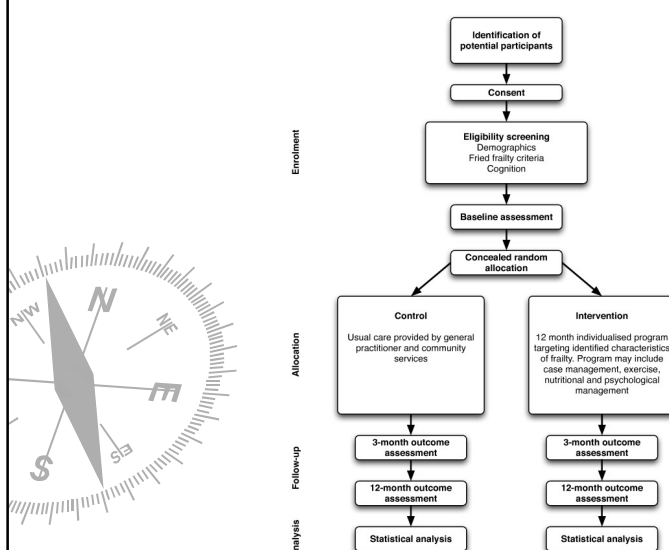
- ▶ Recherche du Graal onco-gériatrique
- ▶ Un instrument mis au point sur 500 patients en analyse rétrospective sur le recouplement des différentes dimensions d'une EGS très rapide
- ▶ 15 questions tirées du GDS (4), ADL (3), IADL (4), MMSE (4)



Overcash JA et al Crit Rev Oncol Hematol. 2005;54:129-136

Critical Reviews in
**Oncology
Hematology**

CGA étude en cours FIT



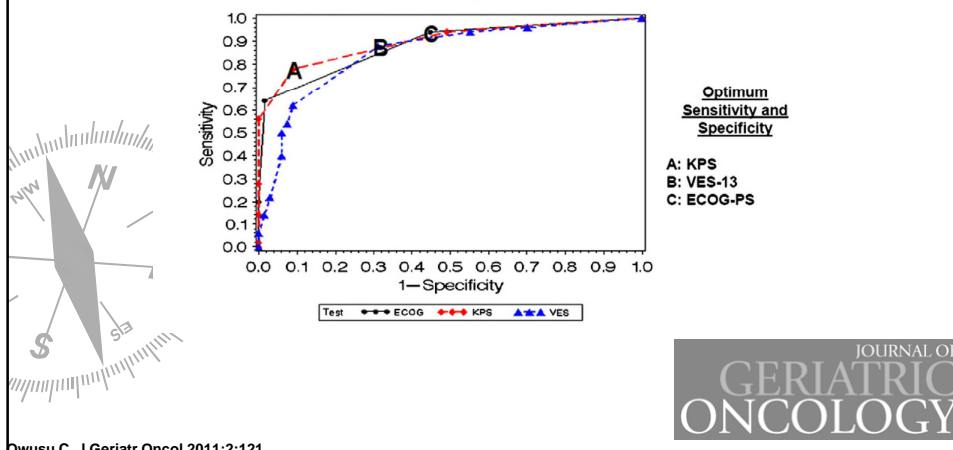
Fairhall N et al BMC Geriatr. 2008 Oct 13;8:27

BMC
Geriatrics

Faut-il se compliquer la vie?

► VES 13 versus ECOG PS et Karnofsky ?

Receiver Operating Characteristics Curves Comparing the Discriminatory Abilities of the VES-13, ECOG and KPS for Identifying Two or More Abnormalities on the CGA

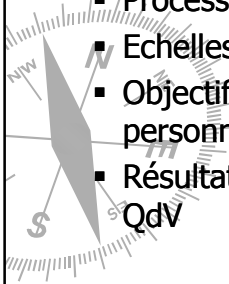


Conclusion: les échelles

- Pour dépister : Fried/VES 13/auto questionnaire/ECOG/K
 - Objectif: stratifier par groupe à risque
 - Utilité: directe (chimio...) ou indirecte (CGA/EGS)
 - Temps: mineur (< 15 min) mais ressources formées
- Pour Dger ou repérer :
 - Visée épidémiologique et/ou des Outils génériques multidimensionnels (MDS, OEMD)
 - A visée de Case-finding : EGS selon dimensions prioritaires
 - Utilité : repérage de groupe à risque (à évaluer vs dépistage), repérage de stratégie d'intervention
 - Temps: assez long (20min-90min)
 - Certains auteurs inversent la proposition: il faut faire du CGA avant de dépister le cancer *Terret C et al Lancet Oncol 2009;10:80*

Conclusion (2)

- ▶ Au-delà des échelles: le CGA
 - Visée clinique et individuelle
 - Expertise professionnelle
 - Nécessité de l'interdisciplinarité et du travail en réseau
 - Processus couteux en temps humain
 - Echelles nécessaires mais non suffisantes
 - Objectif : prise en compte de tous les besoins de la personne de façon individualisée
 - Résultats prouvés: principalement en rapport avec la QdV



Conclusion (3)

- ▶ Ne pas déposséder le patient des décisions qui le concernent
 - Les patients âgés sont capables d'appréhender le concept de l'ambivalence du devenir (amélioration sur une dimension, dégradation sur une autre)
 - On doit avoir recours à la priorisation du devenir global (trans-pathologique) pour les aider à prendre les bonnes décisions



▶ *Fried T, JAGS 2008;56:1839*

CGA pour la prise en charge gériatrique

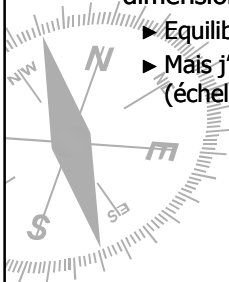
- ▶ Pour innover sur la prise en charge des personnes âgées
 - Travailler sur les besoins de la personne âgée et non uniquement sur ses problèmes de santé
 - Echelles multidimensionnelle avec processus de case-management longitudinal

▶ GESTION DE L'INNOVATION



Le CGA pour faire de la recherche

- ▶ Savoir si les patients que je traite tous de la même façon différent en terme de résultats en fonction de paramètres autres que ceux connus chez le sujet jeune
 - Faire des échelles validées et détaillées sur les paramètres que l'on soupçonne être les plus importants en n'omettant pas les autres dimensions qui peuvent être confondantes
 - ▶ Equilibre par exemple: TINETTI, Grip test, anthropométrie
 - ▶ Mais j'ajoute: MMSE (ou 3MS), GDS5, Support social, ADL/IADL (échelles différentes si c'est le critère de jugement), sensoriel, CIRS

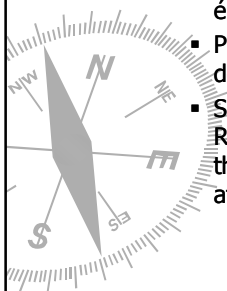


Le CGA pour aider la décision

► Pour déterminer une stratégie de chimiothérapie faisable selon la fragilité des personnes

► Repérer des patients fragiles parmi des patients non atteints de handicaps évidents

- Dépistage du handicap: ADL/IADL, MMSE...fonction du handicap à éliminer
- Puis test de fragilité (Par exemple Fried): attention les échelles de dépistage de maladie sont souvent inefficaces
- Suivi selon le groupe et les stratégies: Handicapés, Fragiles, Robustes (Ex Brain EG Crit Rev Oncol Hematol 2011 : stratégie thérapeutique pour les femmes âgées de 70 ans et plus sans atteinte ADL avant traitement)



SENIORS :

vous avez besoin d'argent ?



Faites-vous de l'argent en vendant

Vos médicaments inutilisés !

Appeler 1-800-PILULLECASH

Commentaires et questions

Dr SOMME DOMINIQUE

SERVICE DE GERIATRIE

HÔPITAL EUROPEEN

GEORGES POMPIDOU

20-40 RUE LEBLANC

75908 PARIS CEDEX 15

01 56 09 27 26(tél)

01 56 09 38 21 (fax)

Dominique.somme@egp.aphp.fr

www.hegp-geriatrie.fr

