

LA GAZETTE

DU JEUNE GÉRIATRE



NUMÉRO 11

Février 2016

NUMERO GRATUIT

Approches préventives en gériatrie



ARTICLES
THÉMATIQUES



L'ACTU



MÉMOIRES & THÈSES



ANNONCES
DE RECRUTEMENT

COMPOSITION DU BUREAU



COMPOSITION DU BUREAU 2015 - 2016

Président
Guillaume Ducher

Président(e)s d'honneur
Guillaume Deschasse
Cédric Annweiler
Sophie Moulias

Secrétaires
Guillaume Duval
Frédéric Scholastique

Trésorier
Gilles Loggia

Rédacteur en Chef de la Gazette
Guillaume Ducher

Assistants :
Maxime Courtial,
Elodie Damier,
Frédéric Scholastique

Website et mailing list
Guillaume Ducher

Référents locaux
Interrégion d'Ile-de-France
Elise Fercot
(Paris)

Interrégion Nord-Est
Poste vacant

Interrégion Nord-Ouest
Frédéric Scholastique
(Le Mans)

Interrégion Rhône-Alpes-Auvergne
Guillaume Ducher (Clermont-Ferrand),
Elodie Damier (Grenoble)

Interrégion Sud
Maxime Courtial
(Montpellier)

Interrégion Antilles-Guyane
Tatiana Basileu
(Guadeloupe)

PAGE
03

L'EDITO

ARTICLES THÉMATIQUES

L'Activité Physique Adaptée

PAGE
04

Actualités gériatriques

Vers une modification des recommandations vaccinales anti-pneumococciques depuis l'étude CAPITA
Enjeux et prise en charge thérapeutique de l'ostéoporose

PAGE
06

ACTUALITÉ

Recensement, projets recherche,
site internet ...

PAGE
16

MÉMOIRES ET THÈSES

Etude de la qualité des informations médicales des patients de 75 ans et plus admis aux urgences chirurgicales suite à une chute. Identification des facteurs de risque d'hospitalisation et de récidive de chute à 6 mois.

PAGE
20

ANNONCES

de recrutement

En 2016, l'AJGH fête ses 15 ans d'existence.

Depuis 15 ans, l'association œuvre au service de la communauté des jeunes gériatres, à promouvoir la gériatrie en France et à développer un projet qui prend de l'ampleur. L'AJGH est d'ailleurs désormais reconnue par ses pairs au sein de la Société Française de Gérontologie et de Gériatrie (SFGG) dont elle est une filiale.

En 15 ans, le chemin parcouru est grand : fédération de la communauté des jeunes gériatres, développement de projets de recherche via « l'AJGH group » qui ont été publiés dans des revues à facteur d'impact, mise en place d'un site internet, participation aux journées annuelles de la SFGG via une session scientifique et surtout écriture pluriannuelle d'une gazette dont on célèbre aujourd'hui la 11^{ème} édition.

Cette année, le bureau de l'AJGH a été entièrement renouvelé. Tout en maintenant les projets mis en œuvre par les équipes précédentes, de nouvelles missions seront développées autour de 3 axes principaux : Communication, Formation, Recherche.

Le volet communication va consister à tout d'abord mieux fédérer la jeune génération par la constitution d'un carnet d'adresses le plus exhaustif possible puis à communiquer régulièrement sur les projets en cours de l'association et les actualités gérontologiques d'ampleur. Ne pouvant être seulement unilatérale, ce qui n'aurait aucun sens, la communication requiert que vous n'hésitez jamais à nous contacter, peu importe l'objet de notre sollicitation.

Le volet formation comprend bien entendu en premier lieu cette gazette, à laquelle vous êtes tous invités à participer si le cœur vous en dit. Ensuite, le succès de notre première session scientifique aux journées annuelles de la SFGG laisse l'espoir de réitérer l'expérience. Enfin, le site internet se développera et vous informera le plus complètement possible sur les formations théoriques disponibles en France, qu'il s'agisse de congrès ou de formations universitaires.

Le volet recherche reste à concrétiser et constitue l'axe ultime du développement de notre association. La communauté fédérée par l'AJGH est importante et représente un pool de recherche non négligeable pour mener des projets d'ampleur, multicentriques, à impact médical. Tout est à faire mais tout peut se faire, là est la volonté de notre association. Toute idée, tout projet en cours ou à développer mérite de l'intérêt. N'hésitez pas à nous en parler.

Pour en revenir à cette 11^{ème} édition de la gazette, vous découvrirez une activité gérontologique peu connue mais qui se développe de plus en plus étant donné son rôle primordial, celle du professeur d'activité physique adaptée (APA). Pour rester dans le domaine de la prévention, l'étude CAPITA sur l'efficacité en routine de la vaccination anti-pneumococcique conjuguée à 13 valences vous est présentée avec l'impact qu'elle a eu sur les recommandations internationales, démontrant par là l'intérêt de la recherche en gérontologie. Toujours dans le domaine préventif, malheureusement trop souvent en prévention secondaire, vous découvrirez un topo sur les dernières actualités de la prise en charge thérapeutique de l'ostéoporose, pathologie trop souvent négligée et souvent sous-traitée par peur des thérapeutiques spécifiques. Les actualités de l'association sont à la fin de cette gazette.

Bonne lecture à tous,

Gériatriquement votre,

Guillaume DUCHER
Président de l'AJGH

ARTICLES THÉMATIQUES



L'Activité Physique Adaptée dans la prise en charge gériatrique

L'Activité Physique Adaptée (APA) est une discipline issue des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportive (STAPS). Apparue au cours des années 1970 au Québec puis diffusée en Europe dès 1979, elle a pour principal objectif l'amélioration ou le maintien de l'état de santé et du niveau d'autonomie de personnes malades ou en situation de handicap par la pratique et l'adaptation d'activités physiques et sportives.



De niveau Licence ou Master, le professeur d'APA est formé durant trois à cinq années universitaires au cours desquelles il reçoit un enseignement transversal, allant des sciences de la vie (physiologie, biomécanique, anatomie, neurologie...) aux sciences humaines (sociologie, psychologie), en passant par les sciences de l'éducation (théories de l'apprentissage), les sciences du sport (sports collectifs, sports de combat, natation, athlétisme...), et les sciences médicales (handicap moteur et mental, maladies métaboliques, pathologies cardio-respiratoires, vieillissement...). Il peut aussi poursuivre jusqu'en doctorat et se destiner à la recherche afin d'étudier les effets de l'activité physique sur la santé.

Il opère dans des structures diverses comme le milieu hospitalier (MPR, SSR, Cardiologie, Gériatrie, Addictologie...), les centres et instituts médicaux (IME), les EHPAD, le milieu associatif, ou encore le milieu carcéral. Il peut également exercer en libéral et intervenir à domicile ou s'associer avec d'autres professionnels de santé tels que les kinésithérapeutes.

Il agit essentiellement sur prescription médicale et élabore des programmes d'activités physiques personnalisés et adaptés aux besoins ainsi qu'aux contre-indications inhérentes aux pathologies des patients qu'il prend en charge, de façon individuelle ou collective.



Il collabore avec les autres professionnels paramédicaux, principalement kinésithérapeutes et ergothérapeutes, et participe aux réunions pluridisciplinaires.

En gériatrie (EHPAD, services de Court Séjour Gériatrique, SSR voire domicile), l'activité physique adaptée participe à la prise en charge des problématiques liées au grand âge : elle contribue à ralentir le déclin des capacités physiques des patients, prévenir les chutes, améliorer la marche et les transferts, lutter contre les syndrome post-chutes et les régressions psychomotrices, prévenir la fragilité et repousser l'âge d'entrée dans la dépendance.

En complémentarité avec la kinésithérapie et l'ergothérapie, l'activité physique adaptée oriente son action vers la réhabilitation physique plutôt que la rééducation pure.

Le professeur d'APA évalue les capacités physiques (force musculaire, endurance, équilibre, souplesse) et fonctionnelles (marche, transferts, relevé du sol) de ses patients, par l'utilisation de tests standardisés (Tinetti, Time up and go, 30 s Sit to stand, Handgrip, 6 min marche...) puis met en place des activités et des exercices individualisés destinés à diminuer leurs déficiences et à améliorer leur état fonctionnel.

Présentées succinctement, les principales activités sont :

- **La marche** : Elle concerne les patients fragiles, chuteurs, avec des troubles de l'équilibre. La marche variée contribue à redonner confiance au patient et le replacer dans une dynamique active. Elle permet aussi de consolider le maniement de l'aide technique.
- **La gymnastique douce** : pratiquée plutôt en séance collective, elle travaille la posture et participe au maintien d'une bonne mobilité articulaire et d'une force musculaire fonctionnelle. De plus, elle sollicite en douceur le système cardio-respiratoire.
- **Le parcours moteur** : Il renforce l'équilibre et la coordination à travers des exercices de franchissements d'obstacles, d'escaliers, de marche sur terrains variés (tapis, matelas...), et de ramassage d'objets au sol. Il met en jeux les réactions parachutes et sollicite le sujet dans des exercices transférables aux activités de la vie quotidienne.
- **Le renforcement musculaire** : Il vient compléter les activités précédemment citées pour en potentialiser les effets. Ainsi, un renforcement musculaire des

membres inférieurs permettra d'optimiser la fonction locomotrice du sujet fragile. Il a en effet été montré que la longueur du pas était corrélée à la force du quadriceps chez le sujet âgé. Les bénéfices du renforcement musculaire concernent également d'autres actes du quotidien, notamment les transferts au fauteuil et au lit mais aussi la capacité à se relever du sol après une chute.



→ **Le réentraînement à l'effort** : Il s'adresse aux patients déconditionnés physiquement, après un alitement prolongé, un état de dénutrition, une AEG. Il peut aussi être pratiqué en préparation à une chirurgie.

→ **L'apprentissage du relevé du sol** : Il est indispensable pour prévenir la station au sol prolongée et ses complications telles que la rhabdomyolyse ou le syndrome post-chute.

En conclusion, l'activité physique adaptée s'inscrit dans la complémentarité des autres professions de santé : avec les médecins dans la prescription et le suivi des progrès du patient, avec les kinésithérapeutes et ergothérapeutes dans le cadre de la rééducation et de la réadaptation fonctionnelle, avec les infirmières et aides soignantes qui réinvestiront les acquis du patient lors des soins quotidiens (toilettes, transferts), avec les psychologues dans la revalorisation de soi et la remise en confiance (syndrome de glissement, peur de la chute), avec les diététiciens dans la potentialisation des effets de l'activité physique par la nutrition, et enfin avec les assistantes sociales dans l'élaboration du projet de vie en fonction du niveau d'autonomie du sujet.

Jérémy RAFFIN
APA, Saint-Etienne

FOCUS SUR LES DERNIÈRES ACTUALITÉS



Vers une modification des recommandations vaccinales anti-pneumococciques depuis l'étude CAPITA

Quel que soit leur mode d'expression clinique, pneumopathie acquise communautaire (PAC), méningite bactérienne ou encore bactériémie invasive, les infections à pneumocoque représentent un véritable problème de santé publique en gériatrie. Considérée comme la principale cause de PAC en Europe avec une prévalence estimée entre 25 et 40 % selon les pays¹, les infections à pneumocoques sont parfois graves, fatales chez 10 % des sujets de plus de 65 ans². L'impact sur la qualité de vie est également non négligeable au sein de la population gériatrique puisque 7 à 43 jours sont nécessaires à un patient robuste, après guérison clinique, pour récupérer l'état d'indépendance fonctionnelle précédant l'infection³. Sur le plan économique, l'enjeu des infections pneumococciques est également grand puisqu'elles représentent à elles seules pour l'Europe 10,1 milliards d'euros par an dont 5,7 sont liés aux hospitalisations. Enfin, sur un plan écologique, sous la pression antibiotique, des résistances acquises sont apparues et tendent à s'accroître⁴, comme c'est le cas pour les pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline G. A l'heure actuelle, plus de 30 % des souches circulantes en France auraient développées des résistances acquises selon les données du Centre National de Référence (CNR) des pneumocoques.



Pour toutes ces raisons, développer un moyen de prévention efficace s'avère une priorité. Une vaccination contenant 23 sérotypes pneumococciques (les sérotypes étant définis à partir des antigènes de

capsule de streptococcus pneumoniae dont 90 ont à ce jour été identifiés) existe depuis 1983 et prendrait ainsi en compte 90 % des sérotypes prévalents dans les pays occidentaux⁵. Chez la personne âgée, cependant, ce vaccin fournirait une faible protection contre les infections à streptococcus pneumoniae du fait d'une réponse immunitaire T moindre. Une revue récente de la cochrane⁶ va dans ce sens en rappelant bien qu'effectivement le pneumo 23 couvre environ 90 % des sérotypes prévalents mais déclenche une réponse anticorps modeste, de courte durée et variable quantitativement. De plus, l'immunogénicité serait plus faible pour certains sérotypes et cette vaccination a été rapportée comme totalement inefficace sur la réduction du portage respiratoire, expliquant par là l'inefficacité complète dans la prévention des méningites à pneumocoque par brèche. Enfin, un phénomène d'hyporéactivité immunologique est démontré : les injections successives ou rappels s'accompagnent d'une réponse anticorps moindre. Cette revue de la cochrane conclue alors à une efficacité certes reconnue et prouvée dans les infections invasives à pneumocoque mais les études observationnelles non



randomisées qui dominent dans l'évaluation de l'efficacité du vaccin à 23 valences ne permettent d'apporter aucune preuve d'efficacité dans les pneumopathies.

La solution pourrait alors provenir d'un vaccin anti-pneumococcique conjugué, contenant en plus des antigènes polysaccharidiques de capsule, des protéines stimulant la réponse immunitaire. Ce vaccin, contenant initialement 7 valences, a largement été étudié chez l'enfant⁷ permettant de prouver une meilleure réponse anticorps, une réponse anamnestique (mémoire) et une efficacité clinique certaine sur les infections invasives à pneumocoque (réduction de plus de 90 %), les pneumonies aigues communautaires ainsi que les otites moyennes aigues. Une importante réduction du portage nasopharyngé a également été mise en évidence permettant, via la vaccination des enfants, une protection indirecte des sujets âgés d'approximativement 50 % sur les infections invasives pneumococques^{8,9}. Une réponse anticorps plus importante et plus durable a par la suite également été prouvée chez le sujet

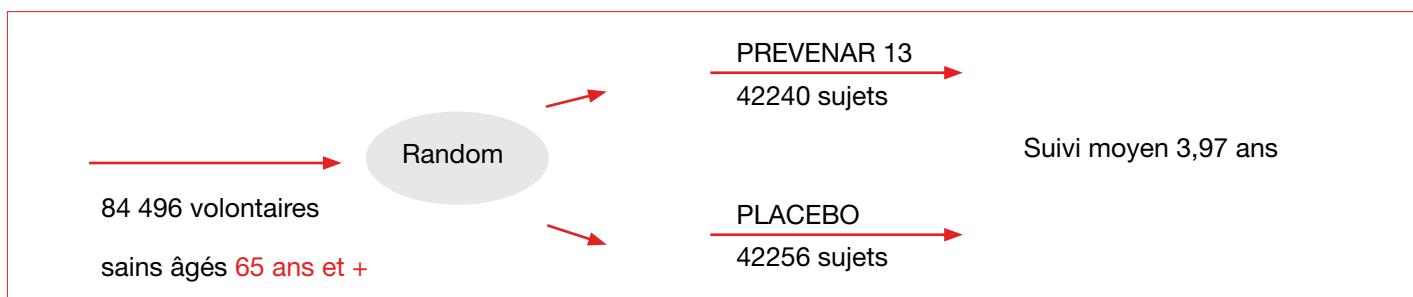
de plus de 70 ans, par rapport au vaccin polysaccharidique seul¹⁰, permettant de s'attendre à une efficacité clinique au moins similaire à celle observée chez l'enfant.

Prenant en compte l'ensemble de ces constats, une étude d'envergure a vu le jour afin d'évaluer l'efficacité préventive d'une vaccination anti-pneumococcique conjuguée contenant 13 valences chez le sujet de plus de 65 ans, l'étude CAPITA (Community Acquired Pneumonia Immunization Trial in Adults)¹¹. Plus précisément, l'objectif principal était d'évaluer l'efficacité du vaccin anti-pneumococcique conjugué à 13 valences (PREVENAR 13) dans la prévention d'un premier épisode confirmé de PAC à sérotype vaccinal, qu'il soit invasif ou non. Les objectifs secondaires ont consisté à démontrer l'efficacité du Prevenar 13 dans la prévention d'un premier épisode confirmé de PAC non bactériémique non invasive à streptococcus pneumoniae de sérotype vaccinal, ainsi que dans la prévention d'une infection invasive à pneumocoque.

FOCUS SUR LES DERNIÈRES ACTUALITÉS

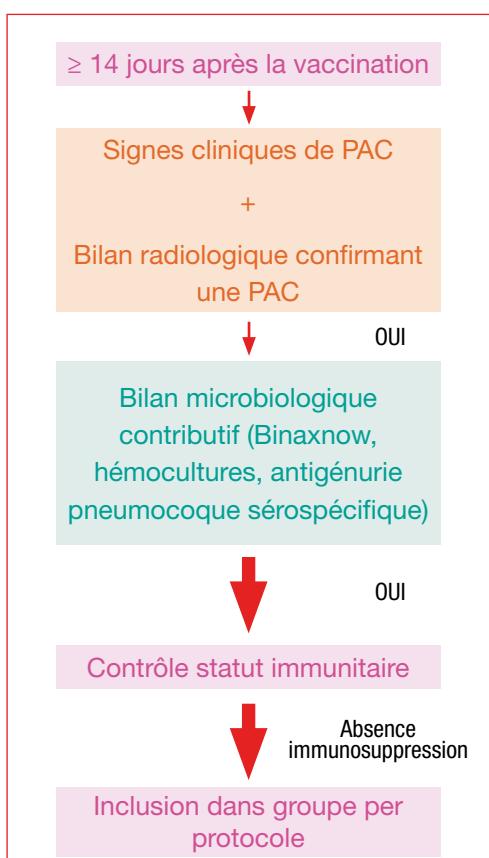
Méthodologie de l'étude CAPITA

CAPITA est une étude randomisée en groupe parallèle, menée en double aveugle, contre placebo dont l'utilisation fut éthiquement réalisable étant donné l'absence de recommandation de vaccination anti-pneumococcique de routine chez le sujet âgé. Quatre-vingt quatre mille quatre cent quatre-vingt seize volontaires sains âgés de plus de 65 ans ont été inclus de septembre 2008 à janvier 2010 et suivis jusqu'au mois d'août 2013, date à laquelle ont été recensés 130 patients inclus ayant présenté un ou plusieurs épisodes de pneumonies aiguës communautaires à sérotype vaccinal.



Les critères d'inclusions étaient d'avoir un âge supérieur à 65 ans, ne jamais avoir été vacciné contre le pneumocoque antérieurement (selon le postulat de départ qu'une dose de vaccin non conjugué à 23 valences restreint l'immunogénicité d'un vaccin conjugué) ou encore ne pas présenter d'immunodéficience acquise.

Le recrutement des cas de pneumonie aiguë communautaire s'est fait en ville, par l'intermédiaire des médecins généralistes, à partir de 59 centres sentinelles localisés dans les régions des patients enrôlés pour l'étude.



Chaque patient se présentant dans l'un de ces centres avec des symptômes d'infection respiratoire basse bénéficiait d'un examen clinique habituel de routine à la recherche de signes prédéfinis de PAC ainsi que d'une radiographie thoracique. En cas de diagnostic de PAC, le patient était alors recherché dans la base de données pour connaître son appartenance ou non à l'étude. S'il s'agissait d'un patient inclus, le cliché thoracique était envoyé dans un centre spécialisé pour lecture en aveugle et un prélèvement urinaire réalisé à la recherche d'antigènes urinaires de capsule de streptococcus pneumoniae et détermination du sérotype en cause.

Des hémocultures étaient également prélevées voire répétées pour surveiller une infection invasive à pneumocoque.

Une fois le diagnostic de PAC établi, les patients pour lesquels était découvert une immunodépression acquise, une obstruction bronchique secondaire à un cancer primitivement pulmonaire ou métastasé au niveau pulmonaire, ou suspecté d'une tuberculose active, ont été exclus de l'analyse per protocole.

Le recueil des décès et des perdus de vue fut réalisé par les médecins généralistes qui devaient également déterminer, selon une grille d'évaluation, l'imputabilité de l'infection pneumococcique dans la survenue d'un décès.



Résultats

Quatre-vingt quatre mille quatre cent quatre-vingt seize patients d'une moyenne d'âge de $72,8 \pm 5,7$ ans ($61,9 - 101,1$) ont donc été suivis sur une durée moyenne de 3,97 ans dont 42240 étaient randomisés dans le groupe prevenar 13 et 42256 dans le groupe placebo. Trois mille deux cent trente deux ont consulté dans l'un des centres sentinelles pour suspicion de PAC ou d'infection invasive à pneumocoque. Les résultats de l'antigénurie urinaire sont disponibles pour 95 % des patients ayant consulté ces centres, ceux des hémocultures pour 79 % d'entre eux.

Un premier épisode de PAC à pneumocoque de sérotype vaccinal fut confirmé chez 49 patients du groupe PREVENAR contre 90 patients du groupe placebo soit une efficacité préventive significative ($p<0,001$) du vaccin de 45,6 %. L'analyse per protocole a également mis en évidence une efficacité vaccinale sur un premier épisode de PAC non bactériémique non invasif à pneumocoque de 45 % (33 patients concernés dans le groupe PREVENAR contre 60 dans le groupe placebo) et de 75 % dans le cadre des infections invasives à pneumocoques (7 patients atteints dans le groupe PREVENAR contre 28 dans le groupe placebo).

Concernant les PAC pneumococciques quel que soit le sérotype en cause (vaccinal ou non), l'efficacité vaccinale est maintenue de manière significative dans le cadre des infections invasives à pneumocoque (57,79 %) mais n'est pas démontré pour les PAC non bactériémiques et non invasives.

L'analyse en intention de traiter qui incluait donc tous les patients recrutés dont ceux pour lesquels une immunodépression acquise ou une atteinte tumorale pulmonaire (primitive ou métastatique) avait été mise en évidence, a démontré une efficacité du vaccin similaire à celle retrouvée en per protocole, aussi bien dans le cadre des PAC à sérotype vaccinal que des infections invasives à pneumocoque.

Cette même analyse statistique dans le cadre des PAC toutes causes (quel que soit le germe) n'a en revanche mis en évidence aucune efficacité vaccinale sur la survenue d'un premier épisode, $p=0,32$.

Enfin, les résultats sur la mortalité ne démontrent aucun gain vaccinal. Aucune donnée n'est disponible quant aux taux d'hospitalisation dans les deux groupes.

Cette étude multicentrique qui bénéficie d'une importante puissance et qui s'est intéressée aux sujets âgés a donc apporté des résultats très intéressants qui ont par la suite conduit à modifier les recommandations vaccinales Américaines et Européennes.



Vers une modification des recommandations vaccinales ?

En Août 2014, The Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), suite aux résultats de l'étude CAPITA, a modifié ses recommandations vaccinales¹² en préconisant l'administration en routine du vaccin conjugué pneumococcique à 13 valences chez tous les sujets âgés de plus de 65 ans. Selon les nouvelles recommandations, le PREVENAR 13 devrait être administré en routine et en série avec le vaccin pneumococcique à 23 valences, auparavant le seul recommandé chez l'adulte de plus de 65 ans.

Concernant l'histoire de ce vaccin conjugué à 13 valences, recommandé depuis plusieurs années chez le nourrisson, la FDA (Food and Drug Administration) avait approuvé son utilisation dès décembre 2011 chez les sujets âgés de plus de 50 ans, afin de prévenir les pneumopathies aiguës communautaires et les infections invasives à pneumocoques. En juin 2012, l'ACIP recommandait l'utilisation de ce vaccin chez les sujets de plus de 19 ans présentant une immunodépression, une asplénie

FOCUS SUR LES DERNIÈRES ACTUALITÉS

fonctionnelle ou anatomique, une brèche cérébro-méningée ou encore un implant cochléaire, toujours en prévention des infections à pneumocoques. Enfin en juin 2014, suite à la parution des résultats de l'étude CAPITA, l'ACIP modifie ses recommandations vaccinales chez le sujet âgé en préconisant l'administration du vaccin conjugué à 13 valences en routine chez la personne de plus de 65 ans. Il s'agit d'une recommandation de grade A.

Quelles sont alors les nouvelles recommandations Américaines ?

Pour les sujets de plus de 65 ans, naïfs de toute vaccination anti pneumococcique, il est recommandé d'administrer d'abord une dose de PREVENAR 13 puis une dose de PNEUMO 23, 6 à 12 mois plus tard.

Pour les sujets de 65 ans, antérieurement vaccinés par le PNEUMO 23, il est recommandé de compléter le schéma par une dose de PREVENAR 13 au moins 1 an après le dernier PNEUMO 23.

Pour les sujets vaccinés avant l'âge de 65 ans et désormais âgés de plus de 65 ans, le schéma vaccinal est le même que pour les sujets naïfs de toute vaccination.

La vaccination anti-grippale peut être réalisée en même temps que la dose anti pneumococcique.

En France, où en est-on ?

Début 2016, seuls les adultes présentant un risque d'infection invasive à pneumocoque sont pour le moment concernés par les recommandations vaccinales.

Il s'agit donc des patients immunodéprimés (aspléniques ou hypospléniques, atteints de déficits immunitaires héréditaires, infectés par le VIH, sous chimiothérapie pour tumeur solide ou hémopathie maligne, traités par immunosupresseur, biothérapie et/ou corticothérapie pour maladie auto-immune...) et des patients non immunodéprimés mais porteurs d'une maladie sous jacente prédisposant à la survenue d'infection invasive à pneumocoque. Ces maladies sont représentées par les cardiopathies congénitales cyanogènes, insuffisances respiratoires chroniques, asthmes sévères sous traitement continu, insuffisances rénales, les hépatopathies chroniques, diabètes non équilibrés ou encore les brèches méningées.

Une extension d'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) Européenne a été obtenue le 26 février 2015. L'utilisation du PREVENAR 13 en routine chez le sujet de plus de 65 ans est donc approuvée en Europe mais ne bénéficie pour le moment d'aucune recommandation en France, les recommandations concernant encore uniquement les patients à risque d'infection invasive à pneumocoque tels que définis précédemment.

Une modification des recommandations semble imminente et pourrait suivre l'exemple Belge où le PREVENAR 13 est utilisé en routine chez le plus de 65 ans depuis fin 2014. Les recommandations Belges d'utilisation du PREVENAR 13, selon l'âge, sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Guillaume DUCHER
CHU Clermont-Ferrand

18 ans	50 ans	65 ans	≥ 85 ans
Trouble immunitaire, Asplénie, drépanocytose, fuite du liquide céphalo-rachidien ou porteur d'un implant cochléaire			
Prevenar 13 ↳ min.8 semaines PPV23, revaccination PPV23 tous les 5 ans	Comorbidité chronique : Cardiaque, hépatique, pulmonaire, rénale fumeurs, abus d'alcool		Sur base individuelle
		Tous	
Jamais vacciné	Prevenar 13 ↳ min.8 semaines PPV23		
Déjà vacciné	Prevenar 13 seul au moins 1 an après vaccination PPV23		

Guillaume DUCHER
CHU Clermont-Ferrand



Bibliographie

1. Woodhead M. Community-acquired pneumonia in Europe : causative pathogens and resistance patterns. *Eur Respir J Suppl* 2002 ; 36:20s – 27s.
2. Jackson ML, Neuzil KM, Thompson WW, et al. The burden of community-acquired pneumonia in seniors : results of a population-based study. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am* 2004;39(11) :1642–50.
3. Welte T, Torres A, Nathwani D. Clinical and economic burden of community-acquired pneumonia among adults in Europe. *Thorax* 2012;67(1):71–9.
4. Bruinsma N, Kristinsson KG, Bronzwaer S, et al. Trends of penicillin and erythromycin resistance among invasive *Streptococcus pneumoniae* in Europe. *J Antimicrob Chemother* 2004 ; 54(6) :1045–50.
5. Mangtani P, Cutts F, Hall AJ. Efficacy of polysaccharide pneumococcal vaccine in adults in more developed countries : the state of the evidence. *Lancet Infect Dis* 2003;3(2) : 71–8.
6. Moberley S, Holden J, Tatham DP, Andrews RM. Vaccines for preventing pneumococcal infection in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 ; 1 : CD000422.
7. Black S, Shinefield H, Fireman B, et al. Efficacy, safety and immunogenicity of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in children. Northern California Kaiser Permanente Vaccine Study Center Group. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19(3) : 187–95.
8. Hammitt LL, Bruden DL, Butler JC, et al. Indirect effect of conjugate vaccine on adult carriage of *Streptococcus pneumoniae*: an explanation of trends in invasive pneumococcal disease. *J Infect Dis* 2006 ; 193(11) : 1487–94.
9. Lexau CA, Lynfield R, Danila R, et al. Changing epidemiology of invasive pneumococcal disease among older adults in the era of pediatric pneumococcal conjugate vaccine. *JAMA* 2005 ; 294(16) : 2043–51.
10. de Roux A, Schmöle-Thoma B, Schmöle-Thoma B, et al. Comparison of pneumococcal conjugate polysaccharide and free polysaccharide vaccines in elderly adults : conjugate vaccine elicits improved antibacterial immune responses and immunological memory. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am* 2008 ; 46(7) :1015–23.
11. Bonten MJM, Huijts SM, Bolkenbaas M, et al. Polysaccharide conjugate vaccine against pneumococcal pneumonia in adults. *N Engl J Med* 2015 ; 372(12) : 1114–25.
12. Tomczyk S, Bennett NM, Stoecker C, et al. Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine among adults aged ≥ 65 years : recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014;63(37) : 822–5.

FOCUS SUR LES DERNIÈRES ACTUALITÉS

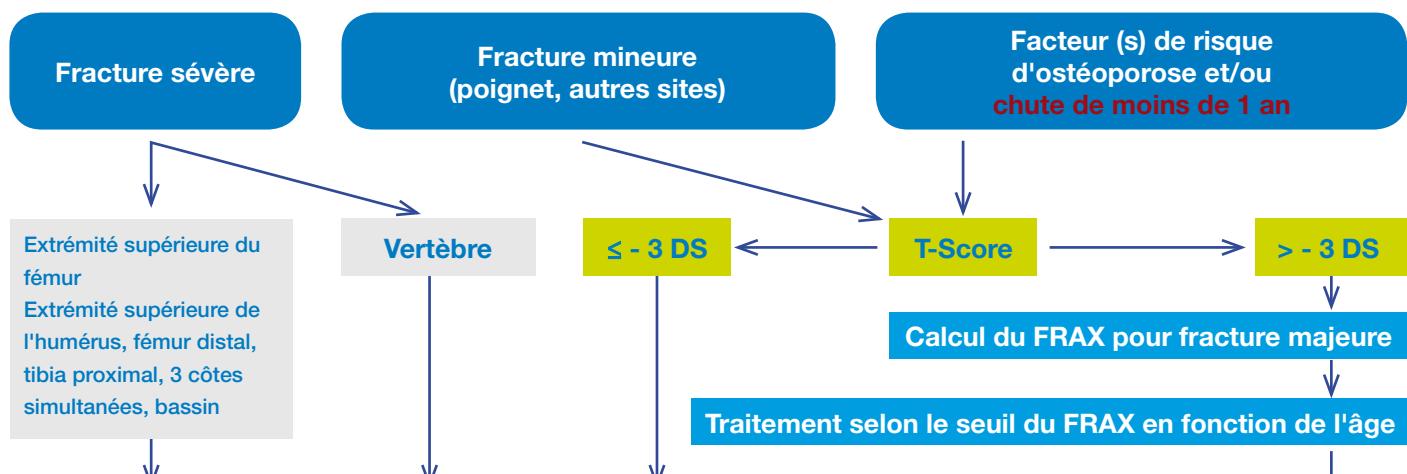


Enjeux et prise en charge thérapeutique de l'ostéoporose

Etat des lieux

- **Forte prévalence Européenne** : 22 millions de femmes et 5,5 millions d'hommes¹ concernés.
- En France, **augmentation attendue du nombre de fractures ostéoporotiques** avec pour 2020 : +20.3 % fractures de hanche, +19 % fractures vertébrales et +17 % autres fractures².
- Le **coût des fractures ostéoporotiques**, évalué à 32 milliards d'euros pour l'Europe en 2005, est estimé à 37 milliards d'euros pour 2025¹.
- Malgré un enjeu de morbi-mortalité et économique certain, l'ostéoporose est un problème de santé négligé alors que des moyens diagnostiques et thérapeutiques efficaces existent³.

Décision thérapeutique (selon le GRIO)⁴



TRAITEMENT



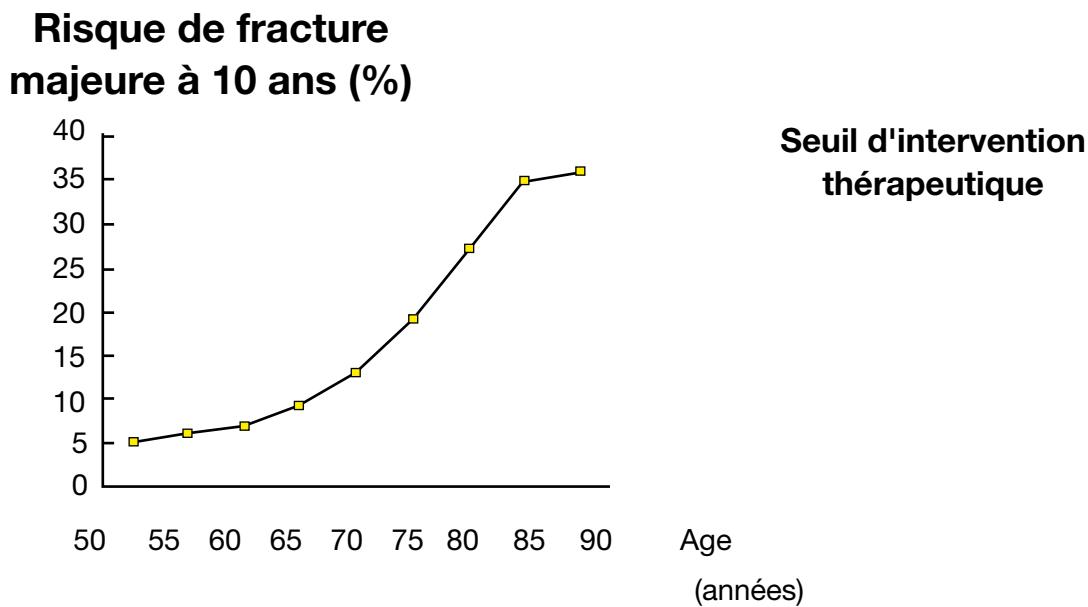
Facteurs de risque d'ostéoporose d'intérêt⁴

Âge > 60 ans, ménopause précoce avant 40 ans, antécédent personnel de fracture de faible traumatisme, antécédent familial de fracture du col au premier degré, corticothérapie au long cours, tabagisme actif ou sevré, faible apport calcique, carence en vitamine D, dénutrition, hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive non traitée, facteurs de risque de chute...

Le score FRAX : <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?country=12>

L'outil FRAX est proposé par l'OMS pour quantifier le risque de fracture. Le résultat est une probabilité à dix ans de fracture de l'extrémité supérieure du fémur et des fractures dites « majeures » (humérus, poignet, fractures vertébrales cliniques). Le calcul de ce score doit constituer une aide à la décision thérapeutique et en aucun cas une indication de traitement.

Seuil d'intervention en fonction de la valeur du FRAX proposé en France⁴



Risque des femmes de même âge ayant une fracture

Age	50	55	60	65	70	75	80	85	90
%	5	6	6,9	9,3	13	19	27	35	36

FOCUS SUR LES DERNIÈRES ACTUALITÉS

Quels traitements

Prérequis pour un traitement :

- Prévenir les chutes et notamment maintenir une activité physique adaptée.
- Supplémentation calcique si nécessaire. Les apports quotidiens optimaux doivent être de 1200mg/jour, en privilégiant les apports alimentaires dont une évaluation par auto-questionnaire est réalisable sur le site du GRIOS (www.grio.org).
- Supplémentation en vitamine D si nécessaire, en privilégiant des apports de l'ordre de 800 à 1200UI/jour (ou 100 000 UI tous les deux à trois mois).
- Consultation dentaire avant mise sous biphosphonates.

Traitement anti-ostéoporotique (données de l'ANSM 2014)

Traitements	Fractures vertébrales	Fractures périphériques	Fracture du col fémoral	Mode d'administration
THM	+	0	+	Per os & cutanée
Alendronate Fosamax®	+++	+++	++	Per os hebdomadaire
Risédronate Actone®	+++	+++	++	Per os hebdomadaire
Zolédronate Aclasta®	+++	+++	+++	Intra-veineux annuel sur 3 ans
Raloxifène Evista®	+++	0	0	Per os quotidien
Denosumab Prolia®	+++	+++	+++	Sous-cutanée tous les 6 mois
PTH* Forsteo®	+++	+++	0	Sous cutanée quotidien (18 mois)

+ : niveau III, faible niveau de preuve scientifique | ++ : niveau II, présomption scientifique

+++ : niveau I, preuve scientifique établie | 0 : pas d'effet reconnu

* Aucun niveau de preuve précisé

Quelle durée ? Quels patients ?

- Les traitements n'ayant montré une efficacité anti-fracturaire qu'après 12 mois⁵, l'espérance de vie est à prendre en compte dans la décision d'initiation thérapeutique.
- La durée du traitement dépend de plusieurs paramètres⁴ tels que l'âge, l'évolution de l'ostéoporose sous traitement (fracture), la tolérance ou encore l'espérance de vie.
- Au-delà de cinq ans, la réévaluation du traitement anti-ostéoporotique s'impose. Si l'arrêt est décidé, une nouvelle réévaluation est recommandée après 1 à 2 ans⁴.
- Pour des raisons d'observance ou de troubles digestifs, des traitements par voie parentérale existent et ont fait la preuve de leur efficacité⁶⁻⁸.



Quelques données récentes

- L'acide zolédronique, administré par voie intraveineuse annuellement, durant 3 ans, augmente significativement la densité osseuse, réduit l'incidence des fractures vertébrales et non vertébrales⁷.
- L'administration d'une unique dose d'acide zolédronique chez une femme âgée, fragile, polypathologique augmente significativement la densité minérale osseuse durant 2 ans, même au-delà de 85 ans⁶.
- Après 8 ans d'utilisation, l'efficacité d'un traitement par denosumab en sous cutanée tous les 6 mois persiste sur la réduction du turn-over osseux, l'amélioration des paramètres densitométriques et la diminution de l'incidence fracturaire, tout en conservant un profil de sécurité cohérent⁸.

Pour plus de détails sur les indications thérapeutiques, les modalités d'administration et les coûts de chaque traitement, consultez la « fiche bon usage » ostéoporose de la HAS, mise à jour en 2014⁹.

Cynthia Nourisson
CHU Clermont-Ferrand

Bibliographie

1. Hernlund E, Svedbom A, Ivergård M, et al. Osteoporosis in the European Union : medical management, epidemiology and economic burden. A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). Arch Osteoporos 2013 ; 8 :136.
2. Cawston H, Maravic M, Fardellone P, et al. Epidemiological burden of postmenopausal osteoporosis in France from 2010 to 2020 : estimations from a disease model. Arch Osteoporos 2012 ; 7 : 237–46.
3. Rhumatologie - Ostéoporose : les vrais chiffres de l'Assurance Maladie | Le Généraliste [Internet]. [cited 2015 Dec 16] ; Available from : http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2015/03/06/osteoporose-les-vrais-chiffres-de-lassurance-maladie_263021
4. Briot K, Cortet B, Thomas T, et al. 2012 update of French guidelines for the pharmacological treatment of postmenopausal osteoporosis. Jt Bone Spine Rev Rhum 2012 ; 79(3) : 304–13.
5. Rolland Y, Abellan Van Kan G, Gillette-Guyonnet S, Roux C, Boonen S, Vellas B. Strontium ranelate and risk of vertebral fractures in frail osteoporotic women. Bone 2011 ; 48(2) : 332–8.
6. Greenspan SL, Perera S, Ferchak MA, Nace DA, Resnick NM. Efficacy and safety of single-dose zoledronic acid for osteoporosis in frail elderly women : a randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2015 ; 175(6) : 913–21.
7. Liu M, Guo L, Pei Y, et al. Efficacy of zoledronic acid in treatment of osteoporosis in men and women-a meta-analysis. Int J Clin Exp Med 2015 ; 8(3) : 3855–61.
8. Papapoulos S, Lippuner K, Roux C, et al. The effect of 8 or 5 years of denosumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis : results from the FREEDOM Extension study. Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA 2015 ; 26(12) : 2773–83.
9. fs_osteoporose_v2.pdf [Internet]. [cited 2015 Dec 16] ; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fs_osteoporose_v2.pdf

ACTUALITÉ



Recensement, projets recherche, site internet ...

Recensement des Jeunes Gériatres

A ce jour, l'Association des Jeunes Gériatres Hospitaliers (AJGH), créée en 2001 par le Docteur Sophie Moulias, fédère environ 350 jeunes gériatres dans toute la France.

Le public « jeune gériatre » concerne les DESC et capacitaires pratiquant une activité gériatrique en milieu hospitalier, qu'ils soient cliniciens ou chercheurs, en cours de formation ou ayant terminé celle-ci depuis moins de 8 ans.

L'association vieillit, notre fichier adhérent également. Une mise à jour s'impose alors, d'autant plus rendue nécessaire par la volonté qu'a l'AJGH de fédérer la jeune génération afin de développer et structurer un réseau, améliorer sa communication et à terme développer des projets communs.



- Afin de dépoissierer le fichier contact de l'association, si vous êtes déjà adhérents, vous pouvez envoyer par mail à ajgh.asso@gmail.com vos noms, prénoms, adresse mail, statut actuel (interne, assistant, CCA, PHC, PH...) et votre avancée dans le cursus gériatrique (DESC, capacité, en cours ou année de validation).
- Pour les non adhérents, l'adhésion est gratuite et se fait à partir du formulaire de contact présent sur le site de l'AJGH (www.ajgh.fr).
- Vous pouvez également prendre contact avec les référents inter-régions :
 - Maxime COURTIAL (maxime.courtial@chu-nimes.fr) pour l'inter-région sud ;
 - Frédéric SCHOLASTIQUE (fscholastique@ch-lemans.fr) pour le Nord-Ouest ;
 - Elise FERCOT (fercote@hotmail.fr) pour Paris ;
 - Guillaume DUCHER (gducher@chu-clermontferrand.fr) pour Rhône Alpes Auvergne.
 - Certaines inter-régions n'ont malheureusement, pour le moment, aucun référent AJGH. Si vous êtes dans l'une d'elles, vous pouvez soit contacter directement l'AJGH à ajgh.asso@gmail.com, soit Guillaume Ducher (gducher@chu-clermontferrand.fr).



Projets de recherche

L'AJGH est une communauté médicale nationale de jeunes gériatres travaillant en milieu hospitalier et exerçant des activités différentes dans des villes différentes. Ce pool médical constitue un réseau rare de personnes aptes et pour la plupart intéressées par des projets de recherche d'envergure. Malheureusement à ce jour, cette opportunité offerte n'est pas développée. Il ne tient pourtant qu'à nous de développer des projets multicentriques gériatriques et de les concrétiser.

Vous avez une idée de projet, un protocole en cours d'écriture, une envie d'inclusion multicentrique ou simplement besoin d'un conseil ? Faites en part à l'AJGH, vous trouverez toujours des personnes attentives et motivées.



Le site internet

The screenshot shows the AJGH website's homepage. At the top, there's a banner featuring silhouettes of elderly people in various stages of mobility. Below the banner, the text 'Association des Jeunes Gérontologues Hospitaliers' is visible. The navigation bar includes links for 'Accueil', 'Forum', 'Contact', 'Liens', and 'Agenda'. The main content area is currently under construction, indicated by the message 'Restructurations en cours ...' accompanied by a yellow warning sign icon. Other sections shown include 'Vocations et activités', 'Bureau 2015-2016', 'Nos adhérents', 'Partenaires académiques', and a 'Adhérer à l'AJGH' button.

Les quelques adeptes auront remarqué que le site internet de l'AJGH est actuellement en cours de restructuration et de mise à jour. Véritable vitrine de l'association, une meilleure visibilité et un contenu amélioré s'imposaient.

In fine, l'objectif sera de fournir un support gériatrique plus exhaustif, aussi bien en termes de formations disponibles sur le territoire qu'en termes de connaissances théoriques, tout en créant un accès sur l'association via notamment les formulaires de contact (pour nous contacter et adhérer).

Si vous avez des remarques, des suggestions ou même des envies, n'hésitez pas à nous en faire part, notamment via le formulaire de contact sur www.ajgh.fr

ACTUALITÉ

Assemblée générale du 22 octobre 2015 par Elodie Damier (Grenoble)

Le regroupement gériatrique permis par la 35^{ème} édition des Journées Annuelles de la Société Française de Gérontologie et de Gériatrie a été l'occasion de réaliser l'assemblée générale de l'année 2015 dont voici le compte rendu :

Membres présents

Elodie Damier, Guillaume Deschasse, Guillaume Ducher, Guillaume Duval, Gilles Loggia, Frédéric Scholastique, Anne-Sophie Boureau, Xavier Routon.

Bilan de l'année 2014-2015

- De plus en plus de membres inscrits au sein de l'association avec amplification du mouvement depuis l'arrêt de la demande de cotisation.
- 2 éditions de la gazette parues cette année.
- Mailing list principalement utilisée à l'heure actuelle pour la diffusion des annonces de poste.
- 1^{ère} session scientifique AJGH au sein des Journées Annuelles la SFGG cette année, sur le thème « Outils informatiques et recherche clinique pour les jeunes gériatres » avec intervention de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), présentation de la création d'une base de donnée avec Excel, manipulation du logiciel de statistique R et gestion bibliographique avec Zotero.

Objectifs de l'association pour l'année 2015-2016

1. Structurer l'AJGH avec un référent par inter-région de DESC

Le référent récupère les coordonnées de toutes les personnes inscrites en DESC dans son inter-région, fait connaître l'association et relaie les informations au sein de l'inter-région.

2. Définir les objectifs précis de l'AJGH et définir les actions à mettre en œuvre pour les atteindre

Former un groupe de travail pour chacun des 3 axes :

- Communication
 - Site internet AJGH : restructurer le site, afficher clairement sur le site les objectifs de l'AJGH.
 - Logo AJGH à faire apparaître sur le fascicule des JASFGG 2016.
 - Facebook.
 - Promouvoir la diffusion de la gazette à tous les services hospitaliers de gériatrie.
- Formation
- Recherche

3. Poursuivre les activités actuelles de l'AJGH

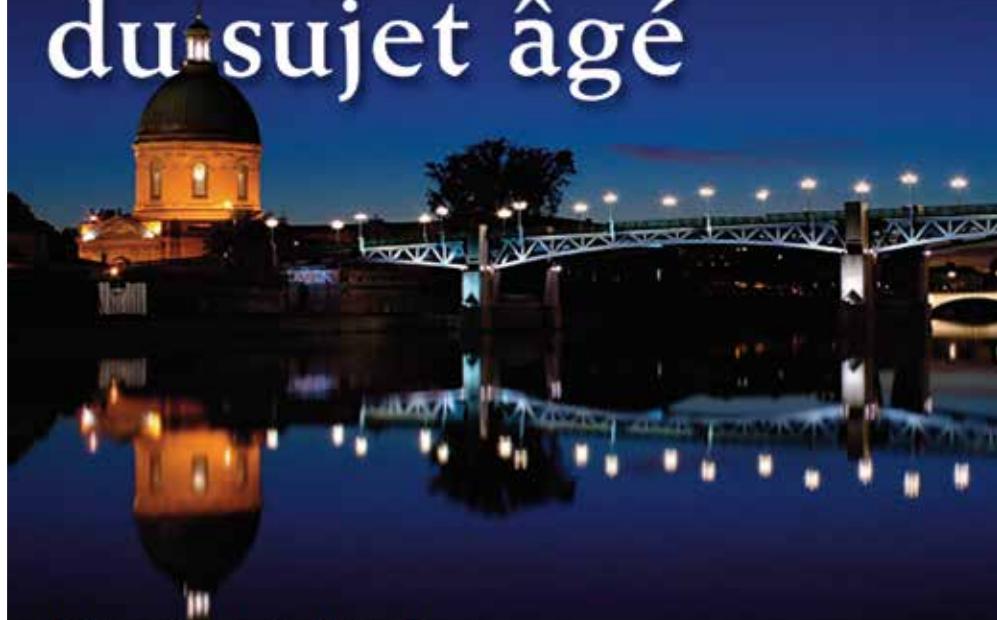
- Publication pluri-annuelle de la gazette
- Session de formation lors des JASFGG 2016
- Site Facebook
- Mailing list

Election du bureau

- M. Guillaume DUCHER est élu président à l'unanimité.
- M. Frédéric SCHOLASTIQUE et M. Guillaume DUVAL sont élus secrétaires à l'unanimité.
- M. Gilles LOGGIA est élu trésorier à l'unanimité.

4^{ème} Congrès Francophone

Fragilité du sujet âgé



Prévention de la dépendance
Rencontres Scientifiques sur la Sarcopénie

Toulouse • Jeudi 17 et Vendredi 18 Mars 2016

MÉMOIRES ET THÈSES



Etude de la qualité des informations médicales des patients de 75 ans et plus admis aux urgences chirurgicales suite à une chute. Identification des facteurs de risque d'hospitalisation et de récidive de chute à 6 mois.



Auteur : Elodie DAMIER et Mael DUBOULOZ

Directeur de thèse : Dr Guillaume DESCHASSE

Soutenue le 4 mai 2012 à Grenoble

Un tiers des sujets âgés de 65 ans et plus chute au moins une fois par an, dont 15 % plusieurs fois par an. L'objectif principal de l'étude est de qualifier les informations recueillies par les soignants lors du passage aux urgences d'un sujet âgé suite à une chute. Les objectifs secondaires sont de quantifier le taux de rechute à 6 mois des patients rentrés immédiatement à domicile, et de déterminer les facteurs de risque de récidive.

L'étude a inclus les patients de 75 ans et plus admis aux urgences chirurgicales de Grenoble suite à une chute en novembre et décembre 2010. Les dossiers des urgences ont été analysés, puis les patients et leurs médecins traitants contactés 6 mois après la chute. Une analyse descriptive de la population totale et des sous-groupes (population initialement hospitalisée, population rentrée immédiatement à domicile, population ayant présenté au moins une chute dans les 6 mois, population n'ayant pas rechuté dans les 6 mois) a été réalisée.

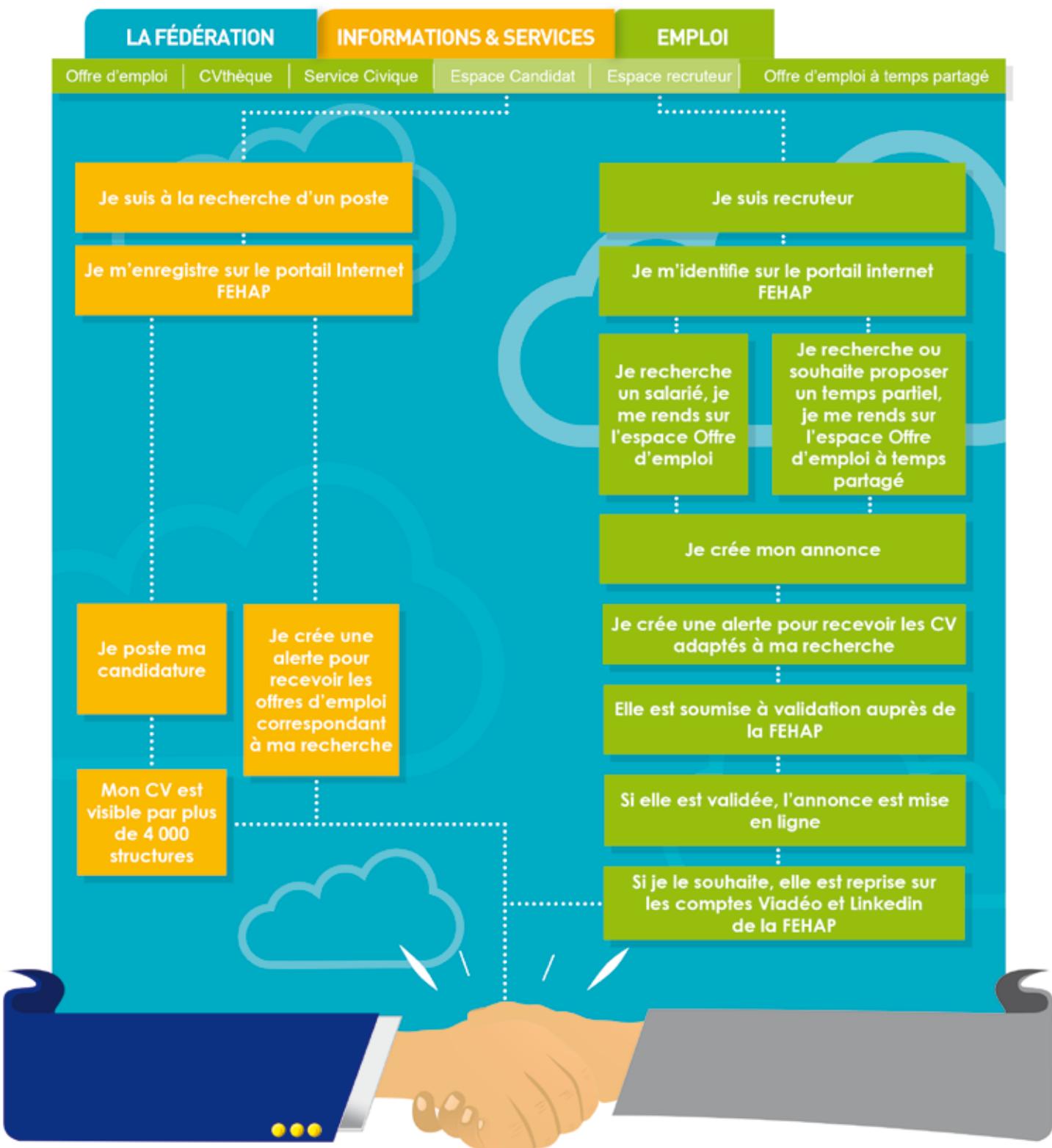
L'étude incluait 406 patients (moyenne d'âge 85,4 ans +/- 6,1 ans). Les femmes représentaient 69,6 % des patients (écart-type [64,9-74,0]). Le lieu de vie était renseigné dans 92,4 % des dossiers ([89,3-94,8]), l'autonomie du patient cotée par les activités de la vie quotidienne dans 15,5 % des dossiers ([12,1-19,4]), les antécédents de chutes dans 29,3 % des dossiers ([24,9-34,0]), les traitements des patients dans 76,0 % des dossiers ([71,4-80,0]). L'analyse multivariée par régression logistique mettait en évidence une association significative ($p=0.038$) entre la désafférentation sensorielle du patient et le taux de remplissage du dossier.

Deux cent un patients (49,5 %) sont rentrés à domicile. A 6 mois, 36 ont présenté au moins une rechute (17,9 % ([12,9-23,9])), 15 sont décédés (7,5 % [4,2-12,0]) et 44 ont été réhospitalisés (21,9 % [16,4-28,3]). Les variables en faveur d'une nouvelle chute dans les 6 mois sont : l'âge, la modification de l'ordonnance par le médecin traitant, les modifications du domicile des patients et la perte d'autonomie à 6 mois, avec $p<0,05$.

Nous avons mis en évidence que la qualité et la quantité de l'information contenue dans les dossiers des patients de 75 ans et plus admis pour chute aux urgences ne sont pas optimales au regard des recommandations nationales et internationales.

RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet www.fehap.fr



MATCHING !



ANNONCES DE **RECRUTEMENT**





LE CENTRE HOSPITALIER DE SANCERRE (18), établissement de gériatrie-gérontologie centré sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées recherche

un praticien contractuel à temps plein (généraliste ou gériatre)

Pour intégrer une équipe de 4 praticiens hospitaliers.
Participation aux astreintes médicales.

L'établissement est doté de 300 lits et places comprenant un service S.S.R., U.S.L.D., trois EHPAD répartis sur trois sites, un accueil de jour, des consultations mémoire, un SSIAD et une pharmacie à usage intérieur.

Transmettre lettre de motivation et C.V. à :
Madame KONATE Fatoumata - Directeur adjoint - Rempart des Augustins - BP 22 - 18300 SANCERRE
Téléphone : 02 48 78 52 00 - E-mail : secretariat@hôpital-sancerre.fr

CENTRE



LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

900 lits et places. Plateau technique incluant scanner et IRM. Réseau autoroutier : 1h d'Orléans, 2h de Paris, 1h30 de Tours et de Clermont-Ferrand (agglomération 100 000 habitants), recherche h/f :

Praticien Hospitalier ou Praticien Contractuel ou Assistant (Capacité de Gérontologie)

Pour rejoindre une équipe de praticiens hospitaliers au sein du Pôle de Gériatrie de l'établissement

- 45 lits de MCO • 105 lits de SSR • Hôpital de jour gériatrique • Consultation mémoire labellisée • Équipe mobile gériatrique
- Accueil de jour de 20 places • USLD de 60 lits • EHPAD de 132 lits

Participation aux astreintes spécifiques de gérontologie en semaines, week-end et jours fériés. Un logement pourra être mis temporairement à disposition.

Pour tout renseignement, s'adresser au Docteur Rigondet, Responsable du Pôle Gériatrie : T. 02.48.48.49.56 veronica.rigondet@ch-bourges.fr
Envoyer CV et lettre de motivation au Centre Hospitalier, 145 avenue François Mitterrand, 18020 Bourges Cedex
Direction Affaires médicales : benedicte.soilly@ch-bourges.fr / marie.pintaux@ch-bourges.fr

www.ch-bourges.fr

AURA

LANGUEDOC-ROUSSILLON



Vous êtes **médecin généraliste**,

Vous souhaiteriez intégrer une équipe compétente, dynamique et complémentaire,
pendant quelques mois ou plus selon votre projet professionnel

Rejoignez l'équipe de gérontologie du Centre Hospitalier de Narbonne



Afin de participer au fonctionnement de l'ULSD - EHAPD - PASA.
Equipe composée d'un gériatre sur cette structure et 2 gériatres sur le SSR.
Capacité : 174 lits.

Temps de travail à définir en fonction de vos disponibilités - 50% minimum pouvant aller jusqu'au temps plein.
Rémunération en fonction de votre profil pouvant être définie sur la base du statut de Praticien Hospitalier.
Conditions d'exercice réellement attractives dans une très belle région, proche de la mer, de la montagne et de l'Espagne.

Montpellier à 1h00 - Toulouse à 1h30.

Candidatures à adresser à : Monsieur le directeur - Centre Hospitalier - BP 824 - 11108 NARBONNE CEDEX - direction@ch-narbonne.fr

Renseignements : Dr Brigitte THOMAS - Responsable du Service - 06 89 18 33 06 - brigitte.thomas@ch-narbonne.fr
Mme Nelly BRUAND - Responsable des Affaires Médicales - 04 68 42 60 28 - affairesmedicales@ch-narbonne.fr



La Fondation Diaconesses de Reuilly recrute pour ses établissements du GARD (EHPAD de 65 lits chacun, avec une prise en charge de la maladie d'Alzheimer importante (80 lits, dont une Unité d'Hébergement Renforcé, 1 CANTOU et un Pôle de Soins et d'Activités Adaptées) et 1 SSR gériatrique de 35 lits, dont 3 lits identifiés en Soins Palliatifs :

Médecins à temps partiel ou à temps complet

Veuillez adresser vos candidatures, C.V et lettre de motivation, à :

Madame BONNEFOND - Directrice - par mail à l'adresse suivante - lescadières@fondationdiaconesses.org

Fondation Diaconesses de Reuilly - SSR Les Cadières - 9, chemin des Espinaux - 30340 Saint-Privat-des-Vieux



Centre Hospitalier
LANNION-TRESTEL

LE POLE DE PERSONNES AGEES DU CENTRE HOSPITALIER DE LANNION-TRESTEL

RECHERCHE 3 PRATICIENS TEMPS PLEIN

- SERVICE MEDECINE GERIATRIQUE • SERVICE SSR ET USLD • SERVICE EHPAD

(Capacité de gériatrie ou formation en cours souhaitée)

Candidature et CV à envoyer à :

Monsieur le Directeur Centre Hospitalier - BP 70348 - 22303 LANNION

Tél. : 02 96 05 71 19 - Fax : 02 96 05 71 05 - Mail : sec-affairesmedicales@ch-lannion.fr

Renseignements : Docteur REUSSE - Responsable de Pôle - Tél. : 02 96 05 71 05



LE CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX (29)

établissement de 1043 lits
et 241 places avec des activités
MCO-Psychiatrie-SSR-USLD-EPMHAD

MÉDECINS GÉRIATRES À TEMPS PLEIN (CAPACITÉ DE GÉRIATRIE OU DESC DE GÉRIATRIE)

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix cherche des **médecins gériatres à temps plein** (Capacité de Gériatrie ou DESC de Gériatrie) pour renforcer son pôle SSR-Personne Âgée et accomplir les nouveaux projets de sa filière gériatrique :

- Développement d'une unité péri-opératoire « patient fragile »
 - Développement de la consultation d'onco-gériatrie avec mise en place de suivi
 - Développement d'une activité d'hôpital de jour et d'hôpital de jour SSR
 - Développement la coordination au sein de ses EHPAD pour promouvoir l'EHPAD comme un lieu de vie.
- Notre filière gériatrique est déjà dynamique et complète :** court séjour, consultation mématoire, consultation d'oncogériatrie, unité mobile de gériatrie, SSR, EHPAD, USLD, UCC.
- Par ailleurs, notre Centre Hospitalier comprend un grand nombre de spécialités (cardiologie, gastro-entérologie, médecine interne, médecine gériatrique, chirurgie viscérale et orthopédique, urgences, réanimation), d'un plateau technique performant, tout en restant proche du Centre Hospitalier Universitaire de Brest.

Vous pouvez faire parvenir vos candidatures au Docteur N. LE MEUR, chef de service et chef du pôle SSR-personnes âgées : Dr N. LE MEUR
Centre Hospitalier des Pays de Morlaix - 15, rue Kersaint Gilly 29600 MORLAIX - Tél secrétariat : 02.98.62.60.84 - Courriel : nlemeur@ch-morlaix.fr

Le Centre Hospitalier de GUINGAMP (22 - Côtes d'Armor)

(Etablissement de 599 lits situé à 20 minutes de la côte, à 1 heure 30 de Rennes sur l'axe Rennes Brest, gare TGV)

RECRUTE UN GERIATRE

Praticien hospitalier ou médecin généraliste s'inscrivant dans la filière gériatrique, en responsabilité d'unités médico-sociales de l'établissement.

Pour tout renseignement contacter :

Madame Sylvie Briand - Directrice Adjointe Chargée des Affaires Médicales
Centre Hospitalier de Guingamp - 17, rue de l'Armor - BP 10548 - 22205 Guingamp
E-mail : sylvie.briand@ch-guingamp.fr

Pour toute information merci de prendre contact au 02 96 44 56 73



Centre Hospitalier de Bigorre (Tarbes - Hautes-Pyrénées)

POLE GERIATRIE PROPOSE 1 POSTE À TEMPS PLEIN DE GERIATRE PH TITULAIRE - CONTRACTUEL OU ASSISTANT

Activité variée dans le cadre de la filière gériatrique complète - équipe mobile gériatrique - consultations - SSR court séjour.

Cadre de vie agréable, au pied des montagnes, à mi chemin entre Toulouse et la côte atlantique.



Contact :
Chef du pôle gériatrie
Docteur Yannick GASNIER
ygasnier@ch-tarbes-vic.fr
Tél. : 05 62 54 70 15

Centre Hospitalier de Bigorre
Boulevard de Lattre de Tassigny
BP 1330 - 65013 Tarbes cedex 9

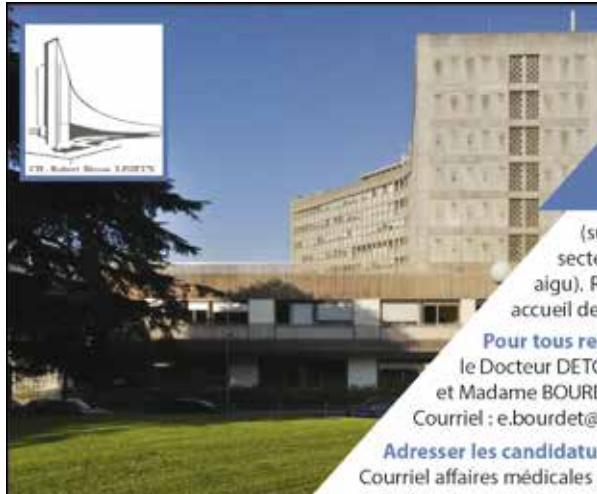


Le Pôle Sanitaire du Vexin Centre Hospitalier de Gisors
1h de Paris, recherche pour son secteur hébergement

Un gériatre à temps plein (prescripteur et coordonnateur)

Renseignements :

Alexandra LAMBERT - Responsable des Affaires Médicales
Pôle Sanitaire du Vexin Route de Rouen BP 83 27140 GISORS
Tél. : 02 32 27 79 04 - alexandra.lambert@ch-gisors.fr



Le Centre Hospitalier Robert Bisson de LISIEUX (14)
recherche pour son secteur médico-social (EHPAD, USLD, accueil de jour)

un praticien, en vue d'exercer une activité clinique et/ou de coordination

(suivi classique des patients, gestion des dossiers, prise en charge des urgences médicales du secteur, activité de coordination en collaboration directe avec les praticiens du pôle gériatrique aigu). Rénovation de l'EHPAD en cours de réalisation, création d'une unité Alzheimer (UHR) et d'un accueil de jour (PASA).

Pour tous renseignements, contacter :

le Docteur DETOUR - Chef du pôle gériatrie - 06 09 87 10 46 - Courriel : b.detour@ch-lisieux.fr
et Madame BOURDET - Directeur-adjoint du secteur médico-social - 02 31 61 34 80 ou 06 10 16 03 70
Courriel : e.bourdet@ch-lisieux.fr

Adresser les candidatures à : Monsieur le Directeur - 4, rue Roger Aini - 14107 LISIEUX
Courriel affaires médicales : v.mouchel@ch-lisieux.fr



CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL ALENCON - MAMERS (2 sites Orne-Sarthe)

Nombre total de lits : 786 dont 446 MCO.

(Préfecture située à 1h30 de la Côte Normande, A 2 h de Paris, secteur sanitaire 170 000h - SAMU - SMUR - SAU - Toutes spécialités SCANNER - IRM). Restructuration en cours du Pôle Mère-Enfant avec projet niveau 28.

RECRUTE DANS LE CADRE DU DEPLOIEMENT DE SON PROJET MEDICAL VALIDE PAR L'A.R.S. PRATICIENS EN GERIATRIE INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE

Pour tous renseignements, merci de contacter la Présidente de CME au 02 33 32 30 78 ou la Direction des Affaires Médicales au 02 33 32 74 47

Adresser candidature écrite et curriculum vitae à :

Monsieur GEFFROY - Directeur du C.H.I.C. Alençon-Mamers - 25, rue de Fresnay - BP 354 - 61014 ALENCON CEDEX - Adresse messagerie : direction@ch-alencon.fr



Le Centre Hospitalier de Sens

Hôpital phare sur le territoire nord-icaunais. À proximité de Paris et des grands axes : 110 km au sud de Paris par A5/A6 - 1h depuis la Gare de Paris Bercy.

Recrute gériatre

Temps plein. Le poste est à pourvoir dès que possible.

Missions du poste :

- Au sein d'une équipe soudée, le praticien recruté assurera ses missions essentiellement au sein de l'EPHAD mais avec une participation ponctuelle dans les UF du pôle.
- Participation à la permanence de soins (astreinte opérationnelle).

Personne à contacter :

Nathalie DESCHAMPS - Responsable des Affaires Médicales

Téléphone : 03 86 86 10 63 - Mail : ndeschamps@ch-sens.fr

Centre Hospitalier de Sens - 1, Avenue Pierre de Coubertin - 89100 Sens

www.ch-sens.fr

Pôle Gériatrie Autonomie du Dr ROSSIGNOL :

- 29 lits de Court Séjour • 40 lits de soins de suite et de réadaptation • Unité cognitivo comportementale de 10 lits
- Équipe mobile de gériatrie interne avec activité externe (18 EHPAD voisins et domicile) • Consultation Mémoires labellisée de 6 demi-journées par semaine et consultation gériatrie
- Un Gériatre en Chirurgie • Accueil de jour Alzheimer de 20 places
- EHPAD de 240 lits (193 lits traditionnels, 15 lits pour patients en situation d'handicap, 34 lits pour les malades Alzheimer).

Effectif médical du service :

- 4 Praticiens temps plein.
- 4 Praticiens temps partiel.
- 1 Assistant temps plein.
- 2 internes.

Projets :

- Hôpital de jour gériatrique de territoire.
- Unité post opératoire gériatrique.

Le Centre Hospitalier de Saintonge Recrute un médecin gériatre ou un médecin généraliste souhaitant se former à la gériatrie.

Pour la filière gériatrique médecine gériatrique, SSR, USLD, consultations mémoire et EHPAD. Le praticien participe aux astreintes de médecine.

Situé au sud de la Charente Maritime, à 1h de Bordeaux et 30 minutes des plages, le CH de Saintonge est un centre de référence doté de 5 pôles d'activités cliniques et 1 pôle médico-technique. Il a une capacité d'accueil de 849 lits, sur un bassin de population de plus de 300 000 habitants.

Pour tout renseignement, contacter Mme DA SILVA BIGOT Amélie - Directrice des Affaires médicales : Tél : 05 46 95 12 55 - Mail : a.da-silva-bigot@ch-saintonge.fr

Centre Hospitalier de Saintonge - 11, boulevard Ambroise Paré - BP 326 - 17108 Saintes Cedex

Le Groupe Hospitalier Nord Vienne

Recrute pour son nouveau pôle gériatrique (EHPAD et USLD), situé au Centre Hospitalier de Châtellerault (86) :

1 médecin gériatre ou un médecin de médecine polyvalente

Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, vous aurez, avec vos autres confrères et consœurs du pôle, la charge du suivi médical des résidents et pourrez bénéficier du plateau technique de l'hôpital. Intégré à la filière gériatrique de l'établissement, le secteur EHPAD et USLD travaille en étroite collaboration avec les services de SSR et de court séjour gériatrique rattachés au pôle.

Conditions : poste à temps plein, contractuel ou statutaire.

Pour tout renseignement :
Sur l'organisation médicale : Dr BARON BELAN - Chef de Service - christine.baron-belan@ghnv.fr - Tél. : 05 49 02 92 14
Sur les modalités de recrutement et de rémunération : Mme Sylvie RICHARD - DRH - sylvie.richard@ghnv.fr - Tél. : 05 49 02 91 30
Groupe Hospitalier Nord Vienne - Centre Hospitalier de Châtellerault - 1, rue du Docteur Luc Montagnier - CS 60669 - 86106 Châtellerault

Poste à pourvoir immédiatement

Nous recherchons un médecin gériatre

Disponibilité immédiate

Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise :
Un secteur sanitaire composé d'un SSR (18 lits), médecine (30 lits), gynécologie-obstétrique (9 lits), chirurgie générale (18 lits). Une Unité de Soins de Longue Durée (88 lits). Un EHPAD (236 lits). Plateau médico technique (urgences/SMUR, bloc opératoire, imagerie médicale).

Le praticien intègre le pôle de gériatrie et de rééducation :

Ses missions :

- Participe au processus d'admission des nouveaux résidents • Prise en charge des résidents • Evaluation périodique GMP/PMP.
- Participe à la mise en place et l'évaluation des volets, projet de soins et projet de vie • Participe aux astreintes.

Poste temps plein, avec obligation d'inscription à l'Ordre nationale des médecins.

Qualification :
Titulaire d'un DESC de gériatrie, d'une capacité de gérontologie ou d'une attestation de formation permettant l'exercice de la fonction.

Rémunération : Au regard du statut.

Les candidatures sont adresser à : Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise à l'attention de M. Christophe SAINT MARTIN - Directeur adjoint - Rue Frédéric Raboisson - BP 60607 - 40024 Clermont Cedex
christophe.saintmartin@ch-clermont.fr

Rejoignez la communauté des Gériatres

Réseau
PRO+
Santé



Sur
ReseauProsante.fr



www.reseauProsante.fr est un site Internet certifié HONcode



Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseauProsante.fr



APPEL À PARTICIPATION



Et maintenant
à vous de jouer !

Si vous êtes un Jeune Gériatre Hospitalier :



Adhérez gratuitement à l'AJGH.

Pour adhérer, rien de plus simple :

Faites-vous connaître en nous envoyant votre adresse Email via notre site Internet.

NB : ces données sont strictement personnelles et ne seront communiquées qu'à Maceo éditions pour la distribution de la GJG

Vous connaissez dans votre entourage des Jeunes Gériatres intéressés par l'AJGH ?

Communiquez-leur nos coordonnées !

**Vous avez des articles, des messages,
des idées ou des coups de gueule à nous faire partager ?**

COMMUNIQUEZ le nous via notre site Internet

www.ajgh.fr



**FAITES VIVRE votre
site INTERNET !!**