

# LA GAZETTE

## DU JEUNE GÉRIATRE



NUMÉRO 12

Juin 2016

NUMERO GRATUIT

### Rôle phare de l'ergothérapeute en gériatrie



L'ACTU



FICHE TECHNIQUE



ARTICLE  
THÉMATIQUE



ANNONCES  
DE RECRUTEMENT



## COMPOSITION DU BUREAU 2016 - 2017

**Président**  
Guillaume Ducher

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

**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*  
Yacine Jaïdi

*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)

# SOMMAIRE



PAGE  
03

## L'EDITO



PAGE  
04

## INITIATIVES POUR LA RECHERCHE



PAGE  
06

## ACTUALITÉS

- Ergothérapie en gériatrie
- Unités cognitivo-comportementales
- Zostavax® : intérêt de la vaccination zona chez le sujet âgé ?



PAGE  
20

## FIGHE TECHNIQUE

- Voie sous cutanée en gériatrie



PAGE  
26

## ARTICLE THÉMATIQUE

- Quels objectifs tensionnels en gériatrie ?  
- Retour sur deux études d'envergure



PAGE  
32

## ANNONCES

de recrutement





## **Chers lecteurs,**

C'est avec grand plaisir que j'écris cet éditto qui annonce l'arrivée du douzième numéro de la gazette du jeune gériatre. L'équipe formée en octobre dernier est désormais effective, permettant à l'AJGH de poursuivre son essor, marquée notamment par l'édition de trois gazettes par an au lieu de deux auparavant. Même s'il reste encore beaucoup de travail pour nous améliorer sur les thématiques de communication, formation et recherche que nous nous sommes fixées, l'association avance.

L'enjeu de notre développement reste important car avec l'arrivée du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Gériatrie pour les choix ECN de 2017, l'Association des Jeunes Gériatres Hospitaliers devrait être au premier plan pour renseigner les futurs internes intéressés par la gériatrie dans leur choix de carrière et les guider au mieux durant leur cursus. L'arrivée de ce DES de Gériatrie apportera à notre spécialité enfin la reconnaissance dont elle manque tant. A nous désormais de nous montrer à la hauteur avec des moyens de communication optimisés, une formation pertinente et un développement accru de la recherche en gériatrie. Le Professeur Andrieu, Présidente de la SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie), a d'ailleurs souhaité dès sa prise de poste en octobre 2015 engendrer un engouement fort pour le développement d'une recherche ambitieuse. Pour se faire, des bourses seront attribuées aux jeunes gériatres qui souhaitent exposer leurs travaux dans des congrès européens et internationaux. Les modalités vous sont exposées au début de cette gazette ainsi que sur notre site internet [www.ajgh.fr](http://www.ajgh.fr)

Pour commencer ce douzième numéro, notre focus sur les actualités gériatriques vous fera tout d'abord découvrir une activité indispensablement associée à la gériatrie par un article sur la place et l'importance de la prise en charge ergothérapeutique. Vous découvrirez ensuite le fonctionnement et les missions des Unités Cognitivo-Comportementales. Ce focus se terminera par une mise au point sur le vaccin Zostavax, inscrit pour la première fois cette année au calendrier vaccinal. Une fiche technique sur l'hypodermoclyse vous est ensuite proposée. Enfin, notre décryptage bibliographique des actualités gériatriques vous apportera des réponses sur les objectifs tensionnels à rechercher, par la présentation de deux études d'envergure.

N'oubliez pas que les portes de l'association sont grandes ouvertes et qu'en aucun cas il ne faut hésiter à nous contacter pour nous rejoindre, échanger ou collaborer sur des thématiques gériatriques diverses. La boîte mail, le site internet et le facebook de l'association sont actifs et disponibles pour tout échange.

Bonne lecture,

**Guillaume DUCHER**

Président AJGH

# Initiatives pour la recherche



## Initiatives de la présidente de la SFGG pour le développement de la recherche en gériatrie

Lors de son élection à la Présidence de la SFGG en novembre 2015 au cours des 35<sup>èmes</sup> Journées Annuelles, le Professeur Sandrine Andrieu a souhaité placer son mandat « sous le signe du changement dans la continuité et sous le signe de la recherche ».

Définie ainsi comme nouvel axe majeur de travail, la recherche en gériatrie et en gérontologie doit s'épanouir. Bien qu'il s'agisse d'une discipline jeune, la Gériatrie s'est beaucoup développée ces dernières années, son statut de spécialité médicale à part entière a été reconnu et le vieillissement est désormais au premier rang des priorités nationales et internationales, notamment dans la stratégie nationale de santé et dans la stratégie nationale ou européenne de la recherche. La poursuite de l'essor de la gériatrie se fera nécessairement par l'expansion de ses travaux de recherches.



Deux axes de travail ont alors été définis et doivent se développer en parallèle. Tout d'abord un axe fort sur la prévention doit s'étendre afin de pouvoir faire face au vieillissement démographique, en prévenant les pertes de fonctions liées à l'âge et les complications des pathologies chroniques. Le second axe fort de recherche devra porter sur l'optimisation de la prise en charge des personnes âgées dans les objectifs d'améliorer leur état de santé mais aussi leur qualité de vie. Le but ultime de ces recherches est bien évidemment d'améliorer la qualité de vie de nos seniors.

Pour se faire, toutes les disciplines scientifiques gériatriques et gérontologiques ainsi que toutes les générations doivent être mobilisées et travailler de concert autour de ces questions. La jeune génération de gériatres a ainsi toute sa place et doit activement participer à l'essor de sa spécialité par son implication dans des projets de recherche d'envergure, nationaux, européens voire internationaux. La création d'un groupe de « young leaders in aging research » est fortement souhaitée par le Professeur Andrieu.

**Docteur Guillaume DUCHER**

Président AJGH  
asso.ajgh@gmail.com



Pour accompagner le développement de la recherche et susciter l'envie pour les plus jeunes d'aller présenter leurs travaux de recherche dans des congrès internationaux, il nous semblait important de vous accompagner concrètement dans la démarche. La SFGG propose donc une nouvelle forme de soutien à la recherche en mettant à disposition des plus jeunes une aide financière de deux types pour aller assister aux congrès de l'EUGMS et de l'IAGG en 2017.

J'espère que vous serez nombreux à répondre à cet appel à candidatures pour montrer que les jeunes gériatres et gérontologues sont dynamiques en matière de recherche et souhaitent développer des collaborations internationales.

## La SFGG propose deux types de bourses – young leaders in aging research

### ► **EUGMS 2017 (European Union Geriatric Medicine Society) à Nice**

Du 19 au 22 septembre 2017 **avec deadline des soumissions en mars 2017** (non encore ouvert)

10 bourses de 500 euros

#### **Critères :**

- Gériatre ou gérontologue de moins de 40 ans
- Ayant une communication orale acceptée / ou une communication orale dans symposium invité acceptée
- Lettre de soutien par un membre « sénior » de la SFGG

### ► **IAGG 2017 (International Association of Gerontology and Geriatrics) à San Francisco**

Du 23 au 27 juillet 2017 avec **deadline des soumissions le 15 juillet 2016**

6 bourses de 1 500 euros

#### **Critères :**

- Gériatre ou gérontologue de moins de 40 ans
- Inscrit en thèse d'université
- Rattachement à une unité de recherche labellisée
- Ayant une communication orale acceptée
- Lettre de soutien par un membre "sénior" de la SFGG

**Professeur Sandrine ANDRIEU**

Présidente SFGG  
sandrine.andrieu@univ-tlse3.fr

# Focus sur les dernières actualités



## L'importance des missions de l'ergothérapeute dans la prise en charge gériatrique

**Sonia MOIGNY-VILLARI**

Ergothérapeute, SSR polyvalent et gériatrique en Normandie. [sonia.moigny@gmail.com](mailto:sonia.moigny@gmail.com)

**Adeline LEVILLAIN**

Ergothérapeute, CHU de Clermont-Ferrand. [ergotherapie@ch-riom.fr](mailto:ergotherapie@ch-riom.fr)

### Introduction

L'ergothérapeute guide la personne vers son autonomie en réduisant les obstacles à son indépendance.

La personne âgée en SSR sera confrontée à une perte d'autonomie souvent brusque suite à une chute, une fracture... et parfois aussi à l'installation d'une situation de handicap. Généralement, la personne âgée souhaite rester autonome et chez elle le plus longtemps possible.

La prise en charge de la personne âgée nécessite de connaître sa pathologie ainsi que son environnement et ses souhaits. L'ergothérapeute en gériatrie travaille de façon holistique et cela prend là tout son sens étant donné la polypathologie du patient âgé.

Ainsi, l'ergothérapeute mettra en place une démarche de prise en charge spécifique pour répondre au besoin du patient.

L'ergothérapeute proposera des activités thérapeutiques (rééducation) pour éviter ou limiter l'apparition de déficiences liées à leur pathologie, proposera aussi des ateliers de groupe (éducation rachidienne, prévention des chutes...) afin de sensibiliser les patients à une gestuelle non douloureuse et fonctionnelle en limitant au maximum les dangers. De plus, il ou elle cherchera à adapter l'environnement de la personne âgée (guider les choix des aides techniques appropriées, réaliser des mises en situations de la vie quotidienne, donner des conseils d'aménagement du domicile) et veillera au confort du patient dans son installation (au lit, au fauteuil) tout en respectant les envies du patient, ses loisirs, ses croyances.





## Pour qui prescrire une prise en charge en ergothérapie en SSR ?

Voici quelques exemples de troubles de la personne âgée pris en charge en ergothérapie en SSR.

Déficiences	Actions proposées
Déficit moteur des membres supérieurs : trouble de l'élévation de bras (suite à une rupture de la coiffe des rotateurs, fracture...), trouble de la préhension, de l'écriture...	Rééducation appropriée
Troubles neurologiques : apraxie, héminégligence, hémiparésie...	Rééducation, stimulation, mise en situation...
Patients lombalgiques : CLE, hernie discale...	Installation en chambre (choix du matelas, fauteuil de chambre...) et conseils, thermothérapie, école du dos.
Conseils de prévention	Donner les conseils anti luxation suite à une prothèse de hanche, adapter les aides techniques au besoin, remettre un livret...
Adaptations	Choisir le chaussage approprié pour éviter les chutes. Adaptation d'attelles (releveur de pied) Choix d'aide technique, d'aide au repas...
Visite à domicile	Choix du matériel approprié en fonction du lieu de vie (fauteuil roulant, déambulateur, chaise garde-robe...)

## Démarche de prise en charge en ergothérapie et diagnostic

L'ergothérapeute suivra une méthode de soin classique comme tout paramédical et médical, en commençant par un entretien, puis la réalisation de bilans, la pose d'un diagnostic et la mise en place d'un plan d'action.

L'ergothérapeute fera ainsi un **entretien** avec le patient qui consiste à recueillir ses capacités antérieures à l'hospitalisation, ses souhaits...

Puis, l'ergothérapeute établira **des bilans** (fonctionnels, de préhension, de sensibilités...) en fonction des besoins.

Ensuite, il réalisera un **diagnostic ergothérapique** qui consiste à définir une situation de handicap en prenant compte des capacités et incapacités du patient, ses déficiences, les facteurs personnels et environnementaux. Enfin, l'ergothérapeute construira **sa prise en charge ergothérapique** (rééducation, réadaptation).

# Focus sur les dernières actualités

## La rééducation en ergothérapie

« La rééducation est un ensemble de traitements non médicamenteux [...] Outre les moyens thérapeutiques, elle peut aussi être définie par son objectif principal et la stratégie qu'elle sous-tend. Ainsi, elle vise à l'autonomisation des patients par une action ciblée sur les déterminants du handicap dont les déficiences et incapacités. ». [1]

L'ergothérapie repose spécifiquement sur la pratique d'activités ludiques et artisanales dans le but d'une optimisation fonctionnelle [...] Ces objectifs sont parfois atteints par l'usage d'orthèses et d'aides techniques confectionnées à la demande. [1 bis]

▶ La **rééducation** en ergothérapie privilégie divers moyens qui sont souvent ludiques.

Un jeu de « puissance 4 » peut servir pour rééduquer un patient atteint d'une rupture de la coiffe des rotateurs : travail de préhension puis élévation de bras et précision du geste afin que le pion tombe dans la grille. La hauteur de la table est adaptée au fur et à mesure des progrès et capacités du patient.

▶ L'ergothérapeute fait également **des bilans et des suivis des AVQ** (Actes de la Vie Quotidienne) afin de proposer des solutions simples pour rendre le patient plus indépendant et autonome au moment de la toilette, de l'habillage, du repas ou des loisirs. La rééducation est effectuée en situation réelle de toilette ou de repas, pour stimuler le patient à utiliser son bras déficient par exemple dans le cas d'une personne hémiplegique, et en lui proposant des aides techniques appropriées à la situation.

Pour le repas, cela peut être un rebord d'assiette pour pousser les aliments d'une seule main dans la cuillère ou la fourchette et ainsi manger seul. Autre solution : adapter des couverts à manche grossi pour faciliter la préhension...

▶ La rééducation consiste enfin à réaliser des **activités d'éducation thérapeutiques** comme l'école du dos ou l'atelier de prévention des chutes.

- ▶ A l'école du dos l'ergothérapeute enseigne les gestes déconseillés et incite à l'apprentissage de positions antalgiques pour gérer le quotidien ou les activités professionnelles ou de loisirs. L'ergothérapeute donne également des conseils sur les aides techniques utilisables ou le choix du mobilier afin de faciliter le quotidien.
- ▶ A l'atelier de prévention des chutes, l'ergothérapeute teste les patients sur l'équilibre en station debout, ainsi que lors de la marche puis propose des exercices. L'ergothérapeute met en place un parcours pour franchir des obstacles, marcher sur des supports instables ou encore monter dans le lit. Les patients sont mis en situations de vie quotidienne pour corriger la tenue et éveiller une prise de conscience des risques de chutes. Enfin, l'ergothérapeute donne des conseils précieux sur le chaussage et les risques potentiels de chute au domicile lors d'un échange avec les participants.



◀ Patiente apprenant à se relever du sol



## La réadaptation en ergothérapie

« La réadaptation dépasse le cadre de la rééducation. Elle intègre en effet l'ensemble des mesures médicales, sociales, éducatives et environnementales susceptibles de contribuer au maintien ou au retour des patients dans leur environnement. Cet objectif ne se substitue pas à celui d'une autonomisation. La réadaptation fait donc appel à des intervenants des domaines médical, paramédical et extramédical. Elle est en règle coordonnée par le médecin prenant en charge le patient. ». [2]

En ergothérapie, la réadaptation consiste à modifier ou trouver une aide technique pour faciliter la vie du patient. Cela va du choix du fauteuil roulant à l'enfile bas de contention, en passant par le choix des chaussons pour éviter les chutes. L'ergothérapeute peut fabriquer une aide technique personnalisée pour faciliter une action pour redonner de l'autonomie à son patient. L'ergothérapeute veille à trouver **la meilleure installation** possible du patient âgé.

<p><b>Positionnement du patient</b></p>	<p>Pour un patient atteint d'une hémiplegie flasque, l'ergothérapeute installe une mousse « cale bras » pour assurer une bonne installation du patient et éviter de léser le bras malade. Une information de l'installation à faire est transmise à l'équipe soignante pour être reproductible par tous.</p>	
<p><b>Fabrication d'aide technique</b></p>	<p>L'ergothérapeute peut également réaliser des attelles en thermoformable pour soulager les douleurs, éviter les rétractations et les déformations. A la suite d'une fracture de poignet par exemple, une attelle sur mesure est faite pour permettre de maintenir le poignet en rectitude pendant le temps de consolidation ou pour soulager la douleur par la suite.</p>	
<p><b>Information</b></p>	<p>Sur des gestes conseillés ou déconseillés lors d'une pathologie chronique ou suite à une intervention chirurgicale.</p>	<p>POUR EVITER TOUT RISQUE DE LUXATION Suite à une PTH lors d'une intervention par voie postérieure et externe NE PAS FAIRE les premiers mois</p> <p>♦ remise de livret</p>
<p><b>Fabrication de dispositif</b></p> <p><b>Conseils matériel</b></p>	<p>L'ergothérapeute peut fabriquer un « lasso » avec du jersey pour que le patient attrape son pied et puisse monter la jambe en extension dans le lit sans avoir recours à une tierce personne.</p> <p>En chambre, pour installer un patient qui a tendance à glisser du fauteuil et pour éviter les chutes, l'ergothérapeute propose un coussin anti-escarre adapté à sa morphologie ou un coussin « one way » qui empêchera en partie le patient de glisser vers l'avant. Le coussin « one way » aidera l'aide-soignante à remonter le patient au fond du fauteuil ou le patient à se remonter seul pour éviter la pose mal vécue de contention.</p>	

# Focus sur les dernières actualités

## La visite à domicile



L'ergothérapeute peut proposer une visite à domicile afin d'envisager des aménagements pour faciliter la circulation dans le logement.

Dans la salle de bain, s'il existe une baignoire, l'ergothérapeute propose d'installer une planche de bain ou une chaise de douche pivotante ou tout autre aide technique pour faciliter le transfert et limiter les risques de glissade.

Si cela est possible, l'ergothérapeute incite à la réalisation de travaux pour enlever la baignoire et mettre une douche de plain-pied afin de présenter le moins d'obstacle possible.

Dans le cas du choix du fauteuil roulant, l'ergothérapeute prend les mesures des passages de portes du logement et propose un modèle qui convient au logement et à la morphologie du patient.

Parfois, les adaptations du logement proposées se révèlent trop compliquées ou coûteuses, ce qui entraîne un changement de logement à faire pour le patient. Tous ces choix sont difficiles à faire pour la personne âgée mais l'ergothérapeute met tout en œuvre pour respecter le choix du patient sur son lieu de vie.

## Place et importance de la prise en charge ergothérapique dans la prise en charge gériatrique

La coordination de l'ergothérapeute avec les équipes soignantes est primordiale car l'action spécifique de l'ergothérapeute doit être utilisée dans la vie quotidienne du patient, et ce n'est pas toujours le cas. La personne âgée réagit souvent différemment avec un rééducateur qu'avec un soignant. Or tous les acquis obtenus en salle de rééducation doivent servir au patient pour s'autonomiser dans son quotidien. D'où l'importance de bien communiquer avec l'équipe qui doit stimuler le patient avec tact mais fermeté à utiliser son potentiel physique et psychique.

D'autre part, l'ergothérapeute peut former préventivement ses collègues à l'utilisation à bon escient des aides techniques au transfert (Lève personne, verticalisateur, disque de transfert, planche de transfert, drap de glisse...). La connaissance du matériel médical disponible au sein de l'établissement et le rappel des bonnes pratiques de ce matériel doit être régulier.

L'ergothérapeute peut choisir, avec les cadres et les médecins, de mettre en place un type de matelas à air pour prévenir l'apparition d'escarres, car si celui-ci est mal utilisé, l'efficacité ne sera pas assurée. Par exemple, lorsque les patients relèvent le buste de leur lit, il faut penser à appuyer sur un bouton pour « ajouter » de l'air sur la zone fessière sur certains modèles de compresseurs.

L'ergothérapeute assure donc un conseil efficace et précieux pour l'équipe soignante.

Enfin, l'ergothérapeute doit être consulté(e) pour le choix du matériel investi dans l'établissement (lit médicalisé, matelas, fauteuil roulant, coussins de décharges talonnière...) et ainsi en assurer la bonne utilisation.



## Conclusion

L'ergothérapeute évalue le niveau d'autonomie de la personne, son milieu de vie, sa capacité à se prendre en charge avec ou sans l'aide de ses proches, identifie les besoins, propose des solutions appropriées aux besoins et capacités de chacun.

L'ergothérapeute intervient pour aider à une amélioration de l'indépendance, par une rééducation, par un réapprentissage des activités quotidiennes, par un conseil adapté pour le matériel et l'aménagement de l'environnement. [3]

L'ergothérapeute aide les patients qui présentent un déficit fonctionnel à s'adapter à leur handicap, pour reprendre les activités de la vie quotidienne. L'ergothérapie s'adresse aussi bien aux patients présentant un handicap physique que mental ou émotionnel.

« L'ergothérapie a un rôle prépondérant tout au long du processus de rééducation, de réadaptation et de réinsertion des personnes en situation de handicap physique ou psychique ». [4]

L'ergothérapeute travaille en collaboration étroite avec le médecin, le personnel infirmier, le kinésithérapeute, le (neuro) psychologue, le personnel d'aide à la réinsertion et l'assistante sociale. Les membres de cette équipe évaluent le patient selon leur spécialité et confrontent leurs constatations pour arriver à une évaluation globale concernant les capacités et possibilités du patient.

## ◊ Rappel cursus de formation

Admission sur concours après BAC, ou quelques places par dispense de concours (par convention avec l'UFR STAPS de l'université après une 1<sup>ère</sup> année validée, pour un sportif de haut niveau hors concours et pour candidat ayant validé une licence).

La formation dure 3 années et alterne entre formation scolaire et formation professionnelle lors de stages.

On trouve actuellement 21 écoles sur le territoire national.

**Korian NORMANDIE**

## Bibliographie

[1] et [1bis]

Item 53 : Principales techniques de rééducation et de réadaptation.

« COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie »,

Date de création du document 2010-2011, ©Université Médicale Virtuelle Francophone.

[2]

Item 53 : Principales techniques de rééducation et de réadaptation.

« COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie »,

Date de création du document 2010-2011, ©Université Médicale Virtuelle Francophone.

[3]

Définition de l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes), en avril 2007, établie dans la plaquette de présentation du métier d'ergothérapeute.

[4]

Jean Laudet, Géronto : l'infirmière en gérontologie, 2006, wikimot.fr

# Focus sur les dernières actualités



## Les unités cognitivo-comportementales (A travers l'expérience de l'UCC de Nîmes)

### Création et objectifs

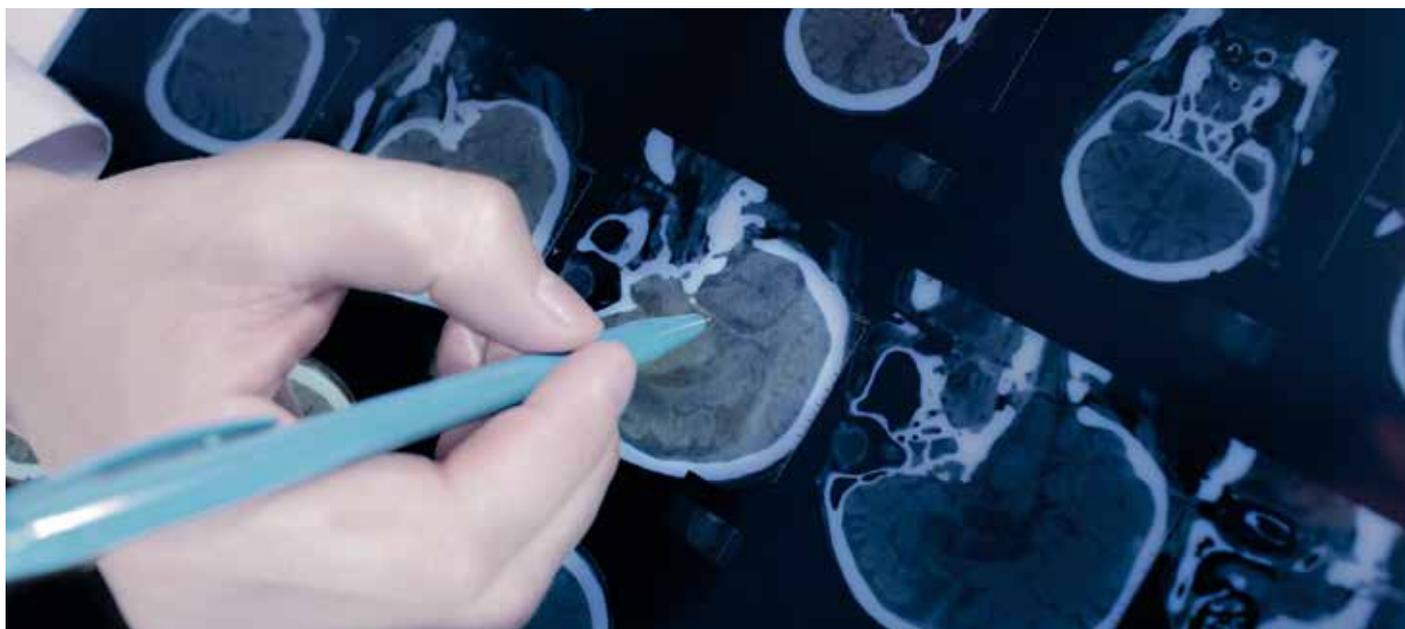
Créées à partir de 2008, dans le cadre de la mesure 17 du 3<sup>e</sup> plan Alzheimer, les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) ont été définies comme un SSR spécialisé dans la prise en charge des patients présentant des troubles du comportement productifs, dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée (MAMA). La mobilité préservée des patients, et la présence de troubles du comportement chroniques et perturbateurs (agressivité, hallucinations, comportements moteurs aberrants, agitation et/ou troubles du sommeil) sont les critères indispensables à l'admission dans ces unités.

La circulaire du 15 septembre 2008 fixe les objectifs de l'UCC, à savoir la diminution de l'utilisation des psychotropes sédatifs et de la contention, physique ou chimique, la mise en place de stratégies compensatoires des déficits, les soins préventifs d'une situation de crise et le maintien, voire l'amélioration de l'adaptation aux actes de la vie quotidienne, en vue d'un retour au lieu de vie antérieur ou habituel.

Dans cette optique, les UCC s'appuient sur :

- ⦿ Des ressources humaines, outre les personnels habituels de tout SSR gériatrique, il est nécessaire d'avoir des compétences particulières telles qu'un médecin formé, un psychologue, un psychomotricien, un musicothérapeute...
- ⦿ Des ressources matérielles : une unité adaptée sur le plan architectural, grâce notamment à des chambres individuelles et individualisées, un espace de déambulation intérieur, voire extérieur, un lieu commun de vie sociale et d'activité, le tout dans un milieu sécurisé et sécurisant. De plus, ce sont des unités de petite taille, comportant une dizaine de lits.

En juin 2013, 73 UCC avaient ouvert leurs portes, représentant 801 lits.





## Place dans la filière de soins

Les UCC jouent un rôle central dans la filière gériatrique, et, plus spécifiquement, dans la filière des malades atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentée. Elles se positionnent en aval des structures MCO, spécialisées gériatriques ou non, y compris les services d'urgences après avis gériatrique, et en amont des structures d'hébergement, nécessitant une relation privilégiée avec la médecine de ville.

Sur demande d'un médecin de ville ou hospitalier, tout malade porteur d'une MAMA, quel que soit son âge, et présentant des troubles du comportement perturbateurs, peut être hospitalisé en UCC, le plus fréquemment après une consultation de pré-admission. Cela peut concerner des résidents d'EHPAD perturbateurs, pour lesquels les actions mises en place en institution sont peu ou pas efficaces. Mais également, et bien souvent, des situations de « crise » au domicile, caractérisées par une aggravation ou un déséquilibre des troubles du comportement, retentissant sur les relations du patient avec son entourage et compromettant l'équilibre familial et ainsi le maintien dans son lieu de vie habituel.

Ces unités ne sont pas un lieu de diagnostic de syndrome démentiel ou des syndromes confusionnels aigus.

## Prise en soins en UCC

L'hospitalisation en UCC s'organise autour de plusieurs axes :

- ▶ L'observation et l'évaluation en pluridisciplinarité des troubles du comportement, après la recherche systématique et approfondie du ou des facteurs déclenchants de ces troubles et de l'élimination des facteurs somatiques (douleur, iatrogénie, trouble sensoriel...). Elles s'appuient sur les échelles spécifiques d'évaluation des troubles du comportement, particulièrement l'Inventaire Neuro-Psychiatrique (NPI), évaluant 12 items.
- ▶ L'élaboration d'un projet de soin individualisé, construit en équipe multidisciplinaire lors de réunions dédiées, après mise en commun des évaluations de tous les soignants. Il comporte l'élaboration de stratégies relationnelles et comportementales pour aborder et prévenir les troubles du comportement, d'un programme d'activités ou d'ateliers thérapeutiques structurés et adaptés, l'ajustement des traitements psychotropes, le soutien psychologique des aidants et la préparation de la sortie, et ce, dès l'entrée.

# Focus sur les dernières actualités

## Les thérapies non médicamenteuses

D'après les recommandations HAS de 2009 et 2011, les thérapies non médicamenteuses sont recommandées en première intention pour le traitement des troubles du comportement. Elles font partie intégrante de la prise en charge d'un patient atteint de trouble neurocognitif majeur, bien que l'on manque encore de preuves sur leur efficacité.

Elles sont de 4 types :

- ▶ Cognitives
- ▶ Psycho-sociales
- ▶ Corporelles
- ▶ Environnementales.

Elles nécessitent une formation des soignants, couplée à un travail préalable d'observation et de recueil d'informations, permettant une structuration des ateliers.

Par exemple, la prise en soin multi-sensorielle, ou Snoezelen, a largement montré son efficacité sur la prise en charge des troubles du comportement, notamment ceux révélant un syndrome dépressif ou anxieux en prévention de la survenue de ceux-ci. Elle s'appuie sur la stimulation des sens (au moins 3) afin de créer un moment et un espace de partage et d'échange entre le patient et le soignant, notamment par une communication non verbale, en mobilisant les émotions. Elle peut être réalisée en chambre ou dans une salle dédiée, par un soignant formé, et après une préparation adaptée, avec l'aide du patient, s'appuyant sur une carte d'identité sensorielle.





## Les intervenants

- ◉ **Le médecin** expérimenté ou formé dans la prise en charge de ces malades, et de leurs troubles du comportement, qu'il soit gériatre ou généraliste. Le cahier des charges préconise, théoriquement l'intervention d'un psychiatre, voire d'un neurologue, mais leur présence reste encore trop faible.
- ◉ **Les infirmières** formées aux troubles du comportement, elles ont un rôle central d'observation comportementale et de coordination de la prise en charge, y compris dans le soutien aux aidants. A Nîmes, elles réalisent l'entretien d'accueil avec la famille, via un recueil de données, permettant de mieux connaître le patient et son environnement, et de retracer les événements de vie marquants. La sortie, anticipée dès l'accueil, est préparée par un contact systématique, au moins par téléphone, avec les structures d'aval, amenées à prendre en charge le malade, quelques jours avant la sortie.
- ◉ **Les assistants en soin gériatologique** contribuent à la prise en charge des malades en situation de grande dépendance ou présentant des troubles cognitifs. Leur rôle est central dans la prise en charge en UCC, afin, d'une part, de participer à l'élaboration du projet de soin, via leur observation comportementale ainsi que de l'autonomie de chaque patient, et d'autre part, dans la mise en application de celui-ci, au travers d'ateliers adaptés, et dans l'accompagnement individualisé au quotidien.
- ◉ **Le psychologue** contribue à éclairer et donner du sens à ce qui se passe, dans un temps et un environnement précis, et apporte des pistes de réflexion et des ressources aux différents acteurs. Sa participation à l'élaboration et la mise en place du projet de soin est indispensable. Il intervient sur 2 axes :

  - ◉ Le patient, via une évaluation psychologique globale, tant sur le plan cognitif, thymique que comportemental, contribuant ainsi à l'élaboration du plan individualisé de soins, proposant notamment des moyens de communication et de relation, puis, dans un second temps, à travers un soutien psychologique
  - ◉ La famille, en évaluant la souffrance, le cheminement et les capacités d'adaptation ultérieure de l'aidant principal, et grâce, également, à un rôle d'information sur la pathologie et ses répercussions. Enfin, il participe à l'éducation sur les modes de communication à privilégier avec leur proche.
- ◉ **L'ergothérapeute / le psychomotricien** ont un rôle global au sein de l'UCC. Après une phase d'observation du malade, tant sur un plan comportemental que de l'autonomie, de la dépendance, de la motricité, et des praxies, ils participent à la réadaptation cognitive et fonctionnelle du patient. Elle s'appuie sur des techniques de prise en soins spécifiques, que ce soit à visée de relaxation, ou de réhabilitation cognitive à travers des ateliers adaptés (cuisine, réminiscence, jeux de société, gymnastique douce...).
- ◉ **Le musicothérapeute** vise à mobiliser des émotions et la mémoire du patient, dans le but d'améliorer la qualité de vie. La musique permet d'explorer le non-verbal, afin de faire sortir le patient de son isolement, en insistant sur les capacités préservées du malade, dans un objectif global de revalorisation et d'amélioration de l'humeur.

## Les thérapies médicamenteuses

Les recommandations de la HAS proposent de trouver un équilibre entre la recherche d'efficacité et la prévention du risque iatrogène. Leur utilisation est souvent nécessaire dans la prise en charge des malades présentant des troubles du comportement. Elle doit cependant être adaptée (posologies plus faibles, durée limitée).

Avant de modifier les traitements, une phase d'observation, avec le maintien du traitement antérieur, est indispensable. L'adaptation thérapeutique arrive dans un second temps, en choisissant la classe médicamenteuse la plus adaptée aux troubles présentés par le malade, et en cherchant la dose minimale efficace.

# Focus sur les dernières actualités

Les anti-psychotiques sont déconseillés en systématique mais restent souvent indispensables dans le cadre d'un trouble de type psychotique. Ils doivent, dans la mesure du possible, être évités, tout en gardant à l'esprit que les patients admis à l'UCC sont particulièrement difficiles, souvent en échec thérapeutique après plusieurs lignes de traitements psychotropes.

## L'accompagnement des aidants

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, et particulièrement lorsqu'elles s'accompagnent de troubles du comportement, impactent le quotidien et la qualité de vie des aidants, tout autant que celle des malades.

Le temps d'hospitalisation en UCC doit permettre un accompagnement du ou des aidants, à travers un soutien psychologique, une éducation sur les troubles et l'attitude à adopter pour y faire face, ou encore une aide à la maturation de décisions, comme une entrée en institution. Le recueil de données, notamment, permet de retracer l'histoire de vie, de la maladie et des troubles du comportement, et de replacer la personne dans son milieu familial.

Enfin, l'information des aidants sur l'UCC est primordial, contribuant à la mise en œuvre d'objectifs de soins communs, et en obtenant l'adhésion du ou des aidants à la prise en charge proposée. L'alliance thérapeutique dans un climat de confiance est autant indispensable chez le malade que chez la famille, voire les intervenants au domicile.

## Conclusion

Les UCC sont des structures jeunes, prenant progressivement place dans la filière de soins des malades atteints de MAMA.

Néanmoins, elles restent encore trop souvent méconnues, que ce soit par les médecins généralistes ou hospitaliers, et leur mode de recours reste souvent flou.

De plus, les troubles du comportement demandent une attention et une disponibilité des soignants accrues, pouvant être source d'épuisement, en plus des risques intrinsèques à ces troubles (agressivité verbale voire physique).

Enfin, la stabilisation des troubles du comportement relève d'un équilibre fragile entre l'attitude des intervenants et des aidants, la communication verbale et non-verbale, la réhabilitation cognitive et les thérapeutiques médicamenteuses, obtenues plus aisément dans ces structures de petite taille. Cet équilibre peut être facilement rompu lors de l'entrée ou du retour en institution, rendant parfois difficile la poursuite des stratégies développées à l'UCC.

De même, les malades sortant d'UCC peuvent parfois souffrir d'une « étiquette péjorative, et trouver une place en institution s'avère souvent difficile, d'autant plus qu'une unité d'hébergement protégée est souvent nécessaire.

Des structures adaptées, en nombre suffisant en amont comme en aval, pour les malades d'Alzheimer ou apparentée, sont nécessaires et constituent sans doute le « chaînon manquant » de la filière Alzheimer, en lien avec le transfert des compétences de l'UCC aux structures d'hébergement notamment par le moyen d'équipes extra-hospitalières.

Maxime COURTIAL



## Zostavax

### Intérêt de la vaccination zona chez le sujet âgé ?

Pour la première fois cette année, le vaccin contre le zona (Zostavax®) est inscrit au calendrier vaccinal 2016 publié en mars par le Ministère de la Santé, avec une recommandation chez les adultes de 65 à 74 ans.

#### Rationnel

Le zona, réactivation du virus varicelle-zona, est une maladie fréquente touchant au cours d'une vie près d'une personne sur 4. L'immunosénescence du sujet âgé, responsable d'une diminution de la réponse lymphocytaire spécifique, est le principal facteur incriminé dans l'augmentation de l'incidence du zona avec l'âge. En effet, au-delà de 70 ans, le nombre de cas de zona passe de 3.2 pour 1000 habitants à 12.5, dont 9 cas sur 10 surviennent chez un sujet immunocompétent [1].

Le problème essentiel de cette pathologie est marqué par ses complications, représentées en phase aiguë par les lésions ophtalmiques, les décompensations de pathologies chroniques et des douleurs mixtes (nociceptives et neuropathiques). La persistance de douleurs neuropathiques à distance de l'épisode aigu définit les douleurs post-zostériennes, touchant 10 à 30 % des patients selon l'âge et responsables d'une altération majeure de la qualité de vie, tant au niveau physique que social et psychique.

#### L'arrivée de Zostavax®

Zostavax® est un vaccin vivant atténué existant déjà depuis plusieurs années, dont l'efficacité avait été démontrée pour la première fois en 2005 [2]. Cette étude d'envergure avait constaté, chez le sujet âgé de plus de 60 ans, une diminution de 51.3 % de l'incidence du zona dont une baisse de 73 % des formes sévères. Une efficacité de 67 % sur l'incidence des douleurs post-zostériennes ainsi qu'une diminution de 66 % du risque de survenue d'une dépendance (définie dans l'étude comme une perte d'un point au score ADL) étaient également mises en évidence.

Cependant, ces résultats ne sont pas uniformes selon les tranches d'âges considérées avec une nette diminution de l'efficacité que ce soit sur l'incidence des cas de zona ou des douleurs post-zostériennes, avec l'avancée en âge. Notons de plus qu'aucune efficacité sur les douleurs aiguës n'a été mise en évidence.

	Efficacité			
	> 60 ans	60-69	70-79	> 80
<b>Incidence du zona</b>	51 %	64 %	41 %	<b>18 %</b>
<b>Douleurs post-zostériennes</b>	67 %	66 %	74 %	<b>42 %</b>

# Focus sur les dernières actualités

Ainsi, malgré un service médical rendu considéré comme faible par le Haut Conseil de Santé Publique, le nouveau calendrier vaccinal 2016 recommande la vaccination en routine par Zostavax chez tous les adultes de 65 à 74 ans (sauf sujet immunodéprimé chez qui il est contre indiqué). Jusqu'en février 2017, un rattrapage est possible jusqu'à 79 ans.

## Et la suite ?

Malgré une incidence du zona et de ses complications plus élevées chez les patients les plus âgés, le vaccin Zostavax mis sur le marché a une efficacité qui s'amointrit avec le vieillissement.

Dans ce contexte, une alternative a été évaluée par l'étude ZOE-50 (ZOster Efficacy in Adults 50 years of age or older) [3], qui a recherché l'efficacité d'un vaccin zona recombinant sous unité (protéine antigénique conjuguée à un adjuvant) chez 15411 personnes âgées de plus de 50 ans. Les résultats de cette étude ont récemment été publiés, démontrant une efficacité nette avec une réduction de plus de 90 % de l'incidence du zona, indépendamment de l'âge, mais au prix d'effets indésirables locaux plus fréquents. Les études de phase II avaient auparavant démontré une réponse immunitaire robuste et persistante.



*Afin de confirmer l'indépendance de l'âge dans l'efficacité vaccinale, l'étude ZOE-70 est actuellement en cours ...*

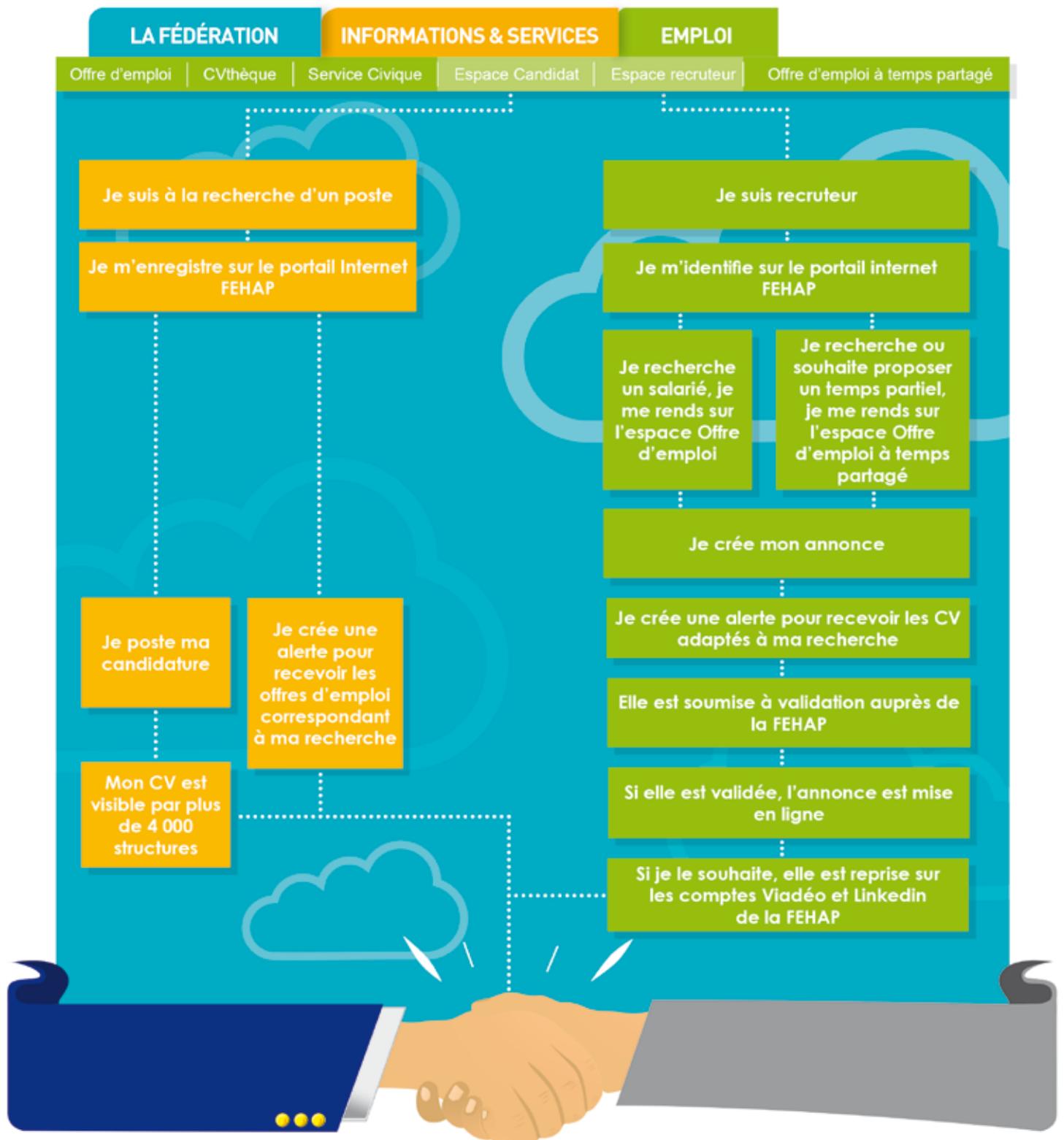
**Guillaume DUCHER**

## Bibliographie :

- [1] Crétel E, Veen I, Pierres A, Bongrand P, Gavazzi G. Immunosénescence et infections, mythe ou réalité ? Médecine Mal Infect 2010;40(6):307–18.
- [2] Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, et al. A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. N Engl J Med 2005;352(22):2271–84.
- [3] Lal H, Cunningham AL, Godeaux O, et al. Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults. N Engl J Med 2015;372(22):2087–96.

# RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet [www.fehap.fr](http://www.fehap.fr)



# Fiche technique



## La perfusion sous-cutanée ou hypodermoclyse

### Définition

La perfusion sous-cutanée (SC), ou hypodermoclyse, est une technique d'injection, présentant de nombreux avantages en soins palliatifs et gériatrie, qui permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments, de façon continue ou discontinue, dans le tissu sous-cutané (hypoderme).

### Indications / Contre-indications

#### Indications

La voie orale doit être systématiquement privilégiée.

- Sur prescription médicale uniquement.
- Voie orale problématique ou impossible (troubles de déglutition, de conscience, vomissements, agitation, ...).
- Voie veineuse non accessible, absence de site veineux implantable ou de picc-line.
  - Maintenir ou restaurer un état d'hydratation (en dehors des situations d'urgence).
  - Administration de médicaments (dont ceux disponibles uniquement par voie injectable).

#### Contre-indications

- Refus de la personne soignée.
- Situations d'urgence.
- Pathologies cutanées en regard du site d'injection (choisir un autre site).
- Troubles de l'hémostase non-contrôlés (si apparition d'un hématome lors du 1<sup>er</sup> essai).
- Utilisation de solutés hypertoniques et de certains médicaments (risque nécrotique de la peau).

### Avantages / Inconvénients

#### Avantages

- Facilité de mise en place, d'utilisation et de surveillance (ne nécessite pas la présence d'un personnel infirmier).
- Comparativement à la voie veineuse périphérique : diminution des risques infectieux et hémorragiques, exclusion du risque d'embolie gazeuse, meilleur confort du patient.

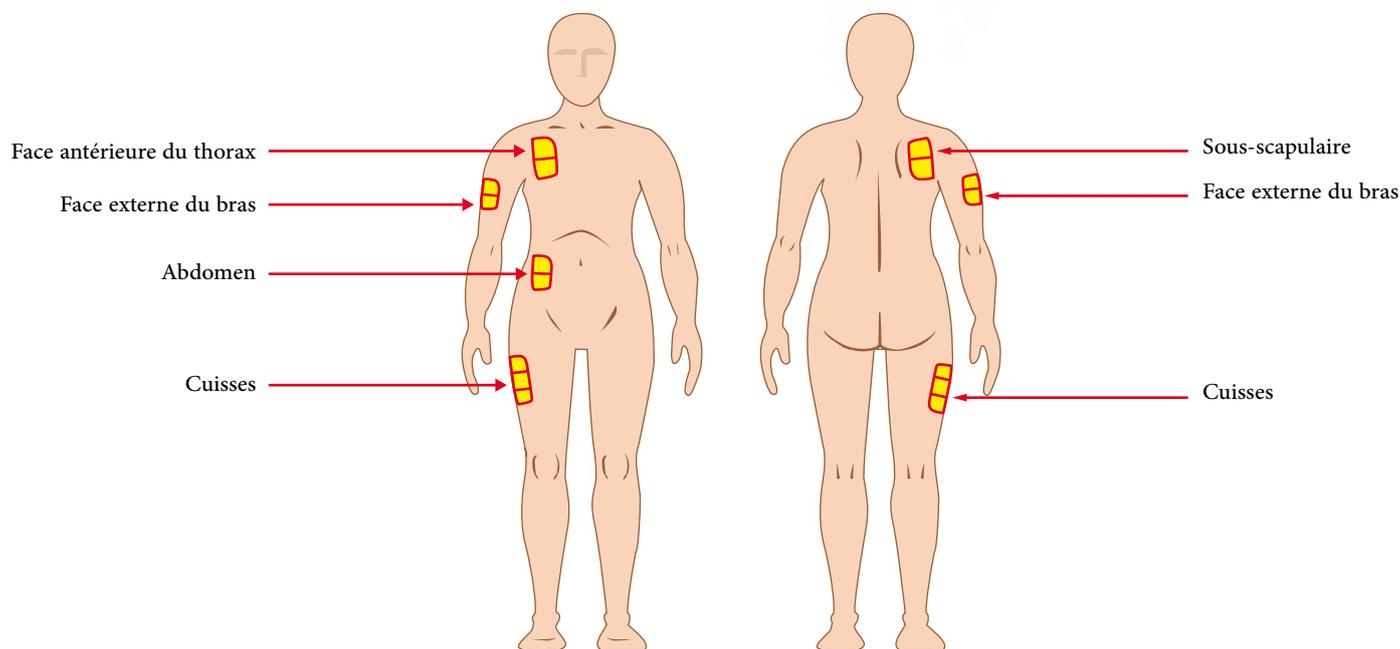
- Site opérationnel même en l'absence de soluté.
- Multiplicité des sites d'injection possible.

#### Inconvénients

- Effets indésirables potentiels : œdème local réversible (normal en début de perfusion), induration, rougeur, douleur. Plus rarement : abcès, nécrose du tissu sous-cutané (si utilisation de solutés hypertoniques et certains médicaments).
- Limites d'utilisation : œdèmes généralisés, volume maximal perfusable de 1000 mL/24h et par site d'injection en continu.

#### Utilisation

- Site d'injection en fonction des préférences du patient (maintenir le confort et l'état d'indépendance du patient), des points d'appui, des capacités d'absorption du tissu sous-cutané, de la facilité d'accès au site et des pathologies.
- Sites :
  - a. Face latérale de l'abdomen (sauf si ascite), éviter la zone péri-ombilicale. Piquer à distance d'une stomie.
  - b. Voie sous-scapulaire : à privilégier si le patient est agité et/ou confus.
  - c. Face antérieure du thorax.
  - d. Face externe des bras (pas en 1<sup>ère</sup> intention : risque d'œdème du membre si débit trop rapide) ou des cuisses.
- Durée maximale d'utilisation d'un cathéter : 96 heures (pouvant être portée à 8 jours si réalisation d'une bonne détersion au moment de la pose, utilisation d'un cathéter court avec prolongateur et surveillance clinique quotidienne).
- Changement de l'adhésif dès souillure, et changement de site en cas de signes infectieux ou inflammatoires (l'œdème local en début de perfusion est normal).



- ◊ Débit maximum : 0,7 mL/min soit 1 L/24h sur 1 seul site.
- ◊ Changement de site à chaque changement de cathéter.
- ◊ Déplacement du cathéter dans le plan sous-cutané si la perfusion n'est pas fonctionnelle ; si l'aiguille se bouche en cas d'utilisation intermittente : essai d'injection sous légère pression ; pas d'indication à l'utilisation de sérum hépariné.
- ◊ Nature des solutés :  
Il est préférable d'utiliser des solutés isotoniques. Cependant en soins palliatifs il est possible d'administrer des solutés hypotoniques (G2.5 %).  
NaCl 0,9 % ou Sérum glucosé 5 % + 2 à 4 g/L de NaCl pour favoriser la diffusion.  
Utilisation prudente du KCl car risque de nécrose ! (maximum 1 à 2 g/l en SC).  
L'hypertonie excessive des solutés est source de douleurs, de même que les pH trop acide ou alcalin.  
Les macromolécules ne sont efficaces que dans la lumière vasculaire.  
Maximum 1 L/24h en continu et maximum 500 mL/site si perfusion discontinue la nuit.  
Débit : 40 à 80 mL/h.  
En situation de fin de vie, 500 à 750 mL/24h suffisent pour maintenir le confort. Une déshydratation relative n'est pas préjudiciable et peut être bénéfique pour le confort en diminuant le volume des sécrétions.
- ◊ Administrations médicamenteuses :  
Résorption SC excellente (meilleure que la voie intra-musculaire et quasi-équivalente à la voie veineuse).  
De nombreuses thérapeutiques peuvent être utilisées en SC et les produits utilisés par voie veineuse dans les situations de fin de vie le sont aussi par voie SC.  
Liste des solutés et médicaments utilisables par voie SC en Annexe (ARLIN Pays de la Loire, Aide à la rédaction d'un document sur la pose, l'entretien et la surveillance d'une perfusion par voie sous-cutanée chez l'adulte, 2013).

## Annexe

### Solutés

Chlorure de sodium 0,9 %		Adjonction possible de KCl, 2 g/l maximum
Glucosé 2,5 %	Adjonction si besoin de 2 à 4 g/l de NaCl pour favoriser la diffusion	
Glucosé 5 %		

### Médicaments

Grade de recommandation A = Applicabilité scientifiquement établie, AMM pour la voie SC

Grade de recommandation B = Présomption scientifique d'applicabilité, pas d'AMM pour la voie SC

Grade de recommandation C = Faible niveau de preuve d'applicabilité, pas d'AMM pour la voie SC

AP = Utilisation sur la base d'un accord professionnel, pas d'AMM pour la voie SC

NR = Produits non recommandés pour une utilisation par voie sous-cutanée

Classe médicament	DCI	Spécialité	Administration Continue [C] ou Discontinue [D]	Effets secondaires Précautions d'emploi spécifique SC	Conservation Stabilité	Niveau de preuves
ANTIBIOTIQUES	Amikacine	Amiklin	D	Risque de nécrose ou de vascularite cutanée	Après reconstitution, une utilisation immédiate est recommandée. Toutefois la solution reconstituée est stable pendant 24h maximum entre 2°C et 8°C ou 2h maximum à une température ne dépassant pas 25°C.	A
	Ceftriaxone	Rocephine	D	Risque de nécrose cutanée, ajouter de la lidocaïne pour diminuer la douleur à l'injection du produit	Après reconstitution, la solution doit être utilisée d'emblée. Toutefois, elle peut être conservée pendant 6h à une température ne dépassant pas 25°C	A
	Thiamphenicol	Thiophenicol®	D	Risque de cytopénie (anémie) et de nécrose cutanée		A
	Ertapenem	Invanz®	D	Risque de douleur au point d'injection, cas de nécrose cutanée localisée	Après reconstitution : les solutions diluées seront utilisées immédiatement. Les solutions diluées sont physiquement et chimiquement stables pendant 6h à température ambiante ou pendant 24h au réfrigérateur	
	Teicoplanine	Targocid®	D		Après reconstitution le produit conserve son activité pendant 48h à température ambiante, et 7 jours à 4°C.	B
	Ampicilline (sel de sodium)	Ampicilline®	D			C
	Gentamycine	Gentalline®	D	Risque de nécrose cutanée ou de vascularite localisée. Mise en garde : ce produit contient des sulfites.		C
	Metronidazole	Flagyl®		Mauvaise tolérance locale		AP
	Ceftazidime	Fortum®				NR
Ofloxacin	Oflozet®				NR	

Buprénorphine	Temgesic®	D	Les morphiniques peuvent provoquer des douleurs au point d'injection ainsi que des indurations, voire une thrombophlébite ou un abcès.	Après ouverture / reconstitution / dilution, le produit doit être utilisé immédiatement	A
Morphine (chlorhydrate de)	Morphine®	C ou D	Risque de douleur au point d'injection ainsi que d'induration, voire de thrombophlébite ou d'abcès avec les morphiniques.	Utiliser immédiatement après rupture de l'enveloppe de verre. Ne pas conserver une ampoule déjà entamée.	A
Nalbuphine	Nalbuphine®	C ou D	Les morphiniques peuvent provoquer des douleurs au point d'injection ainsi que des indurations, voire une thrombophlébite ou un abcès.	Après dilution, 48h à température ambiante	A
Naloxone	Narcan®	C ou D		Après dilution, le produit doit être utilisé immédiatement	A
Oxycodone (chlorhydrate de)	Oxynorm®	C ou D	Les morphiniques peuvent provoquer des douleurs au point d'injection ainsi que des indurations, voire une thrombophlébite ou un abcès.	A utiliser immédiatement ou à conserver au maximum 24h à une température comprise entre 2°C et 8°C.	A
Fentanyl	Fentanyl®	C ou D	Nécessité de volumes de perfusion important à posologie élevée : préférer le sufentanyl		C
Kétamine	Kétalar®	C ou D	Risque d'inflammation ou d'irritation locale	Après dilution, conservation 48h à température ambiante	C
Nefopam	Acupan®	C ou D		Après ouverture / reconstitution / dilution, le produit doit être utilisé immédiatement	C
Sufentanil	Sufenta®	C ou D		A utiliser immédiatement après ouverture. Les dilutions peuvent être conservées 24h à température ambiante.	C
Tramadol	Contramal® Topalgic® Tramadol®	C ou D	Risque d'hématome important	Protéger la seringue contenant le tramadol de la lumière	C
Chlorpromazine	Largactil®	D	pH irritant pour les tissus : douleur, irritation locale et induration. Eviter une utilisation SC en continue	Après ouverture, le produit doit être utilisé immédiatement	C
Haloperidol	Haldol®	C ou D	Bonne tolérance locale mais à diluer : concentration maxium < 1,25mg/mL sinon risque de précipitation. Diluer de préférence dans du G5 %	Après ouverture / reconstitution / dilution, le produit doit être utilisé immédiatement	C
Loxapine	Loxapac®	D	Site d'injection différent des autres produits. Injecter de faibles volumes : max 1 ampoule / injection		C

# Fiche technique

BENZODIAZEPINE	Midazolam	Hypnovel®	C ou D	Risque de réaction locale (douleur, inflammation) au point d'injection	Conserver la solution diluée pendant 24h à température ambiante ou pendant 3j entre 2°C et 8°C	B
	Flumazenil	Anexate®	D		Après ouverture, le produit doit être utilisé immédiatement	C
	Chlorazepate	Tranxene®	D			AP
	Diazepam	Valium®	D	Administration continue non recommandée car réactions cutanées fréquentes	A conserver 24h à température ambiante après dilution	AP
ANTI-EPILEPTIQUE	Phénobarbital	Gardenal®	C ou D	Risque de nécrose cutanée. Risque de douleur avec les bolus	Après ouverture, le produit doit être utilisé immédiatement	C
	Clonazepam	Rivotril®	C ou D	Risque d'irritation. Ne pas utiliser de matériel en PVC, sinon perte de produit. Si perfusion SC continue, changer les tubulures toutes les 4h	Après dilution, une utilisation immédiate est recommandée. Stable pendant 12h à une température ne dépassant pas 25°C ou pendant 24h entre 2°C et 8°C	AP
DIURETIQUE	Furosemide	Lasilix®	C ou D	Risque de douleur au point d'injection. Limiter les volumes à 20mL/site d'injection	A conserver maximum 24h à température ambiante et à l'abri de la lumière	C
ANTI-ULCEREUX	Omeprazole	Omeprazole Arrow®	D	A perfuser en moins de 6h à l'abri de la lumière	A conserver maximum 6h après reconstitution dans du G5 % et maximum 12h après reconstitution dans le NaCl. A perfuser à l'abri de la lumière	C
	Ranitidine	Azantac®	C ou D		Après ouverture, le produit doit être utilisé immédiatement	AP
ANTI - EMETIQUE	Métoclopramide	Primperan®	C ou D	Injection sous cutanée douloureuse. Risque d'irritation locale		C
	Ondansetron	Zophren®	C ou D		A conserver maximum 7 jours à température ambiante à l'abri de la lumière.	C
ANTI-INFLAMMATOIRE	Dexaméthasone	Dexaméthasone®	C ou D	Si mélange diluer le plus possible avant l'addition de la dexaméthasone	Après dilution, le mélange doit être utilisé dans les 24 heures	AP
	Méthylprednisolone	Solumedrol®	C ou D	Préférer une injection en deux fractions, en deux points différents.	Après reconstitution, la solution doit être utilisée extemporanément	AP
	Diclofenac	Voltarene®	C ou D	Risque d'irritation au point d'injection. Administrer séparément	Après ouverture, utiliser immédiatement	AP
	Ketoprofene	Profenid®	D		Après ouverture / reconstitution / dilution, le produit doit être utilisé immédiatement	AP

ANTI-HISTAMINIQUE	Dexchlorphéniramine	Polaramine®	D			A
ANTI-SECRETTOIRE	Octréotide	Sandostatine LP®	C ou D	Réchauffer l'ampoule à température ambiante avant l'injection pour limiter les réactions locales (douleur, plus rarement œdème et éruptions cutanées). Injecter lentement le produit (>20 secondes). Il est conseillé de pratiquer ces injections à distance (1 à 2h après si possible) des repas de midi et du soir.	A conserver à une température comprise entre +2°C et +8°C et à l'abri de la lumière.	A
	Atropine	Atropine®	D		A conserver 24h à température ambiante à l'abri de la lumière	A
	Scopolamine butylbromure	Scoburen®	C ou D	Risque d'irritation locale		A
	Scopolamine bromhydrate	Scopolamine®	C ou D	Risque d'irritation locale		A
ANTI-CONSTIPATION	Prostigmine méthylsulfate	Prostigmine®	D		A conserver à l'abri de la lumière après dilution	A
	Methylnatrexone	Relistor®	D	Les trois zones du corps recommandées pour l'injection de ce médicament sont les cuisses, l'abdomen et le haut des bras.	Après prélèvement dans la seringue, en raison de la sensibilité à la lumière, la solution injectable doit être utilisée dans les 24h.	A
DIVERS	Calcitonine	Cadens®	D	Risque de réactions inflammatoires au point d'injection s/c	A conserver à une température comprise entre +2°C et +8°C	A
	Isoprénaline	Isuprel®	C ou D		A conserver à une température comprise entre +2°C et +8°C et à l'abri de la lumière.	A
	Amitriptyline	Laroxyl®				AP
	Thiocolchicoside	Miorel®				AP



## Quels objectifs tensionnels chez la personne âgée ?

Retour sur deux études d'envergure

### Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) essentielle est une pathologie très fréquente et constitue le principal facteur de risque cardiovasculaire chez la personne âgée. Ses principales complications sont cardiaques (insuffisance cardiaque, maladie coronarienne), cérébrovasculaires (autant ischémique qu'hémorragique) mais aussi rénales (insuffisance rénale chronique), faisant de l'HTA une cause importante de morbidité et de mortalité. Une méta-analyse parue dans le Lancet en 2002 montrait d'ailleurs que chaque augmentation de pression artérielle systolique de 10 mmHg (au-delà de 120 mmHg) ou chaque augmentation de pression artérielle diastolique de 5 mmHg (au-delà de 80 mmHg) s'accompagnait d'une augmentation moyenne de 30 % du risque de mortalité coronaire et de 40 % du risque de mortalité cérébro-vasculaire [1]. Souvent débattue, la participation de l'HTA dans le déclin cognitif reste quant à elle bien plus incertaine [2].

Malgré ces données, pendant longtemps, l'utilité de traiter une HTA systolique isolée chez une personne âgée a été controversée. En effet, alors que le bénéfice d'une thérapeutique anti-hypertensive était reconnue sur le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) [3], plusieurs études épidémiologiques suggéraient une corrélation inverse entre le niveau de pression artérielle et le risque de décès [4,5].

L'étude HYVET [6], à ce jour la plus large étude contrôlée randomisée réalisée chez le sujet âgé de plus de 80 ans, publiée en 2008, a permis de prouver l'efficacité tant débattue du traitement antihypertenseur et ainsi nous donner une attitude de prise en charge validée. L'étude SPRINT [7], publiée plus récemment en 2015, s'est quant à elle intéressée au bénéfice d'un contrôle tensionnel intensif : l'efficacité du traitement antihypertenseur étant reconnu, quelle cible se fixer chez la personne âgée ?





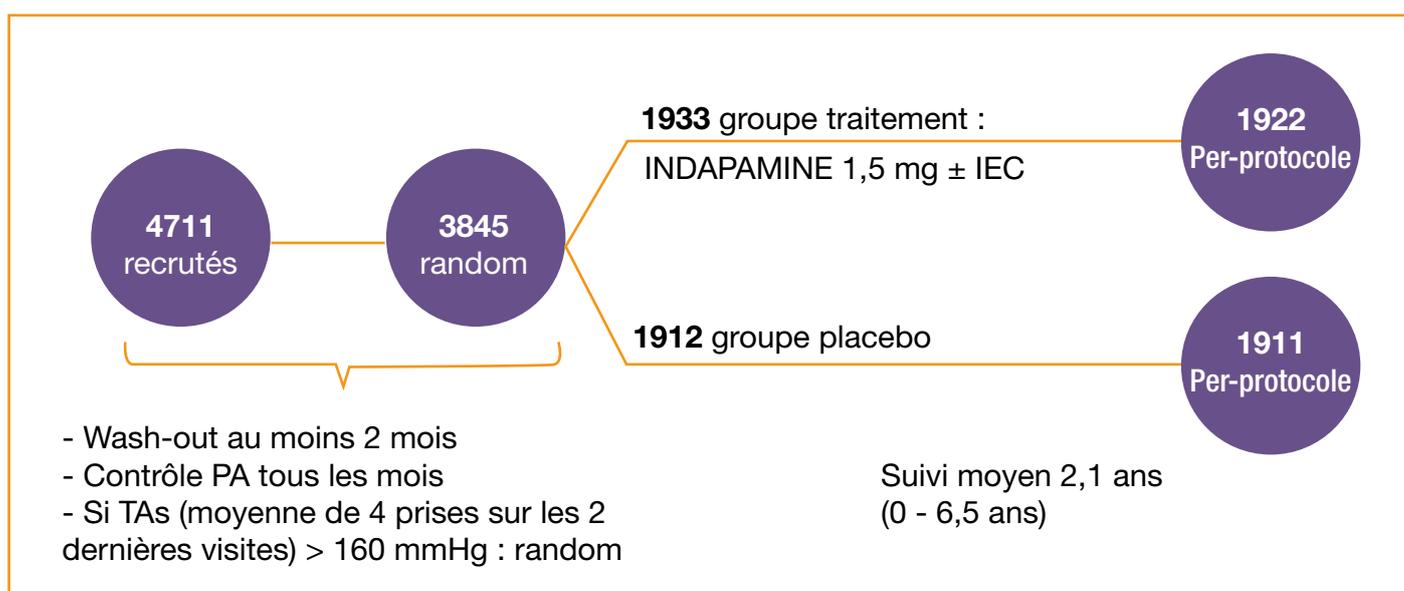
## Retour sur l'étude HYVET

**HYVET, HYPertension in the Very Elderly Trial**, est une étude randomisée, contrôlée, contre placebo, menée en double aveugle. Son but était d'évaluer les bénéfices et les risques d'un traitement antihypertenseur chez le patient de plus de 80 ans. Le critère de jugement principal portait sur la survenue d'un accident vasculaire cérébral fatal ou non.

Cent quatre-vingt quinze centres répartis dans 13 pays ont participé à l'étude, permettant de recruter 4711 personnes de plus de 80 ans présentant une HTA persistante, définie dans ce travail par une pression artérielle systolique supérieure à 160 mmHg. Les personnes

présentant une contre indication aux traitements évalués, une HTA secondaire, un AVC hémorragique de moins de 6 mois, une dyskaliémie, une créatininémie supérieure à 150  $\mu\text{mol/L}$  ou une insuffisance cardiaque évoluée furent exclus de l'étude.

Au total, 3845 personnes ont ainsi pu être randomisées à savoir 1933 dans le groupe traitement (indapamide inhibiteur de l'enzyme de conversion) et 1912 dans le groupe placebo. Notons qu'il fut éthiquement possible de constituer un groupe placebo compte tenu de la non connaissance du bénéfice d'un traitement antihypertenseur, à l'époque.



Le traitement antihypertenseur choisi était l'indapamide 1.5mg (libération prolongée), auquel pouvait être associé du péridopril à la dose de 2 voire 4 mg, dans l'objectif d'atteindre la cible tensionnelle, fixée à moins de 150 mmHg de systolique et 80 mmHg de diastolique.

Les premiers effets du traitement ont concerné la tension artérielle puisqu'à 2 ans de suivi, 48 % des patients du groupe traitement avaient atteint la cible tensionnelle fixée contre 19.9 % des patients du groupe placebo ( $p < 0.001$ ).

Ensuite, les résultats de l'étude HYVET indiquent qu'une thérapeutique antihypertensive basée sur l'indapamide

(à libération prolongée 1.5 mg), avec ou sans perindopril, réduit de manière significative le risque de décès par accident vasculaire cérébral (OR 0.61 ; IC95 0.38-0.99 ;  $p = 0.046$ ) et de décès toutes causes (OR 0.79 ; IC95 0.65-0.95 ;  $p = 0.02$ ). Le risque d'événement cardiovasculaire est quant à lui très nettement diminué avec une diminution de 64 % du risque d'insuffisance cardiaque ( $p < 0.001$ ) et de 34 % des événements cardiovasculaires toute cause confondue ( $p < 0.001$ ).

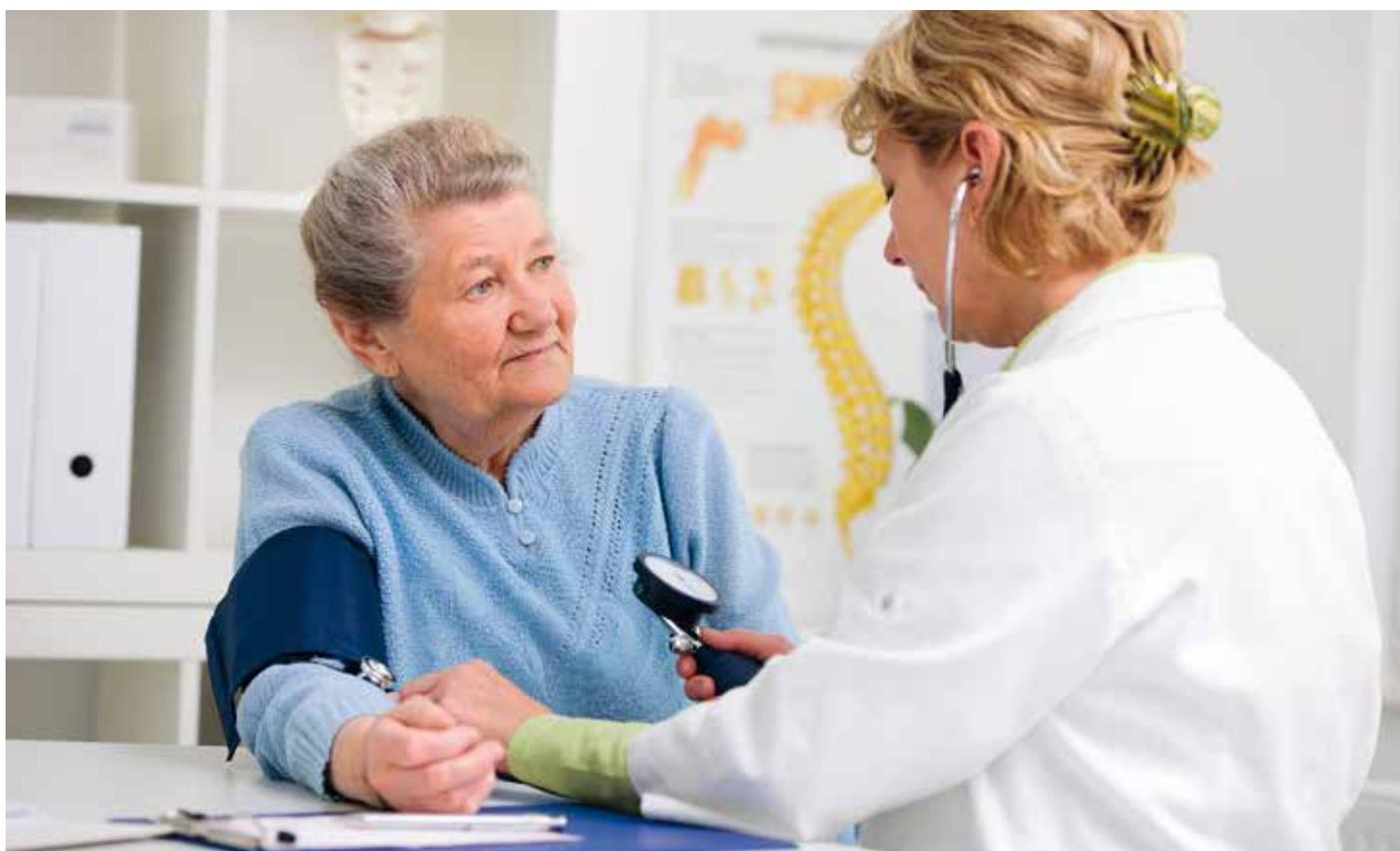
HYVET n'a cependant pas retrouvé d'effet significatif du traitement antihypertenseur sur le risque de survenue d'un accident vasculaire cérébral, qu'il soit fatal ou non.

# Article thématique

Concernant les effets indésirables thérapeutiques, il n'a été noté aucune modification significative de la kaliémie, du taux d'acide urique ou de créatininémie. Cinq événements indésirables graves ont été attribués au traitement dont 3 dans le groupe placebo.

En conclusion, cette première étude d'envergure sur l'efficacité d'un traitement antihypertenseur par indapamide

(libération prolongée) avec ou sans perindopril, chez le sujet âgé de plus de 80 ans, visant à obtenir une tension artérielle inférieure à 150/80 mmHg, a apporté la preuve du bénéfice du contrôle tensionnel jusqu'alors tant débattu : réduction du risque de décès par accident vasculaire cérébral, de décès toute cause et du risque d'insuffisance cardiaque.



## Quelle cible tensionnelle viser ?

Les bénéfices d'une thérapeutique anti-hypertensive étant désormais reconnus grâce à l'étude HYVET [6], la cible tensionnelle adéquate à atteindre reste quant à elle incertaine. Plusieurs études observationnelles dont celle du Lancet en 2002 [1] ont montré une augmentation progressive du risque cardiovasculaire dès que la pression artérielle systolique dépasse 115 mmHg.

Cependant, les seules preuves disponibles d'études randomisées contrôlées de bonne qualité documentent seulement le bénéfice d'une thérapeutique visant une

pression artérielle systolique inférieure à 150 mmHg, avec des données limitées pour des cibles tensionnelles plus basses [6,8,9]. L'étude ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) [10], réalisée chez des patients diabétiques, n'a pas retrouvé de différence sur la survenue d'événements cardiovasculaires d'un contrôle tensionnel intensif, bien qu'une diminution du nombre d'AVC pour une cible tensionnelle inférieure à 120 mmHg de systolique ait été observée. De même, une étude récente portant sur l'efficacité d'un contrôle plus strict de



la tension artérielle chez des patients ayant récemment présenté un accident vasculaire cérébral ischémique n'a pas retrouvé de bénéfice en termes de récurrence, de survenue d'événements cardiovasculaires ou de décès [11]. Seul un bénéfice significatif sur le risque de saignement intracérébral a en revanche pu être démontré.

### Design et résultats de l'étude SPRINT

SPRINT est une étude ouverte, contrôlée, randomisée, menée de novembre 2010 à août 2015 sur 102 hôpitaux aux Etats-Unis dont l'objectif principal était d'évaluer le bénéfice d'un contrôle intensif de la pression artérielle, définie inférieure à 120 mmHg de systolique. Les sujets éligibles pour participer à l'étude devaient avoir plus de 50 ans, une tension artérielle systolique comprise entre 130 et 180 mmHg et un risque cardiovasculaire élevé défini par la présence d'au moins un des critères suivants : manifestation clinique symptomatique ou non d'une maladie cardiovasculaire autre qu'un AVC, insuffisance rénale chronique avec une clairance comprise entre 20 et 60 ml/min (MDRD), score de Framingham supérieur à 15 % ou un âge supérieur à 75 ans. Les patients avec un antécédent personnel d'accident vasculaire cérébral et ceux atteints de diabète étaient exclus.

Les patients ainsi éligibles étaient randomisés par site d'inclusion soit dans le groupe traitement intensif défini par une cible tensionnelle à atteindre inférieure à 120 mmHg, soit dans le groupe traitement standard défini par une cible tensionnelle systolique à atteindre inférieure à 140 mmHg. Toutes les classes d'anti-hypertenseurs pouvaient ensuite être utilisées, en suivant les algorithmes de l'étude ACCORD [10], l'objectif étant d'atteindre la cible tensionnelle définie par son groupe d'appartenance. Une fois les participants randomisés, des consultations de suivi étaient organisées tous les mois durant les trois premiers mois suivant l'inclusion puis espacées à tous les trois mois. Celles-ci étaient l'occasion d'ajuster les traitements anti-hypertenseurs afin d'atteindre les cibles tensionnelles fixées, la tension artérielle retenue étant une moyenne de trois prises tensionnelles effectuées après cinq minutes de repos. Diverses données cliniques et biologiques étaient également recueillies au cours du suivi dont la survenue d'événements indésirables.

**Quelle cible tensionnelle faut-il alors viser dans notre population gériatrique ?** Les résultats de l'étude SPRINT (Systolic blood PPressure INtervention Trial), comparant le bénéfice d'un contrôle intensif de la tension artérielle versus un contrôle standard, nous apportent quelques éléments de réponse.

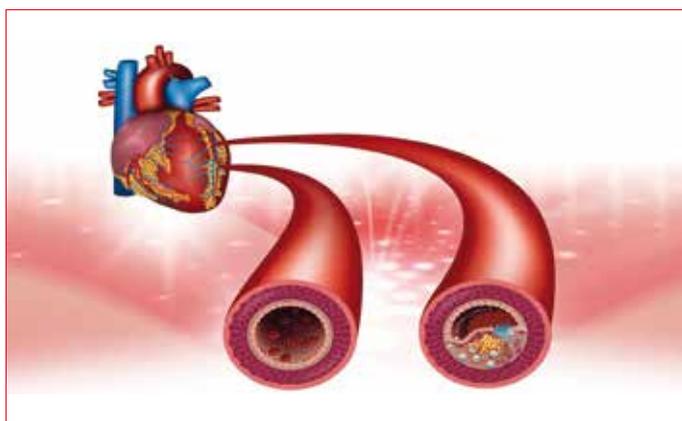


Afin de répondre à l'objectif principal, l'analyse reposait sur l'évaluation du différentiel de survenue, entre les deux groupes, d'un critère de jugement principal composite représenté par la survenue soit d'un infarctus du myocarde, d'un syndrome coronaire aigu ST-, d'un AVC, d'une décompensation cardiaque aiguë ou d'un décès de cause cardiovasculaire. Les critères de jugement secondaires étaient représentés par l'évaluation de la survenue de chaque événement composant le critère composite et d'un décès quelle qu'en soit la cause.

Au total, 9361 patients ont été randomisés entre novembre 2010 et mars 2013 dont 4678 dans le groupe traitement intensif et 4683 dans le groupe traitement standard. Le nombre de perdu de vue fut considéré comme négligeable puisqu'il concernait 111 patients dans le groupe traitement intensif et 134 patients dans le groupe traitement standard. Parmi les participants, 2636 (28.2 %) avaient plus de 75 ans et ont été équitablement répartis entre les deux groupes. Au vu des résultats de l'étude, celle-ci fut arrêtée prématurément le 20 août 2015, soit une durée moyenne de suivi de 3.26 ans contre les 5 ans initialement prévus par le protocole.

# Article thématique

Le premier résultat de cette étude porte sur les chiffres tensionnels obtenus dans les deux groupes et montre une différence de réduction rapide et soutenue en faveur du groupe intensif. A un an, les pressions artérielles moyennes dans le groupe traitement intensif sont de 121.4/68.7 mmHg contre 136.2/76.3 mmHg dans le groupe traitement standard. Sur toute la période de suivi, les pressions artérielles systoliques moyennes sont respectivement de 121.5 mmHg et 134.6mmHg. Le nombre de traitement antihypertenseur consommé par patient est en moyenne de 2.8 dans le groupe intensif avec 31.8 % de trithérapie et 24.3 % de quadrithérapie, contre 1.8 dans le groupe standard avec 31.1 % de monothérapie, 33.3 % de bithérapie et 17.2 % de trithérapie.



L'hypothèse principale qu'un traitement antihypertenseur intensif visant une pression artérielle systolique inférieure à 120 mmHg serait bénéfique sur la baisse de la survenue du critère de jugement composite fut vérifiée. En effet, 243 patients du groupe traitement intensif et 319 patients du groupe traitement standard subirent la survenue du critère composite, soit une différence statistiquement significative avec un odds ratio à 0.75 en faveur du traitement intensif (OR 0.75 ; IC95 0.64-0.89 ;  $p < 0.001$ ).

Sur les 365 décès recensés, 155 concernaient le groupe intensif et 210 le groupe standard, soit une différence également statistiquement significative (OR 0.73 ; IC95 0.6-0.9 ;  $p < 0.001$ ).

Parmi les autres résultats significatifs, sont à noter une plus faible proportion d'insuffisance cardiaque (OR 0.62 ; IC95 0.45-0.84 ;  $p = 0.002$ ) et de décès de cause cardiovasculaire (OR 0.57 ; IC95 0.38-0.85 ;  $p < 0.005$ ) dans le groupe ayant reçu le traitement intensif.

Il fut ainsi évalué que le nombre nécessaire de patients à traiter de manière intensive pour prévenir la survenue du critère de jugement composite, d'un décès toute cause et d'un décès d'origine cardiovasculaire durant les 3.26 ans de suivi était respectivement de 61, 90 et 172.

Notons qu'aucune analyse en sous-groupe des sujets de plus de 75 ans n'est rapportée concernant le bénéfice d'une telle prise en charge tensionnelle.

Enfin, concernant les effets indésirables, plusieurs résultats sont également à considérer dont tout d'abord une baisse supérieure à 30 % de la clairance de la créatinine significativement plus importante dans le groupe traitement intensif (OR 3.49 ; IC95 2.44-5.10 ;  $p < 0.001$ ). Il est également rapporté une proportion significativement plus importante d'hypotension (110 vs 66,  $p = 0.001$ ), de syncope (107 vs 80,  $p = 0.05$ ), d'hyponatrémie (180 vs 100,  $p < 0.001$ ) ou d'insuffisance rénale aiguë (193 vs 117,  $p < 0.001$ ) dans le groupe traitement intensif. Ces constats de survenue d'événements indésirables restent les mêmes dans l'analyse en sous-groupe des plus de 75 ans, hormis pour les syncopes ou les hypotensions dont la différence n'est plus significative.

Pour conclure sur cette étude, il a donc été démontré qu'un contrôle tensionnel intensif, chez le patient de plus de 50 ans à haut risque cardiovasculaire non diabétique, diminue de manière significative le taux d'événements cardiovasculaires majeurs mortels ou non, ainsi que de décès toute cause, au prix d'effets indésirables importants.

Aucune donnée en termes de bénéfices n'étant rapportée chez les sujets de plus de 75 ans, il ne semble pas possible de statuer sur l'opportunité d'un tel objectif tensionnel dans cette population.



## Conclusion

Après de nombreuses années d'incertitudes et de débats sur les enjeux du contrôle tensionnel en gériatrie, ce n'est qu'en 2008 qu'une étude d'envergure, l'étude HYVET, a apporté les éléments de réponse tant attendus. Traiter une hypertension artérielle avec des objectifs tensionnels inférieurs à 150/80 mmHg s'est avéré bénéfique en terme de réduction de survenue d'une insuffisance cardiaque, du risque de décès par accident vasculaire cérébral et de décès toute cause.

En revanche, bien qu'il ait été démontré que toute augmentation de pression artérielle au-delà de 120 mmHg de systolique et 80 mmHg de diastolique s'accompagnait d'une augmentation du risque de mortalité coronaire et cérébrovasculaire, le bénéfice d'un contrôle intensif de la pression artérielle n'est toujours pas établi chez le sujet de plus de 75 ans et s'obtient au prix d'effets indésirables importants chez le sujet de plus de 50 ans.

En conclusion, il est reconnu que le traitement de l'hypertension artérielle du sujet âgé, responsable d'une morbi-mortalité importante, est bénéfique en termes de réduction d'événements cardiovasculaires et du risque de décès, à condition de conserver une cible tensionnelle non stricte, inférieure à 150/80mmHg.

**Guillaume DUCHER & Pauline DAUSSIN**

## Bibliographie

- [1] Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality : a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet Lond Engl* 2002 ; 360 (9349) : 1903–13.
- [2] Tzourio C, Laurent S, Debbete S. Is hypertension associated with an accelerated aging of the brain ? *Hypertension* 2014 ; 63(5) : 894–903.
- [3] Lawes CMM, Bennett DA, Feigin VL, Rodgers A. Blood pressure and stroke : an overview of published reviews. *Stroke J Cereb Circ* 2004 ; 35(4) :1024.
- [4] Rastas S, Pirttilä T, Viramo P, et al. Association between blood pressure and survival over 9 years in a general population aged 85 and older. *J Am Geriatr Soc* 2006 ; 54(6) : 912–8.
- [5] Mattila K, Haavisto M, Rajala S, Heikinheimo R. Blood pressure and five year survival in the very old. *Br Med J Clin Res Ed* 1988 ; 296 (6626) : 887–9.
- [6] Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008 ; 358(18) : 1887–98.
- [7] SPRINT Research Group, Wright JT, Williamson JD, et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med* 2015 ; 373(22) : 2103–16.
- [8] Staessen JA, Fagard R, Thijs L, et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. *Lancet Lond Engl* 1997 ; 350(9080) : 757–64.
- [9] Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). SHEP Cooperative Research Group. *JAMA* 1991 ; 265(24) : 3255–64.
- [10] ACCORD Study Group, Cushman WC, Evans GW, et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2010 ; 362(17) : 1575–85.
- [11] SPS3 Study Group, Benavente OR, Coffey CS, et al. Blood-pressure targets in patients with recent lacunar stroke : the SPS3 randomised trial. *Lancet Lond Engl* 2013 ; 382(9891) : 507–15.



# ANNONCES DE RECRUTEMENT



## LE CENTRE HOSPITALIER « Edmond Morchoisne » de LA LOUPE (28)

Hôpital de proximité et de gériatrie de 223 lits et places :  
15 Lits de Médecine dont 2 identifiés en soins palliatifs  
17 Lits SSR Gériatrique - USLD de 40 lits  
EHPAD de 89 lits dont PASA et accueil de jour de 6 places  
56 places de SSIAD

Recherche **Praticien Hospitalier**  
**ou Praticien Contractuel**

**Temps plein ou temps partiel**  
**(capacité de Gériatrie/formation possible)**

Candidatures à envoyer au Centre hospitalier - rue du Docteur Morchoisne 28240 LA LOUPE - Tél. : 02 37 29 33 11 - [direction@ch-laloupe.fr](mailto:direction@ch-laloupe.fr)



LE GROUPE CAPIO RECHERCHE POUR SES ACTIVITÉS DE MÉDECINE ET DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION GÉRIATRIQUES

MÉDECINS GÉRIATRES/SOINS PALLIATIFS/DOULEUR  
H/F - A TEMPS PLEIN ET/OU PARTIEL

**MISSIONS :**

Possibilité d'activité variée : hospitalisation complète (médecine à orientation gériatrique, soins de suite et de réadaptation spécialisés dans la personne âgée et/ou Lits Identifiés de Soins Palliatifs), hôpital de jour (programmes SSR gériatriques, évaluations de médecine), consultations • Intégration à une équipe médicale et pluridisciplinaire • Participation à la dynamique d'établissement : projet médical, développement d'activités, Certification • Dossier patient informatisé (MediBoard).

**PROFIL :** Nous recherchons des spécialistes en gériatrie ou titulaires d'une capacité en gériatrie, ou diplômés dans les domaines des soins palliatifs et de la douleur, ayant idéalement une expérience en établissement de santé.

**POSTES :** Temps plein ou partiel.

**Localisation :** établissements de Besançon et/ou Pontarlier (25 - Doubs).  
Astreintes téléphoniques/déplacement en cas de besoin.

**STATUT :** Cadre du secteur privé - Salaire selon profil.

La maîtrise des logiciels de bureautique ainsi qu'une aisance sur dossier patient informatisé sont souhaitées.



Envoyer candidature (CV + LM) à : Mme Christine MILLON  
par mail : [cmillon@capio.fr](mailto:cmillon@capio.fr)

ou par courrier :

Clinique Saint Vincent - 40, chemin des Tilleroyes - 25044 Besançon Cedex



**Le Pôle de Santé de GUINGAMP (22 - Côtes d'Armor)**

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

**Recrute 2 gériatres (praticiens hospitaliers ou médecins généralistes)**

L'objectif de l'établissement concernant la filière gériatrique est double :

- Conforter le volet sanitaire de la filière gériatrique du Pôle de Santé.
- Développer nos partenariats sur le territoire en lien avec les partenaires sociaux et médico-sociaux.

Organisation de travail – répartition au sein des pôles :

- Pôle sanitaire : 21 lits de Médecine Gériatrique, une Equipe Mobile de Gériatrie, un Hôpital de Jour, 30 lits d'Unité de Soins Longue Durée, Consultations mémoires labélisées et gériatriques.
- Pôle médico-social : 3 résidences pour personnes âgées avec 258 lits d'EHPAD dont 4 d'hébergement temporaires et 10 places d'accueil de jour.
- Pôle Soins de Suite et Rééducation : 2 services de soins de suite, polyvalent et gériatrique.



[www.ch-guingamp.fr](http://www.ch-guingamp.fr)

Candidatures à adresser à : Monsieur Le Directeur - Centre Hospitalier de Guingamp - 17 rue de l'Armor - BP 10548 - 22205 GUINGAMP CEDEX  
Renseignements auprès de : Monsieur Gaël CORNEC - Directeur Adjoint - Tél. : 02 96 44 56 12 - [gael.corneec@ch-guingamp.fr](mailto:gael.corneec@ch-guingamp.fr)



**LE PÔLE GÉRIATRIQUE RENNAIS  
« LES GRANDS CHÊNES »**

**RECRUTE  
MÉDECINS GÉRIATRES  
ET GÉNÉRALISTES**

CDI H/F EN SSR ET MÉDECINE (HC, HDJ)

LES CANDIDATURES  
(LETTRE DE MOTIVATION + CV)  
SONT À ADRESSER À :

M<sup>me</sup> Carline ESTERLINGOT, RRH  
Pôle Gériatrique Rennais  
100, Avenue André Bonnin  
35571 CHANTEPIE Cedex

[rrh.bretagne@ugecam-brpl.fr](mailto:rrh.bretagne@ugecam-brpl.fr)  
**02 99 26 02 16**



Etablissement de 500 lits dont 250 lits sanitaires spécialisés en médecine et en soins de suite, avec unité de soins palliatifs, hôpitaux de jour et équipes mobiles.  
Rémunération selon profil et expérience.



**L'Hôpital Nord Ouest,**

34 kms de LYON et 42 kms de MACON  
646 lits - 1790 personnels médicaux et non médicaux

Recherche

**médecin généraliste**

Expérience en gériatrie souhaitée  
temps plein ou 0.7 - période été 2016



Contact : Direction des Affaires Médicales - Catherine LUCAS - 04 74 09 24 14 - [clucas@hopitalnordouest.fr](mailto:clucas@hopitalnordouest.fr)



La Maison de Santé Protestante de Nîmes recrute **UN MEDECIN COORDONNATEUR**  
Poste : médecin coordonnateur à 100% ou 2 médecins coordonnateurs à 50%.

#### Descriptif :

La maison de Santé Protestante est composée de 3 EHPAD de 85, 72 et 73 lits d'accueil permanent, dont 42 places en Unités Alzheimer, 3 PASA et 10 places d'accueil de jour.

#### Missions conformes au décret en vigueur :

Autorité médicale et référent gériatrique de la structure, le médecin coordonnateur a notamment les missions suivantes :

- Évalue et classe les résidents (AGGIR et PATHOS).
- Participe à la mise en place et à l'évaluation des volets projets de vie et de soin du projet d'établissement.
- Participe au processus d'admission des nouveaux résidents.
- Veille à l'application des bonnes pratiques gériatrique et soignante.
- Coordonne le suivi du dossier de soins informatisé des résidents (logiciel PSI).
- Contribue à la qualité de la prise en charge des soins des résidents.
- Coordonne les différents intervenants soignants.

#### Qualification :

Titulaire d'un DESC de gériatrie, d'une capacité de gérontologie, d'un DU de médecin coordonnateur en EHPAD ou d'une attestation de formation permettant l'exercice de la fonction.

Rémunération : base CCN 51.

#### Les candidatures sont à adresser à :

Madame Caroline GUILLOT par mail : [cguillot@msprotestante.fr](mailto:cguillot@msprotestante.fr)  
ou par courrier au 5, Avenue Franklin Roosevelt 30000 NIMES



Le Centre Hospitalier de Cahors, établissement support du futur GHT du Lot, **recherche un praticien** expérimenté et motivé pour la gestion et l'extension de son activité HAD.

Cette structure s'inscrit dans une dynamique de développement sur le territoire SUD LOT. L'HAD est une structure du POLE MEDECINE.

#### Les candidatures sont à adresser à :

Mme Catherine BOSMAN - Directrice des Affaires Médicales  
CH Cahors - Direction des Affaires Médicales  
335, Rue Wilson - BP 50269 - 46005 CAHORS Cedex  
[catherine.bosman@ch-cahors.fr](mailto:catherine.bosman@ch-cahors.fr)

Mme le Dr Véronique KOSTEK - Chef du Pôle Médecine CH Cahors  
[veronique.kostek@ch-cahors.fr](mailto:veronique.kostek@ch-cahors.fr)



Le Pôle de Montmorillon, situé à 50 km (45 mn de Poitiers) est un pôle du CHU de Poitiers depuis la fusion du 1<sup>er</sup> janvier 2016. Il compte 272 lits et places et 430 professionnels dont une quinzaine de médecins ainsi que des intervenants du CHU de Poitiers.

C'est un pôle de proximité important, le seul au Sud du département de la Vienne. Il regroupe un service d'urgences SAMU SMUR, des activités de court séjour en médecine et chirurgie ainsi qu'un secteur de soins de suites et un secteur de long séjour EHPAD/USLD. De nombreuses consultations externes sont également proposées en cardiologie, rhumatologie, angiologie, diabétologie-endocrinologie, prise en charge de la douleur...

Le service d'imagerie médicale est un point fort du pôle qui bénéficie d'un plateau technique reconnu (plusieurs échographes, scanner, IRM mobile). Le pôle dessert un bassin de population de 40 000 habitants et entretient des relations étroites avec les autres pôles du CHU ainsi qu'avec les acteurs locaux dans le domaine de la santé (praticiens libéraux...).

La permanence des soins comprend une garde aux urgences et 4 astreintes opérationnelles en Anesthésie, Chirurgie, Radiologie et Médecine.

Le pôle de Montmorillon est dans une vraie dynamique de développement avec la reconstruction à échéance de 2019 de tout le court séjour de l'établissement, et notamment de nouveaux blocs opératoires, un service médico-chirurgical d'hospitalisation complète, un secteur de chirurgie ambulatoire/hôpital de jour et un plateau de consultations regroupé. Cette évolution permettra dans un second temps d'améliorer encore la configuration des locaux du service d'imagerie.

Le pôle de Montmorillon cherche à conforter l'équipe médicale et à anticiper le départ à la retraite des praticiens en recrutant **2 gériatres**, l'un pour le service de médecine polyvalente (avec une activité diversifiée et attractive pour une population d'âge moyen élevé) et l'autre pour le secteur de long séjour.

**Le poste est à pourvoir dès que possible.**

Des renseignements supplémentaires peuvent être demandés à :

Monsieur De Bideran - Directeur des affaires médicales, au 05 49 83 83 83 - [carles.de-bideran@chu-poitiers.fr](mailto:carles.de-bideran@chu-poitiers.fr)



Le Centre de Rééducation Sainte Clotilde, situé au Nord de la Réunion, recherche **un médecin gériatre** (ou capacité gériatrique)

Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées polypathologiques.

L'unité de rééducation est spécialisée en Neurologie et Locomoteur. Il reçoit des patients de 18 à + de 70 ans.

Il dispose d'un plateau technique performant (laboratoire d'analyse de la marche, BUD, isocinétisme...) et de compétences spécialisées (MPR, neuropsychologue, neurologue, ...).

Info : [www.centre-reeducation.re](http://www.centre-reeducation.re)

Contact : C. FORTE - Directeur Adjoint - [cforte@crsc.re](mailto:cforte@crsc.re) - 06 92 21 91 10

Centre de Rééducation Sainte Clotilde - 19 bis, Chemin de la Clinique - BP 60093 - 97491 Sainte-Clotilde



# 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](mailto: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 !!**