

# LA GAZETTE

## DU JEUNE GÉRIATRE



NUMÉRO 13

Novembre 2016

NUMERO GRATUIT



**Assistant social,**  
un acteur majeur de  
la prise en charge  
gériatrique



L'ACTU



MÉMOIRES & THÈSES



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

## Focus gériatrique



- Rôles de l'assistant social en gériatrie
- IPP au long cours : les complications

PAGE  
10

## Article thématique



- Vaccination anti-grippale : motiver les soignants

PAGE  
16

## Zoom



- Motivations actuelles des jeunes pour la gériatrie

PAGE  
17

## Actualités AJGH



PAGE  
18

## Résumés de thèse / mémoire

- Deprescription en médecine générale chez le sujet âgé polymédiqué
- Prise en charge des patients âgés admis pour chute aux urgences

PAGE  
20

## ANNONCES

de recrutement





## ***Chères lectrices, chers lecteurs,***

C'est une fois encore avec grand plaisir que j'ouvre cette nouvelle édition de la gazette du jeune gériatre, la treizième.

La gériatrie est une discipline médicale vaste, multimodale et multidisciplinaire, au sein de laquelle la prise en charge de l'humain prime sur le cas clinique, ce qui en fait sa singularité et son intérêt à l'égard des autres spécialités médicales. Chacun des intervenants est primordial pour assurer au patient âgé un parcours à la fois coordonné et efficient. Le rôle de l'assistant social en gériatrie est ainsi incontournable, raison pour laquelle cette treizième édition de la gazette met en lumière les compétences des professionnels du domaine social. Au travers d'un article passionnant retraçant l'historique de la profession, la formation nécessaire à sa pratique et les rôles et missions dévolus à l'assistant social, vous découvrirez tout de l'aspect de ce métier.

Place ensuite à des articles plus médicaux vous faisant découvrir tour à tour les complications liées à la prescription d'inhibiteur de la pompe à protons (IPP) au long cours, permettant de réfléchir à l'impact de nos prescriptions, suivi d'un article sur l'importance de la vaccination antigrippale des soignants dans la protection des patients qu'ils prennent en charge, espérant vous donner quelques arguments pour convaincre vos collègues de sa nécessité.

Ensuite, la réforme du troisième cycle avec la création du DES de Gériatrie pointant le bout de son nez en novembre 2017, nous nous sommes intéressés aux motivations qui poussent les jeunes en fin d'externat à choisir la discipline gériatrique.

Concernant les actualités de l'AJGH, notre Conseil d'Administration annuel se tiendra lors des Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (JASFGG), le mardi 22 novembre 2016 de 9h à 11h dans la salle Forum D du Centre de Conférence Paris Marriot Rive Gauche à Paris. Venez nombreux découvrir l'association, le bilan de l'année écoulée et les perspectives de travail. Vos avis et envies nous intéressent et ne pourrions que nous faire progresser.

En fin de gazette, attardez-vous sur les deux résumés de thèse, travaux menés par de jeunes gériatres nous rappelant l'intérêt de la recherche en gériatrie pour optimiser encore la qualité des prises en charge que nous proposons à nos séniors.

**Guillaume DUCHER**  
Président AJGH

# Focus gériatrique



## Service social et gériatrie : un accompagnement au bénéfice du patient âgé

### Préambule

L'hôpital, lieu d'accueil par excellence, a pour vocation première une prise en charge sanitaire et médicale de la population. Historiquement, il est aussi un enjeu social majeur, puisqu'il met régulièrement en évidence des situations de vie où d'un point de vue psychologique, familial, professionnel, financier, matériel et sanitaire, un certain nombre de patients connaissent des difficultés, voire des manques. C'est pourquoi le rôle de l'assistant de service social (ou assistant socio-éducatif) trouve tout son sens dans l'accompagnement des patients hospitalisés, et tout particulièrement en gériatrie.

La prise en charge médicale de la population la plus âgée (aussi appelée « sénior ou troisième âge ») confronte les praticiens à diverses problématiques, qui à bien des égards ne peuvent « se contenter » de la résolution du seul problème médical. Une vision globale du sujet âgé s'impose afin de mieux cerner les problématiques rencontrées et adapter avec cohérence et pertinence les remèdes.

L'évolution démographique de notre pays démontre depuis plusieurs décennies un allongement permanent de la durée de vie. Le vieillissement global de la population française amène les pouvoirs publics à investir le champ du bien vieillir, de la dépendance, de la fin de vie, avec toutes les questions éthiques, politiques et sociétales que cela soulève. A cet égard, l'hôpital est donc un acteur majeur, où l'assistant social peut occuper un rôle transversal.





## Bref rappel historique

L'histoire du service social à l'hôpital a débuté dans les dispensaires antituberculeux créés en 1901 par Albert Calmette. Au-delà de l'aspect sanitaire, le "visiteur-enquêteur", qui est le plus souvent une femme, essaie de répondre aux besoins criants de secours en argent, nourriture et vêtements.

La professionnalisation se met en place progressivement, une formation est créée en 1911. Peu à peu, le service social pose la nécessité, parallèlement au diagnostic médical, d'un diagnostic social, afin de mieux connaître le patient et de permettre que le traitement médical soit adapté à la réalité sociale. On retrouve plusieurs appellations successives : visiteur-enquêteur, infirmière visiteuse, travailleuse sociale. Il s'agit souvent de femmes issues de la bourgeoisie.

En 1922 apparaît le diplôme d'État d'infirmière visiteuse. En 1932 est institué le brevet de capacité professionnelle permettant d'exercer la profession d'assistante sociale. Cette même année le service social à l'hôpital est reconnu d'utilité publique. Enfin, en 1938, un décret fusionne les formations d'infirmière visiteuse et d'assistante sociale.

En 1944 est créée l'Association Nationale des Assistantes Sociales (ANAS) qui élabore un Code de Déontologie. Celui-ci constitue un fondement et une référence pour les professionnels de la profession. En 1946, le service social hospitalier, en tant que partie intégrante de l'institution hospitalière, remplace l'ancien service social à l'hôpital, œuvre charitable et bénévoles. Le professionnalisme et la spécificité du travail social sont ainsi mieux repérés. Pour exercer ses missions, le service social développe des connaissances et des compétences spécifiques.

En 1968, la réforme des études met fin à la formation commune avec les infirmières. Elle met l'accent sur les sciences humaines, l'action individualisée et la valorisation de l'usager.

Historiquement, le service social s'est donc construit aux côtés des dispositifs médicaux existants, jusqu'à créer sa propre identité et nourrir la richesse et la diversité de sa profession.

## Service social en gériatrie

L'assistant socio-éducatif propose une palette de services relativement complète et étoffée dans la prise en charge du patient âgé, toujours au service de la personne et en adéquation avec le corps médical.

L'**objectif prioritaire** est donc d'accompagner au mieux la sortie d'hospitalisation du patient, en s'appuyant sur le projet de vie de celui-ci, au regard de ses conditions de vie, de ses possibilités matérielles, humaines et financières, tout en pérennisant les nécessités de soin et autres préconisations avancées par l'équipe médicale. Il s'attache à informer, conseiller, accompagner et orienter les patients et/ou leur entourage dans diverses démarches. Pour cela, le professionnel s'appuie sur un plan d'action qui peut avoir comme modèle ce qui suit.

Afin d'établir un **diagnostic** rapide et synthétique de la situation, il est nécessaire pour le travailleur social de s'appuyer sur les divers renseignements dont il peut disposer. Ce diagnostic s'appuie en premier lieu sur le recueil des données, très souvent transmises par l'équipe médicale et paramédicale du service. En cela, la relation d'échange avec les médecins et l'équipe soignante dans son ensemble (cadres de santé, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, professeurs de sport adapté, psychologues, diététiciennes, ...) permet de glaner les premiers éléments nécessaires au diagnostic global du sujet hospitalisé (mode et lieu de vie, problématiques médicales rencontrées, isolement, entourage familial et amical, aides au domicile, démarches entamées, etc.). Bien évidemment, ces échanges perdurent tout le long du séjour afin d'adapter au cas par cas les perspectives de sortie avec l'évolution du séjour du patient.

Afin d'étayer ce diagnostic, il est aussi nécessaire de se rapprocher directement du patient et/ou de son entourage proche (famille, ami, voisinage, représentant légal), afin de recueillir divers éléments pratiques sur son quotidien. C'est aussi l'occasion d'anticiper les perspectives qui s'offrent à la personne, **en informant** sur les divers droits et autres possibilités en termes de devenir (retour au domicile avec aides à la personne, matériel technique

# Focus gériatrique

adapté, soutien médical et sanitaire, dossiers d'aides financières, projet d'institution d'hébergement type EHPAD – foyer logement, autres...).

Enfin, il paraît pertinent dans un certain nombre de cas de solliciter l'avis des professionnels intervenant régulièrement au chevet du patient (cabinet infirmier et de kiné, aides à domicile, médecin traitant, ...) afin de compléter au mieux le diagnostic de la situation du patient au moment de son entrée en hospitalisation.

Ainsi, l'assistant socio-éducatif s'attache à recueillir un maximum d'informations relatives à la situation du patient, se trouvant à la croisée des différents intervenants. Il est alors un acteur majeur de la circulation de l'information, notamment entre le patient, les équipes de soins, l'entourage et les professionnels extérieurs à l'hôpital. Il intervient néanmoins sous le cadre du **secret professionnel**, se devant de préserver certaines informations, quand bien même les équipes en milieu hospitalier ont recours au secret partagé.

Ensuite, au regard de l'évolution médicale du patient, des volontés de celui-ci, de la perspective de fin d'hospitalisation, et des éléments recueillis lors du diagnostic, le **projet de sortie** s'articule en fonction :

- Retour au domicile avec l'organisation d'un plan d'aide humain (passage infirmier - kiné - aides à domicile divers tels que ménage, repas, compagnie... ; portage de repas), accompagnement pour un plan d'aide technique (lit médicalisé, fauteuil garde-robe, télé-assistance, fauteuil roulant, fauteuil confort, monte escalier, aménagement douche et sanitaire...).
- Elaboration de demande d'aide financière nécessaire à la mise en place d'aide pour le maintien au domicile (sollicitation des mutuelles, des caisses de retraites ainsi que du Conseil Départemental via l'Allocation Personnalisée Autonomie...).
- Aide à l'orientation en centre de convalescence en garantissant la participation financière des complémentaires santé.
- Constitution de demandes d'entrée en institution et leurs suivis lorsque le retour au domicile n'est plus indiqué, tels les Foyers Logements, autre Résidence sénior et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).
- Dans les cas de patient se trouvant en situation de fragilité, de difficultés voire de vulnérabilité dans la gestion des biens administratifs, matériels et financiers, un accompagnement dans le cadre d'une demande de mesure de protection peut-être proposé.
- Orientation et information auprès de collaborateurs du secteur social et médico-social tels que les CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), les CCAS (Centre Communal d'Action Social), Comité d'entreprise, Conseil Départemental (service APA), etc.

• **Foyer logement** : établissement qui offre un hébergement en petit appartement/studio. Les résidents y séjournant sont relativement autonomes. Ce type d'accueil permet aux personnes âgées de vivre au sein d'une structure pouvant offrir des possibilités de repas en commun, quelques activités, un voisinage de proximité.

• **La résidence sénior** se construit sur le même modèle que le Foyer Logement, en apportant un soin plus particuliers à l'accompagnement humain en termes d'aides quotidiennes (ménage, repas, courses, etc.), et d'activités.

• **L'EHPAD** (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), ou communément appelé « maison de retraite », est un établissement offrant un hébergement en chambre, destinés plus généralement à des individus en perte d'autonomie ou en difficulté de maintien au domicile.

• Enfin, il existe des **Accueils de jour**. Souvent rattachés à un EHPAD, ces accueils ont pour but d'accueillir sur la journée des personnes âgées afin de leur offrir des activités, une sociabilité, et parallèlement permettre un répit à l'aidant.

• Selon le degré de dépendance de la personne, le montant de ses ressources, voire ses éventuels contrats souscrits, la personne peut bénéficier d'aides financières (APA du Conseil Départemental, Allocation hébergement de la CAF, participation des caisses de retraites, mutuelle santé, autres assurances dépendances, Aide Sociale à l'Hébergement du Conseil Départemental, Aide extra-légale de la commune,...).



Par conséquent, l'intervention de l'assistant social permet de participer à la concrétisation du projet de sortie d'hospitalisation du patient, le tout en accord avec les choix de celui-ci et en fonction de ses possibilités. Il s'appuie pour cela sur divers intervenants du secteur social, médico-social, paramédical, mais aussi et surtout sur les préconisations et autres certificats médicaux établis par le médecin du service. A cet égard, il est primordial d'entretenir une relation de confiance mutuelle avec l'équipe soignante dans son ensemble, de communiquer régulièrement sur l'évolution des soins et de leurs perspectives, afin d'offrir une action cohérente à l'utilisateur.

Également, il inclue au maximum la participation du principal concerné et/ou de son entourage, afin de favoriser la prise de décision, l'initiative et l'autonomie pour les perspectives futures. L'objectif n'est pas de rendre l'assistant social seul dépositaire du plan d'aide mais bien au contraire **de favoriser l'autonomie progressive de l'utilisateur** dans sa gestion des risques de dépendance.

### Les limites de la prise en charge dite sociale

Certaines hospitalisations sont plus difficiles que d'autres, et ce pour tous les professionnels quels qu'ils soient. Le devenir peut aussi en être impacté.

Concernant le volet social, la première limite du projet est celle de l'adhésion du patient à un plan d'aide, quand bien même cela lui serait d'un intérêt certain. En effet, il est éthiquement peu concevable d'imposer un suivi à une personne refusant toute aide. Dans la même continuité, il est clair que la pérennité du plan tient en grande partie à la volonté du patient de maintenir les passages de ces professionnels à son domicile.



Le changement de certaines habitudes de vie, l'intrusion dans l'intimité personnelle de la personne voire « une difficile compatibilité d'humeur » avec l'intervenant peut contribuer à l'arrêt de ces mêmes aides.

Il est aussi certain que l'élément financier et matériel favorise plus ou moins les perspectives d'après hospitalisations, tout du moins, il offre un confort de fonctionnement et de réactivité non négligeable, notamment concernant les démarches envers les EHPAD... A un degré moindre, le secteur géographique du lieu de vie du patient lui permettra, parfois, de bénéficier plus aisément de divers intervenants au domicile.

Un environnement familial et amical disponible, au soutien des choix du patient, et participatif dans leurs réalisations sont aussi des atouts de poids dans la réussite de l'après hospitalisation.

Enfin, il est certain que des situations de vie parfois très complexes rendent l'approche sociale fortuite. Le service social et hospitalier dans son ensemble ne peut résoudre des problématiques de vie dégradées depuis plusieurs années, auprès d'un public régulièrement fragilisé par divers troubles cognitifs, le tout dans le contexte de l'hospitalisation à durée limitée. Il arrive fréquemment que l'hospitalisation permette de poser les choses, de repartir sur une dynamique plus favorable au regard de la situation du patient. Il arrive parfois que cela ne soit pas suffisant. Sans s'en satisfaire, mais en acceptant nos propres limites.

Mickaël GIRY

# Focus gériatrique



## IPP au long cours : quelles complications ?

### Introduction

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont parmi les médicaments les plus prescrits, notamment en gériatrie. Leur efficacité est prouvée mais de nombreuses prescriptions sont injustifiées. En effet, en France, 60 % de la prescription totale des IPP est faite hors autorisation de mise sur le marché (AMM) selon la Commission de la transparence de la HAS [1]. Une telle sur-prescription n'est pas anodine au regard des effets indésirables décrits lors d'une administration prolongée.

### Rappel sur les Indications des IPP [2] :

- ◆ Dans le traitement du reflux gastro-œsophagien (RGO) et de l'œsophagite par RGO.
- ◆ Dans la prévention et traitement des lésions gastro-duodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- ◆ Dans l'éradication d'*Helicobacter pylori* et le traitement des ulcères gastroduodénaux.

### Prescriptions injustifiées [2] dans :

- ◆ La dyspepsie fonctionnelle (sauf si un RGO est associé).
- ◆ La prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS utilisés dans le cadre d'affections aiguës chez des patients non à risque (moins de 65 ans, sans antécédent ulcéreux et n'étant traités ni par antiagrégant plaquettaire, ni par anticoagulant, ni par corticoïde).

### Effets Indésirables

#### ◆ A court terme

Des troubles ioniques, des nausées, vomissements, des diarrhées, des douleurs abdominales et céphalées ont été rapportés comme effets indésirables à court terme.

Ces effets indésirables restent rares et disparaissent à l'arrêt du traitement.

#### ◆ A long terme

##### → Troubles métaboliques

Plusieurs études ont mis en évidence une augmentation du déficit en vitamine B12 avec la prise d'IPP, l'acidité gastrique étant nécessaire à la dissociation protéine alimentaire – vitamine B12. De même, les IPP entraînent une augmentation du déficit en magnésium et en zinc.

##### → Lésions osseuses

Une augmentation de risque de fracture osseuse a été mis en évidence dans plusieurs études chez les patients âgées sous IPP [4] [5], avec un effet proportionnel à la dose et à la durée. Le mécanisme serait lié à une malabsorption du calcium, l'augmentation du pH induite par les IPP empêchant son ionisation à partir des sels de calcium insolubles. Des études animales récentes ont par ailleurs permis de mettre en évidence une action des IPP sur les ostéoclastes, suggérant un effet direct sur la résorption et le remodelage osseux. Les effets à long terme des IPP sur le métabolisme osseux n'étant pour le moment pas connus, cette action ostéoclastique directe reste à pondérer.

##### → Infections digestives

Plusieurs études ont montré une majoration des infections digestives notamment à *Clostridium difficile* avec la prise d'IPP par son rôle contre l'acidité gastrique responsable d'une prolifération bactérienne [6] ainsi qu'une augmentation du risque de récurrence.[7]



### → Infections respiratoires et pneumonies communautaires

Un lien a été montré dans plusieurs études entre la prise d'IPP et l'augmentation des pneumopathies [8]. Les IPP entraîneraient une augmentation des bactéries gastriques par inhibition de l'acidité gastrique, notamment avec les anaérobies.

### → Risque oncologique

Les IPP favoriseraient la présence de polypes fundiques après un traitement d'une durée d'un an [9]. Ainsi les IPP sont soupçonnés d'avoir un rôle dans la carcinogenèse gastrique. Le lien n'est pas démontré mais des doutes existent.

### → Risque cardiologique

En 2010, une étude a mis en évidence une diminution d'efficacité de l'aspirine pour les patients sous IPP présentant une coronaropathie [10].

### → Néphrites interstitielles

Les IPP entraîneraient des néphrites interstitielles correspondant à des atteintes inflammatoires de l'interstitium du rein et des tubules pouvant aboutir à terme à une insuffisance rénale. Les données sont rares et les preuves scientifiques sont insuffisantes.

### → Dépendance et effet rebond

Un effet rebond a été mis en évidence chez 120 volontaires sains asymptomatiques dans une étude randomisée en double aveugle (IPP versus placebo) après huit semaines de traitement par ésomeprazole (40 mg/jour).

Effet rebond d'abord démontré puis ensuite contesté par certains articles.

Un effet de dépendance a également été mis en évidence chez les patients sans symptomatologie de reflux, traités par IPP pendant une durée de quatre à huit semaines.

## Conclusion

Les IPP, si couramment prescrits en pratique quotidienne clinique, sont des médicaments efficaces mais avec de nombreux effets secondaires potentiels à ne pas négliger. Il est donc important de restreindre les prescriptions aux indications validées et de réévaluer systématiquement l'indication du traitement.

**Elise FERCOT**

(Boulogne-Billancourt)

## Bibliographie

- [1] Commission de la transparence de la HAS, Réévaluation des IPP, 2009.
- [2] HAS Bon usage du médicament, Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte. 2009
- [3] Proton pump inhibitors (PPI): may be not as harmless as believed. Rev Med Suisse. 2015 Sep 9;11(485):1665-71.
- [4] Yang Yx, Lewis JD, Epstein S, Metz DC. Longterm proton pump inhibitor therapy and risk of hip fracture. JAMA 2006;296:2947-53.
- [5] Ding J<sup>1</sup>, Heller DA, Ahern FM, Brown TV. The relationship between proton pump inhibitor adherence and fracture risk in the elderly. Calcif Tissue Int. 2014 Jun;94(6):597-607.
- [6] Dial S, Delaney JAC, Barkun AN, Suissa S. Use of gastric acid-suppressive agents and the risk of community-acquired Clostridium difficile-associated disease. JAMA 2005;294:2989-95.
- [7] Linsky A<sup>1</sup>, Gupta K, Lawler EV, Fonda JR, Hermos JA. Proton pump inhibitors and risk for recurrent Clostridium difficile infection. Arch Intern Med. 2010 May 10;170(9):772-8.
- [8] Gulmez SE, Holm A, Frederiksen H, et al. Use of proton pump inhibitors and the risk of community-acquired pneumonia : A population based case-control studys. Arch Intern Med 2007;167:950-5.
- [9] Zelter A, Fernández JL, Bilder C, et al. Fundic gland polyps and association with proton pump inhibitor intake : A prospective study in 1,780 endoscopies. Dig Dis Sci 2011;56:1743-8.
- [10] Würtz M, Grove EL, Kristensen SD, Hvas AM. The antiplatelet effect of aspirin is reduced by proton pump inhibitors in patients with coronary artery disease. Heart 2010;96:368-71.



## Vaccination anti-grippale : données pour convaincre les soignants

### Introduction

Chaque année, l'épidémie de grippe touche 5 à 10 % de la population française et plus particulièrement les adultes qui constituent ainsi le principal réservoir viral. Les dernières données disponibles de l'INPES [1] (Institut National de Prévention et d'Éducation Pour la Santé) concernent l'épidémie de grippe 2014-2015 dont la durée totale avait été de 9 semaines et d'intensité particulièrement forte. Sur la période, les taux d'incidences cumulées de consultation pour syndromes grippaux étaient de 7 850/100 000 habitants pour les 15-64 ans et 2 014/100 000 pour les plus de 65 ans soit une prévalence nettement plus forte chez les adultes, comme classiquement retrouvé dans les épidémies antérieures. L'impact de la grippe a cependant été particulièrement plus sévère chez les personnes âgées, comme lors de toutes les épidémies précédentes, avec une augmentation du nombre de passages (n=30 911) aux urgences et de décisions d'hospitalisation (n=3 361), du nombre d'admissions en réanimation (n=1 598) pour grippe et de foyers d'infections respiratoires aiguës (n=1 328) en collectivités de personnes âgées. L'excès de mortalité toutes causes a été supérieur à ceux observés depuis 2006-2007, principalement chez les sujets de 65 ans et plus. Une étude menée durant 31 ans par le CDC [2] (Centers of Disease Control and prevention) révèle d'ailleurs que 89,4 % des décès liés la grippe, qu'ils soient directs ou indirects, concernent les plus de 65 ans. Ainsi, si l'adulte est le premier concerné par la grippe, les victimes des épidémies sont les personnes âgées.

Le développement de la vaccination antigrippale à la fin de la seconde guerre mondiale et sa large diffusion suite à l'épidémie de grippe de Hong Kong (1968) a permis de diviser par dix le nombre de décès imputable à la grippe [3], témoignant d'un bel exemple de succès en matière de prévention. Malgré ces résultats, force est de constater que le vaccin antigrippal jouit d'une mauvaise réputation, d'autant plus entachée par la mauvaise gestion du stock de vaccins lors de l'épidémie de grippe H1N1 en 2009. Les données de l'assurance maladie révèlent ainsi que pour la saison 2014-2015, seuls 48,5 % des plus de 65 ans étaient vaccinés. La couverture vaccinale est encore plus faible chez les soignants en France, estimée à 55 % des médecins et 24,4 % du personnel infirmier, alors qu'elle est estimée à 77 % chez les professionnels de santé américains.

La vaccination étant jugée moins efficace avec l'avance en âge du fait de l'immunosénescence [4], convaincre le personnel soignant de se faire vacciner pour protéger les sujets âgés des conséquences de la grippe, d'autant plus délétères à leur âge, est une nécessité.





## Contagiosité

La grippe est une maladie hautement transmissible du fait d'une **transmission interhumaine facile** par voie aérienne (gouttelettes de salive) ou contact direct (surfaces internes, mains des personnes contaminées) et d'une **contagiosité** qui apparaît avant les premiers symptômes (1 jour avant le début des symptômes et jusqu'à 7 jours après).

La plasticité génétique des virus grippaux (ARN codant effectuant beaucoup d'erreurs d'incorporation) est considérable, responsable de **glissements antigéniques** (modification mineure des gènes des protéines de surface) mais aussi de **réassortiments** (changement antigénique majeur avec échange complet de gènes entiers) qui modifient les sous types viraux circulants et sont respectivement à l'origine des épidémies saisonnières et des pandémies.



## Composition du vaccin

En raison des modifications génétiques constantes des virus grippaux, le choix des souches vaccinales composant le vaccin est adapté chaque année en fonction des données épidémiologiques recueillies par le réseau de surveillance mondiale de la grippe.

Trois ou quatre souches sont ciblées pour composer le vaccin viral inactivé de la saison. Injectable en intramusculaire ou en sous cutanée, l'immunité est acquise 2 à 3 semaines plus tard. La seule contre-indication vaccinale est représentée par l'allergie vraie aux œufs.

## Efficacité vaccinale

L'efficacité du vaccin antigrippal est principalement modulée par deux facteurs représentés par l'**efficience du système immunitaire** du sujet vacciné et la **concordance entre vaccin et virus circulant**.

L'implication du système immunitaire a été rappelée en 2007 par une étude publiée dans le Lancet [4] qui démontre que l'efficacité vaccinale diminue avec l'avance en âge du fait de l'immunosenescence : 70 à 90 % d'efficacité chez l'adulte sain, 57 % chez le sujet âgé de 60 à 69 ans et moins de 23 % chez le plus de 70 ans.

Ce constat ne doit cependant pas représenter un prétexte pour moins vacciner le sujet âgé. Même si l'efficacité diminue avec l'âge et que les études sur le sujet sont parfois discordantes, nombreuses sont celles qui ont démontrées l'intérêt de vacciner les personnes âgées. En 1995, Gross montrait par sa méta-analyse [5] que la vaccination chez le plus de 65 ans permettait une diminution de 39 % des cas de pneumonie, de 27 % des cas d'insuffisance cardiaque, une réduction de 32 % des hospitalisations pour maladies respiratoires et un nombre de décès réduit de 50 %. En 2010, Jefferson [6] démontre une efficacité immunologique et épidémiologique du vaccin antigrippal chez le plus de 65 ans d'environ 58 %. Enfin, Wong en 2012 [7] dans son étude de cohorte évaluant 12.6 millions de sujets âgés en situation communautaire rapportait une diminution des hospitalisations pour pneumonie et grippe ainsi qu'une diminution du nombre de décès.

L'implication démontrée du système immunitaire dans l'efficacité vaccinale [4] est un premier argument pour amener à mieux vacciner les adultes, principal réservoir et vecteur viral, afin de protéger les sujets âgés chez qui l'efficacité vaccinale est diminuée et la gravité de la grippe accrue.

## Vacciner les soignants pour protéger les patients

Un des exemples les plus parlants de cette nécessité est probablement celui d'un EHPAD du Tarn où en 2007, 57 cas de syndromes grippaux ont été signalés à la DDASS, avec comme vecteur identifié un des soignants de la structure. Quarante-neuf résidents, répartis dans deux bâtiments distincts l'un de l'autre, résidaient alors dans cet EHPAD.

# Article thématique

Soixante-cinq pour cent d'entre eux étaient vaccinés contre 0 % des soignants. Entre le 31 janvier et le 4 février, 33 cas de grippe sont tout d'abord déclarés et circonscrits au bâtiment 1 parmi lesquels 7 membres du personnel. Parmi ceux-ci, l'un d'entre eux aurait été en poste une journée dans le bâtiment 2 au moment de l'épisode épidémique. Le 5 février, 9 nouveaux cas de grippe sont simultanément déclarés dans le bâtiment 2 pendant que 6 nouveaux cas sont déclarés dans le bâtiment 1. Au final, deux pics épidémiques ont ainsi été recensés avec probable transmission d'un bâtiment à l'autre via le personnel, démontrant bien l'intérêt d'une vaccination plus large des soignants pour protéger les résidents.

Autre argument, cette fois-ci statistique, vient d'une étude randomisée publiée dans le Lancet en 2000 [8]. Durant l'hiver 1996-1997, vingt hôpitaux ont été randomisés afin d'évaluer le bénéfice de la vaccination des

soignants travaillant dans des services de long séjour. Dans dix hôpitaux, tous les soignants ont été systématiquement vaccinés tandis que dans les dix autres le choix de la vaccination leur était laissé. Il fut ainsi mis en évidence une diminution significative de la mortalité chez les résidents grâce à la vaccination systématique du personnel. En effet, 102 décès sur 749 résidents (13.6 %) ont été recensés dans le groupe soignants vaccinés contre 154 décès sur 688 (22,4 %) dans le groupe soignants non vaccinés (odds ratio 0.58 [95 % CI 0.40-0.84],  $p=0.014$ ). Notons cependant qu'aucune diminution significative d'incidence grippale n'a été relevée lors de cette étude.

Une autre étude menée par Lemaitre en 2009 [9] a confirmé que plus le personnel soignant est vacciné, plus la mortalité diminue parmi les résidents. La vaccination du personnel de soin a donc bien un effet protecteur pour les patients, principalement en termes de mortalité, comme le rappelle encore la méta-analyse d'Ahmed en 2014 [10].





## Les vaccins sont-ils dangereux ?

### Controverse autour des adjuvants

Les adjuvants sont communément utilisés dans les préparations vaccinales afin d'optimiser la réponse immunitaire. Sans adjuvant, l'antigène viral ou bactérien inactivé utilisé n'induit qu'une très faible réponse immunitaire, insuffisante pour stimuler une réponse acquise adaptative, c'est-à-dire une production suffisante d'anticorps protecteurs [11].

En présence d'adjuvants néanmoins, les réactions locales et générales habituelles semblent augmenter.

L'hydroxyde d'aluminium, probablement l'un des adjuvants les plus décriés, a été initialement incriminé d'être à l'origine d'un tableau clinique chronique de myofasciite à macrophages associant fatigue, myalgies et arthralgies [12]. Depuis, de nombreuses recherches ont été menées, amenant les experts à conclure, tant au niveau national qu'international, qu'aucun syndrome clinique spécifique n'est retrouvé associé à la vaccination avec des vaccins contenant un adjuvant aluminique. Jusqu'à présent aucun lien causal n'a pu être établi scientifiquement entre l'apparition de myofasciite à macrophages et les vaccins contenant cet adjuvant [13]. Cette polémique, principalement médiatique et très franco-française, a pris une plus grande ampleur encore au cours de l'été 2013 lorsque l'association E3M-myo-fasciite à macrophages écrivait que « *l'aluminium contenu dans les vaccins, neurotoxique, cancérigène et perturbateur endocrinien, migre vers le cerveau, selon les travaux les plus récents, validés par l'Académie de médecine* ». L'Académie nationale de médecine a alors réagi rapidement : « Cet aluminium vaccinal n'a pas fait preuves d'une neurotoxicité. L'aluminium pourrait être neurotoxique... mais en cas d'ingestion massive aiguë ou chronique à doses élevées ! Et dans la myofasciite à macrophages les troubles cognitifs signalés ne correspondent pas non plus à ceux de la maladie d'Alzheimer... dans laquelle sans preuve certains incriminent aussi l'aluminium. Si dans les expérimentations animales, la dose toxique d'aluminium alimentaire est supérieure à 1 mg par kilo de poids et par jour, une dose de vaccin adjuvanté en contient moins de 0,85 mg » [14].

### Controverse autour des antigènes vaccinaux

**Vaccination ROR, autisme et maladie de Crohn** : en 1995, Thompson et al [15] ont montré dans 2 cohortes britanniques, une incidence de maladies inflammatoires digestives de 0,7 % dans le groupe vacciné contre la rougeole et de 0,25 % dans le groupe non vacciné soit un risque accru de maladie de Crohn (risque relatif [RR] = 3, IC à 95 % = 1,45 -6,23) et de colite ulcéreuse (RR = 2,53, IC à 95 % = 1,15-5,58), mais pas de maladie cœliaque (RR = 1,62, IC à 95 % = 0,30-8,83). Cependant, les études menées depuis vont à l'encontre de cette association entre maladie de Crohn et/ou autisme et vaccination ROR [16]. Aucune corrélation significative n'a donc, pour l'heure, été mise en évidence entre la vaccination par le ROR et la survenue de ces manifestations cliniques.

**Vaccin contre l'hépatite B (VHB) et sclérose en plaques** : dans les années 1990 ont été notifiés en France des cas d'atteintes neurologiques démyélinisantes évoquant des poussées de sclérose en plaque chez des sujets vaccinés contre le VHB. En conséquence, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament a initié en juin 1994 une enquête nationale de pharmacovigilance. A ce jour, ces évaluations de la Commission de pharmacovigilance et une nouvelle évaluation, actualisée, des notifications spontanées et des études internationales publiées disponibles en septembre 2011, n'ont permis ni de confirmer les signaux identifiés depuis 1994 ni d'établir un lien causal entre les événements indésirables ciblés dans le cadre de l'enquête et la vaccination contre le VHB [17].





## Conclusion

Convaincre les soignants de l'intérêt de la vaccination antigrippale, non pas pour se protéger eux-mêmes mais pour protéger les patients qu'ils soignent, est difficile. En France, les postulats contre la vaccination sont nombreux et sujets de discorde entre les professionnels de santé. Néanmoins, les preuves d'efficacité sont là et devraient être considérées par les soignants qui prennent en charge les patients les plus vulnérables. Les études sont loin de démontrer une efficacité vaccinale de 100 % mais n'ont pas non plus démontré une inefficacité et les risques vaccinaux avancés n'ont pour le moment jamais été validés scientifiquement.

Nous sommes tous exposés au risque d'infection par le virus grippal, extrêmement contagieux, et la vaccination reste pour l'heure le meilleur moyen de prévention, d'autant que sa tolérance est bonne et la grippe nosocomiale une réalité. Alors vaccinons-nous et sachons convaincre nos équipes soignantes.

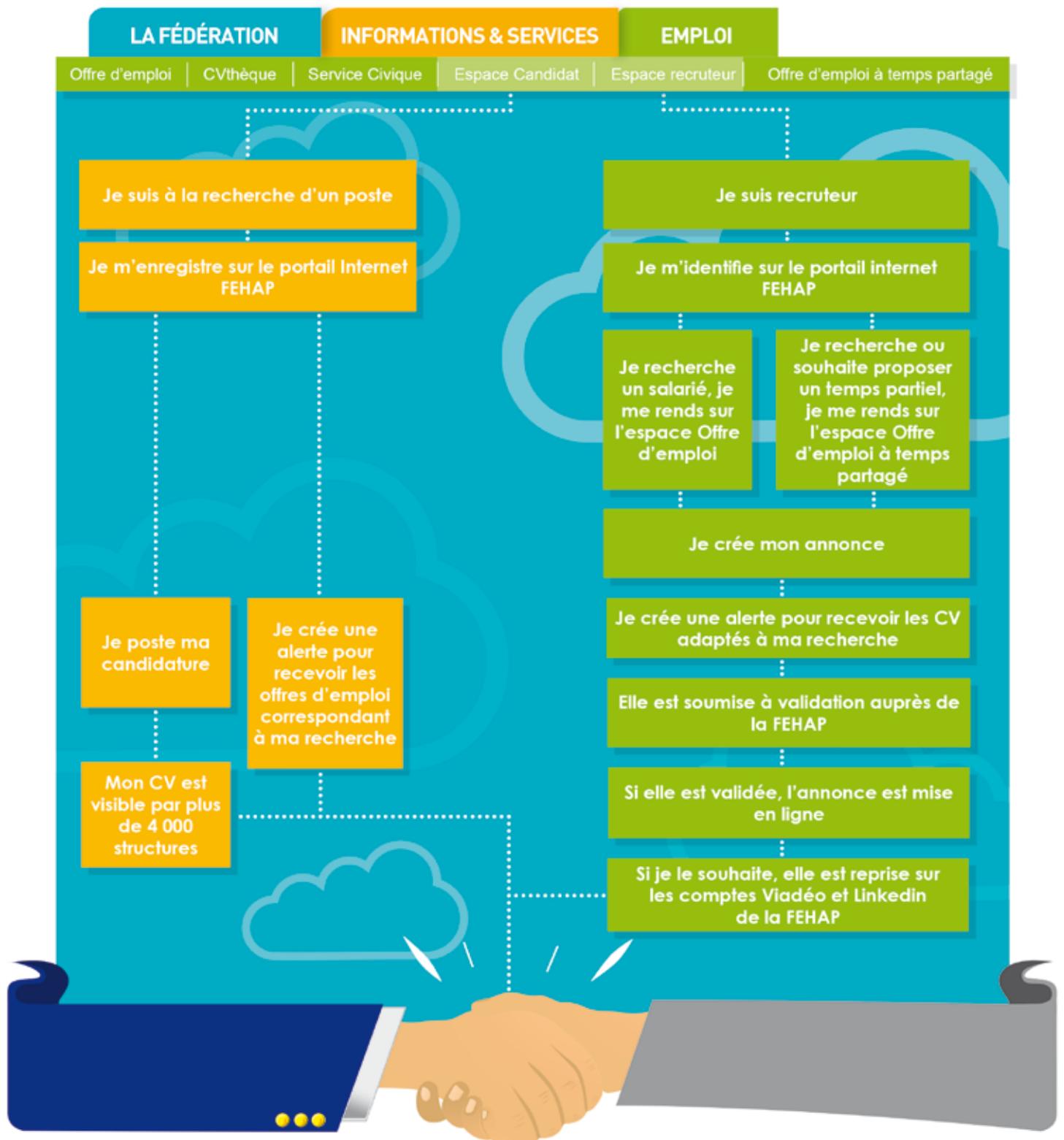
**Guillaume DUCHER**  
CHU Clermont-Ferrand

## Bibliographie

- [1] INPES. BEH - SURVEILLANCE DE LA GRIPPE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE. SAISON 2014-2015 [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 11] ; Available from: [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/32-33/2015\\_32-33\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/32-33/2015_32-33_1.html)
- [2] Estimates of Deaths Associated with Seasonal Influenza - United States, 1976--2007 [Internet]. [cited 2016 Sep 11] ; Available from : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5933a1.htm>
- [3] France Meslé. Recul spectaculaire de la mortalité due à la grippe : le rôle de la vaccination [Internet]. 2010 [cited 2016 Sep 11] ; Available from : [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/19138/pes470.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19138/pes470.fr.pdf)
- [4] Simonsen L, Taylor RJ, Viboud C, Miller MA, Jackson LA. Mortality benefits of influenza vaccination in elderly people: an ongoing controversy. *Lancet Infect Dis* 2007;7(10):658–66.
- [5] Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons. A meta-analysis and review of the literature. *Ann Intern Med* 1995;123(7):518–27.
- [6] Jefferson T, Di Pietrantonj C, Al-Ansary LA, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(2):CD004876.
- [7] Wong K, Campitelli MA, Stukel TA, Kwong JC. Estimating influenza vaccine effectiveness in community-dwelling elderly patients using the instrumental variable analysis method. *Arch Intern Med* 2012;172(6):484–91.
- [8] Carman WF, Elder AG, Wallace LA, et al. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care : a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl* 2000;355(9198):93–7.
- [9] Lemaitre M, Meret T, Rothan-Tondeur M, et al. Effect of influenza vaccination of nursing home staff on mortality of residents : a cluster-randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(9):1580–6.
- [10] Ahmed F, Lindley MC, Allred N, Weinbaum CM, Grohskopf L. Effect of influenza vaccination of healthcare personnel on morbidity and mortality among patients: systematic review and grading of evidence. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am* 2014;58(1):50–7.
- [11] De l'immunité innée à l'immunité adaptative : un continuum [Internet]. [cited 2016 Oct 4] ; Available from : <http://academieveterinaire.free.fr/bulletin/pdf/2007/numero03/181.pdf>
- [12] Gherardi RK, Coquet M, Cherin P, et al. Macrophagic myofasciitis lesions assess long-term persistence of vaccine-derived aluminium hydroxide in muscle. *Brain J Neurol* 2001;124(Pt 9):1821–31.
- [13] Verdier F, Burnett R, Michelet-Habchi C, Moretto P, Fievet-Groyne F, Sauzeat E. Aluminium assay and evaluation of the local reaction at several time points after intramuscular administration of aluminium containing vaccines in the Cynomolgus monkey. *Vaccine* 2005;23(11):1359–67.
- [14] D Y-M. Aluminium des vaccins : l'Académie monte au créneau. *Option/Bio* 2013;24(495):9.
- [15] Thompson NP, Montgomery SM, Pounder RE, Wakefield AJ. Is measles vaccination a risk factor for inflammatory bowel disease? *Lancet Lond Engl* 1995;345(8957):1071–4.
- [16] Seagroatt V. MMR vaccine and Crohn's disease: ecological study of hospital admissions in England, 1991 to 2002. *BMJ* 2005;330(7500):1120–1.
- [17] Commission nationale de pharmacovigilance - Reunion du 27/09/2011 - V2. [cited 2016 Oct 4] ; Available from : [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/de6b79ff2522754dd99ebc600d98794f.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/de6b79ff2522754dd99ebc600d98794f.pdf)

# RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

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





## Motivations actuelles des jeunes pour une carrière en gériatrie

**AJGH** – « Bonjour Victor, peux-tu te présenter en quelques lignes et nous décrire ton cursus d'étudiant en médecine ? »

**Victor** – Je suis étudiant en fin de D4, j'ai choisi curieusement de faire médecine au départ pour faire de la recherche fondamentale, je ne voulais pas voir de patients. Et finalement j'ai complètement changé, je vais commencer un internat de médecine générale. Je suis passé un peu partout en stage, aussi bien dans des services spécialisés comme la cardio, la neurologie... mais ce sont les stages un peu pluridisciplinaires qui m'ont le plus plu, que ce soit les urgences, la médecine polyvalente ou... la gériatrie.

**AJGH** – « Avant de débiter tes études, connaissais-tu la discipline gériatrique ? Quand as-tu découvert la spécialité ? »

**Victor** – J'ai découvert la gériatrie en stage en troisième année, en convalescence gériatrique. Je n'avais pas du tout aimé ce stage, qui se limitait à mes yeux à prescrire des laxatifs et à faire des MMS. Je suis repassé en gériatrie en fin de 5<sup>ème</sup> puis en 6<sup>ème</sup> année, cette fois-ci en court séjour.

**AJGH** – « Qu'est-ce qui t'a plu dans tes stages d'externat en gériatrie ? »

**Victor** – J'ai adoré mes deux stages en court séjour, premièrement pour la prise en charge globale des patients : ce n'est pas juste traiter une pathologie X en aigu, il faut aussi envisager le social, la mobilité de la personne, son bien-être, sa dépendance, ses capacités et ses ressources... Cela nécessite une prise en charge multidisciplinaire avec les psychologues, les kinés, les ergothérapeutes, les diététiciens, les assistants sociaux... Ce qui

m'a également plu dans ces stages c'est le contact avec les personnes âgées, par exemple il faut être patient et ne pas avoir peur de répéter, que ce soit pour l'éducation thérapeutique ou pour réussir à parler à une personne avec des troubles cognitifs.

**AJGH** – « Maintenant que les épreuves ECN sont terminées, pourquoi choisir cette discipline plutôt qu'une autre ? »

**Victor** – Pour toutes les raisons citées ci-dessus.

**AJGH** – « Comment envisages-tu ton avenir professionnel, une fois l'internat terminé ? »

**Victor** – Je ne suis pas encore décidé : j'hésite encore entre faire le DESC ou la capacité de gériatrie pour travailler en hospitalier, ou faire un exercice libéral de médecine générale avec la possibilité de faire médecin coordinateur en EHPAD. Une formation complémentaire en soins palliatifs m'intéresserait également.

**AJGH** – « Dernière question : tu as sûrement entendu parler de la réforme du troisième cycle qui sera effective pour la promo ECN 2017 ? Qu'attends-tu de la création du DES de Gériatrie par rapport au DESC ou à la capacité ? »

**Victor** – Cette réforme permettra sûrement d'avoir un plus grand nombre de gériatres formés afin de palier le manque. Je suis personnellement plutôt content de passer avant cette réforme étant donné que j'hésite encore sur ma future carrière : ne pas avoir à choisir directement me permet de prendre encore le temps de réfléchir et de me renseigner.

**Victor PIREYRE**

## Les dates à venir

- ♦ **Conseil d'Administration** de l'Association le mardi 22 novembre 2016 de 9h à 11h lors des prochaines Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (JASFGG), salle Forum D du Centre de Conférence Paris Marriot Rive Gauche.

Tous les adhérents de l'AJGH sont les bienvenus, n'hésitez pas à venir que ce soit pour participer ou simplement vous informer.

L'ordre du jour comportera une rétrospective de l'année écoulée, un état des lieux des projets en cours et une réflexion sur les perspectives de projets pour l'année à venir.

- ♦ **Session DESC** organisée lors des prochaines JASFGG par le Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG) et l'AJGH, le mercredi 23 novembre de 14h30 à 16h. Au cours de cette session, les 9 meilleures communications orales soumises par les jeunes gériatres inscrits en DESC seront présentées.

## L'AJGH en quelques chiffres

- ♦ 30 nouvelles adhésions sur l'année 2016.
- ♦ Une gazette éditée trois fois par an à plus de 1300 exemplaires dans diverses structures gériatriques réparties sur le territoire français.
- ♦ Un site web toujours autant visité dont le contenu est progressivement amélioré et qui reste alors la meilleure vitrine de promotion de l'association.

## Travaux en cours

- ♦ Réflexions autour du DES de Gériatrie (maquettes, nombre de postes, organisation) qui sera lancé avec la réforme du troisième cycle en novembre 2017.
- ♦ Poursuite du recensement des personnes éligibles et intéressées par les bourses proposées par le Professeur Andrieu, Présidente de la SFGG, mises en place pour accompagner le développement de la recherche et susciter l'envie des plus jeunes d'aller présenter leurs travaux de recherche à l'international.

## Travaux à venir

- ♦ Transformation du Wikigeria jugé peu ergonomique et concrètement vide par une plateforme d'échange dynamique de fichiers de présentation d'articles scientifiques ou de thèmes gériatriques, classés par spécialité médicale ou domaine gériatrique.
- ♦ Lancement de travaux de recherche scientifique multicentriques (axés sur les nouvelles technologies ?).



## La déprescription en médecine générale chez le sujet âgé polymédiqué

Expérience et opinion des médecins généralistes de Picardie

**Auteur :** Céline BOUFFLET | **Directeur de thèse :** Dr Yan ZBOROWSKA | **Soutenu le** 25 avril 2016

**Contexte :** Le vieillissement de la population entraîne l'augmentation du nombre de patients polypathologiques et polymédiqués. La polymédication est associée à l'augmentation du risque d'événements indésirables médicamenteux, mais également à d'autres risques : chutes, aggravation de troubles cognitifs, diminution de l'observance, augmentation des prescriptions non optimales et des dépenses de santé. La déprescription entre dans la démarche globale de réévaluation des prescriptions, et peut apporter des bénéfices sur la santé individuelle et publique. L'objectif de cette étude était d'explorer la pratique de la déprescription chez les médecins généralistes, afin d'identifier ses déterminants et les pistes d'amélioration pour alléger les ordonnances du sujet âgé.

**Méthodes :** Dans cette étude qualitative, les médecins généralistes étaient interrogés lors d'entretiens individuels semi-dirigés. Chaque entretien était enregistré, retranscrit, et analysé par l'identification de mots et expressions porteurs de sens. A partir de ces citations, des thèmes centraux ont été extraits. Les inclusions se sont poursuivies jusqu'à saturation des données.

**Résultats :** Douze médecins généralistes de profils diversifiés ont été interrogés. Améliorer la qualité de vie de leurs patients âgés et éviter les effets indésirables médicamenteux étaient les motivations principales à déprescrire. Les médecins généralistes souhaitaient déprescrire en premier les traitements psychotropes. Ils discernaient les médicaments symptomatiques des médicaments préventifs, qui n'étaient pas responsables du même type de difficultés : résistance du patient pour les premiers, manque d'informations sur le rapport bénéfice/risque du médicament chez le sujet âgé, manque de temps au cours de la consultation pour les seconds.



La volonté d'engagement des médecins généralistes dans la démarche de déprescription était indéniable, mais ils exprimaient une impuissance face aux difficultés rencontrées.

**Conclusion :** Cette étude met en évidence le manque de consensus autour de la déprescription chez le sujet polypathologique. Le développement d'outils d'aide à la déprescription adaptée à la pratique en consultation de soins primaires, et la formation des médecins généralistes à la prise en charge thérapeutique du sujet âgé pourraient être des apports pour améliorer cette pratique.

Céline BOUFFLET



## Prise en charge des patients âgés admis pour chute aux urgences

**Auteur :** Sandrine CABILLIC | **Directeur de thèse :** Dr Patrick LESAGE | **Soutenue le** 7 avril 2011

**Introduction :** Les chutes des personnes âgées constituent un motif fréquent de recours au service des urgences (avec 4.5 % des sujets de plus de 65 ans). En plus des complications traumatiques immédiates s'ajoute, le risque de récurrence, de syndrome post-chute et de restriction dans les activités de la vie quotidienne. A ce jour, peu d'études se sont intéressées à la prise en charge des chuteurs aux urgences. Celle-ci s'avère compliquée en raison des contraintes de temps et des différents objectifs contenus dans cette consultation. En effet, la démarche à suivre consiste à diagnostiquer les conséquences lésionnelles et fonctionnelles de la chute, dépister des facteurs de risque modifiables et instaurer des mesures préventives.

L'objet de cette étude est d'apprécier la prise en charge des sujets âgés consultant pour chute aux urgences et de la confronter aux dernières recommandations HAS datant d'avril 2009.

**Méthodes :** Cette étude descriptive rétrospective a inclus 166 patients de plus de 65 ans ayant successivement consulté pour chute aux urgences du centre hospitalier de Chambéry pendant 4 semaines, du 16 novembre au 13 décembre 2009. Les critères de jugement principaux de l'étude reprenaient les principaux objectifs de la consultation figurant dans les recommandations HAS de 2009, à savoir :

- ◊ L'examen de la marche, de l'appui unipodal, la réalisation du test d'hypotension orthostatique, du « Timed up and go test » et la recherche du signe de Romberg.
- ◊ Le dosage des CPK, de la créatinine, la réalisation de l'EKG.
- ◊ La prescription de séances de kiné pour la prévention du syndrome post-chute.

Un suivi des patients sortis directement des urgences a ensuite été réalisé à 1 et 3 mois.

**Résultats :** Les données de l'étude montrent une application incomplète des recommandations HAS. Cependant, des examens complémentaires sont fréquemment prescrits (chez 92 % des patients), témoignant d'une sensibilisation pour rechercher une pathologie médicale aiguë ayant précipité la chute. La prise en charge reste néanmoins focalisée sur les conséquences traumatiques. Les patients sont orientés préférentiellement en consultation d'orthopédie (31 % des patients sortants), mais pas en consultation gériatrique pour bénéficier d'une évaluation plus globale. L'évolution des patients sortis directement des urgences a été défavorable en particulier durant le 1<sup>er</sup> mois. On observe 21.8 % de réadmissions et 15.6 % de chutes à 1 mois. De plus, de nombreux patients connaissent une augmentation du besoin d'aide dans la vie quotidienne (34 % à 1 mois et 27 % à 3 mois).

**Conclusions :** Ces résultats soulignent donc la nécessité d'une réévaluation précoce des patients, dans le mois qui suit la chute. Le service des urgences a un rôle important dans le repérage des sujets à risque de récurrence et de déclin fonctionnel. Les patients les plus à risque devraient être adressés en consultation externe en gériatrie pour bénéficier de programmes de prévention personnalisés centrés sur leurs facteurs prédisposants de chute. Il semble aussi primordial de déterminer la perte d'autonomie consécutive à la chute. Afin d'organiser un retour à domicile dans des conditions optimales, il paraît souhaitable de faire appel à l'assistante sociale pour adapter un plan d'aide, le cas échéant.

Enfin, un protocole de prise en charge adapté devrait faciliter le respect des recommandations HAS et améliorer la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées en diminuant notamment la récurrence.

Sandrine CABILLIC



Si vous êtes intéressé(e) par ce poste, merci de nous adresser un CV et une lettre de motivation soit par courrier, ACEP, 8-10, avenue Joseph Bodin de Boismortier, 77680 ROISSY EN BRIE soit par mail : [acep@orange.fr](mailto:acep@orange.fr)



L'ACEP (Association pour la Création d'Équipements Pilotes pour personnes âgées, loi 1901 privée à but non lucratif, Convention Collective 1951), est à la recherche d'un **Médecin Coordonnateur** à 0.70 ETP (possibilité de 0.50 ETP) pour l'EHPAD, à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2016.

L'établissement est un concept novateur tant sur le plan architectural (bâtiment réceptionné fin du premier semestre 2016) que sur la prise en charge des résidents (diversité des services proposés). Il s'inscrit pleinement dans une démarche qualité globale où la place du résident est centrale afin de lui apporter des conditions de vie parfaitement adaptées à sa perte d'autonomie physique et psychique.

**Le profil :**

- Médecin avec DU de Médecin Coordonnateur,
- Inscrit au Conseil de l'ordre des médecins,
- Capacité à gérer les urgences ou les situations de crise,
- Leadership, disponibilité, loyauté, sens des initiatives et de ses responsabilités seront des atouts pour réussir.

**L'ACEP gère différentes structures d'accueil et de prise en charge de la personne âgée, à savoir :**

- Un EHPAD de 193 lits habilités à l'aide sociale, comprenant 3 lits d'hébergement temporaire ainsi qu'une UHR de 12 places,
- Un PASA de 14 places,
- Un Accueil de Jour Alzheimer de 10 places,
- Un SSIAD de 55 places.

**L'ACEP dispose d'une équipe pluridisciplinaire complète :**

Médecin traitant, IDEC, infirmiers (jour et nuit), psychologues, aides-soignants, aides-médecos-psychologues, assistants de soins en gériologie, agents hôteliers, animateurs.



ETABLISSEMENT DE SANTÉ

Association Jean LACHENAUD, Etablissement de Santé « Le Divit », PLOEMEUR - MORBIHAN (56)

Adhérent FEHAP - Convention Collective 1951

Dans le cadre du développement de ses activités sanitaires et médico-sociales, l'Etablissement de Santé « Le Divit »

recrute en CDI à compter du : 1<sup>er</sup> septembre 2016

## Un médecin gériatre h/f pour un poste CDI à temps plein



Si vous êtes intéressé(e), n'hésitez pas à transmettre votre CV et lettre de motivation à l'adresse suivante :

Monsieur le Directeur  
Etablissement de Santé « Le Divit »  
18, rue du Divit - B.P. 61  
56274 PLOEMEUR Cedex  
Pour toute demande d'informations complémentaires - Tél. : 02 97 87 30 42



**Information sur le poste :** Au sein d'une équipe médicale (5 Praticiens), le(la) candidat(e) médecin aura pour mission : L'évaluation gériatrique • L'élaboration de projets thérapeutiques • Le suivi des résidents (EHPAD) et des usagers (SSR polyvalents, PAPD et éventuellement soins palliatifs) • La prise en charge des soins médicaux et paramédicaux • Le codage des actes (PMSI) • La participation aux Instances • L'animation de réunions de synthèse.

Le(la) candidat(e) médecin participera avec ses collègues à la continuité des soins sous forme d'une astreinte médicale de semaine tous les 4 jours et 1 WE sur 4.

Le(la) candidat(e) médecin pourra être sollicité pour une participation à la prise en charge des personnes hospitalisées dans le cadre des soins palliatifs.

**Profil recherché :** La structure recherche un médecin disposant de : Une expérience professionnelle en SSR et EHPAD • Un DU ou une capacité en gériologie • Un DU en soins palliatifs sera apprécié.

**Compétence requises :** Prise en charge de la douleur ou des soins palliatifs • Maîtrise de l'outil informatique et du codage des actes (PMSI) • Capacité relationnelles.

Le(La) candidat(e) devra être inscrit(e) au Conseil National de l'Ordre des Médecins en France.

## LE CENTRE HOSPITALIER DE VITRE

Etablissement de 420 lits, comportant les services suivants : urgences (avec SMUR et UHCD), surveillance continue, chirurgie, maternité, médecine, long séjour (53 lits), SSR (53 lits), EHPAD (195 lits), CSG, EMG. Situé dans une agglomération touristique, gare SNCF, à 30 min. de Rennes, TGV pour Paris 2h.

### Recrute pour son pôle gériatrique

Court Séjour Gériatrique, EMG, SSR gériatrique. Consultation d'évaluation gériatrique, SLD, EHPAD.

## 2 PRATICIENS GERIATRES (ou en cours de capacité)

Profils de postes vacants : 1 ETP en CSG, 1 ETP en SSR

Au sein d'une équipe comprenant 7,7 ETP.

Participation à l'astreinte médicale (un week-end sur 10)

Adresser candidature (lettre de motivation et CV) à :

Monsieur le Directeur - 30, route de Rennes - B.P. 90629 - 35506 VITRE Cedex

Pour tout renseignement complémentaire contacter :

Mme NOZAHIC-PEAN - Directrice des Ressources Humaines

Tél. : 02 99 74 14 10 - Fax : 02 99 74 14 00 - Mail : [recrutement-stage@ch-vitre.fr](mailto:recrutement-stage@ch-vitre.fr)



## Le Centre Hospitalier du Centre Bretagne

Etablissement public de santé de référence, doté de 900 lits, recherche, pour renforcer son équipe de gériatrie :

## Deux Médecins Gériatres Temps Plein

Postes de Praticien Hospitalier classé prioritaire (prime à l'installation, avancement accéléré), ou praticien hospitalier contractuel, ou médecin en cours de capacité de gériatrie ou avec projet de formation en gériatrie. Ces postes sont à pourvoir dès maintenant. Pour ses EHPAD - Sites de Pontivy et de Loudéac.

**Ses activités seront les suivantes :**

- Prise en charge médicale des résidents de l'EHPAD avec un autre praticien hospitalier temps plein gériatre • Participation à l'activité de consultation mémoire • Participation à l'activité de l'équipe mobile de gériatrie et de l'hôpital de jour possible • Mobilité possible au sein de la filière gériatrique.



Pour tout renseignement, veuillez contacter : Monsieur le Directeur Adjoint chargé des Affaires Médicales  
Centre Hospitalier du Centre Bretagne - Site de Kério - BP 70023 - 56300 PONTIVY  
[jacques.fougere@ch-centre-bretagne.fr](mailto:jacques.fougere@ch-centre-bretagne.fr) - Tél. : 02 97 79 00 68



## Centre HOSPITALIER de Sancerre



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

### un praticien contractuel (généraliste ou gériatre) à temps plein ou à temps partiel

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 Ravet Marion - Directeur  
Rempart des Augustins - BP 22 - 18300 SANCERRE  
Téléphone : 02 48 78 52 00 - E-mail : secretariat@hopital-sancerre.fr



### LES HOPITAUX DE CHARTRES (Eure-et-Loir)

Rechercheur h/f :

**Un Praticien Hospitalier Temps Plein** (capacité de Gérontologie souhaitée) pour rejoindre une équipe de 11 praticiens hospitaliers au sein du pôle de Gérontologie de l'établissement comprenant :

- 53 lits MCO
- 80 lits de SSR
- 446 lits d'EHPAD
- 1 hôpital de jour gériatrique
- 1 consultation mémoire labellisée
- 1 équipe mobile gériatrique

Le poste est à pourvoir sur le secteur MCO avec parcours de carrière possible sur l'ensemble de la filière.

Participation aux astreintes spécifiques de gériatrie en semaine, week-end et jours fériés.

1247 lits et places  
Plateau technique performant  
Réseaux autoroutier et SNCF  
1 heure de PARIS

Candidature à adresser à :

Monsieur FALANGA - Directeur par intérim des Hôpitaux de CHARTRES - BP 30407 - 28018 - CHARTRES CEDEX  
Pour tout renseignement, s'adresser au Docteur GIBELIN - Chef du pôle de Gérontologie  
Tél. : 02 37 30 30 30 poste 77282 - Email : agibelin@ch-chartres.fr



## FILIERIS la santé en action

L'établissement, destiné à procurer des soins et traitements de rééducation et de réadaptation, dispose d'une technologie de pointe et d'une équipe pluridisciplinaire, pour garantir aux patients une prise en charge optimale. Il dispose de :

- » 133 lits de rééducation fonctionnelle et de SSR orientation neurologie, appareil locomoteur et lits de soins palliatifs
- » 60 places d'hospitalisation de jour
- » 2000 m<sup>2</sup> de plateau technique : salles de sports, piscine, bainéothérapie, salles de kinésithérapie avec isocinéisme, ergothérapie...
- » Service d'hospitalisation à domicile

Le Réseau de Soins FILIERIS de la Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale dans les Mines recrute, pour son Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation de Freyming-Merlebach,

**Médecin Spécialiste Gériatre ou équivalent, Médecin Généraliste détenteur de la CAPA de gériatrie** - CDI Temps plein - compétences en soins palliatifs ou formation envisagée.

Vous aurez en charge la mise en activité d'un service de 30 lits d'hospitalisation complète de soins de suite et de réadaptation à orientation polyvalente et gériatrique.

Vous participerez à la démarche qualité de l'établissement et contribuerez au sein de l'équipe à mettre en œuvre et développer le projet médical.

#### DIPLÔME :

Etre titulaire d'un diplôme relatif à la spécialité exercée.  
Etre inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins en France.

#### SALAIRE :

Conditions salariales attractives. Reprise d'ancienneté  
Possibilité d'hébergement le temps d'une installation.

Etablissement situé à 1h25 de Paris en TGV (départ Metz).  
A proximité de Sarrebruck en Allemagne (25 min), de Metz (40 min), de Nancy (1 h), de Strasbourg (1 h), du Luxembourg (1h15) le tout par l'autoroute.

#### CONTACT :

Les candidatures sont à adresser à :

Monsieur Hervé LABORDE  
Directeur de l'Hôpital de Freyming-Merlebach

2, rue de France

57800 FREYMING-MERLEBACH

sec-dir.hf@secumines.org

Tel : 03 87 81 80 01

ou 07 78 39 45 05

<http://hopitalfreyming.filieris.fr/>



Le Centre Hospitalier d'Ardeche Méridionale (731 lits), recrute pour renforcer son équipe :

### 2 Gériatres Contractuels - Praticiens Hospitaliers (H/F temps plein) Postes à pourvoir immédiatement.

#### Profil :

Titulaire d'un diplôme de médecine et/ou de la capacité en gériatrie.  
Les postes pouvant convenir aux médecins généralistes souhaitant intégrer une carrière hospitalière.

#### Missions :

Poste en EPHAD 80 lits et Prise en charge des patients en SSR 14 lits (1ETP).  
Poste en court séjour 12 lits et Equipe Mobile intra-hospitalière (1ETP).  
La continuité des soins est assurée par participation aux astreintes médicales.  
L'équipe paramédicale est jeune et dynamique.

#### CV et Lettre de motivation à adresser :

Monsieur Yvan MANIGLIER - Directeur d'établissement  
Tél. : 04 75 35 60 01 - Mail : direction@ch-ardeche-meridionale.fr





Le Centre Hospitalier de Marennes, rattaché au Centre Hospitalier de Rochefort dans le cadre d'une direction commune, et membre du Groupe Hospitalier de Territoire Atlantique 17, recherche, suite à une création de temps médical, **deux médecins gériatres** afin de participer d'une part à la coordination en EHPAD et d'autre part à la prise en charge des patients en unité de soins de suite.

Etablissement en cours de reconstruction (1<sup>ère</sup> phase achevée en mars 2016 et dernière phase programmée pour mars 2018) présentant :

- Une activité de soins de suite (21 lits à ce jour avec un projet d'augmentation de capacité à 30 lits dans le cadre de la reconstruction) et d'hôpital de jour en lien avec les équipes médicales du Centre Hospitalier de Rochefort.
- Une activité d'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'une capacité à ce jour de 185 lits dont 36 lits en unité Alzheimer, 3 places d'accueil de jour et une unité PASA. Une augmentation de capacité de 27 lits est intégrée dans le cadre du projet de reconstruction.

Poste à pourvoir au sein d'une équipe médicale composée actuellement d'un pharmacien et associée aux médecins libéraux du bassin de population intervenant au sein de l'établissement pour le suivi de leurs patients.

Postes à temps plein à pourvoir automne 2016.

Transmettre lettre de motivation et CV à :

**Madame Karine Sens - Directeur de site - Centre Hospitalier de Marennes  
3 bis, rue du Docteur Roux - 17320 Marennes - [direction@hospitalmarennes.net](mailto:direction@hospitalmarennes.net)**



## Le Centre Hospitalier de Carcassonne (établissement support du GHT Ouest audois) Recrute **Un Gériatre**



Centre Hospitalier pivot du territoire de l'Aude de 476 lits, places et postes MCO, 290 lits d'hébergement et 15 places d'accueil de jour. Nouvel hôpital depuis mai 2014.

Le Centre Hospitalier de Carcassonne recrute pour son UMA de médecine polyvalente et gériatrique : Un médecin qualifié en gériatrie ou un médecin généraliste ou interniste souhaitant se former en gériatrie (capacité de gériatrie, DESC de gériatrie).

Le service dispose de 28 lits de médecine gériatrique, 3 lits d'hospitalisation de jour, d'une équipe mobile de gériatrie. Réalisation de consultations et Participation à l'astreinte médicale de sécurité mutualisée (11 praticiens). Projet en cours de la mise en place d'une filière gériatrique territoriale dans le cadre du GHT.

Carcassonne est une ville attrayante (de 50 000 habitants) située à 94 km de Toulouse, 60 km de Narbonne, à proximité des Pyrénées et du littoral méditerranéen. Aéroport 10 lignes en Europe.

Fiche de poste disponible sur simple demande.

**Merci de prendre contact avec la Direction des Affaires Médicales**

**Tél : 04 68 24 21 12 ou 04 68 24 35 30**

**Mail : [secretariat.affairesmedicales@ch-carcassonne.fr](mailto:secretariat.affairesmedicales@ch-carcassonne.fr)**

**Centre Hospitalier de Carcassonne**

**1060, Chemin de la Madeleine - CS 40001 - 11010 Carcassonne**



## Poste proposé : Un médecin gériatre ou un médecin généraliste temps plein en SSR polyvalent

### Descriptif :

Le CH de Fontenay le Comte recherche un médecin gériatre ou un médecin généraliste désireux de se former à la gériatrie, pour compléter l'équipe médicale déjà en place.

Le service de SSR comprend 47 lits ; il bénéficie du même plateau technique que les services de court séjour ; une équipe pluridisciplinaire y intervient (kinésithérapeutes, diététiciennes, ergothérapeute, assistante sociale, EMS) ; il fait partie du Pôle Gériatrie qui comprend :

- » Une UF de Court Séjour Gériatrique (12 lits)
- » Une Equipe Mobile de Gériatrie
- » Une Coordination Gérontologique intra hospitalière
- » Une UF Soins Palliatifs (4 lits)
- » Des Consultations Mémoire
- » Un EHPAD de 280 lits

Le médecin participe à une astreinte de sécurité sur les Pôles Médecine et Gériatrie.

**Projets en cours :** télé-médecine, HDJ gériatrique.

Candidature à adresser à :

**Monsieur Erick BOURDON**

Directeur des Ressources Humaines

et des Affaires Médicales à l'adresse suivante

Centre Hospitalier - CS 10039

85 201 Fontenay-le-Comte Cedex

ou

[drh.medical.formation@chfontenaylecomte.fr](mailto:drh.medical.formation@chfontenaylecomte.fr)



**LE CENTRE HOSPITALIER DE CHOLET**  
(Maine et Loire - 49)  
A 60 km des C.H.U. d'Angers et de Nantes

Couvrant un bassin de population de 250 000 habitants, le Centre Hospitalier de Cholet est doté de 743 lits et 129 places, comprenant la plupart des spécialités médico-chirurgicales.

Le service de gériatrie comprend : 1 unité de court-séjour gériatrique de 30 lits (dont 3 identifiés en soins palliatifs), consultation mémoire, consultation de gériatrie et oncogériatrie, équipe mobile de gériatrie, SSR gériatriques, HDJ gériatrique en projet, USLD, EHPAD.



## RECRUTE

## UN MEDECIN GERIATRE

sur un poste de praticien hospitalier temps plein (publié JO), pour 10 lits de court séjour gériatrique plus consultations et responsabilité d'unité fonctionnelle.

**Poste à pourvoir dès que possible.**

### Personne à contacter

Les candidatures sont à adresser à :

**M. le Directeur, Centre Hospitalier de CHOLET,**  
1 rue Marengo, 49325 CHOLET Cedex,

Tél. : 02 41 49 69 62

Chef de service : Mme. le Dr PICHOT-DUCLOS,

Tél. : 02 41 49 28 85

Courriel : [affaires.medicales@ch-cholet.fr](mailto:affaires.medicales@ch-cholet.fr)

Site web : [www.ch-cholet.fr](http://www.ch-cholet.fr)



# Rejoignez la communauté des Gériatres

Réseau  
**PR+**  
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 !!**