

LA GAZETTE

DU JEUNE GÉRIATRE



NUMÉRO 15
Juillet 2017
NUMÉRO GRATUIT



Initiative
d'entre-aide
intergénérationnelle



L'ACTU



FICHE GÉRIATRIQUE



ARTICLE
THÉMATIQUE



ANNONCES
DE RECRUTEMENT



COMPOSITION DU BUREAU 2016 - 2017

Président

Guillaume DUCHER

Vice président

Guillaume DUVAL

Présidents d'honneur

Guillaume DESCHASSE

Cédric ANNWEILER

Sophie MOULIAS

Trésorier

Gilles LOGGIA

Secrétaire

Elodie DAMIER

Chargé de mission site web

Gildas COUTU

Chargée de mission gazette

Sophie SAMSO

Chargé de mission communication

Arnaud CAUPENNE

Référents locaux

Antilles Guyane

Tatiana BASILEU

Ile-de-France

Elise FERCOT

Nord est

Dominique MENGUE

Nord ouest

Thierry DAN

Rhône-Alpes-Auvergne

Nathalie JOMARD

Sud est

Maxime COURTIAL

Sud ouest

Arnaud CAUPENNE

SOMMAIRE

PAGE
03

L'EDITO



PAGE
04

Article thématique

- o Association "Le temps pour toiT"
- o Le paradigme de la double tâche



PAGE
11

Fiche pratique

- o Sémiologie des syndromes parkinsoniens atypiques

PAGE
14

Focus Gériatrique

- o Filières fractures et actualités de prise en charge de l'ostéoporose



PAGE
18

Actualités AJGH



PAGE
22

ANNONCES

de recrutement





Chères lectrices, chers lecteurs,

Cette nouvelle édition de la gazette du jeune gériatre, la quinzième, met en avant une initiative d'entre-aide intergénérationnelle innovante, solidaire, permettant aux personnes âgées de rester à domicile dans des conditions de sécurité et de sérénité optimales. L'association « le temps pour toiT » s'est construite sur le concept « Donner un peu de son temps en échange d'un toit » : grâce à la présence régulière d'une même personne hébergée, notamment le soir et la nuit, le maintien à domicile de plusieurs de nos aînés a pu être réalisé en accord avec leurs souhaits de vie. Cette initiative est à découvrir absolument !

Ensuite, au fil de cette gazette, vous découvrirez tour à tour le concept de la double tâche, de sa définition à sa mise en pratique, un rappel sémiologique des syndromes parkinsoniens atypiques, et enfin l'émergence des filières fractures avec une mise à jour des dernières recommandations de prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique.

Désormais forte à la fois de son organisation en filières structurées, d'une recherche abondante et de spécificités médicales qui ne sont plus à démontrer, la gériatrie s'impose dans le paysage médical avec cette année, comme abordé à multiples reprises, la naissance du DES. Cette montée en puissance de la gériatrie, l'AJGH l'a suivi par le développement de partenariats multiples avec d'autres associations et laboratoires pharmaceutiques, une présence régulière à divers congrès, les participations aux discussions autour de la maquette du DES, un relai des bourses de recherche proposées par la présidente de la SFGG ... Le mouvement se structure chaque jour un peu plus et nous espérons bien pouvoir proposer dans un an un premier congrès de l'AJGH pour continuer à diffuser les nouveautés gériatriques, se rencontrer, échanger, développer encore plus le mouvement ... et tant encore.

Un dernier mot, n'oubliez pas de vous inscrire au Congrès Européen de Gériatrie organisé cette année à Nice au mois de septembre.

Bonne lecture,

Guillaume DUCHER
Président AJGH



Articles thématiques



Association "Le temps pour toiT"

Vieillir plus sereinement à son domicile
Pensez à la cohabitation intergénérationnelle



Introduction

Depuis plus de 10 ans, l'association **Le temps pour toiT**, pionnière de l'**habitat partagé intergénérationnel** en **Pays de la Loire**, met en relation hôtes-hébergeurs et hébergés (personnes qui ont besoin d'un logement sur quelques mois pour les études, une mobilité professionnelle), contractualise et accompagne leurs cohabitations, intervient en médiation si nécessaire, en lien avec les familles.



Appétit et sommeil retrouvés, angoisse du soir atténuée, repères de journées rétablis, famille soulagée : les témoignages sont nombreux et les résultats très encourageants. Grâce à **la présence régulière, le soir et la nuit au domicile**, d'une même personne hébergée, le **départ en institution est aussi repoussé de plusieurs années voire écartées**, y compris en cas de pertes cognitives.

Ce choix permet également de prévenir la dépendance, d'aider les aidants et de restaurer du lien social et un vrai sentiment d'utilité chez l'hôte-hébergeur.

Notre action, reconnue d'intérêt général et d'utilité sociale, **répond à une nécessité, sinon urgence sociale**, en apportant une offre de service souple et personnalisée. Notre expertise valorisée et soutenue par les institutionnels, nous permet de développer aujourd'hui des coopérations importantes avec des professionnels du domicile : **ensemble nous sécurisons les 24 heures du quotidien des personnes âgées ou isolées.**

Depuis sa création, en 2005, **Le temps pour toiT** a ainsi accompagné **plus de 1000 cohabitations en Loire Atlantique et Maine et Loire, en majorité chez des personnes âgées de plus de 85 ans** qui renouvellent l'expérience à 80 % à l'issue d'une première cohabitation.

Cependant, trop de familles nous contactent encore trop tard ou en urgence après un déclencheur santé brutal aux conséquences souvent douloureuses.

Informé les patients ou leurs familles qui pourraient en avoir besoin, favorisera la démarche de prévention/sécurisation des parcours de vie de nos aînés.

*N'hésitez pas à nous contacter, l'association **Le Temps pour toiT** reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires ou rencontre éventuelle sur Angers et Nantes. Pour les autres régions, il vous est possible de contacter le réseau LIS -France :*

<http://www.lisfrance.org/le-reseau-lis-qui-sommes-nous/>



Historique de l'association le temps pour toiT

Nicole Rochier et Hélène Launay co-fondatrices de l'association « le temps pour toiT » (créée en janvier 2005) se sont rencontrées dans une formation en organisation et management par projets à la CNAM en 2003.

Sensibilisées à la question du vieillissement à domicile des personnes âgées, et aux difficultés des collectivités pour prendre en charge les personnes isolées (19 490 décès supplémentaires en 2003, été de canicule, par rapport à 2002), elles ont élaboré un projet original d'habitat intergénérationnel, répondant à la fois à cette problématique de solitude et d'isolement des personnes âgées ainsi qu'au besoin de logement de personnes prêtes à offrir un peu de présence en échange d'un hébergement, pour pouvoir réaliser un projet de formation ou de mobilité professionnelle.

« Donner un peu de son temps en échange d'un toit » : « le » temps donné à l'autre est défini, et permet d'obtenir un toit en échange.

Le modèle économique choisi combine autofinancement (pour les activités de constitution et de gestion des duos)

et ressources extérieures (pour les projets de développement et de communication). Choix délibéré pour assurer qualité et continuité d'un service professionnel qui inscrit Le temps pour toiT dans le champ de l'Économie Sociale et Solidaire.

Aujourd'hui, Le temps pour toiT, forte de 5 salariés, a réalisé et accompagné près de 1000 contrats de cohabitation depuis sa création. L'association contribue ainsi en permanence au travail de changement culturel requis pour mieux répondre, par de nouvelles formes d'habitat, aux besoins actuels des jeunes et moins jeunes.

Réseau LIS France

Le réseau Logement Intergénérationnel et Solidaire France (Réseau LIS France), créé en 2006 à l'initiative de 10 associations indépendantes, couvre une bonne partie du territoire français. Au-delà de valeurs partagées, le réseau est un lieu d'échanges de pratiques, de mutualisation d'outils, de réflexions communes sur les aspects sociaux, juridiques et humains du logement intergénérationnel.

Fabienne BERGER



Articles thématiques



Le paradigme de la double tâche

Dans l'analyse des troubles cognitifs et de la marche du patient âgé

Introduction

Les Tests d'évaluation de la double tâche sont des tests cliniques régulièrement utilisés lors de l'examen médical d'une personne âgée.

Description du concept de double tâche

Première description du principe de la double tâche :

- ◆ En 1997 par Lillemor Lundin-Olsson lorsqu'elle présenta son étude sur le « stops walking when talking » chez les personnes âgées.
- ◆ Il consiste à mettre en évidence, chez une personne âgée, l'arrêt de la marche lors d'une conversation.
- ◆ La présence clinique du « stops walking when talking » chez une personne âgée, était prédictive de chute.
- ◆ Prédiction de la survenue d'une chute dans les 6 mois chez le sujet âgé présentant ce signe clinique.
- ◆ Premier test à appréhender simplement le risque de chute du sujet âgé.

Le concept de la double tâche est établi depuis longtemps chez la personne âgée et est représenté par **une association entre le déclin cognitif et les chutes** dans les 6 mois.

Le **Stops walking when talking** fait partie des tests qui servent à détecter les troubles du contrôle moteur cérébral associés à un surrisque de chute.

Plusieurs études ont démontré que la marche du sujet âgé, comparée à celle du sujet jeune, met en jeu davantage d'attention.

En effet, l'étude des modifications des caractéristiques spatio-temporelles de la marche sous condition de double tâche, qui combine la réalisation d'une tâche attentionnelle en marchant, ont permis de mettre en évidence que **la marche du sujet âgé comparée à celle du sujet jeune mobilise plus de ressources attentionnelles.**

Depuis quelques années, des équipes de recherche tentent d'utiliser la charge attentionnelle requise par la marche pour **prédire la chute via des paradigmes de double tâche.**

Le principe de ces paradigmes est de réaliser en marchant une tâche sollicitant l'attention et d'étudier les modifications de la marche qui en résultent ainsi que leur relation avec la chute.

La tâche primaire étant la marche et la tâche secondaire étant une tâche attentionnelle de différents types possibles.





Definition de la double tâche

Les paradigmes de double tâche reposent sur l'hypothèse que deux tâches réalisées simultanément interfèrent si elles utilisent des sous-systèmes fonctionnels et/ou cérébraux identiques.

Dans le cas d'un paradigme mettant en jeu la marche et une autre tâche, l'interférence repose sur l'hypothèse de la mise en jeu conjointe de l'attention.

Deux théories peuvent expliquer cette interférence entre la marche et la tâche attentionnelle associée :

- ▶ Premièrement, cette interférence peut rendre compte d'un **dépassement des capacités attentionnelles**. Les capacités de traitement étant limitées, une charge attentionnelle amènerait à saturer le canal unique de traitement.
- ▶ Deuxièmement, un problème **d'allocation de l'attention** pourrait expliquer cette interférence. Un trouble de la distribution attentionnelle s'expliquerait par une atteinte des fonctions exécutives. En effet, cette théorie considère que les ressources attentionnelles sont limitées et qu'elles se répartissent en fonction des tâches à accomplir. Ainsi, plus il existe de tâche à accomplir, moins de ressources attentionnelles sont allouées à chaque tâche.

Ces deux théories expliquant les **interférences entre l'activité de marche et la tâche attentionnelle** associée sont des arguments en faveur d'un **trouble du contrôle moteur de la marche dit de « haut niveau »** en lien avec un trouble des fonctions cognitives à l'origine d'un risque de chutes.

L'étude de Lundin-Olsson et al. de 1997 montre que la présence du signe du Stops walking when talking, comparativement à son absence, entraînait une nette diminution du pourcentage de la population n'ayant pas présenté de chute au cours des 6 mois (Lundin-Olsson L et al. *Lancet*. 1997).

3 Niveaux d'évaluation de la double tâche

1. Par la présence du stops walking when talking.
2. Par la mise en évidence d'une modification objective de la marche en parlant ou éventuellement en réalisant une autre tâche attentionnelle.
3. Par une analyse spatio-temporelle de la marche associée à la réalisation d'une tâche supplémentaire.

1- Premier niveau d'évaluation :

Stops Walking when Talking (SWWT)

La clinique du SWWT est visible à l'œil nu puisqu'elle consiste à mettre en évidence un arrêt de la marche lors d'une conversation. Il est le témoin d'un trouble neurocognitif. Ce signe peut être évident lors d'une consultation et se voir dès le trajet entre la salle d'attente et la salle de consultation.

2- Deuxième niveau d'évaluation :

Modification objective de la marche

Lorsque le patient parle ou exécute une tâche supplémentaire. Ces évaluations peuvent être de différents types et seront couplées à une tâche attentionnelle simultanée : vitesse de marche sur 10 mètres ou sur une durée de 6 minutes, calcul du nombre de pas, cadence de marche, Timed Up and Go (TUG), etc. Ce niveau d'évaluation reste réalisable de façon simple et rapide sans nécessiter le recours à un matériel spécifique.

En 1998, Lundin-Olsson et al. a mis en évidence que la présence d'une perturbation du TUG supérieure à 4,5 secondes entre le TUG standard et le TUG en situation de double tâche entraîne une nette diminution du pourcentage de la population n'ayant pas présenté de chute au cours des 6 mois (Lundin-Olsson L et al. *J Am Geriatr Soc*. 1998).

Le TUG peut effectivement être couplé à une tâche attentionnelle supplémentaire comme par exemple à un décompte de 1 en 1 ou 3 en 3 ou même 7 en 7 afin de moduler la difficulté de la tâche attentionnelle, de même que la fluence lexicale, le fait de réciter l'alphabet ou de réaliser une tâche manuelle.

Articles thématiques

3- Troisièmement niveau d'évaluation :

L'analyse spatio-temporelle de la marche

L'analyse spatio-temporelle de la marche qui permet de décrire le déroulement de la marche dans le temps et l'espace, nécessite le recours à un dispositif disponible en consultation spécialisée d'analyse de la marche. Cette technique mesure de manière objective et quantifiée la marche avec un degré de précision plus élevé que la méthode précédente.

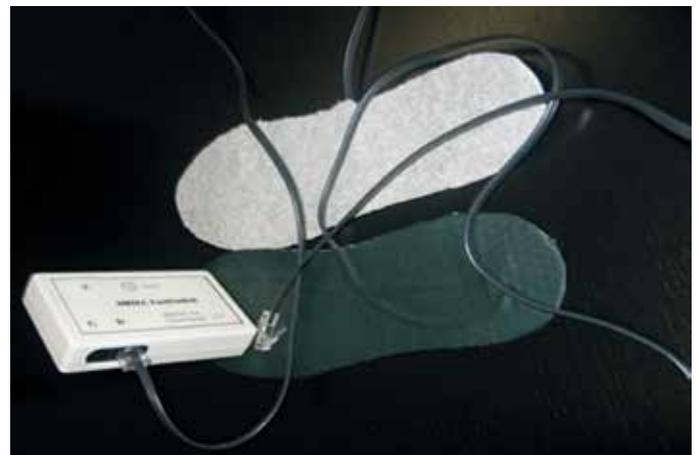
Les mesures et calculs possibles sont nombreux tels que la mesure moyenne ou instantanée des différents paramètres, ou la variabilité de ces paramètres comme la vitesse de marche, le temps de cycle de marche, la phase d'oscillation, l'écartement des pas, etc...

Cette méthode d'analyse permet la recherche d'une instabilité dynamique de la marche, sans et avec situation de double tâche qui ne serait pas visible à l'œil nu.

Celle-ci peut se faire à l'aide d'un tapis d'analyse spatio-temporelle de marche ou bien de semelles connectées.

Des systèmes d'analyse sur cycloergomètre sont également au stade de développement. Certains systèmes plus complexes mais non utilisés en routine peuvent avoir recours à une analyse cinématique de la marche.

L'irrégularité de la marche comme en témoigne une variation du temps de cycle de marche est un facteur prédictif de chute chez la personne âgée (*Kressig RW et al. Aging Clin Exp Res. 2008 Apr; 20: 123-30*). Plus la mise en évidence d'un trouble de la double tâche se fait facilement (au premier niveau d'évaluation : SWWT, comparativement au troisième : analyse spatio-temporelle de la marche) plus le risque de chute est important.





Interprétation d'une altération des capacités de double tâche

Chez une personne âgée, la perturbation de la marche ou un arrêt de la marche lors de la réalisation d'une tâche attentionnelle simultanément à la tâche primaire de marche, témoigne d'un **dépassement des ressources attentionnelles et/ou d'une perturbation de l'allocation attentionnelle**.

Ces perturbations sont le signe d'un **trouble du contrôle moteur de la marche dit « de haut niveau »** en lien avec un trouble des fonctions cognitives à l'origine d'un risque de chutes (*Amboni M et al. Mov Disord. 2013 Sep 15; 28: 1520-33*).

Les résultats de la méta-analyse de 2009 de Beauchet al. montrent un risque majoré de chute en cas de perturbation de la marche en double tâche comme le prouve l'estimation globale de l'odds ratio à 5,30 avec un intervalle de confiance à 95 % compris entre 3,08 et 9,13 (*Beauchet O et al. Eur J Neurol 2009;16:786-95*).

Modalités pratiques

Afin de réaliser correctement une épreuve de double tâche, il est nécessaire de disposer d'un espace de marche calme, spacieux, non encombré, bien éclairé, et d'une distance suffisante.

Vous devez faire réaliser au patient une tâche primaire de marche puis à nouveau le faire marcher en réalisant en plus une tâche attentionnelle supplémentaire au cours de la marche.

La tâche attentionnelle peut-être variée et la difficulté adaptée au statut cognitif et au niveau d'études du patient. Il est possible, par exemple, de réaliser un décompte de de 1 en 1 à partir de 50, ou une fluence verbale concernant les noms d'animaux ou les mots commençant par la même lettre, ou une épreuve manuelle de Finger Taping. Les tâches attentionnelles qui peuvent être réalisées au cours de la marche sont multiples et variées.

Il est nécessaire d'accompagner le patient au cours de cette épreuve afin de minimiser le risque de chute. Le patient âgé doit être correctement chaussé et être muni de ses aides techniques habituelles si nécessaire.

Il ne faut pas demander au patient d'exécuter une tâche attentionnelle inappropriée à son état physique, cognitif ou à son niveau éducationnel auquel cas la tâche attentionnelle serait de toute façon irréalisable par le patient.

Il doit être muni de ses équipements habituels notamment visuels.



Utilisation thérapeutique du paradigme de double tâche

La méta-analyse de Wang et al. de 2015 montre que l'exercice cognitivo-moteur passant par un entraînement en double tâche permet une prévention de la chute de la personne âgée (p à 0.0001) (*Wang et al. Age Ageing 2015; 44: 205-12*).

Cette méta-analyse a permis de renforcer l'idée que le travail cognitif en double tâche permet de diminuer le risque de chute de la personne âgée présentant des troubles de la marche en situation de stimulation attentionnelle liée à une double tâche, la tâche primaire étant la marche.

Articles thématiques



Forces et limites

Forces

- ◆ Réalisation rapide et sa simplicité.
- ◆ Ne nécessite pas le recours à un équipement spécifique pour le stops walking when talking.
- ◆ Sensibilité d'environ 90 % et spécificité de 40 % selon les modalités utilisées.
- ◆ Test performant pour repérer les patients chuteurs et l'existence de troubles cognitifs même débutant.

Limites

- ◆ Possibilité d'incompréhension des consignes par le patient.
- ◆ Fatigabilité du patient.
- ◆ Choix de la tâche attentionnelle et diversité de ces tâches attentionnelles occasionnant une limite en terme de définition du test et de reproductibilité.
- ◆ Test est opérateur dépendant.
- ◆ Origine potentiellement multifactorielle des troubles de la marche.

Guillaume DUVAL

Bibliographie

- Collège national des enseignants de Gériatrie, 3e Edition. Annweiler C, Item 128 - Troubles de la marche et de l'équilibre.
- Kannus P, Sievänen H, Palvanen M, Järvinen T, Parkkari J. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. *Lancet* 2005; 366: 1885-1893.
- Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. "Stops walking when talking" as a predictor of falls in elderly people. *Lancet* 1997; 349: 617.
- Kressig RW, Herrmann FR, Grandjean R, Michel JP, Beauchet O. Gait variability while dual-tasking: fall predictor in older inpatients? *Aging Clin Exp Res.* 2008 Apr; 20: 123-30
- Beauchet O, Annweiler C, Dubost V, Allali G, Kressig RW, Bridenbaugh S, Berrut G, Assal F, Herrmann FR. Stops walking when talking: a predictor of falls in older adults? *Eur J Neurol* 2009; 16: 786-795.
- Beauchet O, Berrut G. Gait and dual-task: definition, interest, and perspectives in the elderly. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2006; 4: 215-225.
- Buchner DM, Larson EB. Transfer bias and the association of cognitive impairment with falls. *J Gen Intern Med* 1988; 3: 254-259.
- Amboni M, Barone P, Hausdorff JM. Cognitive contributions to gait and falls: evidence and implications. *Mov Disord.* 2013 Sep 15; 28: 1520-33.



Sémiologie des syndromes parkinsoniens atypiques

Définition du syndrome parkinsonien

Akinésie : Lenteur du mouvement, difficulté d'initiation, pauvreté du mouvement (exemple : amimie), fatigue précoce, diminution d'amplitude des mouvements alternatifs répétés, difficulté d'accomplir des actes simultanés ou séquentiels.

Rigidité : Prédomine sur les fléchisseurs.

Tremblement : Lent, de repos (3-5 Hz) ou plus rapide et postural (6-10 Hz).

Syndrome parkinsonien atypique

prédominance d'un élément (ex : akinésie) ou au contraire son absence ; existence de signes cliniques habituellement non retrouvés ; absence de réponse au traitement antiparkinsonien ; le pronostic est plus défavorable.

Maladie de Parkinson

Prévalence de 1 pour 1000 dans la population générale.

Syndrome parkinsonien pur, réversible sous traitement dopaminergique.

Démence survenant après au moins deux ans d'évolution de la maladie.

Démence à corps de Lewy (DCL)

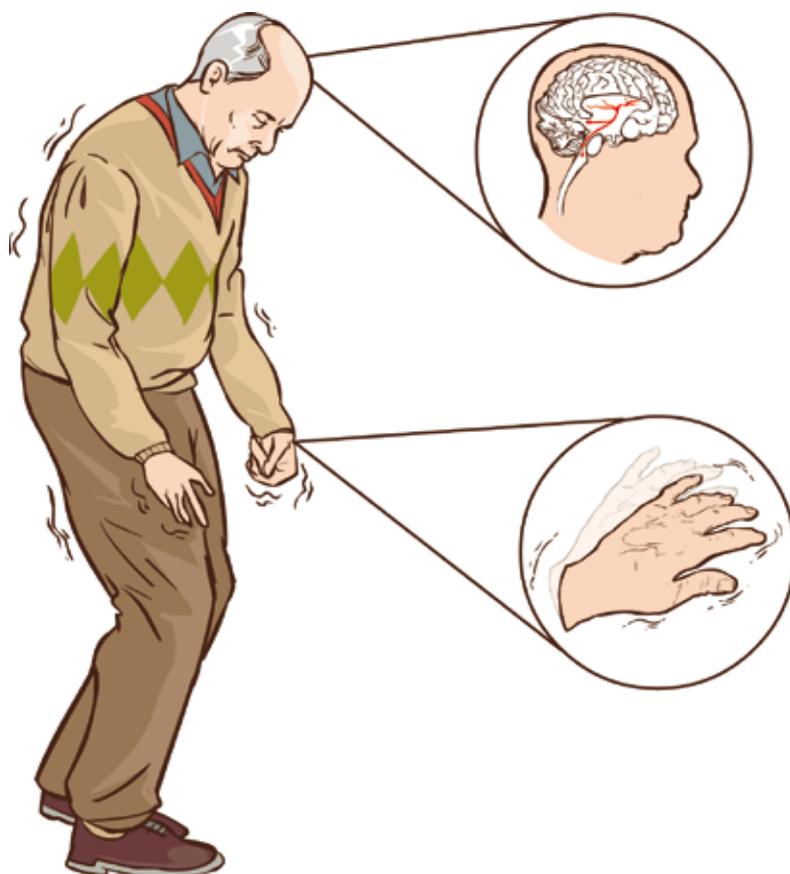
Détérioration cognitive progressive qui constitue l'élément sémiologique principal, avec hallucinations visuelles précoces et épisodes fluctuants de confusion.

Deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer ; prévalence de 0,7 % après 65 ans.

Le syndrome parkinsonien est présent dès le début de la maladie dans 50 % des cas ; c'est la survenue de la détérioration cognitive dans les deux premières années qui permet alors de distinguer les deux maladies.

Des myoclonies existent dans 20 % des cas (absentes dans la maladie de Parkinson).

Il est probable que la DCL et la maladie de Parkinson constituent deux aspects de la même pathologie.



Fiche pratique

Atrophie multisystématisée (MSA)

Combinaison de signes dysautonomiques, parkinsoniens, cérébelleux et/ou pyramidaux.

La prévalence est difficile à définir (entre 1,6 et 30 pour 100000 selon les études) et la maladie est très probablement sous-diagnostiquée.

Deux types : MSA-P avec syndrome parkinsonien prédominant (80 %) ; MSA-C avec syndrome cérébelleux prédominant (20 %). Cette classification regroupe les anciennes dénominations de maladie de Shy-Drager, d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse, et de dégénérescence striato-nigrique.

Le syndrome parkinsonien est symétrique, avec une dysautonomie importante et précoce (troubles vésico-sphinctériens, dysautonomie cardio-vasculaire, troubles de l'érection).

Le syndrome pyramidal est présent chez 50 % à 60 % des patients.

Un antécolis est très évocateur du diagnostic.

Paralysie supra-nucléaire progressive (PSP)

1 à 5 % des syndromes parkinsoniens.

Prédominance de signes axiaux, sans amélioration par le traitement substitutif dopaminergique.

Instabilité posturale avec chutes précoces, atteinte oculomotrice avec paralysie de la verticalité du regard, dysarthrie, troubles de la déglutition (syndrome pseudo-bulbaire), syndrome sous-cortico-frontal.

Dégénérescence cortico-basale (DCB)

1 % des syndromes parkinsoniens.

Prédominance des signes axiaux, avec troubles de la marche prédominant initialement (surtout à l'initiation). Le syndrome parkinsonien est asymétrique, sans tremblement de repos, plutôt à type de main capricieuse avec dystonie, myoclonies, apraxie.

Après 2 à 5 ans d'évolution, le syndrome akinéto-hyper-tonique est constant.

Caractéristiques sémiologiques des précédentes pathologies

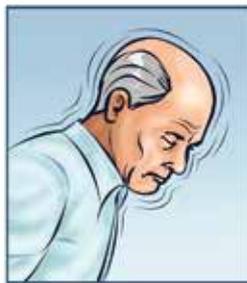
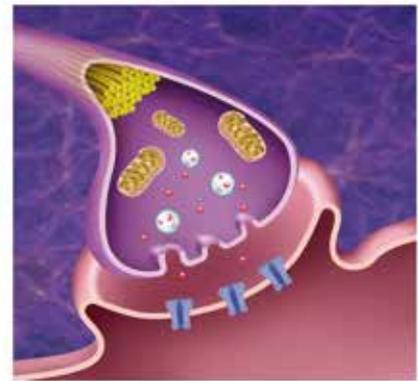
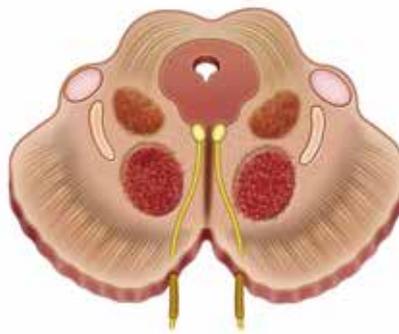
	Maladie de Parkinson	DCL	PSP	MSA	DCB
Signes neuropsychologiques					
Démence précoce	-	++	+	-	+
Hallucinations précoces	-	++	-	-	-
Dysautonomie					
Dysautonomie sévère	-	-	-	++	-
Signes moteurs					
Instabilité posturale, chutes précoces	-	-	++	+	+
Posture dystonique d'un membre supérieur	-	-	+	-	+
Signes pyramidaux	-	-	+	++	+
Signes cérébelleux	-	-	-	+	-
Myoclonies	-	+	-	+	++
Signes moteurs de la face et du cou					
Dyskinésies/dystonie faciale précoce	+	-	-	+	-
Antécolis	-	-	-	+	-
Paralysie de la verticalité du regard vers le bas	-	-	+	-	-



Syndrome parkinsonien vasculaire

Existence d'une maladie cérébro-vasculaire à l'imagerie cérébrale, avec installation insidieuse du syndrome parkinsonien, bradykinésie et marche à pas traînant prédominants initialement, troubles cognitifs précoces.

Gildas COUTU



Références bibliographiques

- 1 – Les syndromes parkinsoniens atypiques et secondaires, sous la direction de François Tison, édité par Elsevier-Masson S.A.S, 2006.
- 2 – Tison F. Critères diagnostiques des syndromes parkinsoniens. Rev Neurol 2003 ;159 :3S19-23.
- 3 – Vidailhet et M. Conférence de consensus : critères diagnostiques des syndromes parkinsoniens en dehors de la maladie de Parkinson. Rev Neurol (Paris) 2000 ;156 :43-50.
- 4 – Gilman S, Low PA, Quinn NP et al. Consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy. J Neurol Sci 1999 ;163 :94-8.
- 5 – Golbe LI, Davis PH, Schoenberg BS, Duvoisin RC. Prevalence and natural history of progressive supranuclear palsy. Neurology 1988 ;38 :1031-4.
- 6 – McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB) : report of the consortium on DLB international workshop. Neurology 1996 ;47 :1113-24.
- 7 – Aarsland D, Ballard CG, Halliday G. Are Parkinson's disease with dementia and dementia with Lewy bodies the same entity ? J Geriatr Psychiatry Neurol 2004 ;17 :137-45.
- 8 – Nath U, Ben-Shlomo Y, Thomson RG, et al. Clinical features and natural history of progressive supranuclear palsy : a clinical cohort study. Neurology 2003 ;60 :910-6.
- 9 – Rinne JO, Lee MS, Thompson PD, et al. Corticobasal degeneration. A clinical study of 36 cases. Brain 1994 ;117 :1183-96.



Filières fractures et nouvelles recommandations de prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique

Les filières fractures, encore nommées « fracture liaison service » en anglais, sont récemment nées des constats que la pathologie ostéoporotique est fréquente, présente une morbidité importante mais bénéficie d'une prise en charge encore trop anecdotique alors que les traitements existants sont efficaces. Organisations transversales internes à certains établissements hospitaliers, les filières fractures constituent des filières de soins pluridisciplinaires qui créent un véritable parcours de soin pour le patient fracturé.

Désormais créées dans le monde entier, ces filières de soins sont soutenues par le programme international « capture the fracture » (www.capturethefracture.org).

Ainsi, la prise en charge du patient fracturé se codifie, d'autant que de nouvelles recommandations de prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'ostéoporose postménopausique ont été émises par le GRIO (Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses) en début d'année 2017¹.

Une pathologie fréquente

Selon les derniers chiffres publiés par la CNAMTS, le nombre de patients de plus de 50 ans hospitalisés pour fracture liée à une fragilité osseuse augmente continuellement passant de 150 450 en 2011 à 165 250 en 2013. Ainsi sont recensés chaque année en France environ 70 000 fractures vertébrales, 60 000 fracture de l'extrémité supérieure du fémur ou encore 35 000 fractures du poignet². Cette incidence déjà importante devrait encore s'accroître dans les années à venir³ avec une augmentation attendue de 19 % des fractures vertébrales, 20.3 % des fractures de l'extrémité supérieur du fémur et 17 % des autres fractures par insuffisance osseuse.

Une étude canadienne publiée en 2010⁴ illustre d'ailleurs très bien l'importance des fractures ostéoporotiques (138 600) en comparant leur incidence avec celle des syndromes coronariens aigus (22 200), des accidents vasculaires (19 500) et du cancer du sein (22 300) recensés sur la même période.

Une pathologie grave

Non seulement l'incidence de la pathologie ostéoporotique est élevée mais ses conséquences en termes de morbi-mortalité sont redoutables.

La méta-analyse publiée dans *Annals of Internal Medicine* en 2010⁵ démontre, à partir de l'analyse de 39 cohortes, un excès de mortalité aiguë dans les 3 mois qui suit une fracture de l'extrémité supérieure du fémur avec un hazard ratio de mortalité toute cause par rapport à des personnes de même âge et même sexe indemnes de fracture de 5.75 chez les femmes et 7.95 chez les hommes. Cet excès de mortalité persiste même dans les 10 ans qui suit la fracture : il a été calculé que les femmes victimes d'une fracture de hanche à l'âge de 80 ans ont un excès de mortalité, comparé aux femmes de même âge sans fracture, de 8 % à 1 an, 11 % à 2 ans, 18 % à 5 ans et 22 % à 10 ans.

Ce constat vaut également pour les autres sites fracturaires, les courbes de survie à 17 ans d'une population ayant subi une fracture ostéoporotique étant continuellement en-dessous de celles de la population générale⁶.

Une pathologie prévisible :

La cascade fracturaire

Le fait d'avoir subi une fracture ostéoporotique est un des facteurs de risque les plus importants de faire une nouvelle fracture, c'est la notion de « cascade fracturaire ».



Plus de la moitié des patients qui souffrent d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur ont en fait déjà présenté une fracture ostéoporotique⁷. Entre 75 et 84 ans, après une fracture du col du fémur, le risque de fracture vertébrale est de 2,5. Autre exemple, les femmes qui ont eu une première fracture (quel que soit le site) ont 2 fois plus de risques d'en faire une nouvelle et les femmes qui ont fait une fracture vertébrale, même asymptomatique, ont 4 fois plus de risques de faire une nouvelle fracture vertébrale^{7,8}. De plus, les nouvelles fractures surviennent en général très rapidement après la première.

Une prise en charge nettement insuffisante

Les données de l'assurance maladie révèlent qu'après hospitalisation en MCO pour fracture, le recours à l'ostéodensitométrie est inférieur à 10 % quelle que soit la période observée (1, 6 et 12 mois), seules 15 % des personnes sont traitées spécifiquement pour l'ostéoporose 1 an après leur sortie mais 29 % sont réhospitalisés dans les 6 mois.

Développement des filières fracture

Ainsi, partant des constats d'une pathologie pour laquelle l'incidence est croissante, la mortalité élevée, la survenue prévisible et éligible à des traitements efficaces mais souffrant d'une nette insuffisance de prise en charge, les filières fracture se sont développées et organisées. Il s'agit de filières de soins pluridisciplinaires alliant plusieurs corps de métiers (ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien, pharmacien, médecin...) et créant un véritable parcours de soins pour le patient fracturé.



Leur rôle est simple : identifier les patients fracturés, enquêter sur les facteurs de risque d'ostéoporose primaire et secondaire, initier le traitement dont la prévention des chutes et assurer l'observance thérapeutique.

Actualisation 2016/2017 des recommandations du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique (GRIO)¹ – Stratégies thérapeutiques

La dernière actualisation émise par le GRIO sur la stratégie thérapeutique à adopter donne une conduite à tenir claire.

L'objectif premier est bien entendu de réduire le risque de fracture. Pour se faire, une considération de tous les facteurs de risque est nécessaire avec notamment la nécessité de prévenir systématiquement le risque de chutes.

La réalisation d'une ostéodensitométrie est nécessaire avant toute décision thérapeutique pour quantifier la perte osseuse sous-jacente. Dans le cas d'une fracture dite sévère (car considérée comme augmentant significativement la mortalité) représentée par une fracture de l'extrémité supérieure du fémur ou de l'humérus, du fémur distal, du tibia proximal, du bassin, de 3 côtes simultanées ou encore d'une vertèbre, l'indication de traiter est indéniable, mais à condition qu'une fragilité osseuse sous-jacente soit démontrée. La valeur du T-score après fracture a de plus une bonne valeur pronostique après fracture à ne pas méconnaître. Ainsi, contrairement à ce que pouvaient laisser entendre les recommandations de 2012, la réalisation d'une ostéodensitométrie est belle et bien nécessaire pour établir le diagnostic et avant d'initier un traitement spécifique.

Les apports vitamino-calciques, prérequis indispensable à la mise en route d'un traitement spécifique, sont à privilégier par l'alimentation (accord professionnel). L'auto-questionnaire de Fardellone⁹ permet d'évaluer les apports alimentaires du patient pour ensuite conseiller une supplémentation alimentaire si nécessaire. Le document annexé (page 17), édité par le GRIO, présente les quantités de calcium et de vitamine D apportées par différentes sources alimentaires.



Selon le site fracturaire et la valeur de densité minérale osseuse (DMO), la stratégie thérapeutique à adopter est résumée dans le tableau suivant :

En fonction du T score (au site le plus bas)	Fractures sévères (vertèbres, humérus, bassin)	Fractures non sévères	Absence de fracture et facteurs de risque d'ostéoporose ou de chutes multiples
T > -1	Avis du spécialiste	Pas de traitement	Pas de traitement
T ≤ -1 et > 2	Traitement	Avis du spécialiste	Pas de traitement
T ≤ -2 et > -3	Traitement	Traitement	Avis du spécialiste
T ≤ -3	Traitement	Traitement	Traitement

En cas de fracture sévère : traitement recommandé quel que soit l'âge après une fracture sévère de faible traumatisme si le T-score est inférieur à -1.

Les possibilités thérapeutiques (par ordre alphabétique) sont : **Alendronate** (70 mg hebdomadaire ou 10 mg/j), **Denosumab** (60 mg 1 injection sous-cutanée semestrielle, remboursé en deuxième intention après les biphosphonates), **Risedronate** (35 mg hebdomadaire, 75mg x 2 mensuel ou 5 mg/j), **Zoledronate** (5mg 1 perfusion annuelle).

En cas de fracture sévère non vertébrale, le seul traitement étudié chez les patients ayant souffert d'une fracture de l'ESF est le zoledronate, à considérer en première intention dans ce cas.

En cas de fracture sévère vertébrale, le traitement par **Teriparatide** (20µg, une injection sous-cutanée par jour) est recommandé en première intention à condition qu'au moins deux fractures vertébrales soient présentes.

En cas de fracture non sévère ou absence de fracture, les possibilités thérapeutiques sont **Alendronate** (70 mg hebdomadaire ou 10 mg/j), **Denosumab** (60 mg 1 injection sous-cutanée semestrielle, remboursé en deuxième intention après les biphosphonates), **Risedronate** (35 mg hebdomadaire, 75mg x 2 mensuel ou 5 mg/j), **Raloxifène** (60mg/jour, chez les patients de moins de 70 ans), **Zoledronate** (5mg 1 perfusion annuelle).

Quid du choix des traitements ? En l'absence d'étude comparative sur l'efficacité anti-fracturaire, le choix du traitement portera sur les contre-indications et les contraintes de chacun.

Guillaume DUCHER

Bibliographie

1. Recommandations-opm-grio-2016-2017.Pdf [internet]. [Cited 2017 jun 14]; Available from: <http://www.grio.org/documents/page240/recommandations-opm-grio-2016-2017.pdf>
2. Curran D., Maravic M., Kiefer P., Tochon V., Fardellone P. Épidémiologie des fractures liées à l'ostéoporose en France : revue de la littérature. Rev rhum 2010;77(6):579-85.
3. Cawston H., Maravic M., Fardellone P., et al. Epidemiological burden of postmenopausal osteoporosis in france from 2010 to 2020:estimations from a disease model. Arch osteoporos 2012;7:237-46.
4. Leslie Wd., O'donnell S., Lagacé C, et al. Population-based canadian hip fracture rates with international comparisons. Osteoporos int 2010;21(8):1317-22.
5. Haentjens P. Meta-analysis: excess mortality after hip fracture among older women and men. Ann intern med 2010;152(6):380.
6. Bliuc D. Mortality risk associated with low-trauma osteoporotic fracture and subsequent fracture in men and women. Jama 2009;301(5):513.
7. Edwards BJ., Bunta AD., Simonelli C., Bolander M., Fitzpatrick LA. Prior Fractures Are Common in Patients With Subsequent Hip Fractures: Clinical Orthopaedics and Related Research
8. Lindsay R. Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture. Jama 2001;285(3):320.
9. Calcul des apports calciques quotidiens [internet]. [Cited 2017 jun 15];available from: <http://www.grio.org/espace-gp/calcul-apport-calcique-quotidien.php>

Calcium et Eaux minérales



L'eau minérale peut être une importante source de calcium

Eaux plates

Hépar	555
Courmayeur	533
Contrexéville	486
Wattwiller	288
Vittel	202
Évian	78
Volvic	12

Eaux gazeuses

Contrex Fines Bulles	486
Chateldon	383
Rozana	301
Salvetat	253
Quézac	241
Badoit	190
San Pellegrino	185
Perrier	149
Vichy Celestin	103
Saint Yorre	90

Teneur en calcium en mg par litre
Les produits indiqués sont fournis à titre d'exemple

Quelques règles à respecter

1. Variez votre alimentation
2. Consommez un produit laitier par repas
3. Pensez à boire régulièrement sans attendre d'avoir soif
4. Lorsque vous surveillez votre poids, préférez les aliments à faible teneur en matières grasses, ils contiennent autant de calcium
5. Consommez des protéines elles aident à fixer le calcium
6. La vitamine D favorise l'absorption du calcium par l'organisme



Une alimentation équilibrée et riche en calcium pour des os plus solides



Calcium
Votre objectif :
1200 mg par jour



Calcium et Fruits et Légumes



Les légumes et les fruits, peu riches en calcium, mais indispensables pour les vitamines, les minéraux et les fibres, doivent être consommés régulièrement.

Épinards (150g)	168
Brocolis (150g)	114
Haricots blancs cuits (150g)	90
Cresson (50g)	79
Farine de soja (50g)	77
Amandes sèches (30g)	75
Figues sèches (3 = 40g)	64
Haricots verts (150g)	60
Orange (1 = 130g)	52

Teneur moyenne en calcium en mg

Calcium et Produits laitiers



La consommation quotidienne de produits laitiers, en quantité suffisante, permet d'assurer la couverture des besoins calciques.

Emmental (30g)	356
Beaufort (30g)	312
Cantal (30g)	291
1 yaourt lait entier nature	189
1 yaourt 0% de MG nature	188
1 yaourt lait entier aux fruits	162
Fromage blanc à 0% (100g)	126
Fromage blanc à 30% (100g)	115
Lait demi écrémé (100ml)	114

Teneur moyenne en calcium en mg

Calcium et Aliments riches en protéines



L'apport de protéines est indispensable pour préserver la force musculaire et pour les os.

Sardines à l'huile* (100g)	400
Anchois à l'huile* (100g)	200
Coquilles St Jacques (100g)	120
Crevettes cuites (100g)	115
Truite (150g)	105
Moules cuites (100g)	100
Sole (100g)	100
Omelette nature* (150g)	120
Pain de mie (100g)	100

Teneur moyenne en calcium en mg

*Aliment riche en vitamine D

Le calcium est naturellement présent dans de nombreux aliments
Une alimentation variée permet de couvrir vos besoins en calcium de 1200 mg par jour



Actualités de l'association

Développement de partenariats

BlouseBrothers, plateforme collaborative de dossiers ECNi, a été développée par le Dr Debellemannièr dans l'objectif de rendre les étudiants du deuxième cycle indépendants des boîtes de conf privées. La démarche part du constat que la plateforme nationale SIDES manque d'interactivité, que les boîtes privées ne sont pas accessibles à tous, et que beaucoup d'internes et de chefs ont envie d'aider les externes gratuitement ou pour des sommes bien plus modiques que celles réclamées par les boîtes privées.

Des dossiers cliniques progressifs (DCP) et des questions individuelles (QI) classés par items et par matières, ainsi que des dossiers de Lecture Critique d'Articles (LCA), sont ainsi réalisés et mis en ligne par des internes ou des chefs pour les externes.

L'AJGH est devenue partenaire de cette « prépa ECN collaborative » et proposera prochainement des dossiers de gériatrie pour aider les étudiants dans la préparation de leur concours.

> <https://blousebrothers.fr/>

La mission de « **La Consult'** » est de favoriser les échanges entre les professionnels de santé et les acteurs de l'innovation en santé afin de faire découvrir l'écosystème de la Health Tech aux professionnels de santé et de permettre aux créateurs de start-up ou d'associations de faire correspondre au mieux leur produit ou service aux besoins réels des patients et des professionnels.

Cette toute jeune association à but non lucratif, sans intérêt économique ou commercial, a désormais l'AJGH comme partenaire. Notre rôle sera de travailler avec les porteurs de projet qui le désirent afin que les nouvelles technologies développées correspondent aux réalités de terrain dans les domaines de la gériatrie et de la gérontologie.

> <https://www.laconsult.fr/>

Bulletin de santé de l'association

Les idées et les projets se bousculent dans les têtes bien pensantes des jeunes gériatres et bien que nous manquions tous de temps, certains projets se structurent.

- La plateforme d'échange en projet depuis novembre dernier pourrait prochainement voir le jour grâce à l'aimable participation d'un laboratoire. L'idée est de pouvoir partager les travaux des uns et des autres, qu'il s'agisse de présentation d'articles lors de sessions bibliographies, de cours préparés pour les étudiants, de présentations faites en congrès, de projet de structure rédigés par un jeune gériatre... Cette plateforme serait reliée au site internet et accessible par les membres de l'association via un compte personnel sécurisé.
- **Journée de formation** : Le manque de temps n'a malheureusement pas permis de faire aboutir ce projet pour 2017 mais nous comptons bien organiser une journée de formation voire un week-end l'an prochain afin d'une part d'accueillir les nouveaux internes de DES et d'autre part échanger/interagir sur les nouveautés gériatriques.
- **Renouvellement du bureau** : Comme chaque année des membres du bureau partent vers d'autres aventures et de nouvelles personnes arrivent. Le prochain CA qui sera organisé lors des journées annuelles de la SFGG fin novembre sera une fois encore l'occasion de renouveler le bureau alors venez nombreux ! D'ici là n'hésitez pas à vous manifester, toute nouvelle personne intéressée est bien sûr la bienvenue 😊

Sous égide de la Société de Psychogériatrie de Langue Française

Les 2^{èmes} journées de Psychiatrie de la Personne Âgée

Psychiatrie de la Personne Âgée : réunir nos forces

Co-présidées par Pierre VANDEL, président de la Société de la SPLF, Besançon
et Frédéric LIMOSIN, membre du bureau du CFP, Issy-les-Moulineaux

Vendredi 1^{er} décembre 2017
Samedi 2 décembre 2017

Lyon 2017

Cité - Centre de Congrès



Vendredi 1^{er} décembre 2017

8h00 - 9h30

Psychiatrie et mouvement, de la sémiologie à l'activité physique sur ordonnance : quelles implications dans la prise en charge ?

Président : Pierre Alexis GEOFFROY, Paris

- > Biomarqueurs du déclin cognitif chez le sujet âgé déprimé, et si c'était moteur ?
Gabriel ROBERT, Rennes
 - > Y aurait-il trop de mouvements dans le cerveau des patients dépressifs ?
A propos des dernières avancées de la neuroimagerie.
Thomas DESMIDT, Tours
 - > Motricité dans les atteintes neurodégénératives, quelle place pour l'activité physique adaptée ?
Renaud DAVID, Nice
-

9h30 - 11h00

Trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques de la personne âgée : approches cliniques et psychopharmacologiques actuelles

Président : Frédéric LIMOSIN, Issy-les-Moulineaux

- > Pourquoi les symptômes psychotiques sont-ils plus fréquents dans le trouble dépressif chez la personne âgée ?
Benjamin CALVET, Limoges
 - > Dépression du sujet âgé et comorbidités
Aude MANETTI, Issy-les-Moulineaux
 - > Prise en charge psychopharmacologique de la dépression à caractéristique psychotique de la personne âgée
Alexis LEPETIT, Villeurbanne
-

11h00 - 12h00

Conférence plénière du CFP

12h15 - 13h45

Personality, behavior and neural networks in healthy subjects and Alzheimer's disease

Président : Jean-Michel DOREY, Bron

- > The "Big-Five" brain: new data on the neuro-anatomical basis of human personality
Luca PASSAMONTI, Cambridge, UK
 - > Links between personality and behavioral troubles in Alzheimer's disease : results from the PACO study
Isabelle ROUCH, Saint-Etienne
 - > Is regional brain volume predictive of behavioral troubles in Alzheimer's disease : results from PACO study
Nawéle BOUBLAY, Villeurbanne
-

13h45 - 14h45

Conférence plénière du CFP

15h00 - 16h30

Éthique et respect des droits de la personne âgée hospitalisée

Président : Mathieu LACAMBRE, Montpellier

- > Liberté d'aller et venir et sécurité : tension dans la hiérarchie des normes ?
Cécile HANON, Issy-les-Moulineaux
- > Double stigmatisation en psychiatrie de la personne âgée
Pierre VANDEL, Besançon
- > Le respect des droits du patient âgé : qualité du consentement
Christophe ARBUS, Toulouse

Samedi 2 décembre 2017

8h00 - 9h30

Equipe mobile en psychiatrie de la personne âgée et en psychogériatrie : actualités et innovations

Président : Alexis LEPETIT, Villeurbanne

- > Les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée : états des lieux et perspectives
Pierre LAVAUD, Issy-les-Moulineaux
 - > Accompagnement infirmier en situations de soins complexes : prise en charge de l'opposition et de l'agressivité pendant les soins de nursing
Samira TOLBA, Villeurbanne
 - > Les dynamiques des interventions familiales à domicile dans le cadre de la guidance familiale gérontopsychiatrique
Marianne LUCAS-NAVARRO, Lyon
-

9h30 - 11h00

Facteurs prédictifs et facteurs de risque des troubles de l'humeur du sujet âgé : approches cliniques et psychopharmacologiques actuelles

Président : Pierre VANDEL, Besançon

- > Facteurs prédictifs de réponse aux antidépresseurs chez le sujet âgé.
Caroline MASSE, Besançon
 - > Facteurs de risque et de protection de suicide chez le sujet âgé. Quelle prévention ?
Elisabeth TERUEL, Issy-les-Moulineaux
 - > Repérage de syndrome démentiel chez le patient âgé bipolaire. Peut-on prévenir ?
Jean-Marc TALON, Saint-Rémy
-

11h00 - 12h00

Conférence plénière du CFP

12h00 - 13h00

Déjeuner libre

13h00 - 14h30

L'attachement, du « berceau jusqu'à la tombe » : continuité ou discontinuité d'un parcours ?

Président : Jean-Marc TALON, Saint-Rémy

- > Les besoins d'attachement de l'enfance à la vie adulte
Lauriane VULLIEZ, Besançon
 - > Spécificité de l'attachement dans la vieillesse
Magalie BONNET, Besançon
 - > Attachement et désir de mort chez la personne âgée
Aurélien CHOPARD-DIT-JEAN, Besançon
-

14h45 - 16h15

Pathologie psychiatrique ou neurologique ? Comment avancer dans le diagnostic ?

Président : Karen RITCHIE, Montpellier

- > Les présentations psychiatriques des pathologies neurologiques : un nouveau champ de connaissance
Carole AZUAR, Paris
- > Apport du bilan neuropsychologique pour les pathologies neuropsychiatriques
Aurélien FUNKIEWIEZ-GUIGNEBERT, Paris
- > Tableaux neurologiques en psychiatrie : frontière ou continuité ?
Adela IONITA, Garches

37^{ÈMES} JOURNÉES ANNUELLES
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE ET GÉRONTOLOGIE

CENTRE DE CONFÉRENCE
PARIS MARRIOTT
RIVE GAUCHE

27 - 29
NOVEMBRE
WWW.JASFGG2017.COM

2017

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE GÉRONTOLOGIE





PARIS 19-20 oct. 2017

13^{ÈMES} JOURNÉES NATIONALES

SoFOG
SOCIÉTÉ FRANCOPHONE D'ONCO-GÉRIATRIE

"Cancers digestifs. Structures et parcours de soins en oncogériatrie"




ANNONCES DE RECRUTEMENT



LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

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

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

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

comprenant 45 lits de MCO, 105 lits de SSR, un hôpital de jour gériatrique, une consultation mémoire labellisée, une équipe mobile gériatrique, un accueil de jour de 20 places, une USLD de 60 lits et une EHPAD de 132 lits. Participation aux astreintes spécifiques de gériatrie en semaines, week-end et jours fériés. Un logement pourra être mis temporairement à disposition.

Pour tout renseignement, contacter le Docteur Rigondet, Responsable Pôle Gériatrie :
T. 02.48.48.49.56 - veronica.rigondet@ch-bourges.fr

Envoyer votre CV et lettre de motivation au CH de Bourges, 145 Avenue François Mitterrand, 18020 Bourges Cedex, Direction des Affaires Médicales : benedict.e.soilly@ch-bourges.fr / marie.pintaux@ch-bourges.fr



www.ch-bourges.fr



Avec plus de 3,8 millions de personnes protégées, le Groupe MGEN est un acteur majeur de la protection sociale obligatoire et complémentaire : santé, prévoyance, autonomie, retraite et compte plus de 9 500 salariés. Mutuelle responsable du secteur de l'ESS et acteur global de santé, MGEN garantit une qualité de service aux adhérents avec 113 centres de services et offre à tous, une structure de soins diversifiée avec 33 établissements sanitaires et médico-sociaux répartis sur toute la France.

L'Institut MGEN de La Verrière (dans les Yvelines) oriente son projet médical autour de 4 pôles (Médecine-SSR-USP/EHPAD/Psychiatrie Adulte/Psychiatrie jeune adulte et adolescent). Le centre gériatrique dispose d'une unité de Soins de Suite et Réadaptation (49 lits), d'une unité de Médecine Gériatrique (21 lits) et d'une unité de Soins Palliatifs (10 lits).

L'Institut recrute un Médecin Gériatre (H/F) temps plein inscrit au Conseil de l'Ordre pour son Pôle Médecine/SSR

Le candidat retenu rejoindra l'équipe médicale composée de 7 médecins. Il effectuera des gardes sur place.

Le candidat devra être spécialiste en Gériatrie ou titulaire d'une Capacité de Gériatrie et justifier d'une expérience professionnelle auprès des personnes âgées.

Il devra en outre avoir une aptitude au travail en équipe pluridisciplinaire et à l'encadrement des étudiants en médecine et des stagiaires.

Une formation en soins palliatifs serait appréciée.

Candidature à adresser à : M. Laurent BALLU, Adjoint Responsable Ressources Humaines, lballu@mgen.fr
ou Institut MGEN de La Verrière - Avenue de Montfort - CS90572 - 78322 LE MESNIL SAINT DENIS CEDEX



La Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay-sous-Bois recherche

Un Médecin Gériatre Temps Plein

Il est le médecin traitant pour les résidents de 2 services de la résidence HECTOR MALOT et appuie le médecin coordonnateur dans ses tâches d'analyse des dossiers de demande d'admission et de visites de pré admission.

Le médecin :

- Assure la prise en charge médicale des unités qui lui sont confiées : suivi médical des résidents, évaluation gériatrique, activités de prévention (vaccinations...)
- Assure le suivi régulier des soins dispensés
- Participe à la permanence des soins : astreintes médicales, urgences dans les autres services ou établissements en cas d'absence du médecin référent
- Evalue la perte d'autonomie (GIR) et la charge en soins (Pathos) sous la responsabilité du médecin coordonnateur
- Participe au suivi et à la mise à jour du livret thérapeutique avec le pharmacien et le médecin coordonnateur
- Travaille en collaboration avec les autres médecins et en particulier avec le médecin coordonnateur dans le cadre de la démarche qualité
- Participe aux réunions pluridisciplinaires de service sur le suivi des résidents
- Participe aux réunions annuelles avec les familles.

Candidature à adresser à :
Madame Magali Rineau
Directrice Adjointe
mrineau@mri-fontenay-sous-bois.fr
Tél : 01 41 95 43 23

Maison de retraite intercommunale
de Fontenay-sous-Bois
74 avenue de Stalingrad
94120 Fontenay-sous-Bois



La Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois est un EHPAD public de 486 lits installés. Elle comprend quatre sites entièrement reconstruits entre 2010 et 2015 : La Résidence Hector Malot, établissement siège (228 lits) ; La Résidence de la Dame Blanche à Fontenay (100 lits) ; La Résidence Les murs à pêches à Montreuil-sous-Bois (90 lits) ; La Résidence La Seigneurie (68 lits).
Le GMP de l'établissement est validé à 765 et le PMP à 316.

Le tableau des emplois comprend un médecin coordonnateur temps plein et quatre emplois de médecin référent salarié.

Cet établissement a signé sa convention tripartite en mars 2015 et est sous le régime du tarif global avec pharmacie à usage intérieur (PUI).



CENTRE HOSPITALIER DU SUD SEINE ET MARNE

FONTAINEBLEAU - MONTEREAU-FAULT-YONNE - NEMOURS

LE CENTRE HOSPITALIER DU SUD SEINE ET MARNE

60 km de Paris par A6 - 35mn direct en train

Court séjour gériatrique, soins de suite gériatriques, équipe mobile gériatrique, soins de longue durée

RECRUTE 1 GERIATRE Temps Plein h/f

Inscrit(e) au tableau de l'Ordre - Sur un poste de praticien hospitalier vacant



FONTAINEBLEAU



MONTEREAU-FAULT-YONNE



NEMOURS

Pour tous renseignements contacter :

Le Docteur Anne MORILLON - Chef de pôle
01 64 31 64 16/65 18 - a.morillon@ch-sud77.fr
ou le bureau des affaires médicales au 01 60 74 10 01

Envoyer CV au Directeur

55, boulevard Joffre - 77305 FONTAINEBLEAU CEDEX
direction@ch-sud77.fr



LE CENTRE HOSPITALIER EURE-SEINE HÔPITAL EVREUX-VERNON RECRUTE



Un Gériatre temps plein

ou un Médecin Généraliste à orientation gériatrique

Le pôle est en pleine expansion et cherche dans toutes ses démarches à adapter la structure hospitalière et médico-sociale au patient âgé. Les services du pôle gériatrique ont été pensés pour pouvoir intervenir à n'importe quel moment dans le parcours de soin du patient âgé hospitalisé.

L'offre de soin est composée :

Sur le site d'Evreux :

- > D'un service d'évaluation gériatrique en proximité des Urgences (11 lits),
- > D'un service de Court Séjour gériatrique de 24 lits,
- > D'un EHPAD (130 lits), d'un USLD (30 lits) et d'une UHR.

Sur le site de Vernon :

- > D'un service de Court Séjour gériatrique (22 lits),
- > D'un service de SSR (22 lits) et SSIAD de 45 places,
- > D'un EHPAD de 120 lits.

Ces activités sont complétées par une unité mobile de gériatrie et des consultations spécialisées.

Des opportunités de postes sont possibles sur les deux sites et peuvent s'envisager sur plusieurs secteurs d'activité en fonction des aspirations des praticiens.

Etablissement de référence situé à proximité de Paris (1 h) et à proximité de la mer (1 h de Deauville).



Contact : Dr SALLE - Responsable de Structure Interne - 02 32 33 83 46 - brigitte.salle@ch-eureseine.fr

Envoyer candidature et curriculum vitae à : Direction des Affaires Médicales - Rue Léon Schwartzberg - 27015 EVREUX CEDEX - candidature.medecins@ch-eureseine.fr

Le Centre Hospitalier de Dinan, idéalement situé en Bretagne, à 53 km de Rennes, 33 km de Saint-Malo et 3 h de Paris, recherche pour compléter son équipe médicale :



UN MEDECIN GERIATRE temps plein ou MEDECIN GENERALISTE à temps plein ayant un grand intérêt pour la gériatrie

Le centre hospitalier de Dinan est structuré en 4 pôles cliniques et un pôle médico technique :

- Pôle urgences, anesthésie, réanimation, chirurgie, bloc opératoire, USC,
- Pôle médecine,
- Pôle femme-enfant,
- Pôle gériatrie,
- Pôle médico technique (laboratoire, radiologie conventionnelle, scanner, IRM, endoscopie digestive, fibroscopie bronchique).

Le centre hospitalier de Dinan offre la totalité des services qui caractérisent un établissement « support » d'une filière gériatrique :

- Structure d'urgence,
- Court séjour gériatrique de 34 lits dont 2 lits identifiés soins palliatifs,
- Equipe mobile de gériatrie avec des compétences en onco-gériatrie,
- Consultations gériatriques,
- Consultations mémoire,
- Un dispositif de télé-médecine TELEHPAD,
- Des lits de SSR de PAPD dont 10 lits d'unité cognitivo-comportementale territoriale et 6 lits identifiés soins palliatifs,
- Une USLD de 60 places,
- Un EHPAD de 297 lits répartis sur deux sites avec un PASA.

Parcours :

- Capacité de gériatrie (formation pouvant être prise en charge par l'établissement).
- Médecin ayant un grand intérêt pour la gériatrie.

Statut :

- PH temps plein/Praticien contractuel temps plein ou partiel.
- Attaché, Assistant, Contractuel.

Conditions d'exercice et astreintes :

- Poste : temps plein, 25 congés annuels et 19 RTT par an.
- Possibilité de temps partiel.
- Possibilité d'évolution vers un poste de praticien hospitalier.
- Participation à la garde médicale de médecine aux urgences sur la base du volontariat.

Rémunération et avantages :

- Possibilité de contrat de praticien hospitalier contractuel.
- Pour les praticiens hospitaliers : une prime de service exclusif.
- Possibilité d'effectuer du T.T.A. rémunéré.
- Possibilité de s'inscrire dans les projets transversaux (projet qualité soins, projet d'établissement) et de participation aux instances de l'établissement.

Pour tous renseignements

Dr Rémy THIRION - Gériatre
Chef du Pôle Gériatrie

Tél. : 02 96 85 26 16

Email : remy.thirion@ch-dinan.fr

Candidatures à adresser à :

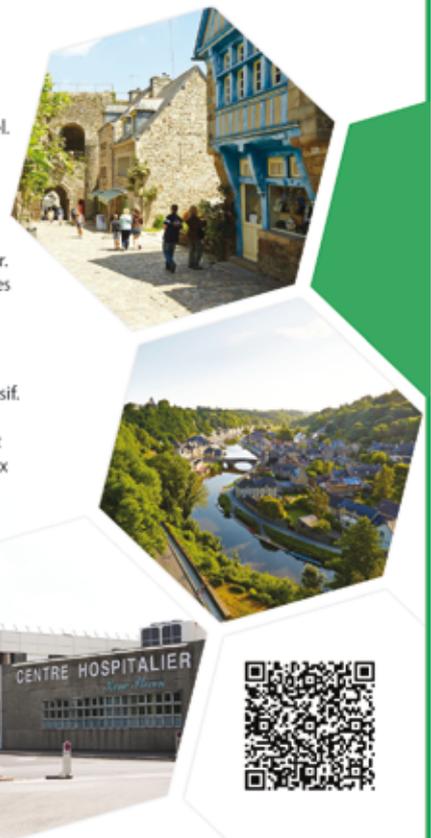
Madame la directrice déléguée de site
Centre Hospitalier de Dinan

74, Rue Chateaubriand - BP 91056

22101 DINAN CEDEX

Tél. : 02 96 85 72 90 - Fax : 02 96 85 72 91

direction@ch-dinan.fr



Le Centre Hospitalier d'Ardeche Méridionale

Situé à Aubenas, au cœur de l'Ardeche du Sud, offre un environnement privilégié, à la fois proche de stations de ski et balnéaires, et à 2 heures de grandes villes (Lyon, Marseille). Son riche patrimoine et sa qualité de vie exceptionnelle font de l'Ardeche méridionale une région dynamique et accueillante, avec une forte densité touristique en été.

Etablissement à taille humaine (727 lits), le centre hospitalier s'inscrit comme facteur de santé incontournable en Sud Ardeche. Il dessert un bassin de 100 000 habitants et comprend 4 sites.

RECHERCHE 2 GERIATRES

Présentation du service :

- Court séjour gériatrique.
- SSR gériatrique.
- 2 EHPAD comprenant 30 lits CANTOUL.
- Equipe mobile de gériatrie,
- Consultations mémoire labellisées.
- Centre d'Accueil de Jour Alzheimer.
- Pôle d'Activités et de Soins Adaptés.
- Espace Snoezelen.

Missions principales :

- Prise en charge des patients hospitalisés en SSR.
- Consultations mémoire.
- Prise en charge des résidents en EHPAD.
- Equipe mobile de gériatrie.
- Participation aux astreintes.

Les fonctions peuvent évoluer en fonction des objectifs professionnels, des compétences et de la formation continue du candidat.

Profil souhaité :

- Titulaire d'un diplôme de médecine ou capacité en gériatrie.
- Médecin généraliste souhaitant intégrer une carrière hospitalière.

Statut proposé :

PH ou praticien contractuel.

CV et Lettre de motivation à adresser à :

Monsieur Yvan MANIGLIER - Directeur
Tél. : 04 75 35 60 01 - E-mail : direction@ch-ardeche-meridionale.fr

Centre Hospitalier Ardeche Méridionale
14, avenue de Bellande - BP 50146 - 07205 Aubenas Cedex



Le Centre Hospitalier
Ancey Genevois (CHANGE)

Recrute
Un Praticien Hospitalier
Temps Plein
Pôle de Gériatrie
Soins de Suite et de Réadaptation



Le pôle de Gériatrie du CHANGE recherche
un praticien hospitalier gériatre,
temps plein, pour son site SSR gériatrique de Seynod

Le poste comporte une activité clinique principale en SSR gériatrique (40 lits) et une activité ambulatoire ponctuelle de consultation/hospitalisation de jour.

Le site de Seynod sera totalement reconstruit en 2019 avec une offre élargie de rééducation comprenant un laboratoire d'analyse de la marche et de l'équilibre, la création d'un living-lab, une activité d'éducation thérapeutique ambulatoire et des perspectives d'hospitalisation SSR à temps partiel.

Profil du médecin : type de contrat ou de statut à étudier selon le candidat.

Pour toute information, contacts :

Dr Matthieu DEBRAY - Chef de Pôle - mdebray@ch-anceygenevois.fr
Direction des Affaires Médicales - Tél. : 04 50 63 62 03
pcollet1@ch-anceygenevois.fr ou lmarin@ch-anceygenevois.fr





Le pôle gériatrique du CH de Lourdes cherche **un médecin gériatre (H/F) à temps plein pour compléter son équipe**

Statut : assistant spécialiste, attaché ou PHC.

Information sur le poste : Le médecin assurera la prise en charge médicale des résidents de l'EHPAD et de l'U.S.L.D. et leur suivi médical en collaboration avec les autres médecins intervenant dans la structure.

Les principales missions du médecin recruté seront :

- Assurer la permanence des soins avec un dossier de patient informatisé
- Accueillir et renseigner les familles
- Concourir au projet de soins, à l'évaluation et à la prescription des soins en lien avec l'équipe soignante.

L'équipe soignante encadrée par un cadre de santé est composée d'IDE, d'AS/AMP, d'ASHQ, d'un psychologue, d'un ergothérapeute, d'un psychomotricien, d'un kinésithérapeute.

Participation aux gardes et astreintes.
Le praticien recherché pourra selon le profil intervenir sur le SSR, participer à l'activité d'EMG.

Profil recherché :

Diplôme de médecin et titulaire du DESC ou de la capacité de gériatrie ou en cours d'acquisition. DU/DIU en soins palliatifs apprécié.

Contacts

Dr J.F. PUCHEU - Chef de pôle - jpucheu@ch-lourdes.fr
Mme Aurélie BARATIER - Directrice adjointe chargée des affaires médicales - abaratier@ch-lourdes.fr

Centre Hospitalier de Lourdes
2, avenue Alexandre Marqui - CS 90710
65107 Lourdes Cedex



En service de Médecine Polyvalente (25 lits dont 6 lits identifiés soins palliatifs) L'HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE RECRUTE

UN(E) MEDECIN A TEMPS PLEIN OU A TEMPS PARTIEL

L'Hôpital comprend 605 lits et places dont 59 lits en Médecine, 80 lits en SSR, 42 lits en SLD, 266 lits en EHPAD, 6 places en accueil de jour et 152 places au SSIAD.

Le service dispose déjà d'un praticien hospitalier à temps plein.

L'établissement peut se prévaloir d'un mode de fonctionnement à échelle humaine.

Notre équipe dynamique de praticiens est actuellement composée de 13 personnes (dont 10 PH).

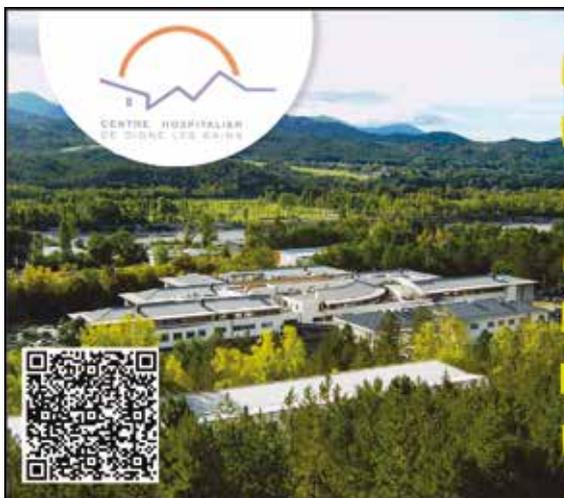
Les unités sont équipées du dossier patient informatisé.

Une qualification de gériatre ou une expérience en gériatrie serait un plus.

Le poste est basé à Guérande (Loire-Atlantique-44) à 20 minutes de Saint-Nazaire, 60 minutes de Nantes et Vannes, 1h30 de Rennes, 3h30 de Paris par TGV et 5 minutes de l'océan.



Candidature à adresser à : HLI de la Presqu'île DRH - Av. de la Bouexière - 44350 GUERANDE - Mail : s.jaunet@hli-presquile.fr



Le Centre Hospitalier de Digne-les-Bains, ville thermale au cœur du parc géologique de Haute-Provence, Gap à 1h15, Aix en Provence à 1h20, aéroport Marseille Provence à 1h50, Avignon à 2h, Nice à 2h30, stations de ski des Alpes du Sud à 1h.

recherche 2 Gériatres temps plein (tout statut possible)

Structuration d'une filière gériatrique en cours à partir d'un service de post-urgence gériatriques qui est amené à évoluer vers un service de médecine à orientation gériatrique.

Travail possible sur plusieurs activités : équipe mobile de gériatrie intra et extrahospitalière et consultation mémoire labellisée existantes, consultations de gériatrie et hôpital de jour à développer, EHPAD et SSR avec unité cognitive-comportementale. Compétences en douleur et soins palliatifs appréciées.

CV et candidature à adresser à :

Monsieur Richard Lamouroux - Directeur Délégué - rlamouroux@ch-digne.fr
Monsieur Salvator Cucuzzella - Directeur des Affaires Médicales - scucuzzella@ch-digne.fr
Centre Hospitalier de Digne-les-Bains - Quartier Saint-Christophe
BP213 - 04003 Digne-les-Bains - Tel. : 04 92 30 15 15



Nous recherchons pour le Centre Sénior à Rolle un/une :

Médecin interniste/gériatre à 40-80%

VOS OBJECTIFS

- Mettre en place une consultation ambulatoire interdisciplinaire de gériatrie
- Poursuivre le développement des consultations de médecine interne générale

VOUS POSSÉDEZ

- Un titre de spécialiste fédéral en médecine interne ou générale ou un titre jugé équivalent
- Une titre de reconnaissance approfondie en gériatrie, un atout
- Un intérêt particulier pour la gériatrie
- La capacité à travailler en équipe interdisciplinaire
- Un sens de l'initiative et un goût pour la communication

NOUS VOUS OFFRONS

- Une autonomie dans les activités quotidiennes valorisant l'échange, la proximité et le travail en équipe
- Un poste dans une institution à taille humaine dont le cadre de travail est agréable
- La possibilité de rejoindre une équipe dynamique, des conditions de travail attrayantes et des responsabilités.

Merci de transmettre votre dossier complet (CV, lettre de motivation, diplômes et certificats) en postulant en ligne.

Informations :
Dresse Rebecca Dreher, Médecin cheffe,
au +41 21 804 47 00

Retrouvez toutes nos annonces sur www.ehc-vd.ch



Prendre soin
L'Ensemble Hospitalier de la Côte - EHC - regroupe des établissements de soins aigus, réadaptation et hébergement sur plusieurs sites.

Notre institution, en pleine évolution, allie la capacité d'action et d'innovation tout en garantissant une équité de traitement à l'ensemble de nos patients.

Nous offrons une large palette de soins allant de la naissance à la fin de vie. A l'EHC, nos 1500 collaborateurs prennent soin des patients et résidents en partageant au quotidien nos valeurs :

Responsabilité
Proximité
Humanité
Compétence



MAISON DE SANTÉ MARIE GALÈNE

Association des Dames du Calvaire

Le Pôle de Soins de Suite et de Réadaptation de la MAISON DE SANTE Marie GALENE Association des Dames du Calvaire à BORDEAUX CAUDERAN (33) comprenant :

- Une Unité de Soins – SSR Polyvalent de 32 patients atteints de polyopathologies médico-chirurgicales.
- Une Unité de Soins – SSR Gériatrique de 20 lits pour une prise en charge de patients âgés polyopathologiques.
- Une Unité de Soins – SSR Tumeurs Cérébrales de 6 patients.

Recrute

un médecin généraliste,
spécialisé en onco gériatrie à temps partiel
(0.90 ETP), en contrat de travail à durée
indéterminée.

Poste à pourvoir : le plus rapidement possible

Merci d'adresser CV et lettre de motivation par courrier ou par mail à
Madame RUSTICHELLI Directrice
Maison de Santé Marie GALENE
Association les Dames du Calvaire
30, rue Kléber - 33200 BORDEAUX
05 57 22 25 57 - m.rustichelli@mariegalene.org



Centre Hospitalier
d'Orthez



LE CENTRE HOSPITALIER D'ORTHEZ RECHERCHE

Un Médecin Gériatre ou à orientation gériatrique

Temps plein / Temps partiel *(Poste à pourvoir dès que possible)*

Pour son Pôle GERIATRIE pour compléter une équipe dynamique intervenant sur une filière complète (24 lits CSG, Consultations mémoire de proximité labellisées, 24 lits de SSRG, 150 lits d'hébergement dont 55 en USLD et 2 EHPAD affiliés au CH).

Le Centre Hospitalier d'Orthez est un établissement à taille humaine, membre du Groupement Hospitalier de Territoire Béarn & Soule situé à 35 minutes de Pau et de Dax, 50 minutes de Bayonne.

Candidature à adresser à M. Frédéric PIGNY Directeur - CH ORTHEZ - Rue du Moulin - 64301 ORTHEZ CEDEX - secretariat.direction@ch-orthez.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^{er} 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.

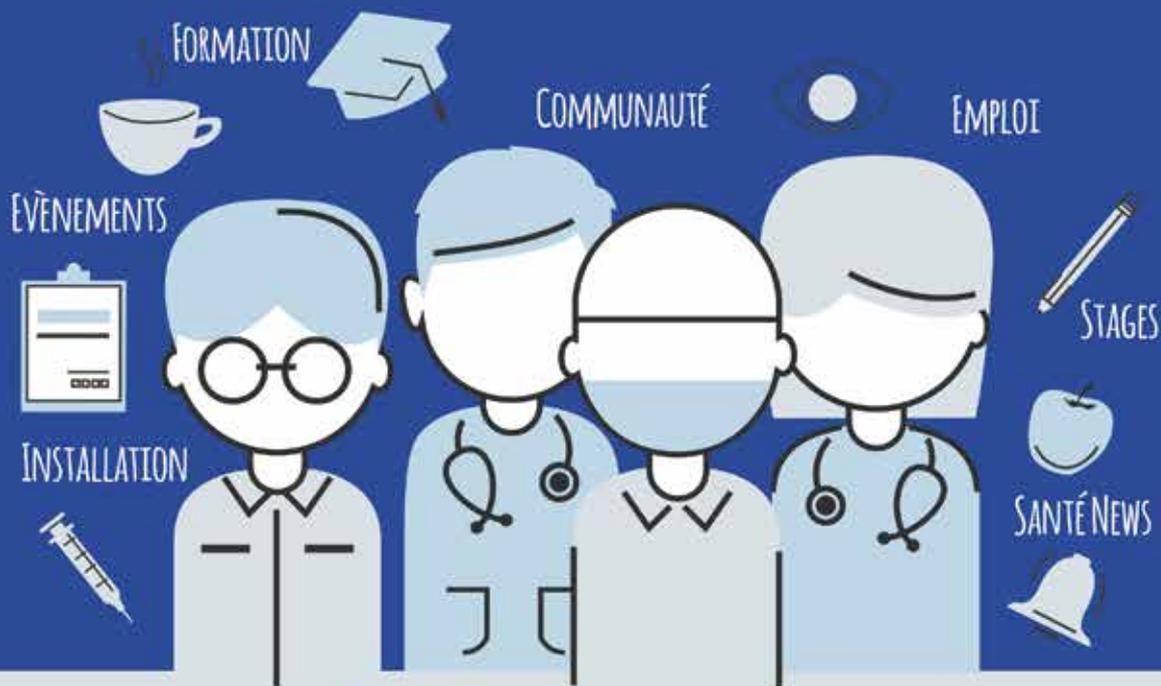
Le pôle de Montmorillon cherche à conforter l'équipe médicale et à anticiper le départ à la retraite des praticiens en recrutant **2 gériatres**, l'un pour le service de médecine polyvalente (avec une activité diversifiée et attractive pour une population d'âge moyen élevé) et l'autre pour le secteur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





Réseau PRO Santé

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah.idf
Réseau des Acteurs de Santé et de la Prévention

pôle emploi

UniHA

FEHAP
Fédération Française des Associations de Praticiens
PRIVÉS NON LUCRATIFS

☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode





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'au Réseau Pro Santé 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 !!**