

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#17

AVRIL 2018 - NUMÉRO GRATUIT

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE DU SUJET ÂGÉ

Quelle prise en charge ?

FOCUS GÉRIATRIQUE
L'orthogériatrie

CASE REPORT
A propos d'un Tako-Tsubo ?

Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr



LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#17

COMPOSITION DU BUREAU

2018 - 2019

PRÉSIDENT

Guillaume DUCHER

VICE-PRÉSIDENT

DUVAL Guillaume

SECRÉTAIRE

Cyprien ARLAUD

TRÉSORIÈRE

Nathalie JOMARD

PORTE-PAROLE

Arnaud CAUPENNE

RÉDACTRICE EN CHEF DE LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

Sophie SAMSO

RESPONSABLE SCIENTIFIQUE

Cyrielle RAMBAUD-COLLET

AUTRES MEMBRES DU BUREAU

Matthieu PICCOLI, Fanny DURIG



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES
www.assojeunesgeriatres.fr

SOMMAIRE

3 EDITORIAL

4 ARTICLE THÉMATIQUE

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE DU SUJET ÂGÉ
Quelle prise en charge ?

8 FICHE PRATIQUE

PASSER LE CONCOURS DE PH : 1^{ère} étape,
constituer son dossier de candidature

10 FOCUS GÉRIATRIQUE

L'ORTHOGÉRIATRIE, OU COMMENT SUZANNE
A FRANCHI LE COL !

12 ACTUALITÉS DE L'ASSOCIATION

14 CASE REPORT

À PROPOS D'UN TAKO-TSUBO ?

16 ANNONCES DE RECRUTEMENT

N° ISSN : 2264-8607

EDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE

Réseau Pro Santé – M. Kamel TABTAB, Directeur

6, avenue de Choisy | 75013 Paris.

Tél. : 01 53 09 90 05 - E-mail : contact@reseauprosante.fr

www.reseauprosante.fr

Imprimé à 1300 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

EDITORIAL

Chères lectrices, chers lecteurs,

L'année 2017 aura été une grande année pour la gériatrie : la spécialité a accueilli ses premiers internes, et nous leur souhaitons à tous la bienvenue dans cette magnifique aventure !

Dans cette dynamique, l'Association des Jeunes Gériatres Hospitaliers prend un nouveau départ : en devenant l'Association des Jeunes Gériatres (AJG) et en élaborant de nouveaux et beaux projets que vous découvrirez dans l'article de l'actu de l'AJG.

L'AJG est à vos côtés durant tout votre cursus, du choix de la spécialité au concours de PH (voire au-delà !).

Dans ce numéro, vous découvrirez la prise en charge de l'HTA chez le sujet âgé, un cas clinique de cardiologie et, un focus sur l'ortho gériatrie, une « sous-spécialité » qui voit le jour dans de plus en plus d'hôpitaux.

La Gazette change de tête et prend un coup de jeune ! Nous espérons que vous apprécierez son relooking !

Cette Gazette est la vôtre, nous attendons vos articles, cases reports, coups de gueule et histoires de chasse pour la faire vivre.

Bonne lecture,

Sophie SAMSO
Rédactrice en chef

L'HYPERTENSION

ARTÉRIELLE

DU SUJET ÂGÉ

Quelle prise en charge ?

Jusqu'en 2008 et les résultats de l'étude HYVET¹ (Hypertension in the Very Elderly Trial), les bénéfices d'un traitement anti-hypertenseur chez le sujet âgé étaient controversés. Depuis qu'ils sont connus et validés scientifiquement, se posent les questions de la cible tensionnelle à rechercher, des classes médicamenteuses à mettre en place... Les données exposées dans ce texte vous apporteront quelques éléments de réponse.

Un peu d'épidémiologie tout d'abord pour situer l'importance de considérer l'HTA

- Prévalence évaluée à plus de 70 % après 80 ans, sans différence entre les hommes et les femmes².
- HTA principalement systolique³ (liée à l'élévation de la rigidité artérielle) responsable d'un risque accru d'accident vasculaire cérébral et de coronaropathie.
- Facteur de risque cardiovasculaire majeur avec, selon la Framingham Heart Study², un risque cardiovasculaire absolu attribuable à l'HTA de 24.7 % à 6 ans chez le sujet de plus de 80 ans versus 3 % chez le sujet de moins de 60 ans.
- Au-delà de 80 ans, risque linéaire entre la pression artérielle et la mortalité⁴ avec un risque de mortalité vasculaire multiplié par 128 au-delà de 80 ans pour une pression artérielle systolique de 160 mmHg.
- Le risque relatif de troubles neurocognitifs majeurs lié à l'HTA est de 2,8. L'HTA pourrait contribuer à l'expression anticipée d'une maladie d'Alzheimer encore infraclinique. L'étude Syst-Eur a démontré un net bénéfice du traitement anti-hypertenseur sur l'incidence des troubles neurocognitifs majeurs⁵.
- En France, il est estimé que 50 % des hypertendus sont contrôlés avec un seuil qui s'abaisse à 30 % chez les hypertendus de plus de 75 ans !

Pourquoi avoir attendu 2008 pour traiter ?

En 1963, pour Jean LENEGRE, « il faut considérer l'hypertension du vieillard comme le vieillard lui-même : la respecter ».

En 1978, le British Medical Journal indiquait dans son éditorial : « Les traitements antihypertenseurs ne doivent probablement pas être administrés chez les patients âgés tant que leur pression artérielle

n'est pas supérieure à 200 / 100 mmHg ».

Entre 1991 et 1997, plusieurs études contre placebo et en double aveugle (SHEP, STOP, MRC old, SYST-EUR) démontrent le bénéfice d'un traitement anti-hypertenseur chez le sujet de plus de 60 ans que ce soit sur l'AVC, l'infarctus du myocarde ou la mortalité totale.

Cependant, la méta-analyse de Gueyffier en 1999⁶ vient bouleverser les résultats des études précédentes en confirmant bien le bénéfice du traitement sur la survenue d'AVC ou d'événements cardiovasculaires mais avec une augmentation de la mortalité toute cause, liée au traitement.

Retour sur deux études incontournables dans le domaine

HYpertension in the Very Elderly Trial¹

- Publiée en 2008 dans le New England, HYVET est le premier essai à démontrer le bénéfice du traitement antihypertenseur après 80 ans.
- Méthodologie très rigoureuse : étude randomisée, contrôlée, double aveugle, contre placebo, menée dans 195 centres répartis dans 13 pays différents.
- Randomisation de 3845 hypertendus de plus de 80 ans en deux groupes :
 - Groupe traitement recevant un traitement par INDAPAMIDE 1.5 mg ± PERINDOPRIL (2 ou 4 mg) pour un objectif tensionnel d'une pression artérielle systolique inférieure à 150mmHg et une pression artérielle diastolique inférieure à 80 mmHg.
 - Groupe placebo.
- **Résultats :**
 - A deux ans, la cible tensionnelle était atteinte chez 19,9 % des patients du groupe placebo vs 48 % des patients du groupe traitement ($p < 0,001$).
 - Les autres résultats principaux sont rapportés dans le tableau ci-dessous.
 - Réduction de 21 % de la mortalité ($p = 0,02$) avec un nombre de sujets à traiter [NNT] de 40 pendant 2 ans pour éviter un décès.
 - Réduction 30 % des AVC ($p = 0,06$) avec un NNT/2 ans à 94.
 - Réduction de 64 % de l'insuffisance cardiaque.
 - Avec un bénéfice rapide du traitement dès 6 mois, sans effet indésirable notoire (absence de modification significative de la kaliémie, du taux d'acide urique ou de la créatininémie).

End Point	Rate per 1000 patient-Yr (No. of Events)		Unadjusted Hazard Ratio (95 % CI)	P Value
	Active no. (%)	Placebo no. (%)		
Stroke				
Fatal or nonfatal	12.4 (51)	17.7 (69)	0.70 (0.49-1.01)	0.06
Death from stroke	6.5 (27)	10.7 (42)	0.61 (0.38-0.99)	0.046
Death				
From any cause	47.2 (196)	59.6 (235)	0.79 (0.65-0.95)	0.02
From noncardiovascular or unknown causes	23.4 (97)	28.9 (114)	0.81 (0.62-1.06)	0.12
From cardiovascular cause	23.9 (99)	30.7 (121)	0.77 (0.60-1.01)	0.06
From cardiac cause*	6.0 (25)	8.4 (33)	0.71 (0.42-1.19)	0.19
From heart failure	1.5 (6)	3.0 (12)	0.48 (0.18-1.28)	0.14
Fatal or nonfatal				
Any myocardial infraction	2.2 (9)	3.1 (12)	0.72 (0.30-1.70)	0.45
Any heart failure	5.3 (22)	14.8 (57)	0.36 (0.22-0.58)	<0.001
Any cardiovascular event	33.7 (138)	50.6 (193)	0.66 (0.53-0.82)	<0.001

Notons cependant les critères d'exclusion de cet essai, représentés par l'existence de troubles cognitifs importants, un AVC hémorragique dans les 6 mois, une insuffisance cardiaque (nécessitant un traitement spécifique pouvant influencer le profil tensionnel) ou rénale évoluée (créatininémie > 150 $\mu\text{mol/L}$). Se posent donc les questions de la population gériatrique à laquelle appliquer ces thérapeutiques ainsi que la cible tensionnelle à atteindre.

A randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control : résultats de l'étude SPRINT

- Essai ouvert, randomisé et contrôlé, mené dans 102 sites aux Etats-Unis et Porto Rico.
- Evaluation de l'intérêt d'un traitement antihypertenseur intensif avec pour cible une pression artérielle systolique inférieure à 120 mmHg.
- Le critère d'évaluation principal, composite, était d'évaluer le bénéfice d'une telle cible thérapeutique sur le risque d'événement cardiovasculaire (incluant infarctus du myocarde, AVC, décompensation cardiaque aiguë, décès d'origine cardiovasculaire).
- Ont été inclus les sujets de plus de 50 ans ayant une PAS comprise entre 130 et 180 mmHg et un risque cardiovasculaire élevé. Les personnes diabétiques étaient exclues.
- **Résultats :**
 - 2.8 antihypertenseurs en moyenne sont nécessaires pour atteindre la cible tensionnelle visée,
 - Réduction significative de 25 % du critère composite ($p < 0,001$) avec un NNT à 61, de 38 % du risque d'insuffisance cardiaque ($p = 0.002$), 27 % du risque de décès toute cause ($p = 0.003$) avec un NNT à 90... (les principales données sont dans le tableau ci-dessous).
 - Ces « bons » résultats sont à mettre en balance avec la survenue d'événement indésirables graves, significatifs pour l'hypotension (HR 1.67, $p = 0.001$), le risque de syncope (HR 1.33, $p = 0.5$), la survenue d'anomalies électrolytiques (HR 1.35, $p = 0.02$) ou d'insuffisance rénale aiguë iatrogène (HR 1.66, $p < 0.001$).
- Forte par la taille de son échantillon (9361 sujets randomisés) et son pourcentage de plus de 75 ans (28.2 %), cette étude a pour principale faiblesse d'avoir sélectionné les patients hypertendus les moins graves et les moins fragiles.
- Il est alors conclu par les auteurs que viser une pression artérielle systolique inférieure à 120 mmHg chez les patients non diabétiques à haut risque cardiovasculaire diminue le taux d'événements cardiovasculaires majeurs mortels ou non, ainsi que le risque de décès toutes causes mais, compte tenu d'événements indésirables trop importants, le risque dépasse le bénéfice dans la population gériatrique.

Outcome	Intensive Treatment		Standard Treatment		Hazard Ratio (95% CI)	P Value
	no. of patients (%)	% per year	no. of patients (%)	% per year		
All participants	(N = 4678)		(N = 4683)			
Primary outcome [†]	243 (5.2)	1.65	319 (6.8)	2.19	0.75 (0.64-0.89)	<0.001
Secondary outcomes						
Myocardial infarction	97 (2.1)	0.65	116 (2.5)	0.78	0.83 (0.64-1.09)	0.19
Acute coronary syndrome	40 (0.9)	0.27	40 (0.9)	0.27	1.00 (0.64-1.55)	0.99
Stroke	62 (1.3)	0.41	70 (1.5)	0.47	0.89 (0.63-1.25)	0.50
Heart failure	62 (1.3)	0.41	100 (2.1)	0.67	0.62 (0.45-0.84)	0.002
Death from cardiovascular causes	37 (0.8)	0.25	65 (1.4)	0.43	0.57 (0.38-0.85)	0.005
Death from any cause	155 (3.3)	1.03	210 (4.5)	1.40	0.73 (0.60-0.90)	0.003
Primary outcome or death	332 (7.1)	2.25	423 (9.0)	2.90	0.78 (0.67-0.90)	<0.001
Participants with CKD at baseline	(N = 1330)		(N = 1316)			
Composite renal outcome ‡	14 (1.1)	0.33	15 (1.1)	0.36	0.89 (0.42-1.87)	0.76
≥50 % reduction in estimated GFR [§]	10 (0.8)	0.23	11 (0.8)	0.26	0.87 (0.36-2.07)	0.75
Long-term dialysis	6 (0.5)	0.14	10 (0.8)	0.24	0.57 (0.19-1.54)	0.27
Kidney transplantation	0		0			
Incident albuminuria [¶]	49/526 (9.3)	3.02	59/500 (11.8)	3.90	0.72 (0.48-1.07)	0.11
Participants without CKD at baseline	(N = 3332)		(N = 3345)			
≥30 % reduction in estimated GFR to <60 ml/min/1.73 m ² [§]	127 (3.8)	1.21	37 (1.1)	0.35	3.49 (2.44-5.10)	<0.001
Incident albuminuria [¶]	110/1769 (6.2)	2.00	135/1831 (7.4)	2.41	0.81 (0.63-1.04)	0.10

Bénéfices et risques du traitement anti-HTA

La méta-analyse menée par D.A. Butt & P.J. Harvey publiée en 2015 dans le *Journal of Internal Medicine*⁷ apporte de nombreux éléments intéressants :

- Concernant le **risque d'événements cardiovasculaires**, une réduction significative de la mortalité, du risque d'événements cardiovasculaires et du risque de survenue d'AVC ont été mis en évidence dans la plupart des études analysées.
- Pour le **risque de survenue de troubles cognitifs**, la plupart des études contrôlées contre placebo ont échoué à démontrer un effet protecteur, à l'exception de l'étude Syst-Euro⁸.

Cet essai clinique randomisé est le seul à avoir démontré une réduction significative du risque relatif de survenue de troubles neurocognitifs majeurs de 50 %, sous traitement par nitrendipine vs placebo. Une méta-analyse de 2010⁹ retrouvait également une diminution d'incidence, cette fois-ci de 9 %, avec un effet plus manifeste pour les traitements par ARA II.

- Concernant le **risque de chute**, le traitement anti-hypertenseur l'augmenterait à court terme alors que sur le long terme les études fournissent des résultats contradictoires.

- Sur le risque de survenue de diabète « de novo », la plupart des études et/ou méta-analyses s'accordent sur le fait que les traitements par IEC ou ARA II en réduisent l'incidence. En revanche les traitements par bêta-bloquant et diurétiques thiazidiques seraient associés à la survenue d'un diabète (ce qui s'explique respectivement par l'inhibition de la sécrétion pancréatique d'insuline et la diminution de sensibilité périphérique à l'insuline).
- Enfin sur le risque de cancer, les résultats des différentes études analysées sont trop contrastés pour statuer.

Quels traitements choisir ?

Le choix du traitement anti-hypertenseur devra prendre en compte les potentielles comorbidités dont souffre le patient. Les données exposées ici sont le fruit du travail de la HAS publié en septembre 2016 et intitulé « Prise en charge de l'hypertension artérielle » :

- Cible tensionnelle retenue : PAS < 150 mmHg sans hypotension orthostatique (PAS diurne en automesure tensionnelle ou par Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle sur 24h).
- Il est retenu de ne pas dépasser 3 molécules anti-hypertensives après 80 ans, la lutte contre la iatrogénie étant impérative.

- En cas d'insuffisance rénale, il est nécessaire d'adapter la posologie des médicaments au débit de filtration glomérulaire en utilisant la **formule de Cockcroft**.
- Il est recommandé de débiter un traitement pharmacologique **diurétique thiazidique, inhibiteur calcique, IEC ou ARA II** par une monothérapie au mieux en monoprise.
- Les β - peuvent être utilisés comme antihypertenseurs mais semblent moins protecteurs que les autres classes vis-à-vis des AVC.

- Le choix de l'anti HTA doit être adapté en fonction des comorbidités :
 - Diabète à partir du stade de microalbuminurie ou insuffisance rénale = IEC ou ARA II.
 - Insuffisance rénale ou protéinurie = IEC ou ARA II.
 - Insuffisance cardiaque = IEC (sinon ARA II), bêta bloquant, diurétique.
 - Patient coronarien = IEC, bêta bloquant.
 - Post AVC = Diurétique thiazidique, IEC (sinon ARA II) ou inhibiteur calcique.

Guillaume DUCHER, Julie DUBUC,
Christ AMPION, Ronan ALLAIN

Bibliographie

1. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older. *N Engl J Med* 2008;358(18):1887-98.
2. Lloyd-Jones DM, Evans JC, Levy D. Hypertension in Adults Across the Age Spectrum: Current Outcomes and Control in the Community. *JAMA* 2005;294(4):466.
3. Franklin S. Systolic blood pressure's time to take control. *Am J Hypertens* 2004;17(12):S49-54.
4. Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *Lancet Lond Engl* 2000;355(9207):865-72.
5. Forette F, Seux M-L, Staessen JA, et al. The prevention of dementia with antihypertensive treatment: new evidence from the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) study. *Arch Intern Med* 2002;162(18):2046-52.
6. Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP, et al. Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials. *INDANA Group. Lancet Lond Engl* 1999;353(9155):793-
7. Butt DA, Harvey PJ. Benefits and risks of antihypertensive medications in the elderly. *J Intern Med* 2015;278(6):599-626.
8. Forette F, Seux ML, Staessen JA, et al. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *Lancet Lond Engl* 1998;352(9137):1347-51.
9. Levi Marpillat N, Macquin-Mavier I, Tropeano A-I, Bachoud-Levi A-C, Maison P. Antihypertensive classes, cognitive decline and incidence of dementia: a network meta-analysis. *J Hypertens* 2013;31(6):1073-82.

PASSER LE CONCOURS DE PH : 1^{ère} ÉTAPE, CONSTITUER SON DOSSIER DE CANDIDATURE

Après deux concours, un ou deux mémoires et une thèse, le concours de praticien hospitalier vient clôturer le cursus médical de ceux qui s'orientent vers une carrière hospitalière.

Les types de concours

Il existe deux types de concours, qui ne s'adressent pas au même public et ne comportent pas le même nombre d'épreuves.

Le concours de type I

Il est ouvert aux médecins thésés, ayant validé leur troisième cycle et pouvant justifier de deux années effectives de fonction de médecin dans les cinq ans précédents. Ces fonctions doivent avoir été exercées à temps plein dans une administration, un établissement public ou un organisme à but non lucratif. Les fonctions exercées à temps partiel sont prises en compte au prorata de leur durée.

Le dossier technique (noté sur 100 points) et un entretien avec le jury constituent le concours de type I.

Le concours de type II

Il est ouvert à tous les médecins thésés ayant validé leur troisième cycle.

Il comporte un examen du dossier technique (noté sur 100 points), un entretien avec le jury ainsi qu'une épreuve orale supplémentaire de contrôle de connaissances professionnelles concernant la spécialité concernée.



Le dossier de candidature

La première étape est de constituer son dossier de candidature, à envoyer à l'ARS de votre région avant le 30 juin de l'année précédant l'année des épreuves (inscription en juin 2018 pour des épreuves début 2019).

Le dossier de candidature est identique pour les deux types de concours, et il est constitué de deux parties : la partie adminis-

trative (à imprimer) et le dossier technique (à rendre sur clé USB). Le contenu de ces 2 dossier est résumé dans l'encadré ci-contre.

Tous les éléments mentionnés dans le dossier technique doivent être accompagnés de pièces justificatives, numérotées et récapitulées dans une liste incluse dans chaque sous-dossier. Ces pièces justificatives peuvent être des

lettres de recommandations de vos chefs de service, des attestations administratives, d'adhésion à des sociétés savantes (pensez à l'AJG !) et de présence à des formations ou congrès.

Le dossier technique sera téléchargé sur trois clés USB, mises dans trois enveloppes différentes (car seul le dossier technique est envoyé aux membres du jury).

Les documents seront téléchargés en format PDF sous forme de deux sous-dossiers avec pour titre :

- Sous-dossier TITRES ET TRAVAUX
NomPrénomNuméroRPPS.pdf
- Sous-dossier SERVICES RENDUS
NomPrénomNuméroRPPS.pdf.

Le dossier administratif en version papier et les trois enveloppes contenant chacune une clé USB avec le dossier technique seront envoyés à l'ARS de votre lieu de résidence par courrier recommandé avec accusé de réception, avant

le 30 juin, le cachet de la poste faisant foi.

L'ARS vous adressera un courrier dans les semaines qui suivent pour vous signifier l'acceptation ou non de votre dossier.

Vous trouverez les documents nécessaires, les adresses des ARS et les réponses à vos questions sur le site du Centre National de Gestion :

- <https://lc.cx/WNSG>



- <https://lc.cx/WNSm>



Dans le prochain numéro, 2^{ème} étape du concours de PH : l'épreuve orale.

L'AJG est aussi présente pour vous aider, n'hésitez pas à nous contacter.

i

DOSSIER ADMINISTRATIF

- Formulaire d'inscription (disponible sur le site du Centre National Gestion <https://lc.cx/WNSm>).
- Photocopie de carte d'identité ou passeport.
- Photocopie du diplôme autorisant l'exercice de la profession.
- Photocopie de diplôme permettant l'exercice de la spécialité.
- Document attestant l'inscription au conseil de l'Ordre.
- Pour le concours de type I : les pièces justificatives attestant des fonctions exercées mentionnant les périodes et les quotités de travail.

DOSSIER TECHNIQUE

- Sous-dossier TITRES ET TRAVAUX
 - Diplômes universitaires : diplômes qualifiants, thèse, mémoires, DIU, etc. (noté sur 15).
 - Titres hospitaliers : chef de clinique, assistant, PH contractuel, etc. (noté sur 20).
 - Travaux de recherche : publications nationales et internationales, congrès nationaux et internationaux, communications orales, communications affichées, etc. (noté sur 15).
- + Liste des pièces justificatives (les programmes des congrès mentionnant vos communications suffisent).
- Sous-dossier SERVICES RENDUS
 - Inscriptions réglementaires (au Conseil de l'Ordre).
 - Activités hospitalières et médicales : services, fonction, durée, nombres de gardes effectuées, etc. (demandez aux services de Affaires médicales des hôpitaux où vous avez travaillé, même en tant qu'interne) (noté sur 30).
 - Activités extrahospitalières : participation à des commissions au sein de votre centre hospitalier, adhésion à des sociétés savantes, à des associations (les associations d'internes comptent) (noté sur 5).
 - Activité formation et d'enseignement : formation personnelle qualifiantes et non qualifiantes, participation à des congrès et formations ponctuelles, etc. (noté sur 15).
- + Liste des pièces justificatives. N'hésitez pas à demander des attestations de vos activités.

Sophie SAMSO

L'ORTHOGÉRIATRIE, OU COMMENT SUZANNE A FRANCHI LE COL !



« Bonjour Madame ! Je suis la gériatre ! ». Suzanne a 82 ans, elle vient d'arriver dans le service de chirurgie osseuse. Cette nuit, elle est tombée en allant aux toilettes. Pourtant, son aide-ménagère le lui avait dit et répété : « *les mules, c'est nul !* »

Comme souvent, son bracelet de téléalarme reposait sagement sur la table de chevet, à côté de sa boîte de somnifères... C'est donc ce matin que son auxiliaire de vie l'a retrouvée allongée dans le couloir, la douleur ne lui ayant pas permis de se redresser ni de ramper jusqu'à son téléphone. Un appel au 15, les pompiers, les urgences ! Rapidement, le diagnostic de fracture du col du fémur a été posé.

La fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) est un problème de santé publique. D'après l'Assurance maladie, on recensait 76100 hospitalisations pour FESF chez les personnes de plus de 65 ans en 2014 avec une forte prédominance féminine (75 % des cas). Cela représente un coût annuel d'environ 500 millions d'Euros.

Si la mortalité à un an est importante (de l'ordre de 20 à 24 %), la morbidité l'est également. Seul un quart des décès associés à une FESF est imputable à la fracture elle-même. Dans la majorité des cas, les décès et les réhospitalisations précoces sont liés à des causes médicales : pneumonies, pathologies coronariennes et infections non pulmonaires pour le décès, pneumonie et insuffisance cardiaque pour les réhospitalisations à 30 jours. La survenue d'une FESF est souvent révélatrice d'une

fragilité et est favorisée par des comorbidités qui assombrissent le pronostic vital et le pronostic fonctionnel. Une perte d'autonomie est ainsi observée dans 10 à 30 % des cas et environ 25 % des patients entrent en institution.

C'est pour répondre à ces problématiques que le concept d'orthogériatrie a vu le jour. Il s'agit d'offrir une prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle au patient âgé chuteur et fracturé. Cela comprend l'ensemble du chemin clinique du patient : du diagnostic à la réadaptation en passant par l'intervention chirurgicale, les soins péri-opératoires ainsi que la prévention des complications et de la récurrence de fracture et de chute.

Cette approche dépasse le trio gériatre, anesthésiste et chirurgien. Le médecin traitant, l'urgentiste, le rhumatologue, le médecin de médecine physique et réadaptation, les paramédicaux et les professionnels de réadaptation collaborent afin d'offrir au patient une prise en soin adaptée.

Classiquement, quatre modèles de prise en charge sont décrits :

- Unité d'orthopédie avec appel de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) si besoin.
- Unité d'orthopédie avec passage régulier de l'EMG.

- Unité de gériatrie avec passage régulier du chirurgien et de l'anesthésiste.
- Unité d'orthopédie, le gériatre faisant partie de l'équipe.

Il semble qu'une organisation offrant au patient une expertise médico-chirurgicale tout au long du séjour apporte de meilleurs résultats, en termes de pronostic, que le simple recours à l'EMG.

L'objectif est de rechercher les facteurs de risque de la chute, corriger ceux qui sont modifiables, traiter l'ostéoporose - le risque de récurrence fracturaire étant majeur - prévenir et traiter les complications liées à la chute, à la fracture et à la chirurgie, limiter la dépendance iatrogène et enfin dépister et traiter la malnutrition protéino-énergétique. Cela passe également par une chirurgie précoce (inférieure à 48 heures après le diagnostic).

Ce type d'organisation a permis d'obtenir une réduction significative de la mortalité hospitalière et à 6 mois, du taux de réhospitalisation à 6 mois, de la survenue de complications postopératoires, de la durée de séjour, du taux d'institutionnalisation, de la perte d'autonomie (activités de la vie quotidienne et marche) et de la récurrence de chutes.

Au Centre Hospitalier de Douai, c'est après un premier travail de collaboration entre les pôles de gériatrie et de chirurgie que l'orthogériatrie a été créée. Un repérage systématique de la fragilité avait été mis en place chez les patients âgés de 75 ans et plus hospitalisés dans tous les services de chirurgie, via le score TRST (Triage Risk Screening Tool). Un score supérieur ou égal à 2 déclenchait l'intervention de l'EMG.

Rapidement, la problématique particulière de la chirurgie orthopédique et plus spécifiquement celle des patients hospitalisés pour une FESF est apparue. L'intervention classique de l'EMG - formulation de recommandations sans prescription - nous semblait insuffisante chez ces patients dont la chute révèle souvent la fragilité. Nous avons donc rencontré les équipes de chirurgie orthopédique et d'anesthésie afin d'organiser au mieux la prise en charge.

Nous nous sommes inspirés du modèle du « shared-care » : un gériatre est affecté à temps plein dans le service de chirurgie osseuse. Il prend en soin les patients âgés de 75 ans et plus hospitalisés de façon non programmée. Cela ne concerne donc pas uniquement les FESF mais inclut également

les autres fractures, opérées ou non, et les infections (ostéo-articulaires, des tissus mous le cas échéant ou de matériel). Parce qu'un gériatre n'arrive jamais seul, il est épaulé par les différents membres du pôle de gériatrie : l'ergothérapeute, l'infirmière de gérontologie, la neuropsychologue. Il fait également le lien avec les équipes de diététiciens, le kinésithérapeute et l'assistante sociale du service de chirurgie osseuse.

Le gériatre, le chirurgien et l'anesthésiste travaillent en collaboration. Le gériatre intervient dès l'admission quand il est évident que l'intervention n'aura pas lieu le jour-même (pour une question organisationnelle ou médicale). Lorsque le patient peut être opéré rapidement, il intervient alors dès le lendemain de la chirurgie.

La date et le lieu de sortie sont décidés de façon conjointe. Deux compte-rendu d'hospitalisation sont rédigés et envoyés au médecin traitant, l'un par le chirurgien, comportant les consignes post-opératoires et l'autre par le gériatre, comprenant notamment le traitement de sortie. Cette prise en charge pluridisciplinaire a permis une fluidification du parcours du patient ainsi que son entrée dans la filière gériatrique (consultation,

hôpital de jour, soins de suite et réadaptation gériatrique).

Afin de préciser l'articulation des soins, une charte de fonctionnement a été rédigée et signée par l'ensemble des professionnels concernés.

Ainsi, entre décembre 2014 et septembre 2017, 778 patients ont été pris en charge dans l'unité, dont un peu plus de la moitié pour une FESF. Cette collaboration entre professionnels de gériatrie et de chirurgie a permis une acculturation mutuelle.

De cette expérience, on retient que la création et la pérennisation d'une unité d'orthogériatrie nécessitent une volonté commune des équipes concernées. L'organisation peut varier d'un centre à l'autre selon les besoins et les possibilités de terrain. Mais l'enjeu, primordial, est l'amélioration de la qualité des soins apportés au patient âgé qui voit l'ensemble des professionnels graviter autour de lui.

Six mois plus tard, lors de sa consultation de suivi, Suzanne offrait des chocolats à sa gériatre préférée !

Fanny DURIG

1. Orthogériatrie et fracture de la hanche - Note méthodologique et de synthèse documentaire. HAS. Juin 2017.
2. Boddaert J, Cohen-Bittan J, Khiami F, Le Manach Y, Raux M, Beinis J-Y, et al. (2014), Postoperative Admission to a Dedicated Geriatric Unit Decreases Mortality in Elderly Patients with Hip Fracture. PLoS ONE 9(1): e83795. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083795>

Et si l'orthogériatrie vous intéresse, la troisième édition du T2E Congress (Trauma and Emergency in the Elderly) se tiendra les 24 et 25 mai 2018 à la Faculté de Médecine UPMC, site Pitié-Salpêtrière !

www.t2econgress.com



Assemblée générale annuelle réalisée le 28 novembre 2017

En quelques mots... le compte rendu est disponible sur le site internet.

- Rappel du travail déjà effectué et de celui à venir sur la **partie communication** de l'association. La page facebook a été refaite, le compte twitter est très actif, le site a également été refondé dans sa structure et dans son design.
- De plus, la campagne #jesuis-geriatre, visant les étudiants en médecine pour leur faire découvrir le vrai visage de notre métier de gériatre, a été bien relayée dans la presse, permettant de donner à l'association une visibilité jusqu'alors inégalée. Les liens avec la SFGG ont été renforcés grâce à cette campagne.
- **Projets à travailler :**
 - Fédérer les jeunes gériatres via l'association en recréant notamment les référents inter-régions qui ont pour rôle de relayer les demandes et besoins du terrain pour les faire remonter ensuite au bureau.
 - Assurer notre objectif de formation en poursuivant la gazette du jeune gériatre et en l'enrichissant.
 - Créer une véritable « offre adhérent » en lançant une plateforme d'échange de documents, en développant des partenariats avec d'autres associations afin de bénéficier de tarifs préférentiels à leurs événements...
- **Votes de nouveaux statuts**, disponibles sur le site internet de l'association.
- **Changement de nom :** l'AJGH perd son H pour devenir l'AJG, l'Association des Jeunes Gériatres. L'exercice du gériatre évoluant sans cesse, nous restreindre au seul secteur hospitalier n'avait plus aucun sens, ce qui a motivé ce changement de nom. Le communiqué de presse notifiant notre changement de nom est ci-joint.
- **Le nouveau bureau :** le communiqué l'annonçant est également joint.



Projets et nouvelle offre adhérent

Notre association est en pleine ébullition et regorge d'idées. Nous avons de multiples projets dans les cartons dont voici quelques exemples :

- Une plateforme d'échange dont l'idée est de partager nos présentations d'articles scientifiques, de cours aux étudiants, de topo de synthèse...
 - Des canaux de communication avec l'ensemble des jeunes gériatres, exerçant dans des lieux différents dont différentes formes sont en test : forum, chat, ...
 - La possibilité d'utiliser notre réseau dans des objectifs de recherche.
 - Des tarifs préférentiels pour les différents événements organisés par nos partenaires
 - Une journée AJG permettant de rassembler tous les jeunes gériatres autour de thématiques scientifiques en journée, et festives le soir ;).
- L'idée est de faire vivre cette association en y associant tous les adhérents. Vous avez tous quelque chose à nous apporter et à partager. A nous de vous aider à le faire.
- Pour accompagner ces changements, nous allons avoir besoin de moyens financiers. C'est dans cette logique que nous allons remettre en place les adhésions payantes. Le prix restera accessible pour tous et vous donnera accès à l'ensemble des forces de l'association, à des tarifs préférentiels pour l'abonnement à des revues gériatriques, pour l'accès à certains congrès... Rendez-vous en novembre 2018 pour le lancement des adhésions payantes et les avantages offerts par celle-ci...

Lancement de groupes de travail

Fort de son nouveau conseil d'administration (CA) étoffé et déjà actif, plusieurs groupes de travail ont été définis pour avancer de manière plus efficace sur différents projets : groupes de travail partenariat (avec les associations et avec des organismes divers), groupe de travail recherche et gazette, groupe de travail gériatrie de demain et groupe de travail DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de Gériatrie.

Toute participation extérieure au CA est la bienvenue.
N'hésitez pas à nous solliciter sur jeunesgeriatres@gmail.com

Guillaume DUVAL
Arnaud CAUPENNE
Guillaume DUCHER

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

L'Association des Jeunes Gériatres Hospitaliers (AJGH) change de nom et devient l'Association des Jeunes Gériatres (AJG)

Depuis la fin de l'été 2017 et le lancement de la campagne **#jesuisgeriatre** destinée à accompagner les futurs internes dans leurs choix de spécialité, **l'Association des Jeunes Gériatres Hospitaliers a évolué**, essayant de mieux faire connaître cette spécialité passionnante, cassant certains préjugés et relayant les attentes et les idées de la jeune génération.

L'exercice de la Gériatrie est appelé à évoluer et à se transformer

Le premier changement majeur a d'ailleurs déjà eu lieu avec la naissance du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Gériatrie en 2017, modifiant entièrement la formation des futurs médecins gériatres.

Les autres changements majeurs à venir portent sur le développement de la **prévention en gériatrie**, la **meilleure considération** des **grands syndromes gériatriques** dont le syndrome de fragilité et de ses conséquences en termes de dépendance, le **changement d'image de notre exercice** avec une meilleure reconnaissance de l'expertise du médecin gériatre, la **mutation du secteur médico-social** (et notamment des EHPAD) en cours...

Ainsi, notre changement de nom marque notre ouverture à l'ensemble des enjeux de notre spécialité, au-delà du secteur hospitalier que nous représentions initialement.

Le bureau de l'AJG

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Constitution du nouveau bureau de l'AJG

DUCHER Guillaume : Président

DUVAL Guillaume : Vice-président

ARLAUD Cyprien : Secrétaire

JOMARD Nathalie : Trésorière

CAUPENNE Arnaud : Porte-parole

SAMSO Sophie : Rédactrice en chef de la Gazette du Jeune Gériatre

RAMBAUD-COLLET Cyrielle : Responsable scientifique

LEROY Victoire : Responsable événementiel

DURIG Fanny, PICCOLI Matthieu : Membres du Conseil d'Administration

Contacts presse :

Dr Guillaume DUCHER, Président

Dr Arnaud CAUPENNE, Porte-parole
arnaudcaupenne@gmail.com, 0673986682

A PROPOS D'UN TAKO-TSUBO ?



Le cas clinique

Mme D., 88 ans, est transférée en court séjour gériatrique le 9 février 2018 par le service de réanimation polyvalente pour suites de la prise en charge d'une détresse respiratoire aiguë avec hypoxie à 80 % en air ambiant.

Antécédents

Cancer du sein bilatéral traité, alcoolisation chronique ancienne avec stéatose hépatique, ACFA, AOMI, HTA, BPCO, dysthyroïdie sur nodules thyroïdiens, troubles neurocognitifs majeurs avec dernier MMS 21/30.

En réanimation

Sur le plan Cardiologique : Turgescence jugulaire et reflux, pas d'OMI, TA 10/6, FC 130.

Sur le plan neuro : G15, consciente, pas de déficit.

Sur le plan pulmonaire : SpO2 95 % sous 2L, pas de cyanose, crépitations base gauche.

Radiographie pulmonaire

Surcharge alvéolaire bilatérale.

Traitement

Ipratropium, salbutamol, previscan, IPP, levothyrox, neo mercazole, furosemide, nicopatch.

Histoire de la maladie

Mme D. avait déjà été hospitalisée au CSG quelques mois auparavant pour une détresse respiratoire aiguë sur œdème aigu du poumon et pneumopathie gauche. Evolution favorable sous AMOXICILLINE/AC CLAVULANIQUE.

Le 5 février apparition toux + dyspnée, son médecin traitant suspecte une

nouvelle pneumopathie gauche et met en place une antibiothérapie par CEFTRIAXONE.

Dans la nuit dyspnée aiguë, intervention SAMU : évolution favorable sous solumédrol 40 + Aerosol bricanyl et atrovent, séance de VNI.

Transfert en réanimation pour la suite de la prise en charge.

Echocardiographie

FEVG 30 %, akinésie apicale, les segments basaux se contractent, HTAP, VCI dilatée, VG normal.

ECG

Irrégulier, tachycardie à 130, onde Q en inférieur, pas de trouble de la conduction.

BIO

Troponine positive à 3µg/L, CRP 202mg/L.

Ag urinaire négatifs et Viroculture grippe négative.

Hypothèse principale : syndrome de TAKO TSUBO au vu de l'échographie.

CAT

Etant considérée non éligible à une coronarographie, décision poursuite antibiothérapie et traitement diurétique.

Préconisation de prévoir une échographie de contrôle au bout d'une semaine pour réévaluer les lésions.

Transfert au CSG le 9 Février

Patiente asthénique, oxygéo-dépendante.

ECG à l'arrivée

Irrégulier, tachycardie à 120, onde T négatives de V2 à V6.

- Mise en place Bisoprolol pour diminuer la FC.

Nouvel ECG 3 jours après

Disparition des ondes T négatives. La troponine diminue à 0,164g/L. La CRP diminue.

Nouvelle ETT

Persistance hypokinésie apicale. FEVG effondrée à 30 %.

Malheureusement survenue d'une dégradation de l'état clinique rapide sur quelques jours. Passage en soins palliatifs devant l'insuffisance cardiaque aiguë sévère et suite à l'avis des cardiologues.

Mme D. décède quelques jours plus tard.

Le Tako-Tsubo, qu'est-ce que c'est ?¹⁻³

Physiopathologie

- Insuffisance cardiaque aiguë qui se manifeste comme un infarctus du myocarde : infarctus de stress à coronaires saines.
- Symptômes réversibles en 12 semaines.
- Touche principalement les femmes de 55-75 ans ménopausées.
- Predisposition génétique possible.
- Prévalence : 1/36 000 dans la population générale.

2 types :

Primaire : l'insuffisance cardiaque est au premier plan. Absence de facteurs déclenchants évidents.

Secondaire :

- Lié à l'activation du système sympathique. Il faut traiter à la fois la maladie sous-jacente et le Tako-Tsubo.
- Latrogène (ETT de stress).

Diagnostic : Il repose sur les critères de la Mayo Clinic :

1. Hypokinésie, akinésie ou dyskinésie transitoire apicale du ventriculaire gauche, avec ou sans atteinte médiane :

- Anomalies dont l'atteinte régionale s'étend au-delà d'une distribution vasculaire épicaudique.
- Un déclencheur de stress est fréquent mais pas toujours présent.

2. Absence de maladie coronarienne obstructive ou signes angiographiques de rupture aiguë de plaque d'athérome.

3. Anomalies électrocardiographiques récentes (élévation du segment ST et/ou inversion de l'onde T) ou modeste élévation de la troponine cardiaque.

4. Absence de myocardite ou de phéochromocytome.

Il s'agit donc d'un diagnostic d'élimination.

ETT ++ : hypokinésie apicale avec hyper-contraction basale. Normalisation au bout de 3-6 mois.

Evolution

Favorable dans la grande majorité des cas, plusieurs complications sont possibles :

- Insuffisance cardiaque aiguë (12-45 %).
- HTAP post-capillaire : résolutif en quelques jours.

- Insuffisance mitrale (14-25 %).
- Choc cardiogénique (4-20 %).
- Trouble du rythme.
- Embolisation : risques ++ dans les 2-5 premiers jours.
- Plus rares : Péricardite, rupture septale ou ventriculaire, décès.

Traitement

1) Traitement initial comme un syndrome coronarien aigu : double anti-agrégation + anticoagulation.

2) Surveillance enUSIC initiale, ECG quotidien. Si haut risque de complications, prolonger la surveillance.

3) TTT en fonction de la FEVG.

- 45 % : pas de traitement.
- < 45 % : BB +/- IEC.

Diagnostic Différentiels

IDM : C'est le diagnostic qu'il faut absolument éliminer car il nécessite un traitement en urgence. Présence d'occlusion(s) coronaire(s) à la coronarographie.

Nous devons remettre en cause le diagnostic de TAKO-TSUBO s'il existe une persistance des lésions à l'imagerie et une dégradation clinique.

Myocardite : Contexte d'infection virale. Fièvre, fatigue et douleur thoracique sont les principaux symptômes.

Les artères coronaires sont saines.

- **Bio :** troponine bien augmentée, CRP élevée.
- **A l'ETT :** altération marquée de la fonction systolique et diastolique du ventricule gauche, hypertrophie des parois parfois brillantes. Parfois associé à un épanchement péricardique.
- **A l'IRM cardiaque :** atteinte focale au niveau paroi libre ventricule gauche le plus souvent, rehaussement au gadolinium.
- **PEC :** Restriction hydro-sodée, traitement déplétif par diurétiques de l'anse et catécholamines.

1. Lyon AR, Bossone E, Schneider B, et al. Current state of knowledge on Takotsubo syndrome: a Position Statement from the Taskforce on Takotsubo Syndrome of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology: Current state of knowledge on Takotsubo syndrome. Eur J Heart Fail 2016;18(1):8-27.
2. Combes A. Myocardites aiguës. Presse Médicale 2012;41(6):621-7.
3. Komamura K. Takotsubo cardiomyopathy: Pathophysiology, diagnosis and treatment. World J Cardiol 2014;6(7):602.



LA FONDATION AULAGNIER (ETABLISSEMENT - FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE)

recherche pour l'EHPAD 1 Médecin Coordonnateur en CDI.

Temps plein à effectuer sur le cadre horaire - forfait cadre (39h00 à 44h00) et du Lundi au Vendredi. Pas d'astreinte. 25 jours de Congés Annuels – 19 Jours de R.T.T.

Profil recherché :

Gériatre ou Généraliste avec Capacité en gériatrie ou DU de médecin coordonnateur.

Missions et Activités principales :

- › Mise en œuvre du projet médical et paramédical.
- › Accompagnement des résidents (Projet d'accompagnement Individualisé – rencontre avec les familles – animation des synthèses ...).
- › Coordination des intervenants libéraux.
- › Encadrement des pratiques soignantes (formations – protocoles – bonnes pratiques – complétude des dossiers de soins).
- › Réalisation des visites médicales de préadmission et de suivi.
- › Pilotage des dossiers transversaux : coupe PATHOS – circuit du médicament – filière gériatrique...

Le médecin coordonnateur de l'établissement pourra s'appuyer sur l'équipe encadrante paramédicale constituée : d'une cadre de santé et d'une infirmière coordinatrice.

L'équipe infirmière journalière est composée de deux infirmiers en 12h00 (7h30 - 19h30) et d'un infirmier en 7h15 (9h00 - 16h15).

Un temps de secrétariat médical à hauteur de 30 à 40% est dévolu à l'équipe médicale et paramédicale (prise de rendez-vous des résidents - récupération des CR d'hospitalisation - classement des dossiers résidents - gestion de l'agenda des VPA...).

L'EHPAD compte 160 lits dont :

- › 14 lits UHR.
- › 14 places de PASA.

L'établissement se situe à 500 mètres de la gare d'ASNIÈRES SUR SEINE (10 minutes depuis la gare Saint-Lazare) et à 1.5 km du terminus métro ligne 3 - Pont de Levallois.

Les candidatures sont à adresser à Madame Emmanuelle Gard
Directrice - contact@fondation-aulagnier.fr

FONDATION AULAGNIER
28/30, rue Auguste Bailly - 92600 Asnières-sur-Seine



Hôpital LA MUSSE

Etablissement de SSR - Privé ESPIC (7 km d'Evreux – 100 km PARIS)
Convention Collective FEHAP - CCN du 31.10.1951 - 376 Lits + 30 places HTP

Recrute

Un Médecin Spécialiste (H/F)

(Inscrit au conseil de l'Ordre). Expérience hospitalière en gériatrie souhaitée.
Pour son secteur de soins de suite gériatriques/UCC. Consultations mémoire - HTP (70 lits).

Equipe médicale de 4 médecins.

Equipe pluridisciplinaire (kinésithérapeutes, éducateurs sportifs APA, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues-neuropsychologues, diététiciens, orthophoniste, assistants sociaux).

Cadre de travail privilégié dans parc de 50 hectares.

Horaires de travail attractifs.

Possibilité de logement.

Salaire selon barème.

Poste à pourvoir début juin 2018. En C.D.I. à Temps Plein.



Adresser C.V. à Mme **BLANCHE LOPOUKHINE, DRH**
CS 20119 – 27180 Saint Sébastien de Morsent
ou à b.blanche.lopoukhine@hlrs-lamusse.net
Tél. : 02 32 29 30 40
www.larenaissancesanitaire.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 et une future Unité d'hébergement renforcée (UHR).

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 de Fougères recherche un médecin généraliste ou rééducateur ou gériatre

pour contribuer, aux côtés d'un PH temps plein, à la prise en charge de ses patients de soins de suite et rééducation (25 lits de SSR polyvalent), à compter de juin prochain.

Statut de praticien hospitalier contractuel temps plein ou temps partiel, évolution possible sur statut de praticien hospitalier si candidat lauréat du concours de PH.

Le service de SSR est localisé au sein de l'enceinte du Centre Hospitalier dans le bâtiment principal et fait partie du pôle gériatrie, qui comprend également une USLD, un EHPAD et un service de médecine aiguë gériatrique de 30 à 35 lits. Prise de gardes ponctuelles aux urgences. Possibilité de développer une activité de consultations spécialisées.

Conditions :

Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine.

Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter :

Madame Solène Vidal - Responsable du personnel médical et de la formation
svidal@ch-fougères.fr
Centre Hospitalier de Fougères - 133, rue de la Forêt - CS 20606 - 35306 Fougères

Bretagne



Centre Hospitalier de Saint-Quentin Unité de SSR Gériatrique RECHERCHE UN GERIATRE

Le centre hospitalier • Le plus important centre hospitalier général de Picardie (950 lits et places) • Etablissement pivot du territoire Aisne-Nord/Haute-Somme
• Situé à 1h d'Amiens, Lille et Reims et 1h30 de Paris.

Présentation du service

- L'équipe : 3 praticiens et 2 postes d'interne • Le service est composé de 30 lits au sein d'un pôle de gériatrie comprenant une filière complète : 50 lits de court séjour gériatrique, 2 lits HDJ, 1 équipe mobile de gériatrie 1 pôle d'évaluation gériatrique avec consultations spécialisées, 60 lits USLD dont une UHR de 14 lits, 179 lits.
- Développement de la recherche clinique • Parcours scientifique avec encadrement universitaire possible : collaboration avec le laboratoire scientifique (master 1, master 2 de recherche, thèse de science, DESC...) de l'université de Picardie Jules Verne à Amiens.

Centre Hospitalier de Saint-Quentin - 1, avenue Michel de l'Hospital BP 608 - 02321 Saint-Quentin Cedex

Contacts : Dr ATTIER Jadwiga - chef de service - j.attier@ch-stquentin.fr

Dr BERTEAUX Béatrice - chef de pôle - b.bertheaux@ch-stquentin.fr - tél : 03.23.06.73.99



Hauts-de-France



LE CENTRE HOSPITALIER DE L'ARRONDISSEMENT DE MONTREUIL-SUR-MER RECRUTE

GERIATRE – COURT SEJOUR GERIATRIQUE

(15 minutes du Touquet, 50 minutes d'Amiens, 1h45 de Lille, 2h de Paris).
Situé sur la Côte d'Opale, au carrefour du Touquet, de Montreuil et de Berck,
Le CHAM intervient sur un territoire qui varie de 115 000 habitants à près de 500 000 en période estivale.



L'établissement :

- 250 lits et places d'hospitalisation en MCO.
- 4 000 séjours chirurgicaux.
- 6 000 actes opératoires.
- 33 000 passages aux urgences.
- 1 400 sorties SMUR.
- 1 000 accouchements - néonatalogie de Niveau IIA.
- Réanimation (8 lits) et USC (6 lits).
- 40 lits de soins de suite et ré adaptation.
- 45 lits de psychiatrie.
- 550 lits d'hébergement pour personnes âgées et handicapées.
- 1 300 salariés.

La filière gériatrique :

- Equipe mobile d'évaluation gériatrique.
- Hôpital de jour.
- Consultations – consultations mémoire.
- 24 lits de court séjour gériatrique.
- 20 lits de SSR Gériatrique et 9 lits d'UCC.
- 30 lits d'USLD.
- 371 lits d'EHPAD.
- 14 lits d'UVA.
- Accueil de jour.
- PASA.
- Plateforme de Répit.
- Partenariat MAIA, Maison de l'autonomie, Réseau gérontologique, HAD.

Possibilité :

- Partage de temps d'activités selon projet professionnel du candidat.
- Développer un projet de prise en charge spécifique (chute, troubles cognitifs, mémoire, dénutrition...) dans le cadre des réflexions menées au sein du GHT Somme Littoral Sud.
- Envisager une activité privée statutaire.

Statut : PH statutaire (temps plein, temps partiel) ou PH contractuel.

Formation : Le candidat devra être titulaire d'un doctorat en médecine générale, idéalement un DESC/CAPA de Gériatrie ; à défaut un DU de Gériatrie ou assimilé et volontaire pour préparer la capacité.

Adresser lettre de motivation et curriculum vitae à :

• Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur mer – CHAM
140 chemin départemental 191 – CS 70008 – 62180 RANG-DU-FLIERS

• **Mme Jeanne-Marie MARION-DRUMEZ**
Directrice - jmmarion-drumez@ch-montreuil.fr

• **Mme Anne LANGELLIER**
Directrice adjointe affaires médicales et stratégie - alangellier@ch-montreuil.fr

• **Mme Laure SPEHNER**
Tél. : 03 21 89 38 58 - lspehner@ch-montreuil.fr

• **Dr Philippe PARMENTIER**
Tél. : 03 21 89 35 95 - pparment@ch-montreuil.fr





LE CENTRE HOSPITALIER DE VALENCE RECRUTE UN MÉDECIN GÉRIATRE DÈS QUE POSSIBLE

Etablissement de référence du GHT Rhône Vercors Vivarais avec 755 lits et 64 places, au cœur de sa restructuration architecturale et de son projet médical :
2011 inauguration du bâtiment médecine / 2016 rénovation du bâtiment chirurgie / 2017 extension du plateau technique.



RECRUTEMENT D'UN GÉRIATRE À TEMPS PLEIN

STATUT EN FONCTION DU CANDIDAT

Venez rejoindre une équipe composée de 10 PH soit 9,4 ETP. Le pôle gériatrie offre diverses unités dynamiques et complémentaires, investies dans la prise en charge globale de la personne âgée :

Des unités mobiles de gériatrie intra et extrahospitalières. Intervenant sur l'ensemble des services de MCO et au domicile des personnes âgées.

Un hôpital de jour gériatrique qui dispose de 2 places d'évaluation et 8 places de soins de suite et réadaptation.

Un court séjour gériatrique de 25 lits.

Un service de soins de suite et de réadaptation, orientation gériatrique, 35 lits.

Un hébergement réparti sur 2 sites : 74 lits d'unité de soins longue durée et 87 lits EHPAD Beauvallon.

Valence (Drôme), ville dynamique et accueillante, aux portes du Vercors, à 2 heures de la mer, facilité d'accès par le TGV (30 mn de Lyon, 1h de Marseille, 2h de Paris).



Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter :

- Dr Géraldine COURTIAL - Chef de Pôle - gcourtial@ch-valence.fr - 04 75 75 74 16
- Mme Stéphanie PIOCH - Directrice des Projets et Affaires Médicales - spioch@ch-valence.fr - 04 75 75 75 02
- Le Centre Hospitalier de Valence
179, avenue du Maréchal Juin - 26953 Valence CEDEX 9

Le Centre Hospitalier de BOURG-EN-BRESSE, support du GHT Bresse Haut-Bugey, situé à 1h de LYON, 1h30 de GENEVE et 2h de PARIS par TGV

Recrute des Médecins pour son Secteur Gériatrique :

Un poste temps plein partagé entre une activité en secteur Soins de suite et réadaptation et une activité en Unité de soins de longue durée.

Un poste temps plein ou 2 postes à temps partiel pour la coordination et la prise en charge médicale des résidents de l'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Intérêts du poste :

• Filière gériatrique complète sur l'établissement comprenant :

- 22 lits de court séjour gériatrique, 60 lits de SSR gériatrique, 10 lits de SSR polyvalent, 10 lits d'UCC, 7 lits d'Hospitalisation à temps partiel gériatrique, 167 lits en EHPAD, 120 lits d'USLD dont 15 lits d'Unité d'hébergement renforcé, 8 places d'accueil de jour.
- 1 équipe mobile gériatrique intra et extrahospitalière.
- Des consultations : évaluation gériatrique, mémoire, chutes, oncogériatrie...
- Une permanence téléphonique.

• Des équipes gériatriques dynamiques

Composition de l'équipe médicale hors recrutement :
13 praticiens occupant 10,6 ETP.

Profil recherché :

- Doctorat d'État en médecine.
- Spécialité en gériatrie ou en cours de formation.
- Médecin généraliste avec engagement à suivre la formation de médecin coordonnateur.
- Possibilité de recrutement sur un poste de PH ou contractuel.

Contact :

- Monsieur GIRAUD - Directeur des Affaires Médicales - ggiraud@ch-bourg01.fr
- Docteur BAILLY - Chef de Pôle de Gériatrie - mbailly@ch-bourg01.fr - Secrétariat SSR Hôtel-Dieu - 04 74 45 44 78

Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse
900, route de Paris - CS 90401 - 01012 Bourg-en-Bresse Cedex



Le Centre Hospitalier de Montélimar,

établissement de référence du « Groupement Hospitalier des Portes de Provence »

RECHERCHE DEUX GERIATRES A TEMPS PLEIN

Pour compléter l'équipe actuelle de 8 praticiens.

Un poste sur le Court Séjour Gériatrique et un poste sur les lits d'hébergement et de Soins de Suite et de Réadaptation.

Polyvalence souhaitée dans le cadre d'astreintes sur l'ensemble de la filière gériatrique qui comporte :

- > 30 lits de Court Séjour Gériatrique.
- > 46 lits de soins de suite dont 10 d'UCC
- > 40 lits d'USLD.
- > 114 lits d'EHPAD (dont 10 d'Unité Sécurisée) répartis sur 2 sites.
- > Equipes mobiles de Gériatrie Intra et Extra Hospitalière.
- > Des consultations (mémoire, gériatrique et onco-gériatrique).

Ce poste est à pourvoir par mutation ou contrat (statut en fonction du candidat).

Compétences gériatriques souhaitées : capacité de gériatrie, DESC ou qualification ordinaire.

Renseignements : Dr FRANÇAIS-HOFMANN Véronique - Responsable du Pôle Gériatrie

veronique.francais-hofmann@gh-portesdeprovence.fr - 04 75 53 22 56

A-S. GONZALVEZ (DA, DRH-DAM) - direction@gh-portesdeprovence.fr

S. MAGNETTE (ACH, DAM) - sandrine.magnette@gh-portesdeprovence.fr - 04 75 53 41 29

Centre Hospitalier de Montélimar-GH Portes de Provence - Quartier Beausseret - BP 249 - 26216 Montélimar Cedex

Montélimar est une ville agréable, dynamique, située à 1h30 de Lyon, Montpellier, Grenoble et Marseille en Drôme Provençale (accès autoroutier et TGV).

Les bâtiments de Gériatrie de « Roche-Colombe » sont récents, climatisés et agréables, en proximité du plateau technique.



L'EHPAD « RÉSIDENCE VICTOR HUGO », établissement public autonome construit en 2007 qui accueille 80 résidents et dispose d'une Unité de Vie Alzheimer (UVA) et d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), recherche :

UN MÉDECIN SALARIÉ (H/F) À COMPTER DE MAI 2018

CDI À 40 % OU 50 %

STATUT PRATICIEN ATTACHÉ

Le médecin salarié assure la prise en charge médicale des résidents d'une unité de l'établissement (1^{er} étage qui accueille 34 résidents). Il intervient en complément du médecin principal qui assure la prise en charge des résidents des deux autres unités (2^{ème} étage qui accueille 32 résidents et l'Unité de Vie Alzheimer qui accueille 14 résidents).

Les congés sont planifiés en auto-gestion (organisation avec le médecin principal).

Pour toute information ou pour déposer une candidature :

Madame la Directrice - EHPAD Victor Hugo Route du Stade

Quartier Saint-Ignace - Malissol 38200 Vienne

Mail : accueil@residencevictorhugo.fr - Tél. : 04 37 02 18 00



AU QUÉBEC

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est

L'Hôpital Pierre-Boucher est à la recherche de **3 MÉDECINS SPÉCIALISTES GÉRIATRES (DESC de gériatrie)**

- Hôpital urbain de 360 lits situé à 15 minutes de Montréal.
- Clinique de la mémoire et unité d'évaluation gériatrique multidisciplinaire (infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.).
- Travail avec une équipe interdisciplinaire et des médecins de famille spécialisés en gériatrie.
- Projet de mise en place d'un pôle gériatrique desservant la population des trois hôpitaux.

Venez vous installer sur la Rive-Sud de Montréal. Vie de quartier paisible, écoles primaires, collèges privés, cégeps et universités.

Pour plus de renseignements sur les postes disponibles :
Dr Gérald Désaulniers
Directeur adjoint des services professionnels
Tél. : 00 1 450 746-6239
recrutement.md.cissme16@ssss.gouv.qc.ca
www.santeme.quebec



LES TROIS HÔPITAUX DU CISSS DE LA MONTEGIE-EST



HÔPITAL PIERRE-BOUCHER



Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est
Québec

Canada



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 un 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.

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

www.ch-bourges.fr



Centre-Val de Loire

Le Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter

RECRUTE MÉDECIN GÉRIATRE


Contrat(s) : Assistant généraliste ; Assistant spécialiste ; Attaché ; PH temps partiel ; PH temps plein ; Praticien contractuel.

Descriptif : Le Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter est un établissement public de santé de proximité, certifié par la Haute Autorité en Santé, dont les principales activités sont la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, la gériatrie, les soins de suite et de rééducation notamment en cardiologie, pour un total de 625 lits et places d'hospitalisation et d'hébergement, répartis sur 5 communes. Le plateau technique se compose d'un bloc opératoire, d'un laboratoire de biologie certifié et d'un service d'imagerie (radiologie conventionnelle, échographie, scanner). Le Centre Hospitalier, ce sont plus de 735 professionnels dont 70 médecins au service de tous. Chaque année, sont accueillis en moyenne 13.000 personnes aux urgences, 55.000 consultants externes, 6.000 hospitalisés et 370 résidents dans les EHPAD. 105 personnes sont prises en charge à domicile. 350 bébés voient le jour au sein de la maternité, qui dispose d'une permanence des soins en pédiatrie et de consultations de pédiatres.

Plus de 3000 actes sont pratiqués au bloc opératoire, dont près de 65 % en ambulatoire. Le budget annuel de l'établissement s'élève à 48 millions d'euros. Principal employeur de la ville de Wissembourg, le Centre Hospitalier est aussi partenaire du Groupement Hospitalier de Territoire, composé de 13 hôpitaux d'Alsace du Nord et de Moselle Sud, coordonné par le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Strasbourg. Le CHIL établissement situé à Wissembourg, ville frontalière, bénéficiant de toutes les structures collectives utiles telles que écoles, collèges et lycées, à une heure de Strasbourg, cherche à renforcer son équipe de géiatres. Possibilité d'hébergement.

Conditions : Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine. Ce poste est également ouvert aux médecins lauréats de la PAE.

Personne à contacter : Candidature, CV et lettre de motivation à adresser à :
Madame VIATOUX - Directrice Déléguée - 03 88 54 11 03 - mviatoux@ch-wissembourg.fr
Information sur le poste : Monsieur le Dr JAZERON - 03 88 54 11 11 poste 21717 - jjazeron@ch-wissembourg.fr
CHI de la Lauter - 24, route de Weiler - 67166 Wissembourg Cedex



Grand Est



APPEL À PARTICIPATION

Si vous êtes un Jeune Gériatre Hospitalier

ADHÉREZ GRATUITEMENT À

L'AJG

**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 pas communiquées
qu'à Réseau Pro Santé pour la distribution de la Gazette du Jeune Gériatre.



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

**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.assojeunesgeriatres.fr

FAITES VIVRE votre site INTERNET !!

