

# LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#18

Août 2018 - NUMÉRO GRATUIT

## VERS LA FIN DU REMBOURSEMENT DES TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET SYNDROMES APPARENTÉS



### FOCUS GÉRIATRIQUE

Qu'est-ce que l'oncogériatrie ?

### CASE REPORT

Infection à *Helicobacter pylori*  
en cause dans la maladie  
d'Alzheimer ?

Association des Jeunes Gériatres

[www.assojeunesgeriatres.fr](http://www.assojeunesgeriatres.fr)



# LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

## #18

### 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

**RESPONSABLE ÉVÉNEMENTIEL**  
Victoire LEROY

**AUTRES MEMBRES DU BUREAU**  
Matthieu PICCOLI, Fanny DURIG



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES  
[www.assojeunesgeriatres.fr](http://www.assojeunesgeriatres.fr)

# SOMMAIRE

**3 EDITORIAL**

**4 ARTICLE THÉMATIQUE**

VERS LA FIN DU REMBOURSEMENT DES  
TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES DE LA MALADIE  
D'ALZHEIMER ET SYNDROMES APPARENTÉS

**8 FICHE PRATIQUE**

PASSER LE CONCOURS DE PH :  
2<sup>ème</sup> étape, l'épreuve orale

**11 FOCUS GÉRIATRIQUE**

QU'EST-CE QUE L'ONCOGÉRIATRIE ?

**13 FICHE DU MÉDICAMENT**

LE POINT DE VUE DU PHARMACOLOGUE ET LE  
POINT DE VUE DU GÉRIATRE

**16 QU'EST-CE QUE LA VIEILLESSE NOUS  
RENVOIE DE NOUS-MÊME ?**

**19 ACTU AJG**

SAISON 2 : #JESUISGERIATRE

**20 CASE REPORT**

INFECTION À HELICOBACTER PYLORI EN CAUSE  
DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER ?

**23 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](mailto:contact@reseauprosante.fr)  
[www.reseauprosante.fr](http://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,

Le numéro 18 de la Gazette a le privilège d'accueillir une nouvelle rubrique et un article inhabituel.

La Fiche du Médicament, sur une idée de l'équipe du CHU de Strasbourg, a pour objectif de confronter la vision du pharmacologue et du gériatre pour une molécule donnée. Nous sommes très heureux de cette nouvelle collaboration et espérons qu'elle se pérennisera.

Nous avons choisi de publier une étude réalisée par une psychologue qui travaille en EHPAD. Elle nous amène à nous questionner sur l'image et les préjugés que nous, professionnels de la gériatrie, pouvons avoir sur le vieillissement et sur les personnes âgées.

L'actualité en gériatrie a été marquée par l'annonce du déremboursement des médicaments contre la Maladie d'Alzheimer. Les différentes sociétés savantes et fédérations concernées (Gériatrie et Gérontologie, Neurologie, Psychiatrie et de Psychogériatrie, Centres Mémoire) « plaident pour un nouvel examen des résultats scientifiques réels des grandes études internationales » afin de laisser une place à ces traitements dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. L'article thématique de ce numéro présente nos différents arguments et vous aidera à vous faire votre propre opinion.

L'Association des Jeunes Gériatres poursuit son chemin, tel que le raconte les dernières actualités de l'AJG. N'hésitez pas à nous contacter par tous les moyens pour toutes questions ou remarques, ou pour nous envoyer vos articles, à paraître dans la Gazette.

Bonne lecture,

**Sophie SAMSO**  
Rédatrice en chef



## VERS LA FIN DU REMBOURSEMENT DES TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET SYNDROMES APPARENTÉS

### Introduction / Histoire

Mis sur le marché à la fin des années 1990, les traitements symptomatiques de la Maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés regroupent les Inhibiteurs de l'Acétylcholinesterase (IACHÉ) et les anti-NMDA (récepteurs neuronaux au N-méthyl-D-aspartate). A l'heure actuelle, aucun traitement ne permet de guérir la maladie ni même d'en empêcher l'évolution. Les traitements disponibles ont donc un effet dit symptomatique, d'ailleurs bien précisé dans les données d'efficacité des produits, à savoir qu'ils ont un effet transitoire sur différents paramètres (cognition, indépendance fonctionnelle, comportement et état clinique général), avant que l'évolution naturelle des troubles ne reprenne son cours<sup>1</sup>.

En 2007, la Commission de transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) a réévalué ces traitements leur attribuant un SMR (Service Médical Rendu) important et une ASMR (Amélioration du Service Médical Rendu) mineure de niveau IV. En 2011, une nouvelle réévaluation juge le SMR faible et l'ASMR absent, le taux de remboursement de ces traitements passe alors de 65 % à 15 %<sup>2</sup>.

Alors que la précédente Ministre de la Santé avait choisi de maintenir le remboursement de ces traitements, Agnès Buzyn a choisi leur déremboursement à compter du 1<sup>er</sup> août 2018. Elle suit donc les recommandations de la HAS qui juge ces traitements inefficaces depuis plus de 10 ans et dont le coût annuel est estimé à 90 millions d'euros en 2015.

Qu'en est-il véritablement de l'efficacité et de l'intérêt de ces traitements dans la Maladie d'Alzheimer ? Que dire à vos patients et à leur famille lorsque vous les recevrez prochainement en consultation mémoire ? Comment gérer cette inégalité d'accès aux soins quand les familles paient déjà un reste à charge important des prestations sociales (aides à domicile, hébergement) et qu'une boîte de Rivastigmine (30 patchs) coûte, selon les données inscrites dans le Vidal<sup>®</sup>, 57 € ?

## Les molécules disponibles

- Trois IACHÉ (Rivastigimine, Galantamine, Donepezil) et 1 anti-NMDA (Mémantine) sont actuellement disponibles sur le marché.
- **Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase** : Leur utilisation repose sur le constat d'un déficit cholinergique important chez les patients souffrant d'une maladie d'Alzheimer.
  - Selon les recommandations HAS, leur **initiation** se fait pour un MMS entre 26 et 10.
  - Contre indications : troubles sévères de la conduction cardiaque, bloc auriculo-ventriculaire type II et III, bradycardie < 50 bpm.
  - Effets indésirables : nausées, vomissements.
  - Introduction très progressive.
- **Anti-NMDA** : En bloquant les effets pathologiques de taux élevés de glutamate, il protégerait d'un dysfonctionnement neuronal.
  - Leur initiation se fait pour les formes modérées à sévères de Maladie d'Alzheimer (MMS compris entre 20 et 3).
  - Contre indications : clairance de la créatinine < 20 mL / min (Cockcroft).
  - Effets indésirables : somnolence, constipation, vomissements.
- En l'état actuel des données, il n'y a pas d'arguments pour recommander une bithérapie.



## Quelles données d'efficacité ?

Tout d'abord et comme pour tout médicament, rappelons que l'Agence Européenne du Médicament (EMA) a mis au point un cahier des charges très précis tant sur les critères diagnostiques de troubles neurocognitifs, que sur les données d'efficacité de ces molécules ou leurs données de sécurité d'emploi<sup>3</sup>. Dans le cadre des traitements symptomatiques de la maladie d'Alzheimer, l'amélioration des symptômes doit être évaluée sur la cognition, les activités de vie quotidienne et la réponse clinique globale. Des critères secondaires sur les symptômes psychocomportementaux, la qualité de vie ou le fardeau de l'aidant sont également cités comme critères d'évaluation.

En 2006, une méta-analyse de la Cochrane<sup>4</sup> a poolé 41 études qui évaluaient l'efficacité et la tolérance des IACHÉ versus placebo. Plusieurs critères ont été analysés : fonctions cognitives, activités de

vie quotidienne, état clinique général et comportement. Les auteurs ont conclu à une efficacité modeste mais significative sur l'ensemble des critères avec, à un an, une différence moyenne entre les deux groupes, de 1,37 points au MMS ( $p < 0.0001$ ), 2,40 points sur l'échelle « Progressive Deterioration Scale » (PDS) d'activité de vie quotidienne ( $p < 0.0001$ ), 2,44 points sur l'échelle Neuropsychiatric Inventory (NPI, qui évalue le comportement) ( $p = 0.004$ ) et également une efficacité sur l'état clinique général.

Une autre méta-analyse de la revue Cochrane intitulée « Rivastigmine for Alzheimer's disease »<sup>5</sup> a quant à elle comparé l'efficacité et la tolérance d'un traitement par Rivastigmine (forme orale jusqu'à 12mg/j ou patch à 9.5mg/j), versus placebo, chez des patients présentant une maladie d'Alzheimer, à 6 et 12 mois. A partir de 13 études contrôlées, randomisées

et en double aveugle, répondant aux critères d'inclusion définis, un effet modeste et d'importance clinique incertaine a été retrouvé. Les effets positifs du traitement ont porté sur la cognition (avec une différence moyenne au score MMS de 0,74 ; 95 % IC 0.52 à 0.97), les activités de vie quotidienne et l'impression clinique globale. Aucune différence sur les troubles psycho-comportementaux ou sur le fardeau de l'aidant n'a en revanche été retrouvée.

Ainsi, si l'efficacité « symptomatique » est certes modeste, elle n'en est pas moins significative sur les différents domaines requis par l'EMA. Les preuves scientifiques existent bel et bien. L'initiation de ces traitements dans le cadre des troubles neurocognitifs, sous réserve de respect de leurs AMM, semble donc avoir un intérêt.

## Quel effet d'un arrêt de traitement ?

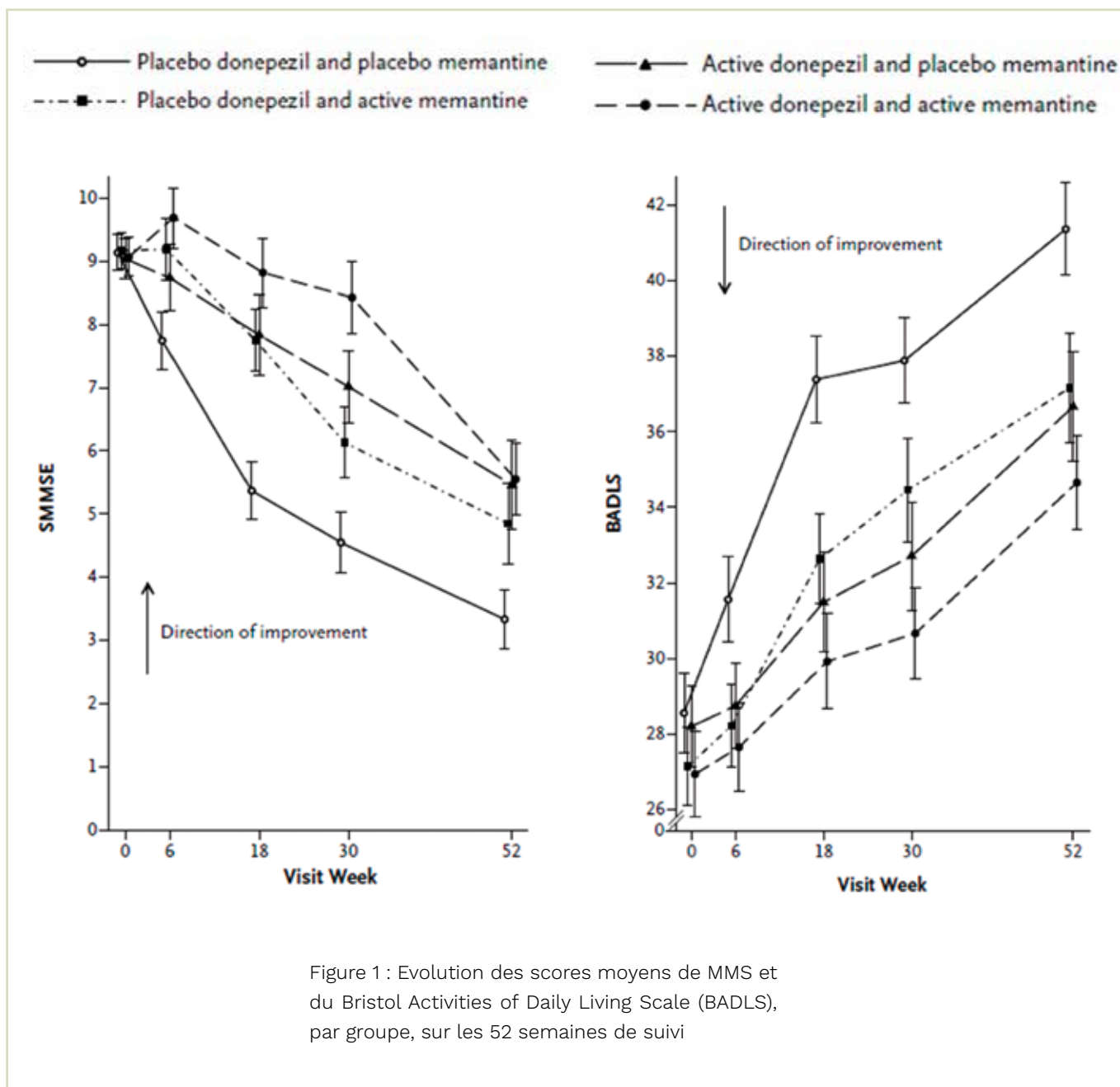
Avec le déremboursement, la question d'arrêter les traitements va se poser. Oui mais quel impact cela va-t-il avoir ?

Pour répondre à cette question, l'étude DOMINO<sup>6</sup> est probablement la plus adaptée. Notons tout d'abord son indépendance vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques et sa publication dans le New England Journal of Medicine. 295 personnes présentant une maladie d'Alzheimer à un stade modéré à sévère (MMS entre 5 et 13) et traités par Donepezil depuis plus

de 3 mois ont été inclus et répartis en 4 groupes : arrêt du traitement (placebo Donepezil, placebo Mémantine), poursuite du traitement (Donepezil 10mg/j, placebo Mémantine), remplacement par la Mémantine (placebo Donepezil, Mémantine 20mg/j), ajout de la Mémantine (Donepezil 10mg/j, Mémantine 20mg/j).

Au terme des 52 semaines de suivi, les patients ayant poursuivi le Donepezil avaient un score de MMS plus élevé d'en moyenne 1,9 points (95 % IC 1,3 à 2,5 ; P<0.001)

et un score BADLS en moyenne plus bas de 3 points (95 % CI 1,8 à 4.3 ; P < 0.001) signifiant une dépendance moindre (Figure 1). Pour les patients traités par Mémantine, versus ceux traités par placebo, le score MMS était en moyenne plus élevé de 1,2 point (95 % CI, 0.6 à 1.8 ; P<0.001) et le score BADLS plus bas de 1.5 points (95 % CI, 0.3 à 2.8 ; P=0.02). L'efficacité du Donepezil versus Mémantine ne différait pas significativement. L'association de ces traitements n'apportait aucun bénéfice significatif.



L'analyse post-hoc<sup>7</sup> de l'étude DOMINO, cette fois-ci parue dans le *Lancet*, montre un risque multiplié par deux d'entrée en EHPAD dans l'année qui suit l'arrêt du traitement, ce sur-risque disparaissant à 3 ans de suivi. En fait, le Donepezil décale d'environ 1 an l'entrée en EHPAD mais les courbes groupe poursuite du

traitement et groupe arrêt du traitement finissent par se croiser, ce qui semble logique pour un traitement dit symptomatique.

Ainsi, l'arrêt des traitements se discute et devra faire l'objet d'une surveillance attentive. Selon les recommandations 2011 de la HAS, la poursuite du traitement « au-delà

de 6 mois doit faire l'objet d'une réévaluation attentive [...]. Au bout de un an de traitement, sa poursuite devra être décidée avec l'aide et le patient si possible, à la suite d'une concertation associant médecin généraliste traitant, gériatre, neurologue ou psychiatre, en relation avec le réseau de soins prenant en charge le patient ».

## Tolérance des traitements

Les données disponibles sont controversées. Selon une étude de 2002<sup>8</sup> qui a évalué la tolérance cardiovasculaire de la Rivastigmine chez 2791 patients dont 34 % recevaient un traitement à visée cardiovasculaire, aucune différence significative par rapport au placebo n'a été mise en évidence qu'il s'agisse de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle ou des intervalles QRS et QT. Une autre étude<sup>9</sup> a quant à elle retrouvé une augmentation faible mais significative du risque de syncope et de

bradycardie, soulignant alors que ces effets cardiovasculaires, bien moins fréquents que les effets indésirables digestifs, sont à considérer. Le risque de syncope et de bradycardie serait même multiplié par deux chez les patients traités par IChE<sup>10</sup>. Des trois IChE, la Rivastigmine est la molécule dont les alertes de pharmacovigilance ont été les plus nombreuses aux Etats-Unis et au Canada<sup>11</sup>

Enfin, une étude de 2010<sup>12</sup> s'est intéressée aux facteurs associés à

la survenue d'événements indésirables graves chez les sujets âgés traités par IChE. Il fut retrouvé que l'âge, la prise de traitement antihypertenseur, antipsychotiques (atypique ou non) ou agissant sur le système digestif, étaient associés à un risque accru d'événements indésirables graves marqués par 16,2 % de troubles digestifs, 11,2 % de troubles du rythme cardiaque et 17 % d'effets indésirables sur le système nerveux central.

**En conclusion**, les traitements actuellement disponibles sur le marché des troubles cognitifs sont plutôt rapportés comme bien tolérés. Leur efficacité est certes modeste mais bien réelle et statistiquement significative comme l'ont montré de façon récurrente et concordante plusieurs essais randomisés et contrôlés en double aveugle contre placebo. Les IChE ont un effet « classe » et sont d'efficacité globalement comparable entre eux. Cette efficacité est perceptible, autant par les prescripteurs que par les patients et leurs familles à condition qu'ils n'attendent pas d'être guéris et soient prévenus que l'objectif est de stabiliser les troubles, si possible de les améliorer, et surtout de différer la perte d'indépendance fonctionnelle. Le déremboursement prévu début août peut ainsi sembler non fondé mais représente pourtant une réalité avec laquelle il faudra désormais composer.

Guillaume DUCHER

## Bibliographie

- Hogan DB, Goldlist B, Naglie G, Patterson C. Comparison studies of cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Lancet Neurol* 2004;3(10):622-6.
- HAS. Commission de la transparence - Rapport d'évaluation des médicaments indiqués dans le traitement symptomatique de la maladie d'ALZHEIMER [Internet]. [cited 2018 Jun 25]; Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/annexe\\_-\\_rapport\\_devaluation\\_des\\_medicaments.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/annexe_-_rapport_devaluation_des_medicaments.pdf)
- GUIDELINE ON MEDICINAL PRODUCTS FOR THE TREATMENT OF ALZHEIMER'S DISEASE AND OTHER DEMENTIAS [Internet]. 2008; Available from: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Scientific\\_guideline/2009/09/WC500003562.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500003562.pdf)
- Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD005593.
- Birks JS, Chong LY, Grimley Evans J. Rivastigmine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;9:CD001191.
- Howard R, McShane R, Lindesay J, et al. Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2012;366(10):893-903.
- Howard R, McShane R, Lindesay J, et al. Nursing home placement in the Donepezil and Memantine in Moderate to Severe Alzheimer's Disease (DOMINO-AD) trial: secondary and post-hoc analyses. *Lancet Neurol* 2015;14(12):1171-81.
- Morganroth J, Graham S, Hartman R, Anand R. Electrocardiographic effects of rivastigmine. *J Clin Pharmacol* 2002;42(5):558-68.
- Howes LG. Cardiovascular effects of drugs used to treat Alzheimer's disease. *Drug Saf* 2014;37(6):391-5.
- Kim DH, Brown RT, Ding EL, Kiel DP, Berry SD. Dementia medications and risk of falls, syncope, and related adverse events: meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(6):1019-31.
- Ali TB, Schleret TR, Reilly BM, Chen WY, Abagyan R. Adverse Effects of Cholinesterase Inhibitors in Dementia, According to the Pharmacovigilance Databases of the United-States and Canada. *PLoS One* 2015;10(12):e0144337.
- Pariante A, Sanctussy DJ-R, Miremont-Salamé G, et al. Factors associated with serious adverse reactions to cholinesterase inhibitors: a study of spontaneous reporting. *CNS Drugs* 2010;24(1):55-63.

## PASSER LE CONCOURS DE PH : 2<sup>ème</sup> ÉTAPE, L'ÉPREUVE ORALE



Vous avez envoyé votre dossier de candidature dans les temps et avez reçu votre convocation pour aller passer une demi-heure à Rungis. Bravo.

La deuxième partie du concours est orale.

Pour le concours de type I, il s'agit d'un entretien avec le jury (notée sur 100 points). Pour le concours de type II, l'épreuve orale évalue les connaissances professionnelles (notée sur 200 points).

### L'entretien avec le jury

Nous vous conseillons d'arriver bien avant l'heure, certains ne se présentent pas à l'épreuve orale, et il est ainsi possible de soutenir plus tôt que l'heure initiale prévue.

Le jury est composé de 4 membres, nommés par tirage au sort. La composition du jury n'est pas diffusée avant l'épreuve, elle est affichée sur le lieu, le jour des auditions.

Il est fortement conseillé de présenter un diaporama Power Point lors de cet entretien, mais rien n'est strictement obligatoire. Si vous préparez un Power Point, imprimez-le en plusieurs exemplaires, à distribuer au jury si le rétroprojecteur ne fonctionne pas le jour J.

La présentation est constituée de 3 parties équilibrées (en 10 minutes) :

- Parcours personnel avec travaux publiés, posters et communications orales en congrès (avec leurs dates).
- Poste actuel avec activité et missions actuelles, à l'échelle du service et à l'échelle de l'hôpital ; activités extrahospitalières (participations aux congrès, associations, sociétés savantes).
- Projets au sein du service et au sein de l'établissement.

Il faut montrer que vous êtes attendu, que vous postulez un poste précis, prévu pour vous, insister sur le côté « équipe » « institution ».

Il faut aussi savoir répondre aux questions relatives à votre service : les chiffres d'activité, le nombre de lits, le nombre d'ETP de médecins, etc.





## L'épreuve orale de connaissances professionnelles

Il s'agit d'une question « simple » qui peut toucher tous les domaines de la gériatrie (cardiologie, endocrinologie, neurologie, chutes, etc.). Vous avez un temps de préparation de 15 minutes avant de présenter à l'oral votre réponse qui devra être structurée .



A la fin de la semaine des oraux de la spécialité gériatrie, la liste des candidats reçus est disponible sur le site du Centre National de Gestion (CNG).

Enfin, vous recevrez à votre domicile le relevé de vos notes, par épreuve. Les candidats avec la moyenne seront reçus.

Vous n'êtes pas encore titularisé. Une fois les postes publiés officiellement, il vous faudra candidater dans les 15 jours sur le poste vous concernant, en envoyant un dossier de candidature avec accusé de réception auprès de votre hôpital et auprès du CNG.

Ce dossier comprend (pour l'hôpital et pour le CNG) :

- Un acte de candidature.
- Un curriculum vitæ.
- Une déclaration par laquelle le

candidat s'engage à se conformer au règlement en vigueur dans l'établissement où il sera nommé.

- Un engagement à établir sa résidence effective à proximité du lieu d'exercice de ses fonctions.

Pour le dossier adressé au CNG, pièces supplémentaires :

- Une copie du livret de famille ou à défaut une attestation sur l'honneur permettant l'identification du père et de la mère du candidat destinée à renseigner la demande d'extrait de casier judiciaire par l'administration.
- Une attestation d'inscription à l'Ordre professionnel compétent, datant de moins de trois mois à la date de clôture des candidatures.

- Une attestation, sur l'honneur, établie par le candidat de position régulière vis-à-vis des obligations militaires de l'Etat dont le candidat est ressortissant.
- Un certificat d'aptitude physique et mentale datant de moins de trois mois.

Le CNG vous fera parvenir dans un second temps votre arrêté de nomination et vous demandera les justificatifs permettant de « calculer » l'échelon qui vous sera attribué.

Pour plus de précisions, n'hésitez pas à consulter le site internet du CNG : [www.cng.sante.fr](http://www.cng.sante.fr).

N'hésitez pas à contacter l'AJG pour vous aider !

**NB :** Ces informations concernent le concours de PH de l'année 2017-2108 et certains éléments sont susceptibles d'être modifiés.

SAVE THE DATE



# 14<sup>ÈMES</sup> JOURNÉES NATIONALES

# SoFOG

SOCIÉTÉ FRANCOPHONE  
D'ONCO-GÉRIATRIE

**NICE** - ACROPOLIS

20 & 21 sept. 2018

- ▶ *Cancers de la femme*
- ▶ *Restons connectés*

Événement organisé par **COMM Sante**



Contacts :  
[info@comm-sante.com](mailto:info@comm-sante.com)  
05 57 97 19 19

Toutes les actualités du congrès  
et les inscriptions en ligne  
[www.congres-sofog.com](http://www.congres-sofog.com)

## QU'EST-CE QUE L'ONCOGÉRIATRIE ?

A l'occasion des 14<sup>èmes</sup> journées nationales de la Société Francophone d'Onco-Gériatrie (SoFOG), qui auront lieu à Nice le 20-21 Septembre, nous sommes revenus sur cette discipline en pleine expansion et avons pu rencontrer le Dr Boulahssass, oncogériatre à l'UCOG Paca-est et secrétaire de la SoFOG.

### Qu'est-ce que l'oncogériatrie ?

L'oncogériatrie est le rapprochement de deux spécialités, la cancérologie et la gériatrie. Cette pratique vise à garantir à tout patient âgé atteint de cancer un traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire et multi professionnelle. Des appels à projets INCa/DGOS depuis 2009 ont permis le déploiement de 24 unités de coordination en oncogériatrie et quatre antennes d'oncogériatrie en France.

#### Pourquoi ?

L'incidence du cancer augmente régulièrement au cours de la vie. Le cancer est donc, surtout, une **pathologie du sujet âgé**. En 2015, 233 943 nouveaux cas de cancer sont estimés chez les personnes âgées de 65 ans et plus en France métropolitaine, soit 60,9 % des cancers diagnostiqués tous âges confondus. Parmi eux, 57,6 % surviennent chez l'homme. Pour les personnes âgées de 85 ans et plus, 14 947 nouveaux cas de cancers sont estimés, soit 10,9 % de l'ensemble des cas diagnostiqués (8,6 % parmi les hommes et 13,7 % parmi les femmes).

Chez les hommes, les cancers les plus fréquents sont : le cancer de la prostate (35 792 estimés en 2011), le cancer du poumon (18 237 estimés en 2015), et le cancer colorectal (16 789 estimés en 2015).

Chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent (25 283) suivis du cancer colorectal (14 429) et du cancer du poumon (7910) selon les estimations en 2015.

La survie varie selon la localisation du cancer. En 2015, 112 596 décès par cancer sont estimés chez les personnes âgées de 65 ans et plus, dont 55,6 % chez l'homme, soit 75,3 % du total des décès par cancer.

#### Quelles sont les missions des unités de coordination en oncogériatrie ?

Les unités de coordination en oncogériatrie ont pour objectifs d'améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et de rendre accessible ce dispositif sur l'ensemble du territoire.

On retrouve 4 principales missions :

- Adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gériatres.

- Promouvoir la prise en charge de ces patients dans la région afin de la rendre accessible à tous.
- Contribuer au développement de la recherche en oncogériatrie, notamment en impulsant des collaborations interrégionales.
- Soutenir la formation et l'information en oncogériatrie.

#### L'évaluation gériatrique en cancérologie

L'évaluation gériatrique standardisée est un outil utilisé par les gériatres depuis plusieurs années, qui vise à évaluer la personne âgée dans son ensemble, s'attachant de manière systématique à couvrir tous les aspects du vieillissement et de ses conséquences. Il s'agit d'un outil fiable et reproductible permettant d'individualiser des groupes homogènes de patients afin de permettre d'adapter au mieux leurs prises en charge. Elle explore l'état fonctionnel, les comorbidités, l'état nutritionnel, l'état cognitif, l'état psychologique, et le statut socio-économique.

Elle permet de reconnaître les syndromes de fragilités gériatriques, d'évaluer les comorbidités réversibles et d'estimer les problèmes psychologiques et sociaux pouvant interférer avec le traitement du cancer. Le but de l'oncogériatre est d'aider les oncologues dans leurs décisions de prise en charge thérapeutique, mais également de proposer une prise en charge gériatrique associée, et ceci afin d'améliorer le pronostic du patient en préservant une qualité de vie satisfaisante.

Afin de détecter la pertinence d'une évaluation gériatrique complète, plusieurs outils de dépistage de la fragilité gériatrique en cancérologie sont utilisés dont le G8 (P. Soubeyran et al, *Plos-One* 2014). Un score inférieur ou égal à 14 au G8 doit conduire à un recours à une évaluation gériatrique plus complète.

### Le futur ?

Le plan cancer 2014-2019 prévoit d'améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer,

notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée dans cette population. L'offre des essais cliniques, aujourd'hui, ne reflète pas l'épidémiologie des cancers du sujet âgé. En effet, environ 1 à 2 % de la population âgée de 75 à 85 ans est incluse dans des essais cliniques en cancérologie. De nombreux appels à projets ont été lancés par l'institut national du cancer et ses partenaires afin de développer la recherche clinique en oncogériatrie.

### Références

- Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2013. 122 p. Disponible sur le site de l'InVS et celui de l'Inca.
- Grosclaude P, Remontet L, Belot A, Danzon A, Rasamimanana Cerf N, Bossard N. Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2007. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Synthèse. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, 2013. 410 p.
- Monneret A, Remontet L, Maynadié M, Binder-Foucard F, Belot A, Troussard X, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012. Partie 2 - Hémopathies malignes. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2013. 88 p.
- Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008 - Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Boulogne-Billancourt, juillet 2014.
- Les cancers en France en 2013. Collection Etat des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'Inca, Boulogne-Billancourt.
- Terret C, Zulian G, Droz JP. Statements on the interdependence between the oncologist and the geriatrician in geriatric oncology. *Crit Rev Oncol Hematol* 2004 ; 52 : 127-33.
- Wieland D, Hirth V. Comprehensive geriatric assessment. *Cancer Control* 2003;10:454-62.
- Parmelee PA, Thurman PD, Katz IR et al. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. *J Am Geriatr Soc*. 1995 ;43(2):130-7.
- Balducci L, Extermann M. Management of the frail person with advanced cancer. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2000 ;33(2):143-8.
- Repetto L, Venturino A, Serraino D et al. Geriatric oncology: a clinical approach to the older patient with cancer. *Eur J Cancer* 2003;39:870-880.

## Rencontre avec le Dr Boulahssass

*Dr Boulahssass, vous êtes oncogériatre au sein de l'UCOG PACA EST, qu'est-ce qui vous a attiré dans la pratique de l'oncogériatrie ?*

Il y a 3 points qui m'ont attiré dans cet exercice :

- 1) La réflexion médicale sur les cas difficiles, avec cette notion de balance bénéfique/risque, tenter d'être bienfaisant sans obstination déraisonnable, avec toute la complexité des cas qui fait la beauté de la pratique de la gériatrie.
- 2) Le travail en collégialité avec les différents intervenants avec une notion d'équipe élargie.
- 3) Enfin, la perpétuelle acquisition de connaissances avec une discipline comme l'oncologie où les avancées thérapeutiques et innovations diverses sont toujours exaltantes.

*La gériatrie est en pleine expansion, notamment avec la création du DES de gériatrie. Y a-t-il une place pour les jeunes gériatres en oncogériatrie ? Si oui, comment se former ?*

Evidemment les jeunes doivent se former, mais avant tout au métier de gériatre car avant tout un bon oncogériatre est un bon gériatre. Il me semble important, comme je l'ai fait lors de mon dernier choix d'interne, de pouvoir faire un semestre en oncologie afin de mieux comprendre la thérapeutique. Les DU, les congrès et le compagnonnage sont évidemment différents modes de formation.

*La 14<sup>ème</sup> édition des journées nationales d'oncogériatrie aura lieu le 20 et 21 septembre à Nice, que pouvez-vous nous dire pour nous convaincre d'y assister ?*

La SOFOG sera à Nice en septembre (ceci est déjà un bon argument !). Plus sérieusement, il y aura deux thèmes phares : les cancers de la femme âgée et « restons connectés ». Mais on retrouvera aussi des cas cliniques, la mise en avant des avancées en oncogériatrie, un focus sur la recherche et des sessions sur les thématiques phares, avec je l'espère, beaucoup d'interactions en collégialité. Les jeunes auront également une réunion dédiée pour dynamiser notre société.

14<sup>èmes</sup> journées SoFOG, les 20-21 septembre à Nice. Toutes les informations seront sur <http://www.congres-sofog.com/>.  
Tarifs Etudiant/Interne : 50 euros jusqu'au 5/07 puis 100 euros. Tarifs médecins 360 Euros.



# LE POINT DE VUE DU PHARMACOLOGUE ET LE POINT DE VUE DU GÉRIATRE LE NÉFOPAM ACUPAN®



## Point de vue du pharmacologue

L'utilisation du néfopam 20 mg injectable sur un sucre ou dilué dans un verre d'eau est devenu une pratique courante qui se heurte à un questionnement pharmacologique d'ordre pharmacodynamique et pharmacocinétique.

En effet, cette substance a été commercialisée comme antidépresseur du fait de ses effets inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la dopamine avant d'être « recyclée » comme antalgique. A noter qu'elle est aussi un anticholinergique. Elle était alors administrée à raison de 30 mg/prise 4 fois par jour et par voie orale. Les données de pharmacocinétique dataient de 1980<sup>1</sup> et montraient une biodisponibilité orale moyenne (40 %) avec une  $C_{max}$  très variable (29-67 ng/ml) un  $t_{max}$  à 2h et un temps de demi-vie d'élimination court estimé à 4 heures.

On considère que 60 mg oral équivaut à 20 mg administré par voie

intramusculaire. Son métabolisme hépatique génère un métabolite actif, le déméthylnéfopam. A ce jour, aucune étude clinique n'a jamais évalué l'efficacité antalgique de l'administration orale de 20 mg de la forme injectable et ce, que ce soit sur un sucre, pour en passer le mauvais goût, ou après dilution dans l'eau. Un travail très récent vient de réévaluer la pharmacocinétique du néfopam administré en comprimé et par voie orale à la dose de 75 mg chez des volontaires sains<sup>2</sup>. Il confirme un  $t_{max}$  aux alentours de 2-3 heures et une  $t_{1/2}$  d'élimination d'environ 4 heures avec formation rapide du métabolite actif qui prolonge les effets. Par contre, aucune courbe n'est disponible pour une dose unique de 20 mg.

Au total, à l'ère de « la médecine par les preuves », l'administration du néfopam injectable, par voie orale et à la dose de 20 mg se heurte à l'absence de données

solides de pharmacocinétique et d'efficacité. Tout au plus peut-on affirmer que le produit passe certainement la barrière digestive, avec une mauvaise biodisponibilité et un pic de concentration aux alentours de 2-3 heures après son administration. Sa pharmacodynamie, et en particulier son effet anticholinergique associé à sa latence d'action, ne font certainement pas de ce produit une molécule de choix pour l'urgence en gériatrie. Son association à des médicaments sérotoninergiques indirects, tels que les antidépresseurs et le tramadol, expose de plus à un risque de syndrome sérotoninergique.

Laurent MONASSIER

## Bibliographie

1. Heel et coll. DRUGS 1980, 19(4) : 249-267.
2. Mittur, Eur J Drug Metab Pharmacokinetic.



### Point de vue du gériatre

Le néfopam est un antalgique non opioïde d'action présumée centrale dont le mécanisme d'action est mal connu. Il possède des propriétés anticholinergiques et sympathicomimétiques.

Les voies d'abord validées sont la voie intraveineuse et la voie intramusculaire. Il n'existe pas de données cliniques validées pour la voie orale (« sur un sucre »).

Il est indiqué comme traitement symptomatique des affections douloureuses aiguës, notamment des douleurs post-opératoires.

Il abaisse le seuil épileptogène, expose au risque de rétention urinaire en cas d'obstacle uréthro-prostatique et de glaucome aigu en cas de fermeture de l'angle. Le néfopam n'est pas dépressur respiratoire.

Les effets indésirables comprennent principalement la rétention urinaire, les nausées, la sécheresse buccale, la somnolence, l'hyperhydrose et la confusion.

Il existe peu de données concernant l'efficacité du néfopam dans la prise en charge de la douleur chronique. La majorité des revues systématiques et recommandations concernent la douleur aiguë ou post-opératoire. Deux revues systématiques Cochrane évaluant l'efficacité d'une dose unique de néfopam dans la prise en charge de la douleur post-opératoire, observent respectivement l'insuffisance de données en faveur d'une efficacité du néfopam et l'absence de données issues d'essais thérapeutiques<sup>1,2</sup>. Une autre revue systématique de Cochrane évaluant l'efficacité du néfopam dans la

polyarthrite rhumatoïde, incluant trois petits essais thérapeutiques, comprenant de nombreux biais, n'objective qu'un faible niveau de preuve de l'efficacité du néfopam par rapport au placebo. Des effets indésirables sont cependant rapportés<sup>3</sup>.

Au total, tant en raison de ses propriétés pharmacologiques (effets anticholinergiques) que de son rapport bénéfice/risque en clinique qui est peu favorable, le néfopam n'est pas un antalgique à utiliser en première intention chez la personne âgée. L'efficacité de la voie orale n'est pas démontrée.

**Thomas VOGEL**

### Bibliographie

1. Kakkar M, Derry S, Moore RA et al. Single dose oral nefopam for acute postoperative pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009.
2. Moore RA, Derry S, Aldington D et al. Single dose oral analgesics for acute postoperative pain in adults -an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015.
3. Richards BL, Whittle SL, Buchbinder R. Neuromodulators for pain management in rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012.



# Télémédecine en EHPAD

## Les clés pour se lancer

**Un livre montrant les intérêts de la télémédecine en EHPAD et donnant la marche à suivre pour construire un projet**

Comment assurer une prise en charge de qualité en EHPAD, sans transport et sans stress pour les résidents ? Comment obtenir des avis spécialisés à temps et éviter le recours aux urgences ? Comment dénouer des situations complexes sans hospitaliser ?

La télémédecine répond à ces questions en donnant aux établissements un accès facilité aux spécialistes. Sa faisabilité est démontrée aujourd'hui : des soignants la pratiquent et les résidents approuvent. Nathalie Salles le raconte dans ce livre à travers l'expérience de deux établissements. Elle détaille ensuite les raisons de pratiquer la télémédecine en EHPAD, les bénéfices pour les parties prenantes (patients, soignants de l'établissement, médecins traitants, spécialistes requis, familles des résidents...), les éléments à connaître avant de se lancer et la marche à suivre. Puis, elle donne les clés pour réussir son projet et trace les perspectives de cette nouvelle façon de soigner en maison de retraite médicalisée.

Un ouvrage indispensable pour tous ceux qui veulent améliorer les soins en EHPAD.

Consultez le sommaire et un extrait du livre sur [www.edition-lecoudrier.fr](http://www.edition-lecoudrier.fr)



### L'auteur

**Nathalie Salles** est gériatre, professeur des universités et chef du pôle de gériatrie clinique du centre hospitalier universitaire de Bordeaux. Depuis 2012, elle est le pilote médical de l'expérimentation aquitaine de télémédecine menée dans plus de 50 EHPAD. Membre actif de la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), elle est également présidente élue de la Société française de télémédecine (SFT).

### La presse en parle

« Soignants et directeurs d'EHPAD, médecins généralistes et spécialistes, équipes hospitalières et décideurs trouveront dans cet ouvrage toutes les explications pour donner aux résidents d'EHPAD accès à des soins de qualité dans leur lieu de vie. »

*Gestions hospitalières*

« Un manuel théorique et pratique à avoir dans sa bibliothèque et à diffuser auprès des collègues. »

*La Revue de gériatrie*



# QU'EST-CE QUE LA VIEILLESSE NOUS RENVOIE DE NOUS-MÊME ?

Pensez-vous connaître un homme noir parce qu'il est noir, tout savoir d'une femme simplement parce qu'elle est une femme, d'un gros parce qu'il est gros ou d'un petit parce qu'il est petit ? ... Si le processus de catégorisation sociale est un processus normal et quasi automatique, il faut y faire attention parce qu'il est réducteur et parfois discriminant. Selon l'Eurobaromètre des statistiques de discrimination en Europe, l'âge constitue le facteur de discrimination le plus important. Le concept d'âgisme développé par Marie Massé et Philippe Meire décrit bien ce phénomène : « [Il] équivaut à catégoriser les personnes et à les discriminer uniquement sur la base de leur appartenance à un groupe d'âge en ne prenant plus en compte ni leurs caractéristiques singulières, ni l'influence de facteurs contextuels »<sup>1</sup>. Notre société valorise la jeunesse, la rapidité, la force et le dynamisme. Elle combat le temps avec ferveur, à coup de campagnes de prévention pour un mode de vie sain et de crèmes anti-âge. Manger cinq fruits et légumes par jour, éviter de manger trop gras, trop sucré, trop salé... Fumer tue. Boire tue aussi. Et vieillir ?

Dans ce contexte, la position de la personne âgée a fondamentalement changé. Là où elle était le pilier d'un monde exclusivement rural, elle devient inutile, voire elle ralentit un monde désormais majoritairement urbain où vitesse, productivité et performance sont devenues des valeurs-phares. A quoi peut donc se raccrocher la personne vieillissante qui voudrait conserver un tant soit peu d'estime d'elle-même ? Si elle reste active, si elle prend soin d'elle et de sa santé, on pourra peut-être la classer de « jeune-vieille », comme tous ces « seniors » que l'on voit dans les magazines... Mais dès lors que, « vieille-vieille », elle sera rattrapée par la maladie, le handicap ou la dépendance, alors elle sera aussitôt catégorisée dans des stéréotypes négatifs. D'autre part, les expériences faites auprès des équipes soignantes confirment que les soignants sont tout autant concernés par les stéréotypes âgistes que la population. Stéphane Adam<sup>2</sup> relate une expérience faite à ce sujet : il a demandé à des infirmiers travaillant en oncologie de citer les 5 premiers mots leur venant à l'esprit lorsqu'ils pensaient à une personne âgée et il en a fait un nuage de mots qui parle de lui-même :



■ Mots neutres (de -1 à +1) ■ Mots positifs (de +1 à +5) ■ Mots négatifs (de -1 à -5)

Figure 1. Nuage de mots

Les mots cités par les infirmiers en oncologie font référence à la personne âgée. Plus le mots est fréquemment cité, plus il est grand.

1 Masse M, Meire P. L'âgisme, un concept pertinent pour penser les pratiques de soins aux personnes âgées ? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012; 10(3) :333-41 doi:10.1684/pnv.2012.0364.

2 Adam S. Conséquences de l'âgisme sur les attitudes de soin *L'observatoire de l'âgisme*.



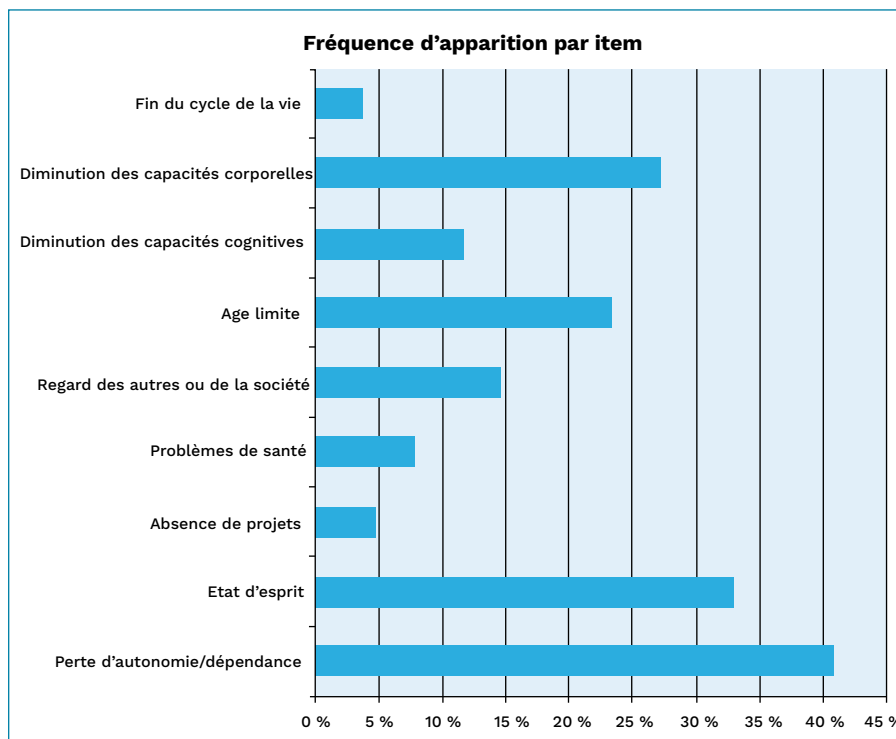
Sur la base de ces considérations, nous nous sommes demandés si ces stéréotypes impactaient les professionnels travaillant en gériatrie, tant dans le regard qu'ils portent sur la vieillesse que dans leurs pratiques. Pour ce faire, nous avons diffusé un questionnaire à destination des agents (agents administratifs, AS, ASH, IDE, auxiliaires médicaux, animatrice, art-thérapeute, psychologues, médecins, encadrement...) travaillant au sein des services de gériatrie du Centre Hospitalier d'Angoulême. Il comportait trois questions ouvertes sur ce sujet :

- Pour vous, à partir de quel moment peut-on se considérer vieux/vieille ? Pourquoi ?
- Travailler auprès des personnes âgées était-il votre projet ? Pourquoi ?
- Encourageriez-vous un parent à venir habiter en EHPAD ? Pourquoi ?

Construire cette étude sous un format descriptif était un choix

car elle avait aussi et surtout pour objectif d'être utilisée comme un outil de sensibilisation, pour ouvrir une réflexion collective autour de ces questions. 103 personnes y ont répondu anonymement. Une étude lexicale nous a permis de faire apparaître les mots-clés les plus fréquemment cités

dans ces écrits. Ainsi, concernant la vieillesse, tout corps de métier confondu, les trois principaux thèmes évoqués étaient « Dépendance et/ou perte d'autonomie » à hauteur de 41 % ; « Etat d'esprit » à hauteur de 33 % ; et « Diminution des capacités corporelles » à hauteur de 27 %.



Pour une majorité de professionnels, la gériatrie n'était pas un choix premier (54 %) mais sur ce pourcentage, la moitié expliquait avoir changé d'avis ou se justifiait par des arguments positifs tels que l'importance du relationnel dans les échanges avec ce public, ou encore le partage d'expérience et la transmission de connaissances. Ils soulignaient également qu'il s'agit d'un accompagnement spécifique, global et pluridisciplinaire.

Les agents ne conseillaient pas l'entrée en EHPAD (43 %) et 44 % l'encourageaient uniquement en dernier recours. Le tiers de cet échantillon justifiait son propos par le manque de moyens alloués et un accompagnement qu'ils jugeaient inadapté au rythme de la personne.

Si l'on croise ces données avec la fonction des agents interrogés, on note que la notion de dépendance/perde d'autonomie a été évoquée majoritairement par les équipes soignantes et les agents administratifs. L'état d'esprit est apparu principalement dans le groupe « auxiliaires » et chez les agents administratifs. La diminution des capacités corporelles a autant été énoncée chez les soignants que chez les auxiliaires. On retrouve l'encadrement plutôt dans les items liés au versant relationnel et « Regard des autres ou de la société ».

Ainsi, cette étude réalisée auprès des agents hospitaliers nous montre que l'on retrouve les mêmes ambivalences que dans la population : une vision de la personne âgée neutre ou relativement

bienveillante avec la fameuse notion du « C'est dans la tête », « C'est un état d'esprit », et une vision de la personne âgée qui commence à perdre ses capacités physiques et mentales, qui décline... On note que la profession change simplement l'angle de vue par lequel cette question est abordée - selon les priorités de chacun, telles qu'elles ont été valorisées au cours de sa formation : « autonomie », « capacités », « regard de l'autre ou de la société »... mais les images restent globalement les mêmes.

En somme, la personne âgée bénéficie d'un léger regain de son image si elle « vieillit bien », mais si elle se dégrade, on bascule sur un versant négatif dès que surgissent les problèmes de santé et la dépendance. Or, quelles sont

les personnes que l'on retrouve le plus en EHPAD ? Celles qui sont dépendantes, malades et/ou handicapées. En ce sens, les agents sont beaucoup plus confrontés à cette image et donc plus vulnérables aux stéréotypes âgistes. On peut néanmoins modérer notre propos par le constat que l'expérience de la rencontre avec la personne âgée peut parfois faire évoluer les opinions, comme le démontrent les réponses à notre deuxième question.

Ces images, sans que l'on en ait forcément conscience, influencent nos pratiques. Nous aurons tendance à surprotéger les personnes âgées, en utilisant souvent un langage condescendant, en parlant trop fort, en faisant les choses à leur place, en adoptant des attitudes infantilissantes, etc, tant et si bien que ces stéréotypes, à force de s'ancrer dans l'esprit de chacun, finiront par se réaliser... Une résidente que l'on estimera « autonome » aura moins de contact avec les soignants et donc elle y perdra relationnellement, ce qui ne l'encouragera pas à préserver cette indépendance. Quant à celle dont on pensera qu'elle a besoin d'aide, elle finira par croire qu'elle est vraiment l'image qu'on lui renvoie. Et donc certaines études démontrent qu'une personne âgée est moins performante dans une tâche lorsqu'elle est aidée, du fait qu'elle ne s'estime pas capable de la faire seule. La bienveillance et la prévention sont des valeurs tout à fait respectables, mais le juste milieu n'est pas toujours facile à trouver.

Alors, quelles réponses concrètes peut-on apporter à ce phénomène ? Il nous faudrait en premier lieu sensibiliser dès le plus jeune âge à toutes ces questions en

proposant aux enfants des images différentes de celles qui leur sont proposées actuellement, notamment par le biais de vraies rencontres, singulières, d'échanges avec « nos vieux » lors d'activités qui ne mettent en échec ni les uns ni les autres. Autre possibilité : organiser des ateliers qui favorisent des objectifs psychosociaux et ainsi offrir aux résidents des temps qui leur permettent d'échanger, de donner leur avis sur tout et n'importe quoi, de rencontrer les autres, de vivre... sans avoir toujours l'impression qu'on les surveille. Redonner aux personnes âgées un sentiment de maîtrise sur leur vie est primordial et remplir cet objectif peut s'accomplir par n'importe quelle activité dès lors qu'elle est utilisée comme une médiation, avec le but de générer une dynamique relationnelle. Partager une activité ensemble, quel que soit l'âge. Prendre le temps ! Même quand on imagine le perdre. Et ne pas s'autocensurer sous le prétexte que, peut-être, « ils n'en seront pas capables ». Enfin, sensibiliser les professionnels à leurs attitudes « âgistes » inconscientes. Leur proposer de s'interroger sur leur propre vision du vieillissement et sur ce que la vieillesse leur renvoie d'eux-mêmes. Pourquoi ces images faussées prennent-elles autant de place ? Contre quoi viennent-elles lutter ?

« *Quelle est la fonction sociale de ce vieillard grabataire, incontinent, dément, abattu ou agité ?* » se questionne Michel Billé, sociologue, dans son essai de gérontologie sociale « *Il y a fort à craindre que nous n'attendions qu'une chose : qu'il se taise et quitte la scène ! Pourtant il y remplit, mais de façon méconnaissable la fonction la plus difficile, la plus noble*

*aussi : celle de l'intellectuel, du philosophe, qui consiste à interroger sans relâche ses contemporains sur le sens qu'ils donnent ou qu'ils reconnaissent à la vie, à la vieillesse, à la mort, à ce que c'est qu'être homme, à ce que c'est que l'humanité. Quand bien même la fonction sociale des personnes âgées se réduirait finalement à poser la question du sens de la vie, si nous lui reconnaissons cette fonction, alors la vieillesse vaudrait véritablement d'être vécue* »<sup>3</sup>.

Nous vivons, notre corps évolue... naturellement nous nous dégradons petit à petit... si nous avons la chance de vivre longtemps. Et puis un jour nous mourrons. Voilà donc peut-être ce qui nous angoisse, ce que l'on ne veut pas voir et que nous rejetons si fortement. C'est la nature humaine, tout simplement. Malgré tout ce que l'on a pu inventer, nous restons une espèce parmi les autres espèces vivant sur cette planète. Une espèce comme une autre. Dès lors, peut-être devrions-nous faire preuve d'un peu plus d'humilité en prenant du recul par rapport aux valeurs dominantes de notre société. Productivité. Performance. Perfection. En quoi tout cela nous aidera-t-il au crépuscule de notre vie ?

La vieillesse n'est pas un naufrage. Elle est une étape de la vie qui nous renvoie à notre nature d'homme. Face au miroir et au temps qui passe, il appartient à chacun de définir le sens qu'il veut donner à sa propre existence.

Anaïs GUILBAUD

3 M. Billé. *La chance de vieillir*. 2004. L'Harmattan

# 8 Raisons de choisir la gériatrie

## SAISON 2 : #JESUISGERIATRE

Les Epreuves Classantes Nationales (ECN) désormais terminées, le moment est venu de lancer la seconde saison de #jesuisgeriatre, large campagne destinée à promouvoir la spécialité de gériatrie auprès des étudiants en médecine.

Parce que les clichés sur notre travail sont encore trop présents, parce que nous sommes une spécialité médicale au même rang que toutes les autres, parce que les défis à venir sont énormes, parce que les perspectives d'avenir sont belles, parce que nos personnes âgées méritent qu'on prenne soins d'eux et parce qu'on aime notre spécialité, 8 bonnes raisons de choisir la gériatrie (parmi des centaines bien sûr) ont été illustrées par une vidéo punchy qui veut casser les fausses idées reçues de notre travail.

Rendez-vous sur le site web pour découvrir la vidéo et la campagne promotionnelle.

Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Collège National des Enseignants Gériatres et Association des Jeunes Gériatres ont travaillé ensemble, avec le magazine des jeunes médecins What's up doc pour monter cette campagne, parce que la gériatrie c'est aussi un travail d'équipe pluridisciplinaire ! N'hésitez pas à relayer aussi largement que possible.

## Réouverture des adhésions et adhésions payantes

En seulement 3 mois de réouverture des adhésions, près de 130 personnes, anciens et nouveaux adhérents se sont inscrits ! Merci infiniment.

Comme vous le savez peut-être, l'AJG relance ses adhésions payantes (20 €/an pour les étudiants & internes ; 30 €/an pour les médecins thésés) dès le mois de novembre et a donc élaboré un pack d'avantages complet :

- Accès à de nombreux contenus scientifiques déposés par les membres de l'AJG.
- Intégration au réseau de l'AJG via la mailing list, les réseaux sociaux et tout mode de communication envisageable.
- Des tarifs préférentiels pour plusieurs congrès (qui vous seront relayés par mail).
- Des bourses qui seront développées pour des projets recherches, des congrès...
- Tout autre avantage qui pourra être négocié dans l'intérêt de la communauté des jeunes gériatres le sera bien évidemment.
- Accès web aux différents numéros de la seule revue indexée française « Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement ».
- Tarif préférentiel pour l'abonnement à La Revue de Gériatrie (99 €/an au lieu de 180 €).



### Prochaine Assemblée Générale Ordinaire de l'AJG

Comme d'habitude celle-ci se déroulera lors des Journées Annuelles de la SFGG. Date, heure et salle vous seront communiquées par mail et via le site web prochainement.

Guillaume DUCHER

# INFECTION À HELICOBACTER PYLORI EN CAUSE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER ?

La maladie d'Alzheimer (MA) est une des premières causes de maladies neurodégénératives [1]. L'évolution vers cette pathologie serait la conséquence d'une combinaison de différents facteurs dont l'âge, terrain génétique et des facteurs environnementaux comme l'inflammation chronique [2]. *Helicobacter pylori* (HP), bactérie du tube digestif, provoque chez la personne infectée une gastrite chronique avec un retentissement vasculaire et pourrait avoir une influence dans la progression de la MA.

## Matériel et Méthode - Cas clinique

Mme L., patiente de 83 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle (sous inhibiteur calcique et beta bloquant) et dyslipidémie (sous Atorvastatine) était suivie en consultation gériatologique pour des troubles cognitifs dégénératifs de type maladie d'Alzheimer au stade sévère avec syndrome dépressif traité par Escitalopram.

Depuis plusieurs semaines, elle présentait une anorexie avec une symptomatologie oro-digestive avec une dysphagie aux solides puis aux liquides, d'évolution rapidement progressive. D'abord mis sur le compte de troubles du comportement, le traitement de fond a été réévalué avec une augmentation de posologie de l'Escitalopram à 10 mg/j, puis avec switch par Mirtazapine à posologie de 15 mg/j au bout d'un mois sans amélioration.

Devant le retentissement clinique : perte de plus de 5 kg et absence complète de prise alimentaire et médicamenteuse, la patiente est hospitalisée en Court Séjour Gériatrique.

Le bilan biologique de première intention ne met pas en évidence d'anémie ni de syndrome inflammatoire. L'ionogramme n'est pas perturbé. La patiente est dénutrie modérément (albumine 32 g/l, CRP 5 mg/l). Une évaluation orthophonique ne retrouve pas d'élément en faveur de fausses routes. Un soutien psychologique est proposé, retenant une part anxieuse aux troubles alimentaires. Un scanner cervico-thoracique est revenu normal.

Devant un bilan de 1<sup>ère</sup> intention négatif, une fibroscopie œsophagienne avec prélèvement anatomo-pathologiques (Figure 1) a été

réalisée. Le diagnostic de lésion de gastrite chronique antrale et fongique modérément inflammatoire, non évolutive et non atrophique sans métaplasie mais avec *Helicobacter pylori* et sans dysplasie est posé.

Un traitement par l'association Bismuth-métronidazole-tétracycline 4x/j associée à Oméprazole 40mg 2x/j pour une durée de 10 jours est proposé. Un test à l'urée marquée sera à réaliser au moins 4 semaines après l'arrêt des antibiotiques et 2 semaines après l'arrêt de l'anti-acide [3].

La patiente est revue 2 mois après son hospitalisation. Le test à l'urée marquée est revenu négatif, la patiente ayant repris une alimentation normale.



Figure 1 : Images endoscopiques de lésions gastriques.

## Discussion

L'infection chronique à HP induit toujours une inflammation persistante au niveau de la muqueuse gastrique qui s'accompagne de la production de cytokines pro-inflammatoires locales voire systémiques [4] et pourrait aussi contribuer à l'apparition ou à

l'aggravation de pathologies extra-digestives comme la MA [5].

Des données épidémiologiques montrent une augmentation de l'incidence de l'infection à HP associée à une augmentation de la sévérité de la maladie d'Alzheimer [6, 7].

Ces données pourraient être en faveur du rôle du microbiote intestinal, due à l'interaction entre l'accumulation de bactéries inflammatoires et le dépôt de plaques amyloïdes, marqueur du déclin cognitif et des maladies neurovégétatives [8].

## Conclusion

L'hypothèse infectieuse pourrait faire envisager des traitements anti-infectieux en prévention de la MA, mais le niveau de preuve est loin d'être satisfaisant. On pourrait également émettre l'hypothèse d'un impact cumulé de plusieurs pathogènes. En effet, si chacun des pathogènes a une influence sur l'évolution de la MA, on peut imaginer que l'impact cognitif de l'accumulation de ces différentes pathologies infectieuses devrait être plus aisé à mettre en évidence.

Cyprien ARLAUD

## Bibliographies

- [1] [https://www.has-sante.fr/portail/plug-ins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1148892](https://www.has-sante.fr/portail/plug-ins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1148892)
- [2] <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>
- [3] [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2775406/fr/infection-par-helicobacter-pylori-chez-l-adulte-la-has-precise-les-actes-de-diagnostic-et-les-modalites-de-traitement](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2775406/fr/infection-par-helicobacter-pylori-chez-l-adulte-la-has-precise-les-actes-de-diagnostic-et-les-modalites-de-traitement)
- [4] Noach LA, Bosma NB, Jansen J, Hoek FJ, van Deventer SJ, Tytgat GN. Mucosal tumor necrosis factor-alpha, interleukin-1 beta, and interleukin-8 production in patients with Helicobacter pylori infection. *Scand J Gastroenterol* 1994 ; 29 : 425-9.
- [5] Lindholm C, Quiding-Jarbrink M, Lonroth H, Hamlet A, Svennerholm AM. Local cytokine response in Helicobacter pylori-infected subjects. *Infect Immun* 1998 ; 66 : 5964-71.
- [6] Huang WS, Yang TY, Shen WC, Lin CL, Lin MC, Kao CH. Association between Helicobacter pylori infection and dementia. *J Clin Neurosci* 2014 ; 8 : 1355-8.
- [7] Hulstaert F, Blennow K, Ivanoiu A, Schoonderwaldt HC, Riemenschneider M, De Deyn PP, et al. Improved discrimination of AD patients using beta-amyloid(1-42) and tau levels in CSF. *Neurology* 1999 ; 52 : 1555-62.
- [8] Roubaud.C ; Varon.C ; Mégraud.F ; Salles.N. Alzheimer's disease and Helicobacter pylori infection: a possible link? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2016 ; 14 (1) : 86-94.

# Gériatrie et & Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement

1<sup>re</sup> revue francophone gériatrique et  
psychologique indexée Medline



- Une approche novatrice :

Transdisciplinaire, elle traite de tous les aspects médicaux, psychologiques, sanitaires et sociaux pour une meilleure prise en charge de la personne âgée.

- Impact Factor 2017 : 0.368

4 numéros par an

+ 15 années archives  
sur [www.gpnv.fr](http://www.gpnv.fr)

Avec le soutien officiel de :



[www.jle.com](http://www.jle.com)





## 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 Répît.
- 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 Bourges (CHER)

900 lits et places, plateau technique incluant Scanner et IRM, Cardiologie interventionnelle et UNV est un établissement pivot du territoire de santé du Cher, Bourges, très belle ville de caractère (agglomération de plus de 100000 habitants) est idéalement située par autoroute et par train : 2h de Paris, 1h d'Orléans et 2h du Massif Central,

### RECHERCHE MÉDECIN GÉRIATRE

Praticien hospitalier, contractuel, assistant ou praticien attaché

Établissement sanitaire de référence pour le département du Cher, le Centre Hospitalier de Bourges dispose d'une filière gériatrique complète (médecine gériatrique, équipe mobile, SSR gériatriques, hôpital de jour, consultation mémoire, USLD, UHR, EHPAD, PASA, accueil de jour, plateforme de répît).

**Effectif médical du pôle :** 10 praticiens.

**Activités proposées :** Participation à l'activité du service de soins de suite et réadaptation gériatriques

Et/ou

Participation aux activités de l'hôpital de jour gériatrique et de la consultation mémoire.

Participation aux astreintes spécifiques de gériatrie.

**Pour tout renseignement contacter :** Mme le Docteur MALARD - gaelle.malard@ch-bourges.fr

**Candidature et CV à adresser à :** marie.pintaux@ch-bourges.fr - marie-gabrielle.verstavel@ch-bourges.fr

**Site internet :** www.ch-bourges.fr



## 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.

**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 - jfjazon@ch-wissembourg.fr

CHI de la Lauter - 24, route de Weiler - 67166 Wissembourg Cedex

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 gériatres. 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.



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 MÉDECIN GÉRIATRE temps plein ou MÉDECIN GÉNÉRALISTE 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 72 11**

**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**



L'ASSOCIATION HOSPITALIÈRE DE BRETAGNE  
E.S.P.I.C  
Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif



## RECRUTE MÉDECIN GÉRIATRE F/H Emploi à TEMPS PLEIN

Pour activité principale au Centre Hospitalier de Plouguernevel.  
Intersecteur de Gérontopsychiatrie.  
Unité Cognitivo Comportementale.

Poste à pourvoir dès que possible.

Établissement sous convention C.C.N.51 rénovée.

Possibilité P.H. détaché Fonction Publique y compris pendant la période probatoire.

Logement de fonction en dehors du CH.

### Candidature et C.V. à adresser à :

M. le Directeur Général de l'Association Hospitalière de Bretagne.

2, route de Rostrenen - 22110 PLOUGUERNÉVEL

Tél. : 02 96 57 10 65 - Fax : 02 96 57 10 34 - Email : am.fleureux@ahbretagne.com



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

Établissement de 596 lits et places situé à 30 minutes de la côte, à 1h30 de Rennes sur l'axe Rennes-Brest, 2h30 en TGV de Paris (la gare TGV est à 5 minutes), recrute H/F

### 2 PRATICIENS HOSPITALIERS TEMPS PLEIN

pour ses services : Ehpads, SSR et/ou Médecine Gériatrique

La filière gériatrique du Centre Hospitalier de Guingamp est composée de :

- une unité de court séjour gériatrique de 25 lits
- une unité mobile gériatrique
- un hôpital de jour gériatrique (2 places) au sein de l'hôpital de jour médecine
- une unité de soins de suite gériatrique de 30 lits
- un hôpital de jour SSR gériatrique (10 places)
- Ehpads de 258 lits d'hébergements permanents dont 4 temporaires + 10 places d'accueil de jour, auquel s'adjoignent 30 lits d'USLD.

Ces unités sont rattachées pour partie au pôle médecine (CSG, EMG, HDJ G), pour partie au pôle SSR.

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

AXIAL

Pour tout renseignement merci de prendre contact avec la Direction des Affaires Médicales : 02.96.44.57.36 / 02.96.44.56.12

Candidatures à envoyer par mail : [gael.cornec@armorsante.bzh](mailto:gael.cornec@armorsante.bzh) / [anne-marie.andre@ch-guingamp.fr](mailto:anne-marie.andre@ch-guingamp.fr) / [diane.gandon@ch-guingamp.fr](mailto:diane.gandon@ch-guingamp.fr)



La Mutualité Française Ardèche Drôme est une entreprise à but non lucratif, du secteur de l'économie sociale et solidaire. Elle est forte de valeurs et développe des services aux personnes principalement à destination des aînés, mais aussi des personnes handicapées et des étudiants. Elle emploie aujourd'hui 500 collaborateurs réparties sur les 10 Résidences pour personnes âgées, une résidence pour étudiants, et un service de soins infirmiers à domicile de son réseau. Nous recrutons :

### Des Médecins Coordinateurs (temps de travail à négocier)

- › 1 Médecin Coordinateur Secteur Sud montagne (JAUJAC – THUEYTS et LALEVADE)
- › 1 Médecin Coordinateur à Les Vans
- › 1 Médecin Coordinateur à Le Teil



Le médecin recruté assurera et organisera le suivi des patients, en collaboration avec l'ensemble des professionnels intervenant dans la structure. Il exerce sa mission en référence au décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 dans le parfait respect des règles de la charte de la personne âgée dépendante, des règles d'hygiène en EHPAD et des procédures en vigueur.

#### Il aura pour mission :

- Coordonner l'activité des médecins libéraux. • Donner son avis médical sur les dossiers d'admissions. • Suppléer en cas d'urgence extrême les médecins libéraux. • Accueillir et renseigner les familles des patients pour toutes prescriptions médicales. • Participer aux instances et projets de l'établissement. • Rédaction de protocole et superviser la coordination des soins. • Activité clinique.

Le salaire équivalent temps plein s'élève à 4 125.59€ hors reprise d'ancienneté (à négocier).

#### Qualification/expérience particulière :

Des connaissances en gériatrie seront appréciées.

Le Médecin devra être titulaire d'un diplôme d'Etat de docteur en Médecine, un DESC de Gériatrie serait apprécié.

Vous devez être inscrit(e) ou inscriptible au Conseil National de l'Ordre des Médecins en France.

Le poste relève de la catégorie Cadre ; Convention collective du 31 octobre 1951 adaptée.

Merci d'adresser les candidatures (Cv + lettre de motivation) à l'adresse mail suivante : [m.servanin@mutualite-ardeche.fr](mailto:m.servanin@mutualite-ardeche.fr) ou par courrier au siège social à Privas (07000), Zone d'activité Le Lac Quartier Chamaras BP 224.

### LE CENTRE HOSPITALIER DE DAX – CÔTE D'ARGENT

30 min de l'océan, 1h de l'Espagne, 1h des Pyrénées, 1h30 de Bordeaux - 988 lits et places

Recherche pour son service de court séjour gériatrique (24 lits, équipe actuelle 1.5 PH)

## 1 gériatre ou 1 médecin généraliste

### Temps partiel ou temps plein

#### Profil

- Doctorat en médecine.
- Capacité ou DESC de gériatrie souhaité ou expérience en gériatrie souhaitée.
- Bonnes qualités relationnelles.
- Capacité à travailler en équipe et en réseau.
- Inscription à l'Ordre requise.

Ce service est intégré au pôle d'activités gériatriques du centre hospitalier, qui comprend :

- 1 hôpital de jour d'évaluation gériatrique, un hôpital de jour de psychogériatrie • 1 consultation mémoire et des consultations gériatriques avancées • 1 service de court séjour gériatrique (24 lits)
- 1 Equipe Mobile de Gériatrie (EMOG) • 70 lits de SSR spécialisé polypathologie de la personne âgée, dont 20 d'unité cognitivo-comportementale • 100 lits d'USLD • 255 lits en EHPAD.

Il développe un travail en réseau avec les partenaires institutionnels (EHPAD notamment) du territoire de santé : coordination médicale en EHPAD, consultations avancées, médicalisation de la MAIA Sud Landes.

#### Contact :

- › Docteur Maïté BECERRO HALLARD - Chef de Service [becerro-hallardm@ch-dax.fr](mailto:becerro-hallardm@ch-dax.fr) - 05 58 35 65 13
- › Docteur Gaëlle MARIE -BAILLEUL - Chef de Pôle - [bailleulg@ch-dax.fr](mailto:bailleulg@ch-dax.fr)
- › Simon BEAUDRAP - Directeur des Affaires Médicales [beaudraps@ch-dax.fr](mailto:beaudraps@ch-dax.fr) - 05 58 91 49 42
- › Centre Hospitalier de Dax - Côte d'Argent  
Bd. Yves du Manoir - 40107 Dax Cedex



## MÉDECIN GÉRIATRE POUR EXERCER EN EHPAD HOSPITALIER CENTRE HOSPITALIER D'ALÈS - CÉVENNES - GARD (30)



#### Conditions d'exercice :

Travail à temps complet ou partiel dans l'une des 6 structures d'EHPAD gérées par l'hôpital. Exercice autonome sans être isolé pour autant : autres médecins du pôle, plateau technique complet et différents services de l'hôpital.

#### Description de l'Hôpital :

Premier Hôpital Français HQE, l'établissement, inauguré en août 2011, couvre un bassin de population de 180.000 habitants de son territoire grâce à une offre de santé diversifiée.

Envoyer votre CV et lettre de motivation à :

M<sup>me</sup> GARCIA – Affaires Médicales  
Centre Hospitalier d'Alès-Cévennes – 811 Avenue du Docteur Jean Goubert  
30 103 ALÈS CEDEX - [affairesmedicales@ch-ales.fr](mailto:affairesmedicales@ch-ales.fr)

#### Environnement :

Située au pied des Cévennes, Alès est une ville du Sud de 40.000 habitants. À 1h00 de la Méditerranée, 1h15 de Montpellier et 35 minutes de Nîmes, Alès bénéficie d'une position centrale, disposant d'une offre commerciale et de service très fournie. La ville bénéficie d'un climat privilégié et le marché immobilier reste très abordable.



### LE GCS PÔLE SANITAIRE CERDAN (Err – 66)

## RECRUTE

## GÉRIATRE (H/F – CDI)

Dans l'attente de recrutement,  
nous proposons un CDD à partir du 15/08/2018.



S'inscrivant dans la filière gériatrique du Plateau Cerdan, le GCS Pôle Sanitaire Cerdan est un établissement sanitaire de 97 lits et places se composant des secteurs de soins suivants :

- Un service Court Séjour de médecine et Soins Palliatifs à orientation gériatrique (MCO – SP).
- Une équipe mobile transfrontalière de Gériatrie et Soins Palliatifs.
- Deux services Moyen Séjour de soins de suite et réadaptation (SSR) :
  - › Un service de soins de suite polyvalents,
  - › Un service de soins de suite spécialisés gériatriques.
- Une unité de soins de longue durée (USLD).

L'établissement dispose d'un plateau technique complet de réadaptation et rééducation de haut niveau.

Envoyer lettre de candidature + CV :

GCS POLE SANITAIRE CERDAN

M<sup>me</sup> THIBAUT JOBE

11 Cami de la Ribereta – 66800 ERR

Courriel

[carole.thibaut-jobe@pole-sanitaire-cerdan.eu](mailto:carole.thibaut-jobe@pole-sanitaire-cerdan.eu)





## LE CENTRE HOSPITALIER DE LAVAUR (TARN - OCCITANIE)

Situé à 30 minutes de Toulouse - En partenariat avec le CHU de Toulouse

### Recherche **1 médecin MPR ou Gériatre** Pour son service SSR - Tous Statuts Confondus Temps plein souhaité - Poste à pourvoir immédiatement

**Service de Soins de Suite et Réadaptation (Bâtiment neuf – 2016)**  
Affections de l'Appareil Locomoteur et Polyopathologiques  
60 lits & 5 places HJ avec plateau technique moderne et balnéothérapie.

#### Filière Gériatrique

SSR, USLD, EHPAD, équipe mobile de Gériatrie, plateforme de fragilité, consultations mémoire, équipe mobile d'Onco-gériatrie, SSIAD, court séjour (ouverture 2019).

#### Contacts

Mme le Dr H. RIJELY  
Chef de service SSR  
Tél. : 05 63 58 81 01  
h.rijely@ch-lavaur.fr

Mme F. GUTIERREZ-VALLEIN  
Directrice des Ressources Humaines  
Tél. : 05 63 58 80 07  
affairesmedicales.drh@ch-lavaur.fr

Centre Hospitalier de Lavaur  
1, place Vialas - BP 85 - 81500 Lavaur



## LE CENTRE HOSPITALIER COMMINGES PYRÉNÉES

31800 SAINT-GAUDENS

### Recherche Praticien Hospitalier et Praticien Contractuel temps plein en Gériatrie

Établissement MCO disposant de 394 lits et 45 places recherche un Gériatre pour son service d'hospitalisation de court séjour gériatrique de 30 lits (cible 3 praticiens).

#### Secteur de Gérontologie :

105 lits avec activités de :

- › Service de Soins et Rééducation avec 20 lits,
- › Unité de Soins Longue Durée avec 60 lits,
- › Court Séjour Gériatrique avec 30 lits,
- › L'ensemble de la filière.

#### Contact :

Candidature à envoyer à :  
M. Jean-Claude THIEULE - DRH - 05 62 00 40 22 - jeanclaude.thieule@ch-saintgaudens.fr  
Centre Hospitalier Comminges Pyrénées - Avenue de Saint-Plancard - 31806 Saint-Gaudens



## Le pôle gériatrique du CH de LOURDES

### Cherche Un Médecin Polyvalent ou Gériatre H/F CDI Temps Plein pour compléter son équipe. Statut PH, Praticien contractuel.

#### Information sur le pôle :

Le pôle comprend 220 lits (SSR polyvalent et SSR PAP 50 lits, USLD 30 lits, UP/UHR 50 lits, EHPAD 80 lits, Accueil de jour, EMG, consultation mémoire) et constitue la filière gériatrique du bassin de LOURDES.  
Équipe de 5 ETP médecins (hors recrutement) dont 3 PH.  
Projets d'extension de l'activité de l'EMG et déploiement d'un PASA.

#### Informations sur le poste :

Le médecin assurera la prise en charge médicale des patients des SSR 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.
- Participation aux gardes et astreintes sur l'ensemble du site.

Selon son profil, il pourra participer à l'activité de l'Équipe Mobile de Gériatrie à l'extérieur du Centre Hospitalier.

#### Profil recherché :

Diplôme de médecin, médecine polyvalente ou gériatrie (DESC ou capacité, acquis ou en cours).

Le candidat doit être inscrit ou inscriptible au Conseil National de l'Ordre des Médecins en France. Un DU/DIU en soins palliatifs est apprécié.

#### Contacts :

- Dr J.F. PUCHEU - Chef de pôle - jpucheu@ch-lourdes.fr
- Mme Aurélie BARATIER - Directrice adjointe chargée des affaires médicales abaratier@ch-tarbes-vic.fr
- Centre Hospitalier de Lourdes  
2, avenue Alexandre Marqui - BP 710 - 65107 Lourdes Cedex

## Le pôle gériatrique du CH de LOURDES cherche un Médecin Polyvalent ou Gériatre H/F CDI temps plein ou temps partiel pour compléter son équipe

Statut Assistant spécialiste, Attaché, Praticien contractuel.

#### Information sur le pôle :

Le pôle comprend 220 lits (SSR polyvalent et SSR PAP 50 lits, USLD 30 lits, UP/UHR 50 lits, EHPAD 80 lits, Accueil de jour, EMG, consultation mémoire) et constitue la filière gériatrique du bassin de LOURDES.  
Équipe de 5 ETP médecins (hors recrutement) dont 3 PH.  
Projets d'extension de l'activité de l'EMG et déploiement d'un PASA.

#### Informations sur le poste :

Le médecin assurera la prise en charge médicale de résidents de l'EHPAD et de l'USLD et leur suivi médical, il pourra participer à l'activité de l'Équipe Mobile de Gériatrie à l'extérieur du Centre Hospitalier. Il sera en collaboration avec les autres médecins intervenant dans la structure. Selon son profil, il pourra intervenir sur le SSR. 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
- Participer aux gardes et astreintes.

#### Profil recherché :

Diplôme de médecin, médecine générale ou médecine polyvalente ou gériatrie (DESC ou capacité, acquis ou en cours).

Le candidat doit être inscrit ou inscriptible au Conseil National de l'Ordre des Médecins en France. Un DU/DIU en soins palliatifs est apprécié.

#### Contacts :

- Dr J.F. PUCHEU - Chef de pôle - jpucheu@ch-lourdes.fr
- Mme Aurélie BARATIER  
Directrice adjointe chargée des affaires médicales abaratier@ch-tarbes-vic.fr
- Centre Hospitalier de Lourdes  
2, avenue Alexandre Marqui  
BP 710 - 65107 Lourdes Cedex



Le Centre Hospitalier Universitaire de Martinique

**Recherche des Gériatres** pour compléter l'équipe de praticiens hospitaliers au sein du Pôle de Gériatrie de l'établissement.

Le CHU de Martinique se compose de 9 pôles cliniques et médico-techniques qui couvrent des disciplines médicales, chirurgicales et obstétricales d'une capacité d'accueil de 1426 lits.

**Présentation de la filière gériatrique :**

Equipe mobile gériatrique.

Hôpital de jour.

Consultations mémoire labellisées.

64 lits de court séjour gériatrique.

150 lits d'USLD + 8 lits identifiés de soins palliatifs (3 sites).

275 lits d'EHPAD.

Partenariat MAIA, réseau Gérontologique de la Martinique, HAD.

**Intérêt du poste :**

Partage du temps d'activités selon le projet professionnel du candidat.

Développer un projet de prise en charge spécifique (chute, troubles cognitifs, mémoire, dénutrition, oncogériatrie...).

Développement de la recherche clinique.

**Profil recherché :**

Titulaire d'un doctorat en médecine.

Inscription à l'Ordre des médecins.

Titulaire d'une Capacité de Gériatrie ou d'un DESC.

**Statut :**

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

Attaché, assistant.

**Contact :**

**Adresser CV et lettre de motivation à :**

• Mme Jacqueline LONGRAIS - Responsable Personnel Médical - 0596 55 96 11 - jacqueline.longrais@chu-martinique.fr

• Dr Jean-Luc FANON - Chef de Pôle de Gérontologie et Gériatrie - 0596 55 96 31 - jean-luc.fanon@chu-martinique.fr

• Dr Lidvine GODAERT - Chef de Pôle Adjoint de Gérontologie et Gériatrie - 0596 55 23 65 - lidvine.godaert-simon@chu-martinique.fr

• Centre Hospitalier Universitaire de Martinique - CS 90632 - 97261 Fort de France Cedex Martinique

Téléphone : 0596 55 20 00 - Fax : 0596 75 84 00



Réseau  
**PRO**  
Santé

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



RENDEZ-VOUS SUR [WWW.RESEAUPROSANTE.FR](http://WWW.RESEAUPROSANTE.FR)  
INSCRIPTION GRATUITE



☎ 01 53 09 90 05 ✉ [CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR](mailto:CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR)

[www.reseauprosante.fr](http://www.reseauprosante.fr) est un site Internet certifié HONcode





# 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](http://www.assojeunesgeriatres.fr)

FAITES VIVRE votre site INTERNET !!

