

LA GAZETTE

DU JEUNE GÉRIATRE

#21

AOÛT 2019 - NUMÉRO GRATUIT

1^{ère} JOURNÉE
ANNUELLE
DES JEUNES
GÉRIATRES

LYON
Hôpital Lyon Sud

14/06/19
Inscription obligatoire*



#PREVENTION

Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr



LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#21

COMPOSITION DU BUREAU 2018 - 2019

PRÉSIDENT

Dr Matthieu PICCOLI (Paris)

VICE PRÉSIDENT

Dr Nathalie JOMARD (Lyon)

PRÉSIDENTS D'HONNEUR

Dr Guillaume DUCHER
(Clermont-Ferrand)

Dr Guillaume DESCHASSE (Amiens)

Dr Cédric ANNWEILER (Angers)

Dr Sophie MOULIAS (Paris)

SECRÉTAIRE

Dr Fanny DURIG (Lille)

TRÉSORIER

Dr Guillaume DUCHER
(Clermont-Ferrand)

PORTE-PAROLE

Dr Arnaud CAUPENNE (Poitiers)

RÉDACTEURS EN CHEF DE LA GAZETTE

Dr Sophie SAMSO (Angoulême)

Alexandre BOUSSUGE (Strasbourg)

RESPONSABLE SCIENTIFIQUE

Dr Cyprien ARLAUD (Nice)

Dr Guillaume DUVAL (Angers)

RESPONSABLE ÉVÉNEMENTIEL

Victoire LEROY (Tours)

Cécilia COFAIS (La Réunion)



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES
www.assojeunesgeriatres.fr

SOMMAIRE

3 ÉDITORIAL

4 ACTUALITÉS AJG

Résumé de la première journée annuelle des Jeunes Gériatres – Lyon – 14 juin 2019

5 BIBLIOGRAPHIE

Retour sur le 7^{ème} Monaco Age Oncologie, cours francophone d'Oncogériatrie

9 CAS CLINIQUE

Angiopathie Amyloïde Balance entre risque hémorragique et ischémique

12 ARTICLE THÉMATIQUE

Protocole de recherche clinique Pertinence du dépistage de la fragilité par les services d'aide à domicile

16 FOCUS GÉRIATRIQUE

Les acteurs du vieillissement à domicile

21 FICHE MÉTIER

Focus sur le Dispositif MAIA et l'accompagnement en Gestion de Cas

23 FICHE PRATIQUE

Rédaction d'un protocole de recherche clinique 2/3

28 FICHE DU MÉDICAMENT

Le point de vue du pharmacologue et le point de vue du gériatre : le tramadol

33 ANNONCES DE RECRUTEMENT

N° ISSN : 2264-8607

ÉDITEUR 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.

ÉDITORIAL

Chères lectrices, chers lecteurs,

C'est avec beaucoup de joie et de fierté que nous vous présentons ce numéro 21 de la Gazette du Jeune Gériatre centré sur la première Journée Annuelle de l'Association des Jeunes Gériatres. Vous trouverez tout de suite un retour de votre vice-présidente sur cette journée très chargée.

Les rubriques Case Report et Bibliographie ont été remplacées dans ce numéro spécial par des résumés de présentations qui se sont tenues lors de la JAJG et que nous avons à cœur de partager avec vous.

Ce numéro a aussi pour thème le vieillissement à domicile, avec le puzzle complexe des acteurs du quotidien, mais aussi un éclairage particulier sur les gestionnaires de cas que la MAIA de Lyon-Sud nous présentent dans la Fiche Métier (qui fait son retour !) et les pistes de recherche possibles.

Vous trouverez le focus gériatrique un peu plus loin que d'habitude, ceci par nécessité d'avoir une double page détachable au centre (...mais nous vous laisserons découvrir pourquoi).

Finalement, on peut dire que cette Gazette n°21 est sous le signe du dynamisme. Le dynamisme qui permet de rendre possible les JAJG, le dynamisme qui permet de mettre au point des recherches en Gériatrie, le dynamisme qui permet de fédérer les différents acteurs qui interviennent dans la prise en charge de la personne âgée, le dynamisme qui fait pousser les murs et les habitudes, et enfin le dynamisme qui nous permet d'être encore plus nombreux dans notre association !

Merci à vous !

Gériatriquement vôtre

Alexandre BOUSSUGE et Sophie SAMSO
Rédacteurs en chef

RÉSUMÉ DE LA PREMIÈRE JOURNÉE ANNUELLE DES JEUNES GÉRIATRES – LYON – 14 JUIN 2019

LYON
Hôpital Lyon Sud
14/06/19
Inscription obligatoire*



Cette année, l'Association des Jeunes Gériatres comptabilisait sa 18^{ème} année d'existence. Parce qu'elle est vouée à fédérer la jeune génération de gériatres sur le territoire français, nous souhaitons ardemment organiser une VRAIE rencontre afin de concrétiser les échanges et partager le dynamisme entre collègues.

Malgré un « petit » retard sur le lancement et sur la communication de l'évènement, nous sommes fiers d'avoir pu réaliser cette première journée, le 14 juin dernier au sein de la faculté de médecine Lyon-Sud et d'avoir réuni 80 participants comprenant des internes de DES, de DESC, des jeunes et moins jeunes seniors et des acteurs locaux.

Parmi les orateurs nous remercions chaleureusement le Pr Claude JEANDEL, président du Collège National des Professionnels de Gériatrie. Il a retracé l'histoire de la spécialité depuis la création de la capacité, du DESC et désormais du DES. Les chantiers en cours et ceux à venir sont nombreux et nous sommes fiers de porter la voix de nos adhérents au sein de cette instance incontournable pour l'avenir du métier. L'accent a été mis sur la diversité d'exercice du gériatre, les organisations à inventer et la nécessité de se regrouper pour avoir du poids dans les propositions gouvernementales.

Nous remercions également le Pr Marc BONNEFOY, chef de service au sein de l'hôpital Lyon-Sud, modérateur de la session « Prévention », et le Pr Pierre KROLAK-SALMON, directeur de l'institut du vieillissement des Hospices Civils de Lyon, modérateur des communications orales. Ils ont témoigné tous deux leur soutien et leur confiance en la jeune génération et nous ont encouragé dans la poursuite de nos actions.

Nous n'allons pas reprendre chaque présentation en détail dans la gazette mais nous vous laissons découvrir l'article de Guillaume DUCHER qui présente un travail innovant dans la prévention de la fragilité grâce aux acteurs du domicile d'une personne âgée, celui d'Amélie TAKI retenu par le Pr KROLAK-SALMON comme la meilleure communication orale, et celui d'Amélie BOINET sur son retour sur le congrès du Monaco Age Oncologie (qui a pu y participer grâce à une sponsorship de l'AJG).

Nous vous invitons à récupérer les autres présentations dans votre espace adhérent !

Ce petit article a surtout pour but de remercier tous les participants et les orateurs qui ont assuré des interventions de qualité. Un bravo pour les quelques internes qui ont pu s'exprimer pour la première fois devant leurs collègues, seniors et PU.

Si vous avez envie de vous impliquer dans l'Association et dans la Gériatrie en général, n'hésitez pas à nous contacter : jeunesgeriatres@gmail.com !

Selon votre âge et votre cursus professionnel, nous pourrions vous accueillir au sein de l'association ou vous orienter vers les interlocuteurs les plus adaptés.

Nous espérons vous voir nombreux lors de notre prochaine journée qui aura lieu à Lille, au printemps 2020, pour que la JAJG s'inscrive désormais dans les évènements gériatriques sur le long terme !

Nathalie JOMARD

VP, pour le conseil d'administration de l'AJG

RETOUR SUR LE 7^{ème} MONACO AGE ONCOLOGIE, COURS FRANCOPHONE D'ONCOGÉRIATRIE

Le 7^{ème} congrès « MAO » d'Oncogériatrie s'est tenu les 14 et 15 mars 2019 à Monaco. Ce congrès était l'occasion de répondre aux nombreuses questions soulevées lors de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer.

Introduction

La palette des traitements oncologiques proposés aux patients ne cesse de s'étoffer. D'une part, les traitements classiques de type chirurgies, chimiothérapies, radiothérapies, hormonothérapies deviennent de plus en plus pointus. D'autre part, chaque mois, de nouveaux traitements émergent grâce au développement des immunothérapies et thérapies ciblées.

Un exercice d'équilibriste s'offre alors aux médecins. Il s'agit de proposer la thérapeutique la plus adaptée au patient atteint de cancer. Exercice d'autant plus périlleux que le patient est une personne âgée polypathologique, polymédiquée et fragile. La population gériatrique est caractérisée par sa grande hétérogénéité et elle nécessite une évaluation précise ainsi qu'un suivi régulier tout au long de la pathologie.

Pour mener à bien cette mission, le médecin doit savoir respecter certaines règles fondamentales énoncées par le Pr Aapro lors de la session d'ouverture :

- Tenir compte de la qualité de vie du patient ;
- Savoir parfois ne pas intervenir de façon curative ;
- Ne pas se baser sur l'âge chronologique du patient ;
- Et surtout tenir compte de la décision du patient et non de celle de sa famille !

Ces écueils, rencontrés traditionnellement par les gériatres, se révèlent particulièrement présents dans le cadre de la prise en charge oncologique du sujet âgé.

Notions essentielles

Quelques rappels préalables et notions de base semblent nécessaires afin d'aborder d'un bon pied la prise en charge en oncogériatrie :

Les principaux traitements

La cancérologie est certainement l'une des disciplines médicales qui offre le nombre le plus varié d'options thérapeutiques à proposer aux patients.

Si la chirurgie ou la chimiothérapie sont connues et utilisées de longue

date, les principes des deux petites nouvelles, l'immunothérapie et la thérapie ciblée, méritent d'être présentés.

L'immunothérapie

L'immunothérapie est un « traitement qui vise à stimuler les défenses de l'organisme contre les cellules cancéreuses » [source INCA]. « L'immunothérapie spécifique consiste à **stimuler certaines cellules immunitaires** pour les rendre plus efficaces ou à rendre

les cellules tumorales plus reconnaissables par le système immunitaire. Elle repose sur l'utilisation d'anticorps monoclonaux, notamment les inhibiteurs de points de contrôle, les anticorps bispécifiques, le transfert adoptif de cellules ou encore la vaccination anti-tumorale ».

Lors du 7^{ème} MAO, les principes de l'immunothérapie chez la personne âgée ont été présentés par le Dr VERMARE et le Pr FALANDRY.

Le but de l'immunothérapie est donc d'induire une réponse immunitaire anti-tumorale via différents acteurs/mécanismes : les cellules dendritiques, les ganglions, les Lymphocytes T, la migration ou la reconnaissance de la cellule tumorale.

Plusieurs options existent :

- Moduler le microenvironnement pour le rendre favorable à une réponse des lymphocytes T (reprogrammation de l'immunité innée) via l'activation des cellules myéloïdes et dendritiques.

Par exemple le T-VEC (Talinogene Laherparepvec) est un virus de type herpès modifié génétiquement (déficient en thymidine kinase) qui agit uniquement dans les cellules à forte réplication. Ce virus s'introduit dans les cellules non tumorales mais ne s'y réplique pas.

- Induire/booster l'immunité anti-tumorale via la **vaccination anti-tumorale**.

Cette méthode est adaptée pour les tumeurs dites « froides ». Elle s'inspire du fonctionnement des cellules dendritiques. Son but est de présenter des antigènes pour induire la formation de Lymphocytes T CD8+ (spécifiques) et ainsi induire les Lymphocytes T CD4+ « helpers » (non spécifiques).

La prochaine étape est de développer des vaccins personnalisés qui seraient basés sur les néo-antigènes individuels.

- Développer des anticorps monoclonaux bi-spécifiques dont le but est de rapprocher les cellules dendritiques des cellules tumorales.
- Les Chimeric Antigen Receptor (CAR)-T cells permettent elles un apport exogène de Lymphocytes.

On parle de « chimère » car une partie est constituée par l'anticorps et l'autre partie va activer une voie précise.



Chimère mythologique
fr.wikipedia.org

- Contre les mécanismes de tolérance développés par les cellules tumorales.

Les récepteurs inhibiteurs anti-CTLA4 et anti-PDL1 vont bloquer la cascade de signalisation négative développée par la cellule tumorale et ainsi la « court-circuiter ».

Anti-PDL1 et sujet âgé : L'efficacité est similaire chez les sujets âgés (>65 ans) et les sujets jeunes.

Le risque de progression après l'administration d'un anti-PD1 est même moindre chez le sujet âgé car le micro-environnement est différent du sujet jeune.

Il semblerait d'ailleurs que l'immunothérapie soit supérieure à la chimiothérapie au-delà de 65 ans.

Le Pr Falandry a pu présenter les immunothérapies développées dans les tumeurs solides comme une « success story » débutant en 2011 avec l'Ipilimumab (YERVOY®), un anti CTLA4, ayant reçu l'AMM dans le cadre du traitement du mélanome au stade avancé.

Puis en 2014 deux molécules, le Pembrolizumab et le Nivolumab, sont testées dans de nombreuses pathologies tumorales. Cette « success story » se poursuit avec des traitements à venir pour les cellules dites instables (syndrome de Lynch), le cancer du sein « triple négatif » ou encore le cancer de l'ovaire.

Les thérapies ciblées

Les thérapies ciblées ont pour objectif de « bloquer la croissance ou la propagation de la tumeur, en interférant avec des anomalies moléculaires ou avec des mécanismes (néo-angiogenèse par exemple) qui sont à l'origine du développement ou de la dissémination des cellules cancéreuses ». [source INCA].

- Les anti-angiogéniques font partie des thérapies ciblées. Lorsqu'une tumeur atteint une certaine taille, le réseau sanguin déjà existant n'est plus suffisant pour l'alimenter en nutriments et en oxygène. La tumeur va alors mettre en place de nouveaux vaisseaux sanguins, qui diffèrent des vaisseaux normaux, pour s'assurer une bonne irrigation et permettre sa survie et sa croissance. Il s'agit de la néo-angiogenèse. Ces nouveaux vaisseaux peuvent également servir de porte d'entrée à la diffusion de métastases vers d'autres organes.

Des anti-angiogéniques, ont donc été développés afin « d'empêcher la tumeur de former de nouveaux vaisseaux sanguins et ainsi limiter son développement ».

[Source INCA].

Ces nouveaux traitements constituent un grand espoir pour la communauté médicale et pour les patients, encore faut-il pouvoir les utiliser à bon escient et les proposer aux bonnes personnes.

Lorsque l'on parle d'oncogériatrie, on évoque une population caractérisée par une grande hétérogénéité. Le clinicien a donc besoin d'outils et de scores afin de « screener » au mieux ses patients.

Les Scores et Échelles en oncologie

■ Comment parler d'oncogériatrie sans évoquer le **score G8 modifié** (ou grille Oncodage). Cet outil doit être utilisé lors des consultations réalisées par les oncologues ou les chirurgiens en oncologie. Ce score concerne les personnes âgées de plus de 70 ans. Cet outil a été validé dans le cadre de l'essai ONCODAGE promu par l'Institut National du Cancer [1]. La généralisation de son utilisation est inscrite dans l'action 23.4 du Plan Cancer 2009-2013.

Ce score comporte **8 items** permettant d'obtenir un total de **17 points au maximum**. Un score inférieur ou égal à **14 points** préconise une prise en charge du patient en parallèle par un oncogériatre.

Lors de sa consultation, l'oncogériatre réalise une évaluation globale du patient grâce à de nombreux outils de dépistage et via une méthode standardisée (le recueil et la réalisation des tests sont

effectués le plus souvent par une IDE spécialisée). On parle d'évaluation **gériatrique standardisée (EGS)**. Les différentes dimensions du patient gériatrique sont alors explorées.

Ces outils visent à obtenir une **photographie représentative du patient au moment du diagnostic**. Cette représentation devra être régulièrement revue afin de suivre l'évolution du patient.

■ Au terme de cette consultation, on peut classer le patient dans une des 3 catégories énoncées par Balducci [2]. On parlera alors de patient :

- « Balducci 1 » ou « Fit Elderly » si le patient est autonome sans comorbidité. Le traitement proposé sera identique au sujet jeune.
- « Balducci 2 » ou « Frail Elderly » si le patient présente 1 ou 2 comorbidités et/ou une dépendance fonctionnelle (selon l'échelle ADL). Le traitement sera alors adapté au patient.

- « Balducci 3 » ou « Unfit Elderly » si le patient présente 3 comorbidités ou plus, s'il est dépendant et/ou s'il présente des syndromes gériatriques évolutifs. On privilégie alors une prise en charge symptomatique dans ce cas.

■ Les autres scores à connaître, largement utilisés par les oncologues sont les scores de performance : « le **score de l'OMS** » [3] et l'échelle de Karnofsky [4].

Ces scores permettent d'évaluer la « forme physique » du sujet étudié, on les retrouve dans les essais thérapeutiques.

En effet, la « forme physique » est un critère primordial dans l'évaluation et le suivi des patients en oncologie.



L'approche gériatrique multidimensionnelle

Lors d'une session destinée aux internes, le Pr Falandry a souligné l'importance de la **multidisciplinarité** dans l'exercice de l'oncogériatrie. Pour mener à bien son rôle, l'oncogéiatre ne doit pas s'arrêter à une « simple » évaluation. Son exercice doit se faire de façon multidisciplinaire et tout au long de la prise en charge du patient.

On parle d'approche gériatrique **multidimensionnelle**. Celle-ci se résume en **4 étapes** successives :

- **Évaluer** = EGS (CF Scores et échelles) ;
- **Intervenir** = notamment en matière de nutrition et d'activité physique. Des programmes de pré-habilitation se développent dans cette optique.
- **Adapter** = prévention des syndromes gériatriques, adaptation de la prise en charge anesthésique, etc.

- **Suivre** = rediscuter régulièrement le plan de soin avec le patient (et les autres intervenants).

Avant tout, il est important de présenter les **2 types d'approches de la fragilité en gériatrie** :

- L'approche **multi-domaine** issue du travail de Rockwood ;
- L'approche **phénotypique** issue des critères de Fried.

Les tableaux suivants permettent de comprendre et comparer ces 2 approches :

Approche multi-domaine selon Rockwood	Approche phénotypique selon Fried
Selon l'ensemble des comorbidités.	Selon l'état nutritionnel et l'état physique.
Évaluation longue et complexe. Difficilement évaluable et « standardisable ». Intéressante sur le plan intellectuel.	Permet d'homogénéiser les populations et donc de mieux évaluer les interventions.
Approche « historique ».	Nouvelle approche dont est issu le G8 modifié.

Source = présentation JAJG 2019, Boinet A.

En pratique, le temps dédié à l'évaluation et à l'élaboration des interventions est très court. Il faut donc rester pragmatique et chercher des interventions faciles à mettre en place et à évaluer. Hors les critères de Fried incluent principalement deux dimensions lors de l'évaluation de la fragilité des personnes âgées : **l'état nutritionnel et l'état physique**.

Par ailleurs, les études révèlent que les **critères principaux de prédiction des complications post-opératoires sont la dénutrition et le déconditionnement physique**.

On remarque également que le test de dépistage rapide qu'est le « G8 modifié », contient lui-même 5 items du MNA. Cela prouve l'importance de la dénutrition comme facteur sur lequel il faut intervenir !

Par conséquent, il nous faut intervenir préférentiellement sur ces deux plans : nutrition et état physique !

Néanmoins, l'oncogéiatre ne peut être à la fois médecin, diététicien et kinésithérapeute, mais encore assistant(e) social(e), secrétaire, infirmier, aide-soignant, pharmacien, psychologue, ergothérapeute, etc.

Il est donc primordial de travailler entre professionnels en utilisant l'expertise de chacun !

Amélie BOINET

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

- [1] Soubeyran P et al. Validation of the screening tool in geriatric oncology : the ONCODAGE project. J Clin Oncol 2011, 29 (suppl, abstr 9001).
- [2] Balducci L, Extermann M. Management of cancer in the older person: a practical approach. Oncologist. 2000;5:224-37.
- [3] Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Carbone PP et al., « Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group », Am J Clin Oncol, vol. 5, no 6, 1982, p. 649-55.
- [4] Karnofsky DA, Burchenal JH, « Present status of clinical cancer chemotherapy », Am J Med, vol. 8, no 6, 1950, p. 767-88.

INCA = Institut National du Cancer

ANGIOPATHIE AMYLOÏDE BALANCE ENTRE RISQUE HÉMORRAGIQUE ET ISCHÉMIQUE

L'Angiopathie Amyloïde Cérébrale (AAC) est une maladie neurodégénérative résultant de l'agrégation de peptides amyloïde A-Béta 40 en conformation de feuillet Béta plissé dans les vaisseaux cérébraux de petit et moyen calibre. L'agrégation de ces peptides est à l'origine d'une hypoperfusion tissulaire entraînant un stress oxydatif et des micro-infarctus cérébraux.

La toxicité propre de ce peptide en conformation Béta plissée active les métalloprotéases et altère la paroi des vaisseaux augmentant le risque hémorragique.

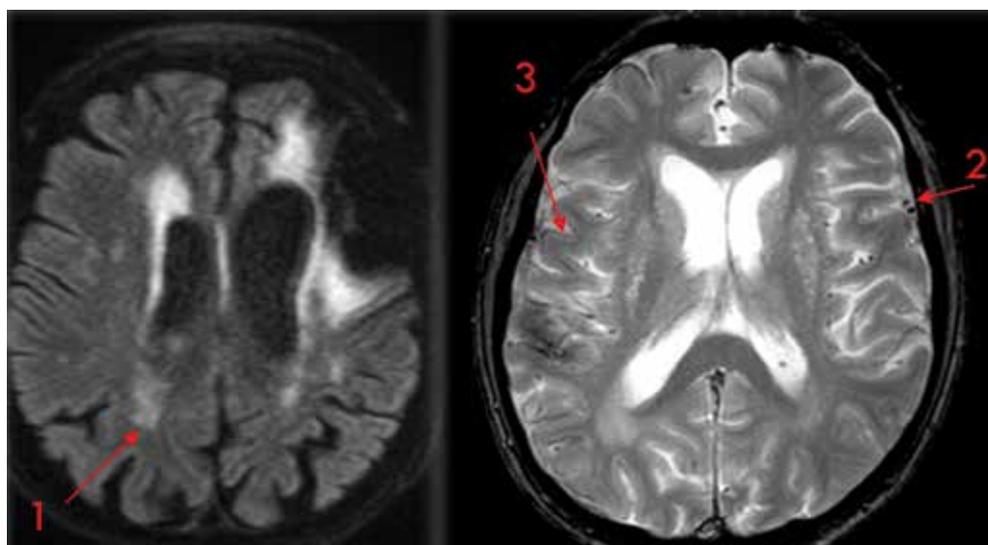
La toxicité propre de ce peptide crée également de l'inflammation cérébrale et de l'œdème interstitiel.

L'AAC est donc une maladie à la fois **hémorragique, ischémique** et **inflammatoire** (1).

Les facteurs de risque de l'AAC sont essentiellement l'âge et les facteurs génétiques. Après 80 ans la prévalence peut être supérieurs à 50 % selon les séries autopsiques. Les allèles E2 et E4 de l'apolipoprotéine B augmentent également le risque de développer une AAC : la présence de l'allèle E2 fragilise les vaisseaux cérébraux et augmente le risque hémorragique tandis que l'allèle E4 favorise l'agrégation des peptides amyloïdes. Il existe également une association forte avec la maladie d'Alzheimer (1, 2).

La symptomatologie de l'AAC peut être très bruyante via des Hémorragies Intra Cérébrales (IHC) non traumatiques lobaires et cortico sous corticales souvent associées à de l'hémorragie sous arachnoïdienne : on retrouve alors des déficits neurologiques dépendant de la topographie de l'hémorragie. L'AAC est généralement associée à un déclin cognitif et un syndrome démentiel souvent associé

à la maladie d'Alzheimer. On peut cependant rencontrer des formes de dégradation cognitives très rapidement progressives dans le cadre de formes inflammatoires de AAC. Il est également rapporté des signes neurologiques transitoires à type d'épilepsie partielle probablement secondaires aux séquelles ischémiques et hémorragiques.





A l'imagerie on retrouve de la leucoarrose postérieure (hyper signal T2 flair) signant une souffrance vasculaire (→1). La séquence T2* (T2 avec suppression du signal de l'eau) montre les séquelles de saignement intra cérébral en hyposignal : des microbleeds corticaux et sous corticaux (→2), ainsi que des dépôts de sidérose dans les sillons corticaux : l'hemosidérose superficielle (→3). L'hemosidérine est une molécule de stockage du fer et dérive de la dégradation des globules rouges. Les dépôts d'hemosidérose signent donc une séquelle de saignement ancien (3).

Il n'existe pas de traitement spécifique de l'AAC et la plus grande problématique est la gestion conjointe des risques hémorragique et ischémique notamment dans le cadre de l'AVC ischémique et de la Fibrillation atriale (FA) associée à l'ACC.

Dans le cadre d'un AVC ischémique chez un patient atteint d'AAC un contrôle tensionnel stricte est de mise avec un objectif de tension artérielle inférieure à 140/90 mmHg.

- La thrombolyse est contre-indiquée car il existe alors un risque accru d'hémorragie intra cérébrale qui peut être multi-focale et survenir hors de la zone d'ischémie (Après thrombolyse 70 % des patients ayant présenté une HIC étaient atteint d'AAC alors que la prévalence d'AAC n'est que de 22 % en population générale) (4).
- L'anticoagulation est également contre-indiquée devant une augmentation du risque d'hémorragie intra cérébrale en cas de microbleeds pré-existants. Elle augmente également le risque d'apparition de microbleeds avec un Odd Ratio de 2.7. Les Anti-coagulants Oraux Direct (AOD) seraient moins délétères sans preuve suffisamment tangible pour justifier leur utilisation.
- L'utilisation des anti-agrégants plaquettaires (AAP) n'augmente pas le risque d'HIC mais augmente le risque d'apparition de microbleeds avec un OR= 1.7. Ils sont donc utilisables avec prudence en fonction du risque cardio-vasculaire du patient. En l'absence de recommandation ferme, un suivi par imagerie des patients sous AAP semble indiqué afin de réévaluer l'indication du traitement et surveiller l'évolution de l'AAC et notamment de l'apparition des microbleeds. Le clopidogrel a un profil de risque similaire à l'acide acétylsalicylique.
- Il est à noter que les statines, communément utilisées en prévention secondaire post AVC, augmentent le risque d'apparition de microbleeds et le risque de récurrence d'une HIC de 14 % pour les hémorragies lobaires à 22 % pour les hémorragies profondes (5,6).

Dans le cadre d'une FA chez un patient atteint d'AAC les anti-coagulants sont là encore contre-indiqués. Si le risque lié à l'utilisation des AOD semble diminué par rapport aux AVK, le recul est insuffisant pour évaluer le risque de récurrence hémorragique au long cours. Au vu de la forte association à l'âge de ses deux pathologies, une recherche d'AAC avant la mise sous anticoagulant des patients âgés atteint d'une FA pourrait prévenir des prises en charge délétères et la survenue d'HIC (7).

Une alternative à l'anticoagulation existe sous la forme de la fermeture de l'auricule gauche afin de maîtriser le risque ischémique sans majorer le risque hémorragique. Des études sont en cours afin de valider cette indication et ce geste serait réalisable sous simple anti-agrégation plaquettaire temporaire (8-10).

Amélie TARI

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. Keage HA, Carare RO, Friedland RP, Ince PG, Love S, Nicoll JA, et al. Population studies of sporadic cerebral amyloid angiopathy and dementia: a systematic review. *BMC Neurol.* déc 2009;9(1):3.
2. Cordonnier C, van der Flier WM. Brain microbleeds and Alzheimer's disease: innocent observation or key player? *Brain J Neurol.* févr 2011;134(Pt 2):335-44.
3. Raposo N, Calviere L, Cazzola V, Planton M, Patsoura S, Wargny M, et al. Cortical superficial siderosis and acute convexity subarachnoid hemorrhage in cerebral amyloid angiopathy. *Eur J Neurol.* 2018;25(2):253-9.
4. McCarron MO, Nicoll JA. Cerebral amyloid angiopathy and thrombolysis-related intracerebral haemorrhage. *Lancet Neurol.* 1 août 2004 ; 3(8) :484-92.
5. Block F, Dafotakis M. Cerebral Amyloid Angiopathy in Stroke Medicine. *Dtsch Aertzblatt Online [Internet].* 20 janv 2017 [cité 22 juin 2019] ; Disponible sur: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2017.0037>
6. Westover MB, Bianchi MT, Eckman MH, Greenberg SM. Should Statins be Avoided after Intracerebral Hemorrhage? *Arch Neurol.* mai 2011;68(5):573-9.
7. DeSimone CV, Graff-Radford J, El-Harasis MA, Rabinstein AA, Asirvatham SJ, Holmes DR. Cerebral Amyloid Angiopathy. *J Am Coll Cardiol.* août 2017;70(9):1173-82.
8. Renou P, Thambo J-B, Iriart X, Nicot S, Kabore N, Jalal Z, et al. Left Atrial Appendage Closure in Patients with Atrial Fibrillation and Previous Intracerebral Hemorrhage. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* mars 2017;26(3):545-51.
9. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J.* 7 oct 2016;37(38):2893-962.
10. Padera RF, Schoen FJ. C - Other Cardiovascular Devices. In : Ratner BD, Hoffman AS, Schoen FJ, Lemons JE, éditeurs. *Biomaterials Science (Third Edition) [Internet].* Academic Press; 2013 [cité 14 juill 2019]. p. 784-98. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780080877808000693>

PROCOLE DE RECHERCHE CLINIQUE PERTINENCE DU DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ PAR LES SERVICES D'AIDE À DOMICILE

Contexte

L'augmentation continue de l'espérance de vie est l'une des réussites les plus significatives de ces dernières années en Europe : alors qu'en 1960 l'espérance de vie était de 73,6 ans pour les femmes et de 67 ans pour les hommes, en 2010 elle était nettement supérieure, respectivement 84,8 ans et 78,1 ans¹. L'espérance de vie totale s'allonge mais l'espérance de vie sans incapacité régresse. Ainsi, les années de vie gagnées s'accompagneraient désormais de limitations fonctionnelles, de restrictions d'activités et d'une dégradation de l'autonomie. L'un des défis de notre société, promu dans le cadre du Partenariat Européen d'Innovation pour un Vieillessement actif et en Bonne santé ainsi que dans la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, est la prévention des incapacités et de la dépendance liée à l'âge en s'assurant que nos patients puissent vivre non seulement plus longtemps, mais également mener une vie en bonne santé, active et indépendante.

La grande majorité des personnes âgées vivent à domicile sans incapacité significative, y compris dans les classes d'âges les plus avancées². Si ces personnes âgées pauci- ou monopathologiques évoluent de façon comparable aux sujets adultes plus jeunes lors d'une maladie aiguë, d'une hospitalisation ou lors d'un stress physique et/ou psychique, les personnes âgées dites « fragiles » démasquent un état de vulnérabilité sous-jacent et peuvent entrer dans la dépendance.

En 2011, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) a adopté la définition suivante de la fragilité³ : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité [...]. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible ».

Selon les dernières données issues de l'enquête SHARE⁴ (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) qui est une enquête longitudinale multidisciplinaire concernant plus de 80 000 européens âgés de plus de 50 ans avec recueil de données d'état de santé, de situation sociale (famille, entraide, réseaux sociaux) et économique (emploi, retraite, patrimoine), la fragilité représente en France 3.2 % des personnes âgées de 50 à 64 ans, et 15 % des personnes de plus de 65 ans. Autre donnée d'intérêt, 43 % des plus de 65 ans seraient « pré-fragiles ». Ainsi, être en mesure de repérer précocement la fragilité est un enjeu majeur dans le but de mettre en œuvre des actions correctrices et éviter ou du moins retarder l'entrée dans la dépendance⁵. Pour se faire, plusieurs outils simples de dépistage en soins primaires ont été développés, qu'ils s'agissent d'auto-évaluation tel que l'auto-questionnaire FiND⁶ ou d'outils destinés à être utilisés par les médecins tels que l'outil FRAIL de Morley⁷ ou l'outil de repérage de la fragilité du gérontopôle de Toulouse⁸. Ces stratégies de dépistage restent pour l'heure essentiellement du domaine médical alors que les services d'aide à domicile (SAD), acteurs au quotidien auprès de la personne âgée, ne sont encore que trop peu impliqués. Le développement du Home Care Frailty Scale⁹, outil d'évaluation multidimensionnelle à 29 items du risque de déclin vers la dépendance, à partir des données de l'interRAI (Resident Assessment Instrument)¹⁰, démontre pourtant que les SAD représentent une piste intéressante de stratégie de dépistage. La Haute Autorité de Santé (HAS), dans une « fiche points clés et solutions » publiée en mai 2013 estimait que « l'implication des services sociaux et d'aide à la personne dans le repérage est une voie à explorer et à évaluer »¹¹.

Projet de recherche

Partant des constats faits ci-dessus, l'idée de développer un projet de recherche sur le dépistage de la fragilité, par les services d'aide à domicile, est né et s'est concrétisé.

La question de recherche du projet est de se demander quelle est la pertinence d'un tel dépistage lorsqu'il est réalisé par des aides de vie à domicile, ces dernières n'ayant reçu aucune formation spécifique à un tel dépistage ni même été formées à ce qu'est la fragilité du sujet âgé. Pour répondre à cette question de recherche, il a été décidé simplement de comparer un dépistage simple et rapide réalisé à domicile par l'aide de vie, à un diagnostic posé par un médecin gériatre, à partir du gold standard du diagnostic qui est l'utilisation des critères de Fried.

Les sujets inclus ont plus de 65 ans, vivent à domicile, ont une indépendance fonctionnelle préservée (ADL \geq 5) et bénéficient du passage d'un service d'aide à domicile quelle qu'en soit la raison. Les personnes présentant une dépendance dans les actes de la vie quotidienne (ADL $<$ 5), refusant de participer à l'étude ou bénéficiant d'une mesure de protection juridique n'étaient pas inclus dans l'étude.

Dépistage de la fragilité par les services d'aide à domicile

Pour obtenir leur adhésion à l'étude, une grille de dépistage facile d'emploi et rapide à remplir était nécessaire. Dans ce contexte il a été décidé d'utiliser la grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment), un outil élaboré par une équipe belge et validé en France dans diverses utilisations. En 2017, le CHU de Rouen a validé via une étude clinique son utilisation comme dépistage de la fragilité par les infirmières¹³. La même année, l'équipe du Professeur Novella au CHU de Reims a validé l'utilisation de la grille SEGA à domicile¹⁴. Enfin, un travail de 2016 valide son utilisation par n'importe quel professionnel de santé formé à son utilisation.

La grille SEGA comporte 13 items cotés 0, 1 ou 2 soit au final un score total compris entre 0 et 26.

Pour l'étude, aucun cut-off de score total n'a été retenu, les analyses statistiques futures nous aideront peut-être à en définir un en condition d'utilisation par les aides de vie à domicile.

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVO (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
TOTAL :				... / 26

Les items sont plutôt simples et rapides à renseigner une fois la grille maîtrisée. Après plusieurs essais avec des aides de vie, son remplissage exhaustif associé à la réponse à la question « Si vous deviez donner une note sur 10 à votre patient concernant son degré de fragilité, quelle serait-elle ? », prennent au total environ 3 minutes.

L'étude est en cours, les inclusions débuteront progressivement. Plus de 450 inclus seront statistiquement nécessaires pour obtenir une puissance satisfaisante. Le recueil s'annonce donc long ce qui nécessitera de motiver régulièrement les équipes.

Perspectives d'avenir

Ce projet de recherche s'inscrit dans le domaine de la prévention qui, en gériatrie, n'était pas si évident il y a encore très peu de temps. Tout comme l'âgisme contre lequel les médecins gériatres ont à se battre au quotidien, expliquer que même à un âge avancé il est possible de faire de la prévention et que celle-ci est même primordiale, reste difficile. Prévenir la fragilité s'intègre dans le cadre d'une prévention secondaire puisqu'il est question d'agir au stade précoce de son évolution, de la dépister pour ensuite la prendre en charge.

Ensuite, ce projet permet de décroisonner le secteur hospitalier, de l'ouvrir à la ville et de créer ou faire vivre un vrai réseau ville-hôpital. En gériatrie où pluridisciplinarité et prise en charge globale sont des maîtres-mots, ne pas connaître les réseaux d'aide existants sur son territoire paraît impensable... et pourtant. SSIAD, SPASAD, SESSAD, SAD, ERMA, CLIC, MAIA, ... et bien d'autres (acronymes) encore sont des acteurs clés dans le maintien à domicile des personnes âgées, leur suivi au quotidien et le repérage de situations fragiles, or nous sommes loin de tous les connaître. Présenter ce projet et rechercher leur implication permet de découvrir ce réseau et de s'y intégrer, au bénéfice de la personne âgée. D'ailleurs en termes d'implication, impliquer les aides de vie dans un processus de dépistage de la fragilité valorise des compétences qu'elles ont mais qui sont sous-exploitées.

Enfin, pour l'heure il est bien sûr impossible de prédire un quelconque résultat mais si l'hypothèse de départ est la bonne et que la réalisation du dépistage de la fragilité par les aides de vie à domicile est pertinente, sa généralisation permettrait des prises en charge précoces et des situations délétères évitées parmi lesquelles la triade hospitalisation – dépendance – institutionnalisation.

Pour tout renseignement supplémentaire concernant cette étude, n'hésitez pas à prendre contact via l'adresse mail de l'association jeunesgeriatres@gmail.com

Guillaume DUCHER
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

1. Plan national "bien vieillir" 2007-2009 [Internet]. [cited 2017 Jul 8] ; Available from : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
2. Fiche de synthèse sur le questionnaire HS - F1109.pdf [Internet]. [cited 2016 Sep 12] ; Available from : http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/F1109.pdf
3. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, et al. [Frailty in older population : a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology]. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2011;9(4):387–90.
4. Börsch-Supan A, Brandt M, Hunkler C, et al. Data Resource Profile : The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Int J Epidemiol* 2013;42(4):992–1001.
5. Vellas B, Cestac P, Moley JE. Implementing frailty into clinical practice : we cannot wait. *J Nutr Health Aging* 2012;16(7) : 599–600.
6. Cesari M, Demougeot L, Boccalon H, et al. A self-reported screening tool for detecting community-dwelling older persons with frailty syndrome in the absence of mobility disability: the FiND questionnaire. *PloS One* 2014;9(7) : e101745.
7. Morley je, Malmstrom tk, Miller dk. A simple frailty questionnaire (frail) predicts outcomes in middle aged african americans. *J Nutr Health Aging* 2012 ; 16(7):601–8.
8. Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, et al. Looking for frailty in community-dwelling older persons : the Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). *J Nutr Health Aging* 2013;17(7):629–31.
9. Morris JN, Howard EP, Steel KR. Development of the interRAI home care frailty scale. *BMC Geriatr* [Internet] 2016 [cited 2017 Dec 6];16(1). Available from : <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0364-5>
10. franceraï - les instruments du RAI [Internet]. [cited 2018 Jul 12] ; Available from : <http://www.franceraï.fr/index.php/les-instruments>
11. Haute Autorité de Santé - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. [cited 2017 Oct 24] ; Available from : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires

LES ACTEURS DU VIEILLISSEMENT À DOMICILE

QUELQUES DONNÉES EN FRANCE

CHIFFRES DE 2016



600 000
PERSONNES
VIVENT EN
EHPAD



760 000
PERSONNES
BÉNÉFICIENT DE L'APA



SUR LE TERRITOIRE,
124 760 PERSONNES ÂGÉES
SONT PRISES EN CHARGE
PAR 2 103 SPASAD

EN 2016

1,5 MILLIONS DE PERSONNES
DE PLUS DE 85 ANS



EN 2050

4,8 MILLIONS DE PERSONNES
DE PLUS DE 85 ANS



1 INFIRMIÈRE LIBÉRALE
POUR 552 HABITANTS
EN 2018

En France, l'espérance de vie augmente et on vit de plus en plus longtemps chez soi. La majorité des personnes vieillissantes et leurs familles déclarent vouloir vivre chez eux. L'enjeu du vieillissement à domicile est de taille !

Un des objectifs pour y répondre est de recentrer l'accompagnement sur un réseau de proximité, tout en décloisonnant les actions de chaque professionnel, en plaçant le patient et son médecin traitant au centre. Mais il n'est pas toujours facile d'y voir clair, tant pour les patients et leurs familles que pour le médecin, entre les disparités des territoires, la complexité du parcours de santé d'une personne âgée, et l'hétérogénéité des situations.

72,5 % des Français jugent être mal informés des dispositifs d'aides et de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Différentes lois, différents programmes et plans Alzheimer ont vu naître divers dispositifs qui ont pour objectif de maintenir l'autonomie à domicile et retarder le temps de l'institutionnalisation. Mais quels sont-ils et quelles sont leurs missions concrètes ?

Nous souhaitons vous présenter un **état des lieux des organismes disponibles**.

Il faut garder à l'idée que les territoires en France sont inégaux : la démographie des personnes vieillissantes, la proportion de ruralité, les moyens alloués et investissements prévus, les organismes porteurs... De ce fait, chaque région peut proposer des dispositifs différents.

Vous trouverez au centre de votre Gazette un poster pour y voir plus clair, à détacher et à personnaliser selon vos contacts avec les acteurs de votre région, afin d'informer et orienter au mieux les patients et leurs familles.

En fonction des régions et des territoires, le guichet unique à la gestion des cas est porté par une de ces structures. La plupart des services ont des missions de repérage, d'évaluation et d'organisation des interventions.



CLIC

CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION

(échelle départementale)

Guichet unique d'information dédié aux familles des personnes âgées en perte d'autonomie. Un CLIC est considéré comme une porte d'entrée de toute recherche sur les aides et solutions devant la dépendance. Il existe trois types de CLIC :

- CLIC de niveau 1 : accueil, écoute, conseils et informations
- CLIC de niveau 2 : accueil et informations, mais aussi évaluation des besoins et élaboration d'un plan d'aides
- CLIC de niveau 3 : accueil, informations, évaluation et élaboration d'un plan d'aides, et mise en œuvre et adaptation du plan d'aides.



RÉSEAUX GÉRONTOLOGIQUES

(échelle régionale)

Les réseaux gérontologiques regroupent et coordonnent les interventions des acteurs du domicile, médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux, afin de permettre à la personne âgée de rester à domicile. Ils élaborent un Plan Personnalisé de Santé, avec la coopération du médecin traitant, et le réévaluent régulièrement. Ils ont pour objectif la prévention de la dépendance, la prévention des situations de crise, et le soutien à domicile le plus longtemps possible.



MAIA

MÉTHODES D'ACTION POUR L'INTÉGRATION DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS DANS LE CHAMP DE L'AUTONOMIE

Les MAIA prennent en charge des situations complexes avec des gestionnaires de cas (Allez découvrir leur travail grâce à la Fiche Métier de ce numéro !) afin d'assurer la continuité des parcours et le maintien à domicile, le plus longtemps possible dans les meilleures conditions, des personnes âgées présentant un retentissement neurocognitif.



PTA

PLATEFORME TERRITORIALE D'APPUI

La loi de modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016 a voulu recentrer le système de santé sur les soins de proximité, et dans cette perspective a été créé la PTA qui coordonnera les parcours de santé complexes pour des patients de tout âge, quel que soit leur pathologie. Ce service, soutenu par l'Agence Régionale de Santé (ARS) s'adresse aux professionnels pour :

- Les informer et les orienter vers les ressources sanitaires, sociales, médico-sociales adaptées
- Les aider à l'organisation des parcours complexes, à l'organisation territoriale des soins, pour favoriser un parcours pertinent et le maintien à domicile
- Les soutenir avec un appui opérationnel et logistique

LA PTA réunira et partagera les missions des dispositifs existants (CLIC, Réseaux, MAIA) qui fusionneront. Les services seront déclenchés par un professionnel ou par le médecin traitant. Enfin, ce fonctionnement par guichet unique permettra de développer le lien entre la ville et l'hôpital.



CPTS

COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ

Les CPTS regroupent les professionnels de santé de ville (médecin généraliste, infirmiers libéraux, acteurs sociaux et médico-sociaux, etc...) qui souhaitent porter des projets pour améliorer l'offre de soins et la prise en charge d'une population. Ils formalisent un Projet de Santé, transmis à l'ARS, qui fera alors l'objet d'une contractualisation (Contrat Territorial de Santé). Ce collectif a pour mission d'organiser et de coordonner les professionnels de santé. Les actuels Pôles de Santé tendent à devenir des CPTS.

LES ACTEURS DU VIEILLISEMENT

CCAS (Centre Communal d'Action Sociale)

• Ville : _____

N° : _____

• Ville : _____

N° : _____

• Ville : _____

N° : _____

Conseil Départemental

N° : _____

Maison du Département

N° : _____

MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

N° : _____

Associations de Patients

N° : _____

N° : _____

MPJ (Mesure de Protection Juridique) (Juge des Tutelles)

N° : _____



SOCIAL / ADMINISTRATIF

SPASAD (Services Polyvalents d'Aides et de Soins A Domicile)

N° : _____

SSAAD (Service de Soins et d'Aide A Domicile)

N° : _____

Solutions techniques :

• Téléalarme

N° : _____

• Portage des repas

N° : _____

N° : _____

• Matériel et Conseils d'Aménagement

N° : _____

• Transport (individuel ou navette)

N° : _____

PERSONNE
ET SON M

DÉP

À DOMICILE DANS VOTRE RÉGION



SOINS

SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile)

N°: _____

N°: _____

Équipe de Prévention
et de Réhabilitation

N°: _____

HAD (Hospitalisation A Domicile)

N°: _____

➤ Mais aussi :
Professionnels libéraux
(IDE, kiné, orthophoniste,...)

Équipes Mobiles Médicalisées :

- Équipe Mobile de Gériatrie
N°: _____
- Équipe Mobile de Soins Palliatifs
N°: _____
- Équipe de Psychiatrie
N°: _____
- Équipe de Rééducation
N°: _____
- Équipe de Soins de Support
N°: _____



PERSONNE ÂGÉE À DOMICILE
MÉDECIN TRAITANT



COGNITION

Accueil de Jour

N°: _____

N°: _____

N°: _____

N°: _____

ESA (Équipe Spécialisée Alzheimer)
(rattachée à un SSIAD)

N°: _____

Plateforme de Répit

N°: _____



MOBILITÉ

FOCUS SUR LES AIDES FINANCIÈRES

	NOM DE L'AIDE FINANCIÈRE	ATTRIBUÉE PAR
SANS CONDITION DE RESSOURCES	APA Allocation Personnalisée à l'Autonomie - Pour les plus de 60 ans en perte d'autonomie (GIR 1 à 4) - Allocation faible en cas de revenus importants - Non récupérable sur la succession	Conseil Départemental
	PCH Prestation de Compensation du Handicap - Besoin d'une aide dans les actes de la vie quotidienne à cause d'un handicap de la personne - Si le handicap est apparu avant l'âge de 60 ans - Non cumulable avec l'APA	MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)
SELON CERTAINES CONDITIONS DE RESSOURCES	Crédit d'Impôt (50%) - Déduction de 50% des dépenses de service à la personne sur l'impôt sur le revenu, jusqu'à l'annulation éventuelle - Si réduction d'impôt supérieure au montant à payer, ou si personne non imposable, remboursement des frais par l'Etat (en respectant des plafonds)	Etat
	Aides Extralégales - Aide financière ou en nature - Attribuée au cas par cas en fonction des situations individuelles - Cumulable avec l'APA - Peut contribuer à financer accueil de jour, hébergement temporaire, transports...	Mairie ou Conseil Départemental
	Solutions financières et matérielles - Pour les non-bénéficiaires de l'APA (sous certaines conditions de revenus et de dépendance) - Peut financer aide à la personne, aménagement du domicile...	CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail)
	Aides - Selon les contrats	Complémentaire Santé et Mutuelle
	APL (Aide Personnalisée au Logement) et ALS (Allocation de Logement Sociale) - Pour les personnes locataires	CAF (Caisse d'Allocations Familiales) ou MSA (Mutualité Sociale Agricole)
	Aides financières pour des travaux d'amélioration du domicile - Selon caractéristiques du logement	ANAH (Agence Nationale de l'Habitat)
RÉSIDENTS D'EHPAD OU D'USLD	APA Allocation Personnalisée à l'Autonomie - Reversée directement à l'EHPAD pour le forfait Dépendance	Conseil Départemental
	APL (Aide Personnalisée au Logement) et ALS (Allocation de Logement Sociale)	CAF (Caisse d'Allocations Familiales) ou MSA (Mutualité Sociale Agricole)
	Crédit d'Impôt	Etat
	Aide Sociale - Selon les EHPAD - Récupérable sur la succession	Conseil Départemental

Plus d'informations sur les conditions de chaque aide financière sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr.

Sophie SAMSO

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Bibliographie

www.cnsa.fr

www.ars.sante.fr

www.petits-fils.com

www.ladocumentationfrancaise.fr : Rapport « Bien vieillir à domicile, enjeux d'habitat, enjeux de territoires » 2009

www.service-public.fr

www.observatoire-des-territoires.gouv.fr

www.solidarites-sante.gouv.fr Rapport Libault 2019

www.insee.fr

www.hippocrate-developpement.fr



MAIA

L'intégration des acteurs pour l'autonomie des personnes âgées

FOCUS SUR LE DISPOSITIF MAIA ET L'ACCOMPAGNEMENT EN GESTION DE CAS

Le Dispositif MAIA

Le dispositif MAIA a été créé par le Plan Alzheimer 2008-2012. Il est inscrit dans l'objectif n°2 du plan qui a pour but de renforcer la coordination entre tous les intervenants auprès de la personne âgée en perte d'autonomie. MAIA signifie Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.

Les principaux enjeux de la méthode MAIA sont :

- La continuité des parcours des personnes âgées, en évitant les ruptures de prise en charge, dans un environnement complexe qui mobilise de nombreux professionnels de disciplines différentes (secteur social, médico-social et sanitaire).
- La prise en charge des situations complexes par un professionnel formé et dédié, le gestionnaire de cas.

L'objectif est de fédérer tous les partenaires pour mettre en place un projet commun et co-construire les moyens d'action et les outils collaboratifs.

Puis une analyse est faite du service rendu à la population âgée sur un territoire donné. Le but est d'harmoniser les pratiques et de faire remonter les manques et les succès pour que des projets soient financés en fonction des besoins réels du territoire.

L'accompagnement en Gestion de Cas

La gestion de cas, traduction du terme anglo-saxon « case-manager », est apparue aux Etats-Unis dans les années 70 puis s'est développée au Canada pour arriver ensuite en Europe et en France sous l'impulsion du plan Alzheimer 2008-2012.

Le gestionnaire de cas a une formation initiale de travailleur social, d'infirmière, de psychologue, d'ergothérapeute ou de kinésithérapeute. Il doit suivre une formation complémentaire pour obtenir un Diplôme Inter-Universitaire de Gestionnaire de Cas.

L'accompagnement en gestion de cas s'adresse aux personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou d'une maladie neurodégénérative apparentée sans condition d'âge, et à toute personne de plus de 60 ans en perte d'autonomie et en situation dite « complexe ».

Une situation est dite complexe si les trois critères suivants sont présents :

- La situation de la personne est instable et compromet le projet de maintien à domicile en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle dans les Activités de la Vie Quotidienne et les Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne et d'une perte d'autonomie décisionnelle et d'un problème relevant du champ médical (pathologie chronique évolutive et invalidante).
- Les aides et les soins apportés sont insuffisants ou inadaptés (refus d'aide).
- Il n'y a pas de personnes ressources ou d'entourage proche en mesure de mettre en place et de coordonner les réponses aux besoins (épuisement de l'aidant ou isolement de la personne âgée).

L'entrée en gestion de cas ne peut pas s'envisager dans un contexte d'urgence. Le Gestionnaire de cas intervient à la suite du repérage des situations complexes par les professionnels du secteur social, médico-social ou sanitaire (médecin traitant, hôpitaux, services sociaux, SSIAD, ESA, IDE, SAAD...) via une fiche d'orientation.

Un simple renforcement des aides n'est pas suffisant pour mobiliser un gestionnaire de cas.

Après validation de l'entrée en gestion de cas, l'accompagnement de la personne âgée se fait avec son accord et /ou celui de son entourage.



Le Gestionnaire de Cas va proposer un suivi de proximité personnalisé et adapté aux besoins de la personne en situation complexe dont le projet est de rester à domicile.

C'est un accompagnement au long court de la personne âgée par des rencontres régulières au domicile. Le Gestionnaire de Cas devient l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile. La prise en charge n'est pas limitée dans le temps et se poursuit en cas d'hospitalisation.

Les objectifs sont :

- D'améliorer la qualité de vie au domicile en apportant un soutien à la personne et aux aidants.
- Eviter les ruptures dans le parcours de santé de la personne.
- Coordonner les aides en place en concertation avec les professionnels du domicile et en lien avec le médecin traitant.

Il est important que le Gestionnaire de Cas instaure une relation de confiance avec la personne accompagnée. L'objectif est de repositionner la personne au centre du dispositif, tout en respectant son autonomie et en la réinstallant dans son rôle décisionnaire.

Tout au long de son accompagnement, le gestionnaire de cas :

- Fait une évaluation multi-dimensionnelle (logement, budget, familial, médical...) des besoins de la personne âgée avec un outil national l'Inter RAI Home Care, en étant en lien avec le médecin traitant et les différents intervenants du domicile.
- Élabore une synthèse des besoins de la personne et un Plan de Service Individualisé (PSI).
- Organise et coordonne les interventions pluridisciplinaires.
- Réévalue et adapte le PSI en fonction de l'évolution de la situation de la personne âgée.

Le Gestionnaire de cas ne se substitue pas aux intervenants en place. Les concertations en équipe pluridisciplinaire permettent de donner un sens commun aux interventions de chaque professionnel et aident à la prise de décisions communes (notamment dans le cas de refus de soins de la personne ou de demande de fin de vie à domicile).

L'accompagnement en gestion de cas prend fin à la demande de la personne en cours de prise en charge, ou à son entrée en EHPAD ou à son décès.

MAIA Lyon-Sud
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Liens internet

<https://www.cnsa.fr/print/outils-methodes-et-territoires/maia>

<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/print/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/le-gestionnaire-de-cas>

<https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/le-role-du-gestionnaire-de-cas-maia-explique-en-video>

RÉDACTION D'UN PROTOCOLE DE RECHERCHE CLINIQUE 2/3

Dans la *Fiche pratique* de ce numéro de la *Gazette du jeune gériatre* nous poursuivons de détailler le process de la rédaction d'un protocole de recherche clinique. Nous allons particulièrement nous attarder sur le contenu que doit avoir un tel protocole en nous basant sur le canevas d'un synopsis (celui-ci doit être envoyé aux différentes instances afin d'obtenir les autorisations).

En face de chaque item vous trouverez des explications ainsi que des indications/conseils. Pour mémoire, nous avons vu dans le précédent numéro l'intérêt d'un tel protocole et les obligations réglementaires qui s'y rapportaient.

Il faut voir cet article comme une check-list à vérifier lors de l'élaboration du protocole.

Comment rédiger un protocole de recherche clinique ? :

Le SYNOPSIS

TITRE	<p>Il doit contenir le design de l'étude, le facteur étudié, le facteur explicatif, la population cible et l'intervention qui sera réalisée.</p> <p><i>En lisant ce titre, il faut que le lecteur comprenne tout de suite si votre étude peut l'intéresser ou non, il faut donc être très clair. Dans certains cas, les lecteurs n'iront pas plus loin... il faut donc éviter d'en « perdre » une partie alors qu'ils auraient pu être intéressés.</i></p>
PROMOTEUR	<p>Nom et lieu d'exercice du promoteur, ainsi que son rôle exact.</p>
INVESTIGATEURS	<ul style="list-style-type: none"> • Investigateur principal : Nom, structure et lieu d'exercice. • Co-investigateurs. • Détaillez quels sont les rôles des différents investigateurs : participation au design de l'étude ? À la collection des données ? À l'analyse statistique ? À l'écriture de l'article qui présentera les résultats de votre étude ? À la décision de soumission de cet article dans une revue ? <p>C'est l'occasion de clarifier la position des auteurs.</p> <p><i>Oui, c'est également cela les rôles des investigateurs, ce n'est pas simplement d'inclure des patients. Vous n'êtes pas tout seul à porter votre projet d'étude. Pensez à vous entourer correctement et suffisamment ! Il y a assez de travail pour tout le monde et c'est sur la longueur que vous le ressentirez.</i></p>
FINANCEMENTS	<ul style="list-style-type: none"> • Source et type de financements. • Source du support matériel ou d'autre type de support. <p><i>Ils correspondent en fait aux différents liens d'intérêt qui peuvent exister pour cette recherche.</i></p>

<p>MÉTHODOLOGIE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Décrivez le design de votre étude : <ul style="list-style-type: none"> - Etude interventionnelle/observationnelle ; - Etude prospective/rétrospective ; - Etude monocentrique/multicentrique ; - Groupes parallèles/cross-over/.../cohorte unique ; - Etude en ouvert ou en simple/double/triple aveugle (justifiez votre choix au vu des possibilités si votre étude n'est pas faite en aveugle) ; - Randomisation ou non (justifiez si vous ne randomisez pas) en précisant les critères de stratification s'il y en a. • Illustrez la réalisation en pratique de votre étude par un schéma, en reprenant le moment du screening, de l'inclusion, de l'intervention, des évaluations (en plus détaillé bien sûr) :  <pre> graph LR A[Screening] --> B[Inclusion] B --> C[Randomisation] C --> D[Intervention 1] C --> E[Intervention 2] D --> F[Evaluation] E --> F </pre> <ul style="list-style-type: none"> • Il faudra également préciser dans cette partie : <ul style="list-style-type: none"> - Comment seront recueillies les consentements des participants ? - Comment la qualité du recueil des données sera-t-elle assurée ? (Questionnaire et matériel validés, investigateurs formés, analyse laboratoire validée...). • Au cas où l'étude ne se passerait pas tout à fait comme prévue (surtout pour les études interventionnelles), il faudrait spécifier : <ul style="list-style-type: none"> - Par quels moyens seront notifiées les suspicions d'effets indésirables graves inattendus ? Dans quel cas, les participants sortiront de l'étude ou y aura-t-il une levée de l'insu ? Dans ce cas, précisez comment seront analysées ces données ? - Les règles d'arrêt définitif ou temporaire de l'étude. <p><i>Si vous prévoyez des analyses intermédiaires, notifiez-le.</i> <i>L'intérêt des analyses intermédiaires est de repérer, avant la fin théorique de l'étude, une différence entre les groupes (que ce soit en termes d'efficacité ou de survenue d'effets indésirables graves) et donc d'arrêter l'étude de manière anticipée. En effet, il n'est pas concevable de poursuivre une étude sachant pertinemment que les traitements administrés dans chaque bras ont des effets différents... et donc qu'il existe un bras de patient pour lesquels on ne leur apporte pas le traitement optimal.</i> <i>Ces règles doivent donc être définies antérieurement au début de l'étude.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Décrivez le codage des données, les moyens de sécurité mis en œuvre pour éviter les erreurs de retranscription et le moyen de stockage des informations (sur serveur sécurisé). Et préférez les CRF en ligne (« Case Report Form » : Document destiné à recueillir toutes les informations requises par le protocole concernant chaque personne qui se prête à la recherche biomédicale), plutôt que des fichiers Excel.
<p>CRITÈRES D'INCLUSION DES SUJETS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Décrivez la population à inclure (<i>là il n'y pas de méthodologie toute faite, elle dépendra de votre objectif principal et de la recherche bibliographique que vous avez faite</i>). • Décrivez la méthode de recrutement. • Quand ? (<i>détaillez s'il y a un délai entre un potentiel screening et l'inclusion dans l'étude à proprement parler</i>). • Où ? (dans quel(s) service(s) ? Quel(s) hôpital(aux) ? Quel(s) pays ?). • S'il s'agit d'une étude interventionnelle, détaillez les critères d'inclusion et d'exclusion des personnes qui réaliseront l'intervention (ex : chirurgien, thérapeute...).
<p>CRITÈRES DE NON INCLUSION DES SUJETS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem (<i>pas de méthodologie toute faite</i>). • Exemple classique : « participer à une autre étude ».
<p>INTERVENTION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • S'il y en a une : <ul style="list-style-type: none"> - Détaillez les moyens mis en œuvre pour vérifier l'observance des participants et ainsi pouvoir réaliser une analyse en intention de traiter et une analyse per-protocole. - Précisez si d'autres interventions sont admises lors de l'étude ou non (et entraîneraient donc une sortie de celle-ci). - Décrivez comment sera respecté l'aveugle.

ÉTHIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Mentionnez l'approbation des comités d'éthiques (CPP ou CEREEES). • Mentionnez l'enregistrement/l'approbation de la CNIL.
DATE / VERSION	<ul style="list-style-type: none"> • Protocole établie en date du .../.../... . • Version n° ... • Numéro d'enregistrement Clinical Trial de la recherche (après l'avoir obtenu). <p><i>Toute modification doit être notifiée et datée.</i></p>
JUSTIFICATION / CONTEXTE	<ul style="list-style-type: none"> • Décrivez la question de recherche et justifiez l'intérêt de votre étude : rationnel de 10 à 20 lignes. • S'il s'agit d'une étude interventionnelle, décrivez les avantages et les risques prévisibles et connus de votre intervention. <p>Hypothèse : « Nous formulons l'hypothèse que... ».</p> <p>Ce paragraphe doit être complété par une courte bibliographie (courte mais de qualité !).</p>
OBJECTIF PRINCIPAL	<ul style="list-style-type: none"> • Il découle de l'hypothèse formulée (qui correspond à une seule question de recherche). • Il doit être unique. <p><i>Justifiez tout de même votre choix (même si cela vous paraît évident, ce n'est peut-être pas le cas des personnes qui n'ont pas fait votre recherche bibliographique et qui ne connaissent pas le sujet aussi bien que vous. Les premières personnes qui vous liront à travers ce protocole ne sont pas forcément expertes sur le sujet, il faut leur faciliter le travail au maximum... c'est tout de même elles qui vous diront si oui ou non vous pouvez débiter votre étude.</i></p>
OBJECTIFS SECONDAIRES	<ul style="list-style-type: none"> • Ils peuvent être multiples. • Ils servent à illustrer l'objectif principal et/ou à ouvrir des perspectives à l'issue de l'étude. <p><i>Lorsque vous ferez votre recherche bibliographique ou que vous commencerez à rédiger votre protocole, vous aurez déjà pleins d'idées sur les travaux qui pourront en découler... essayez déjà de trouver comment avec vos objectifs secondaires vous pourrez trouver des éléments de réponse, c'est du travail déjà fait pour la suite de vos travaux. Cela se ressentira également dans votre discussion et dans la manière dont vous présenterez vos résultats, il y aura une cohérence.</i></p> <p><i>Vous aurez également une vision plus précise de votre question de recherche. Ces objectifs secondaires vous permettront d'illustrer votre objectif principal.</i></p> <p><i>En revanche, et là ATTENTION ! En aucun cas, il ne faudra espérer conclure sur un de vos objectifs secondaires !</i></p>
CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL	<ul style="list-style-type: none"> • Il doit être unique ! Et découle de l'objectif principal et doit permettre de répondre à la question posée. • C'est par rapport à ce critère de jugement principal que sera calculé le nombre de sujets nécessaires à l'étude.
CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES	<ul style="list-style-type: none"> • Ils découlent des objectifs secondaires ; chaque objectif secondaire doit avoir son critère de jugement secondaire.

COMITÉ DE SURVEILLANCE INDÉPENDANT	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminez les motifs de la constitution (ou non) d'un tel comité. • Précisez qui en est membre.
NOMBRE DE PARTICIPANTS	<ul style="list-style-type: none"> • Il correspond au nombre de sujet nécessaire (=NSN) pour pouvoir conclure à l'absence de différence. <p><i>Il existe des abaques qui permettent de calculer le NSN à partir du risque α (risque de 1^{ère} espèce = risque de conclure à tort à une différence qui n'existe pas), du risque β (risque de 2^e espèce = risque de conclure à tort à l'absence de différence alors qu'elle existe) ; $1 - \beta$ = puissance = pourcentage de chance de conclure à une différence qui existe), de la variabilité des mesures, de l'écart attendu entre les 2 bras et enfin du type d'étude.</i></p> <p><i>Le plus simple à ce niveau, si vous n'êtes pas familiarisés avec ces statistiques, est de vous rapprocher d'un collègue qui est plus à l'aise ou d'un statisticien de votre établissement.</i></p> <p><i>C'est une étape primordiale (oui encore une !). En effet, on conçoit bien maintenant que si le résultat de l'étude est « absence de différence entre les deux bras étudiés » (alors que le NSN a été respecté) nous avons tout de même β % de chance qu'il y ait tout de même une différence... mais si le NSN n'a pas été respecté et que notre étude aboutit à la même conclusion nous n'avons aucun moyen de savoir si l'absence de différence est réelle ou si elle n'a simplement pas pu être mise en évidence à cause d'un nombre de participants insuffisant. Ainsi, ne pas calculer au préalable de NSN (ou ne pas le respecter) équivaut à prendre le risque de réaliser un travail pour lequel il sera impossible de conclure... ce qui est dommage au vu du travail, du temps et de l'argent qui vont être investis.</i></p>
DUREE DE LA RECHERCHE	<ul style="list-style-type: none"> • Période d'inclusion : du .../.../... au .../.../... . <p><i>Elle doit être définie au préalable (et non uniquement jusqu'à obtention du NSN).</i></p> <p><i>Elle est établie à partir d'une analyse des caractéristiques de la population étudiée (obtenues soit grâce à une revue de la littérature, soit à partir d'une rapide analyse épidémiologique de terrain).</i></p>
PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Décrivez les analyses statistiques que vous utiliserez pour les critères de jugement primaire et secondaire(s) : <ul style="list-style-type: none"> - Précisez comment seront analysées les données quantitatives et qualitatives ? - Précisez si vous effectuerez une analyse de supériorité ou de non-infériorité ? • Il faudrait également décrire : <ul style="list-style-type: none"> - Le degré de signification statistiques prévu (risque alpha et beta). - Comment seront prises en compte les données manquantes ? Et les sujets sortis de l'étude (perdu de vue, décédé, effet indésirable grave avec levée de l'aveugle...) ? - Si vous prévoyez de réaliser des analyses en sous-groupe, des analyses avec ajustement ou des analyses intermédiaires. <p><i>En général :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pour les données quantitatives, un t-test de Student est approprié si les variables suivent une loi Normale et si elles sont homogènes.</i> <i>Si ces variables ne suivent pas une loi Normale (on le sait grâce à des tests statistiques qu'il faut également faire au préalable), il faut faire un test non-paramétrique (Test de Mann-Whitney).</i> <i>Si ces variables suivent une loi Normale mais ne sont pas homogènes, il faut appliquer une correction statistique (de Welch).</i> • <i>Pour les données qualitatives, un test du Chi2 est approprié si les conditions d'application sont respectées, dans le cas contraire on effectuera un test exact de Fisher.</i> • <i>Des régressions peuvent également être réalisées pour analyser des corrélations en gommant l'effet de facteurs confondants... mais là, clairement, nous vous conseillons de vous rapprocher d'un statisticien.</i>
PERSPECTIVES	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminez l'impact de votre travail sur la pratique et les travaux que vous souhaitez réaliser à la suite de votre étude (dans le cas où vous mettriez en évidence une différence et dans le cas inverse). <p><i>Même avant de débiter votre étude, votre travail de recherche bibliographique vous a permis d'entrevoir quelles pourraient être les problématiques annexes ou quelles seraient celles qu'il serait intéressant d'approfondir.</i></p>

Dans les annexes vous pouvez faire figurer toutes les autres choses qui vous semblent pertinentes :

- Le Formulaire d'information et de consentement ;
- Les procédures spécifiques à l'étude ;
- La liste des investigateurs ;
- Votre bibliographie ;
- Le cahier d'observation...

Ce protocole doit être validé par le promoteur et le(s) investigateur(s) avant soumission aux différentes instances réglementaires.

Pour rappel, vous ne pourrez publier votre protocole qu'après avoir obtenu toutes les autorisations (cf. article dans la Gazette n°20).

Encore une fois, si cette étape peut être longue et fastidieuse, elle est bien le garant d'une recherche réussie et fiable. Elle sera plus facile à surmonter à plusieurs ! Entourez-vous confortablement (pensez aux réunions régulières dont nous avons déjà parlé dans le dernier numéro de la Gazette).

Vous éviterez de traiter d'une problématique qui l'a déjà été par le passé et éviterez ainsi de perdre du temps et de l'argent. Et vous ne ferez pas prendre de risques inconsidérés à vos sujets d'étude.

Vos échanges avec les autres membres de votre équipe seront à l'origine d'une émulsion nouvelle et vous permettront de confronter vos idées et votre méthodologie.

Les étudiants que vous accueillez auront une belle illustration de l'intérêt de la Lecture Critique d'Article enseignée en 2^e cycle et (pourquoi pas) vous remercierons d'avoir fait germer en eux des vocations !

Enfin, publiez votre protocole ! Vous aurez un article supplémentaire à votre actif.

Les résultats de l'étude réalisée par l'AJG et présentée lors des JAIG 2019 nous confortent bien dans l'idée que la recherche en Gériatrie est importante mais n'est pas assez développée, par manque de temps dédié et par manque de formation sur les différents aspects que nous avons abordés plus haut.

Votre Association des Jeunes Gériatres est là pour vous épauler dans vos travaux. N'hésitez surtout pas à nous contacter !

Alexandre BOUSSUGE
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. Code de la santé publique - Article L5311-1. Code de la santé publique.
2. SPIRIT 2013 Statement : Defining standard protocol items for clinical trials | The EQUATOR Network [Internet]. [cité 24 juin 2019]. Disponible sur : <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/spirit-2013-statement-defining-standard-protocol-items-for-clinical-trials/>
3. Arrêté du 16 août 2006 relatif au contenu et aux modalités de présentation d'un protocole de recherche biomédicale ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique.

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



Le point de vue du pharmacologue

A partir de juin 2009, le retrait progressif du dextropropoxyphène a conduit à son remplacement par le tramadol, puisqu'en à peine deux ans, 35 % des utilisateurs de dextropropoxyphène avaient effectué cette substitution. Usuellement classée comme un antalgique de palier 2, il s'agit en réalité d'une molécule complexe possédant de multiples propriétés pharmacodynamiques autres que celles d'activer des récepteurs des opiacés.

Le tramadol est un promédicament inactif puisque son affinité est environ 6000 fois plus faible pour les récepteurs opioïdes mu que la morphine (Raffa et coll., 1992) et son activité intrinsèque sur le récepteur est quasiment nulle. Il est moins sélectif que la morphine car se fixe aussi sur les récepteurs delta et kappa opioïdes.

L'activité du tramadol résulte de son métabolisme (à près de 90 %) par le cytochrome P450 (CYP) 2D6 formant le métabolite M1, responsable de la stimulation mu opioïde conférée par ce médicament, et les CYP3A4 et 2B6 qui forment le métabolite M2 lui-même formant de nombreux métabolites secondaires. Ainsi l'activité du tramadol est soumise à une importante variabilité interindividuelle provenant des polymorphismes qui affectent les CYP3A4 et 2D6. Certains malades vont donc peu répondre au produit (métaboliseurs lents) alors que d'autres, à l'inverse, vont montrer une réponse thérapeutique et des effets

secondaires de manière extrêmement importante (métaboliseurs ultrarapides). Il a même été décrit un cas de cardiotoxicité sévère liée à une inhibition massive de la recapture des catécholamines (Cf. plus loin pour le mécanisme) chez un métaboliseur ultrarapide (Elkalioubie et coll., 2011).

L'activité du tramadol semble provenir essentiellement du métabolite M1 qui existe sous forme de deux isomères, le (+) activant les récepteurs mu (Gillen et coll., 2000 ; Lai et coll., 1996) alors que le (-) a peu d'affinité pour ces récepteurs mais bloque SERT, le transporteur de la sérotonine et NET, le transporteur de la noradrénaline (Raffa et coll., 1992). En effet, le tramadol présente une forte analogie structurale avec la venlafaxine EFFEXOR®. Il bloque SERT de manière équivalente à de la désipramine et environ 15 fois moins que de la fluoxétine, ce qui reste tout à fait remarquable (Gusti et coll., 1997).

Ces données nous interrogent sur l'origine pharmacologique des

effets antalgiques de cette molécule. La question a été abordée par Siochiro et coll. (Siochiro et coll., 2006) qui ont montré que chez des souris complètement invalidées en récepteurs mu, il subsiste environ 30 % de l'activité antalgique. La moitié de cet effet résiduel est supprimée par la naloxone, un antagoniste non sélectif des récepteurs opioïdes montrant ainsi l'implication des récepteurs kappa et/ou delta alors que le reste est bloqué par la yohimbine, un antagoniste α_2 adrénergique. La liaison du tramadol à des récepteurs α_2 adrénergiques a bien été démontrée dans un article de liaison spécifique (Höcker et coll., 2008).

Au total, le tramadol et ses métabolites sont donc des agonistes opioïdes non sélectifs, des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et des agonistes α_2 adrénergiques. Une véritable soupe pharmacodynamique qui explique la multiplicité des effets indésirables et des interactions médicamenteuses auxquelles expose cette substance.



Le tramadol peut tout d'abord provoquer des interactions pharmacodynamiques avec tous les opioïdes de palier 2 et 3 dont il va majorer les effets thérapeutiques et secondaires.

Son action agoniste sur les récepteurs kappa peut provoquer des hallucinations bien connues avec d'anciennes molécules (pentazocine) (Cohen et Murphy, 2008) ou des stupéfiants (sauge des devins) qui vont venir s'ajouter au risque hallucinogène des anticholinergiques par exemple.

Son effet agoniste α_2 adrénergique mime les effets d'un anti-hypertenseur d'action centrale comme la clonidine provoquant hypotension, hypotension orthostatique et bradycardie venant potentialiser les effets de tous les antihypertenseurs.

La propriété « IRS mimétique » va potentialiser l'action de tous les antidépresseurs au risque d'induire un syndrome sérotoninergique.

Finalement, on ne peut passer ce paragraphe dédié aux interactions médicamenteuses sans évoquer le risque d'interaction avec des médicaments métabolisés par le CYP2D6 comme la venlafaxine, la rispéridone ou le tamoxifène.

La littérature mentionne aussi des cas d'hypoglycémies sous tramadol ainsi que le détournement d'usage comme stupéfiant. Le tramadol, a été placé sur la liste des produits dopants par l'Union Cycliste Internationale le 1^{er} mars 2019 pour tout usage en compétition. Par contre, il reste autorisé hors compétition.

Pour conclure, le tramadol est une molécule bien plus complexe que le dextropropoxyphène, son prédécesseur dans les pratiques de prescriptions courantes. Par rapport à un opiacé comme la codéine, il va activer des récepteurs kappa pouvant occasionner des hallucinations en particulier chez la personne âgée. C'est aussi un agoniste α_2 adrénergique pourvoyeur d'hypotension orthostatique et un antidépresseur à ne pas associer à un médicament de cette famille. Il est sujet à une importante variabilité interindividuelle et une vigilance toute particulière devra être portée aux associations avec des inhibiteurs ou des inducteurs du CYP2D6.

Pr Laurent MONASSIER

PU-PH de Pharmacologie à la faculté de médecine de Strasbourg
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

- Cohen et Murphy, Int J Neuropsychopharmacol, 2008, 11(2) :243-247.
Elkalioubie et coll., Eur J Clin Pharmacol, 2011, 67 :855-858.
Gillen et coll., Naunyn Schmiedeberg's Arch Pharmacol, 2000, 362:116-121.
Gusti et coll., Br J Pharmacol, 1997, 122 :302-306.
Höcker et coll., Eur J Pharmacol, 2008, 582 :70-77.
Lai et coll., Eur J Pharmacol, 1996, 316(2) :369-372.
Raffa et coll., J Pharmacol Exp Ther, 1992, 260(1) :276-285.
Siochiro et coll., Neuropharmacol, 2006, 51(3) :651-658.

Le point de vue du Gériatre

Concernant l'efficacité du tramadol, la Commission de Transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle en 2016 que huit revues systématiques et méta-analyses ont été retenues évaluant le tramadol contre placebo.

Quatre études rapportent une efficacité (une dans les lombalgies chroniques, deux dans les douleurs neuropathiques, une dans les douleurs lors de la chirurgie dentaire) et quatre études ne rapportent pas d'efficacité du tramadol (douleur post-césarienne, lombalgie chronique, arthrose et ablation dentaire) (1). La revue de Cochrane de 2013 évaluant l'efficacité des opioïdes (dont le tramadol) dans les lombalgies chroniques, rappelle qu'il n'existe pas d'essai randomisé contrôlé contre placebo, que l'efficacité à court terme semble exister et que l'utilisation à long terme doit être effectuée avec beaucoup de prudence compte tenu des risques encourus (2).

Dans une revue systématique de Cochrane de 2017 évaluant l'efficacité du tramadol avec ou sans paracétamol dans les douleurs cancéreuses, les auteurs concluent que les arguments en faveur d'une efficacité sont limités issus d'études, souvent, de mauvaise qualité méthodologique (3). Dans une autre revue Cochrane de 2017 évaluant l'efficacité du tramadol dans les douleurs neuropathiques, il apparaît que cette efficacité est mal documentée avec des études de qualité discutables comprenant des biais potentiels (4).

Concernant les effets indésirables du tramadol, une enquête déjà ancienne de l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) a confirmé le profil de tolérance du tramadol avec une prédominance de troubles psychiatriques (confusion mentale, hallucinations),

neurologiques (sensations vertigineuses, somnolence, malaise, convulsions) et gastro-intestinaux (nausées et vomissements) (5).

D'autres effets indésirables plus spécifiques sont à connaître. Il s'agit notamment du syndrome sérotoninergique avec 868 rapports par la Food and Drug Administration (FDA) américaine entre 1997 et 2017 dont 98 décès (6). Touchant surtout les sujets jeunes, il est favorisé par le polymorphisme du CYP2D6 (métaboliseurs lents), la prise concomitante d'un inhibiteur de recapture de la sérotonine (IRS), les IMAO, le linézolide et l'ondansétron.

La prise de tramadol est également associée à un risque de crise comitiale avec 2019 crises rapportées par la FDA entre 1997 et 2017 dont 145 décès (6). Ces crises comitiales sont observées lors d'une utilisation en zone thérapeutique mais également lors d'utilisation en zone supra-thérapeutique, notamment chez les sujets jeunes (addiction). Les facteurs potentiellement favorisants sont représentés par le polymorphisme du CYP2D6 (métaboliseurs lents), la prise concomitante d'un antidépresseur IRS, d'un antidépresseur tricyclique, l'existence de comorbidités (comitialité, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale), une utilisation au long cours et une addiction au tramadol.

La survenue d'hypoglycémies a été décrite lors de la prise de tramadol (7).

La survenue d'hyponatrémies a également été rapportée (8).

Le tramadol est également un antihypertenseur « caché » pouvant

favoriser la survenue d'hypotension orthostatique notamment lorsqu'il est associé à des antihypertenseurs « vrais » ou « cachés » (neuroleptiques, antidépresseurs tricycliques, alpha-bloquants urologiques).

Des résultats déjà anciens issus de la base de données des centres régionaux de pharmacovigilance français suggèrent que l'association tramadol-paracétamol occasionne davantage d'événements indésirables que l'association codéine-paracétamol (9).

Le rapport de la Commission de Transparence de la HAS rappelle les données d'addicto-vigilance et tout particulièrement le risque d'abus mais surtout de dépendance, même à doses thérapeutiques et lors de courtes périodes de traitement.

Ces données sont confirmées par une autre étude qui observe que le risque d'utilisation du tramadol au long cours après une prescription en post-opératoire est similaire à celui des opioïdes forts d'action courte, utilisés en post-opératoire (1).

Concernant le risque de décès imputable au tramadol, l'analyse comparative des résultats des études menées sur cinq années (2013 à 2017) par le Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance publiée sur le site de l'ANSM rapporte que sur 105 décès directs associés à la prise d'antalgiques environ 40 % étaient liés à la prise de tramadol, environ 30 % liés à la prise de morphine et entre 10 et 25 % environ à la prise de codéine, hors suicides et ingestions accidentelles (âge moyen : 48,8 ans) (10).

Une étude récente réalisée chez des sujets de plus de 50 ans présentant de l'arthrose ne rapporte pas de différence significative de mortalité entre le tramadol et la codéine respectivement 32,2/1000 vs 34,6/1000 patients années ; HR, 0,94 [95 %CI, 0,83-1,05]) (11). Dans cette étude de cohorte, la mortalité associée au tramadol s'est avérée significativement supérieure à celle associée aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), dans quatre cohortes d'AINS différentes. Des biais potentiels ne sont cependant pas exclus, notamment le biais de sélection (âge plus élevé, comorbidités plus nombreuses, arthrose plus ancienne, polymédication plus importante dans la cohorte tramadol que dans les quatre cohortes d'AINS).

La littérature ne rapporte pas d'études à large échelle concernant l'utilisation du tramadol chez les personnes âgées.

Les recommandations de la Société Britannique de Gériatrie de 2013 stipulent que l'analyse de la littérature ne retrouve aucune étude princeps concernant le tramadol chez la personne âgée (12). De nombreux avis d'experts suggèrent cependant que les événements indésirables associés au tramadol seraient plus fréquents chez la personne âgée que chez l'adulte d'âge moyen. Dans une petite étude prospective incluant 24 sujets âgés (âge moyen : 65,1 an) présentant des lombalgies chroniques résistantes aux AINS, Imamura a évalué l'efficacité et la tolérance d'une association tramadol (37,5 mg) et paracétamol (325 mg) prescrit pendant un mois. Il rapporte que 54,2 % des

patients (n=13) présentent des nausées et ou des vomissements malgré la prescription de métoclopramide. La constipation est observée chez 11 patients (45,8 %). Des sensations vertigineuses sont rapportées chez 7 patients (29,2 %) (13).

Une titration progressive en utilisant le tramadol en solution buvable (une goutte = 2,5mg) semble être associée à moins d'événements indésirables. Guillaumé et al., dans une étude prospective incluant 49 personnes âgées de 76 à 100 ans présentant des douleurs aiguës et chroniques, ont évalué l'impact de la titration sur l'efficacité et la tolérance du tramadol avec une posologie moyenne de tramadol à l'inclusion de 37,5 mg/jour et de 77,5 mg/jour en fin d'étude (durée moyenne de traitement de 13 jours). Ils rapportent 28 % d'événements indésirables mineurs (14 patients) et 10,2 % (5 patients) d'événements indésirables ayant motivé l'arrêt du traitement (quatre pour vomissements et un pour syndrome confusionnel) (14).

Il semblerait que les événements indésirables associés au tramadol soient plus fréquents que ceux observés avec les opioïdes forts.

Bandieri et al., ont réalisé une étude randomisée, contrôlée, multicentrique, ouverte de 28 jours chez 240 sujets, d'âge moyen de 68 ans (118 sujets assignés à prendre de la morphine, 103 patients à prendre des opioïdes « faibles » [99 patients traités par de la codéine avec du paracétamol et quatre patients traités par du tramadol avec du paracétamol]) présentant des douleurs cancéreuses

d'intensité modérée. Ils observent une efficacité significativement supérieure, une action plus rapide de la morphine avec une fréquence d'événements indésirables similaires dans les deux groupes (15). Zheng et al., dans une étude rétrospective incluant 353 patients (âge moyen : 57 ans) présentant une douleur cancéreuse d'intensité modérée, rapportent une efficacité antalgique significativement supérieure de la morphine comparativement au tramadol. Les auteurs ont notifié significativement moins de constipation dans le groupe morphine que dans le paracétamol (16).

Au total, peu d'études ont évalué à large échelle l'efficacité et la tolérance du tramadol chez la personne âgée. De manière globale, ses propriétés pharmacologiques (substrat du CYP 2D6, à l'inverse de la morphine), son efficacité (qui apparaît inférieure à celle de la morphine) et sa tolérance (qui apparaît moins bonne que celle de la morphine) en font une molécule à utiliser avec prudence et sous surveillance rapprochée chez la personne âgée.

La réalisation d'une titration progressive avec une posologie initiale faible, en utilisant notamment la solution buvable (réservée théoriquement à l'enfant de plus de trois ans et à l'adolescent) semble être associée à moins d'événements indésirables. Des études randomisées contrôlées chez la personne âgées sont nécessaires afin d'évaluer de manière précise l'efficacité et la tolérance du tramadol, en particulier, de la solution buvable.

Remerciements : Dr Patrick Karcher, Gériatre, Praticien Hospitalier, responsable du secteur Hébergement, du Pôle de Gériatrie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Pr Thomas VOGEL
PU-PH de Gériatrie à la faculté de médecine de Strasbourg
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. La haute Autorité de la Santé. Commission de la transparence. Avis 5 octobre 2016. tramadol (chlorhydrate de). Accessible en juillet 2019 à l'adresse suivante : https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15300_TOPALGIC-MONOALGIC_PIS_RI_Avis2_CT15300.pdf
2. Chaparro LE, Furlan AD, Deshpande A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk DC. Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 ; 8:CD004959.
3. Wiffen PJ, Derry S, Moore RA. Tramadol with or without paracetamol (acetaminophen) for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 5:CD012508.
4. Duehmke RM, Derry S, Wiffen PJ, Bell RF, Aldington D, Moore RA. Tramadol for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 6:CD003726.
5. ANSM. Commission nationale de pharmacovigilance. Compte-rendu de la réunion du 22 mai 2012. Suivi national de pharmacovigilance des spécialités contenant du tramadol. Accessible en juillet 2019 à l'adresse suivante : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/c0e1ff7785ee5d6a89fd9458e0afa56d.pdf
6. Hassamal S, Miotto K, Dale W, Danovitch I. Tramadol: Understanding the Risk of Serotonin Syndrome and Seizures. *Am J Med.* 2018; 131:1382.e1-1382.e6.
7. Fournier JP, Azoulay L, Yin H, Montastruc JL, Suissa S. Tramadol use and the risk of hospitalization for hypoglycemia in patients with noncancer pain. *JAMA Intern Med.* 2015; 175:186-93.
8. Fournier JP, Yin H, Nessim SJ, Montastruc JL, Azoulay L. Tramadol for noncancer pain and the risk of hyponatremia. *Am J Med.* 2015; 128:418-25.
9. Tavassoli N, Lapeyre-Mestre M, Sommet A, Montastruc JL; French Association of Regional Pharmacovigilance Centers. Reporting rate of adverse drug reactions to the French pharmacovigilance system with three step 2 analgesic drugs: dextropropoxyphene, tramadol and codeine (in combination with paracetamol). *Br J Clin Pharmacol.* 2009 ; 68:422-6.
10. Centre d'évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance. Décès Toxiques par Antalgiques Résultats 2017 : Accessible en juillet 2019 à l'adresse suivante : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ca7b24a92a6796eebd35690e0c33ef7c.pdf
11. Zeng C, Dubreuil M, LaRoche MR, Lu N, Wei J, Choi HK, Lei G, Zhang Y. Association of Tramadol With All-Cause Mortality Among Patients With Osteoarthritis. *JAMA.* 2019; 321:969-982.
12. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, Knaggs R, Martin D, Sampson L, Schofield P; British Geriatric Society. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing.* 2013; 42 Suppl 1:i1-57.
13. Imamura T. Significant Efficacy of Tramadol/Acetaminophen in Elderly Patients with Chronic Low Back Pain Uncontrolled by NSAIDs: An Observational Study. *Open Orthop J.* 2015; 9:120-5.
14. Guillaumé C, Gourdel M, Lescure P. Evaluation de l'efficacité et de la tolérance de la titration du tramadol chez la personne âgée hospitalisée en cours séjour gériatrique. Actes du congrès de la SFETD. Lille novembre 2012. Accessible en juillet 2019 à l'adresse suivante : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1624568712003733?via%3Dihub>
15. Bandieri E, Romero M, Ripamonti CI, Artioli F, Sichetti D, Fanizza C, Santini D, Cavanna L, Melotti B, Conte PF, Roila F, Cascinu S, Bruera E, Tognoni G, Luppi M; Early Strong Opioid Treatment Study (ESOT) Investigators. Randomized Trial of Low-Dose Morphine Versus Weak Opioids in Moderate Cancer Pain. *J Clin Oncol.* 2016; 34:436-42.
16. Zheng RJ, Fu Y, Zhu J, Xu JP, Xiang QF, Chen L, Zhong H, Li JY, Yu CH. Long-term low-dose morphine for patients with moderate cancer pain is predominant factor effecting clinically meaningful pain reduction. *Support Care Cancer.* 2018; 26:4115-4120.



**CENTRE HOSPITALIER
DU SUD SEINE ET MARNE**
FONTAINEBLEAU - MONTEREAU-FAULT-YVONNE - NEMOURS

LE CENTRE HOSPITALIER DU SUD SEINE ET MARNE

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

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

RECRUTE **1 GÉRIATRE Praticien Hospitalier - Temps Plein h/f**
Inscrit(e) au tableau de l'Ordre - Sur un poste de praticien hospitalier vacant



FONTAINEBLEAU



MONTEREAU-FAULT-YVONNE



NEMOURS

Pour tous renseignements contacter :

Le Docteur Anne MORILLON - Chef de pôle
01 64 31 64 16/65 18 - a.morillon@ch-sud77.fr

ou le bureau des Affaires Médicales

01 64 31 64 72/65 72 - affaires.medicales@ch-sud77.fr

Envoyer CV au Directeur

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



Fondation
Santé Service
Accompagne et soigne à domicile

**La Fondation Santé Service recrute
des Médecins en HAD.**
Contrat CDI ou CDD - Paris et Région Parisienne.

CONDITIONS DU POSTE

- Possibilité temps plein ou partiel.
- 38h hebdomadaires en base temps plein / horaires fixes / RTT.
- Véhicule de fonction (déplacement ponctuels lors de visites à domicile).
- Mutuelle familiale avantageuse.
- Participation à la permanence médicale sous forme d'astreintes téléphoniques à domicile (1 à 2 par mois).
- Possibilité de développer des compétences diverses à travers des formations nombreuses (dont formations qualifiantes) et l'implication dans des missions transversales.

VOTRE PROFIL

- Médecin généraliste ou spécialiste, clinicien avec une expérience ville ou hôpital, vous souhaitez vous investir dans l'amélioration des parcours de soins et dans les relations ville-hôpital.

Les principales typologies de patients hospitalisés en HAD sont la cancérologie (chimiothérapies, soins de support oncologiques), les soins palliatifs, les maladies neurologiques, les maladies cardio-respiratoires, les plaies chroniques ou post-chirurgicales...

LE POSTE

Vous rejoignez une équipe médicale de pôle et êtes le référent médical sur un territoire dédié :

- Vous assurez la coordination médicale ville-hôpital et favorisez la coordination avec l'ensemble des intervenants : médecin traitant, médecin hospitalier, cadre de santé, équipes paramédicale et psychosociale, équipes mobiles, pharmacie à usage intérieur, laboratoires, réseaux de santé...

- Vous vous impliquez dans l'activité quotidienne du pôle en ce qui concerne le travail en équipe, la valorisation des prestations, la formation des professionnels, l'amélioration de la qualité et l'évaluation des pratiques.

- Lorsque le médecin de ville ne peut intervenir, vous êtes amené à rencontrer les patients et leur entourage en visite à domicile et prescrire pour assurer la continuité des soins.

Vous participez également, selon votre expertise ou vos appétences, à la vie institutionnelle de l'établissement : CME et autres instances, missions transversales de développement, de formation ou d'information, partenariats avec les prescripteurs, les réseaux de santé...



CONTACT ET ENVOI DES CANDIDATURES

Madame Virginie SAUVE, Responsable Développement RH

Tél. : 01 46 97 59 81

Mail : virginie.sauve@fondation-santeservice.fr

FONDATION SANTÉ SERVICE - 15 quai de Dion Bouton - 92816 Puteaux Cedex



**Edenis, groupe associatif régional, recrute
des Médecins Coordonnateurs (H/F)**
pour étoffer ses équipes.



VOIR LE DÉTAIL DE NOTRE OFFRE SUR NOTRE SITE www.edenis.fr

Candidature à adresser
recrutement@edenis.fr



Avec ses 20 établissements, Edenis porte avant tout des valeurs humaines et sociales fortes, et place aussi bien le résident que le salarié au centre de ses préoccupations.

Nous recrutons pour 4 de nos établissements Edenis : La Vendinelle dans le Lauragais, Caroline Baron et la Cotonnière sur Toulouse, le Clos des Amandiers sur St Alban.

En lien direct avec le directeur, vous participez activement à la mise en œuvre du projet d'établissement et du projet de soin. Vous êtes l'autorité médicale et le référent gériatrique de la structure.



LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTAUBAN
Établissement support du GHT Tarn-et-Garonnais

RECHERCHE
Un Médecin Gériatre

Pour intégrer une équipe de 4 PH temps plein au sein du Pôle SSR-Gériatrie qui comprend :

- Un Court Séjour, une Équipe Mobile, une USLD, deux EHPAD.

- Une Consultation Mémoire labellisée et gériatrique, une cellule de recherche clinique.

Pour développer une activité d'Hôpital de jour gériatrique et de « Repérage de la fragilité ».

Pour mettre en place une filière gériatrique territoriale tournée vers les EHPAD et le domicile.

Possibilité de poste de PH Temps Plein à terme.



CONTACTS :

Dr Aurélie ROUSTAN

05 63 92 89 19

a.roustan@ch-montauban.fr

Secrétariat : 05 63 92 81 33

L'Hôpital Robert-Pax

Centre Hospitalier de SARREGUEMINES – France

RECRUTE

DEUX MÉDECINS GÉRIATRES

pour le service de médecine polyvalente et gériatrique pour le site de SARREGUEMINES et BITCHE afin de renforcer l'équipe médicale des services concernés.

Statut de praticien contractuel à temps plein ou praticien hospitalier à temps plein.

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable.Rémunération au 4^{ème} échelon de la carrière des praticiens hospitaliers à temps plein, majorée de 10 %.

Hôpital public récent ouvert en 2009, bien positionné dans son territoire de santé et en plein développement de son activité (médecine – chirurgie – obstétrique – hospitalisation de jour – HAD - chirurgie ambulatoire – scanner – I. R. M.). Situé à côté de SARREBRUCK (Sarre) et à proximité de STRASBOURG et NANCY.

CENTRE HOSPITALIER SARREGUEMINES
Hôpital Robert-Pax
1 rue René François-Jolly, BP 30005 - 57211 Sarreguemines Cedex - Tél. 03 87 27 98 40**Adresser candidature et CV à Monsieur Pascal SCHMIT**Directeur Adjoint des Hôpitaux de SARREGUEMINES – Centre Hospitalier Robert-Pax – 2 rue René François-Jolly
57211 SARREGUEMINES Cedex – Tél. : 03.87.27.98.40 – Email : pascal.schmit@chs-sarreguemines.fr

GRAND EST



LE CENTRE HOSPITALIER DE BAR-SUR-AUBE RECRUTE

**MÉDECIN
(H/F)**

Le centre hospitalier Saint Nicolas de Bar-sur-Aube est composé d'un secteur sanitaire et médico-social :

- Une unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 30 lits.
- Une unité de Médecine/SSR de 30 lits.
- Un EHPAD de 130 lits dont 14 lits d'unité de vie protégée.

Depuis 2015, le CH de Bar-sur-Aube est membre des Hôpitaux Champagne Sud (HCS), un groupement hospitalier rassemblant tous les établissements publics de santé de l'Aube et du Sézannais.

CANDIDATURE DÉTAILLÉE À ADRESSER À :Monsieur le Directeur, Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube
2 rue Gaston Cheq - 10200 Bar-sur-Aube
Mail : bernard.mabileau@hcs-sante.fr**RENSEIGNEMENTS :**Dr Xavier SCHMIDT, Président de CME
Mail : xavier.schmidt@ch-bsa.fr
03.25.27.09.97**POSTE PROPOSÉ :**

- Poste de médecin à temps plein service de médecine/SSR.

CONTRAT : CDI**CONDITIONS DE RECRUTEMENT ATTRACTIVES :**

- Possibilité de logement à proximité de l'établissement.
- Frais de déplacements pris en charge par l'établissement.

Vous trouverez une équipe dynamique en constante recherche d'amélioration de la prise en soins globale des patients et résidents.

Les différentes unités proposent des activités variées, un travail en équipe pluridisciplinaire, un engagement dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.

**Site internet : www.ch-barsuraube.fr****CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS (69)**

Situé à 30 min du centre de Lyon

RECRUTE

**UN GÉRIATRE OU
UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

Temps plein / Temps partiel pour son EHPAD de 188 lits

Poste à pourvoir dès que possible.**CONTACT**Dr P. KIEFFER, chef du pôle de gériatrie, 04.78.07.31.21, mail : pkieffer@ch-givors.fr
Mme DESSERTAINE, service RH, 04.78.07.30.00, mail : gdessertaine@ch-givors.fr**Profil :** Praticien Hospitalier ou Assistant/Attaché/Contractuel dans la perspective d'un poste de PH.**Conditions :** Titulaire d'un diplôme de docteur en médecine.

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

**LE CENTRE HOSPITALIER MÉTROPOLE SAVOIE
SITE D'AIX-LES-BAINS (SAVOIE)**

RECRUTE pour sa filière gériatrique 1 Médecin :

LE CHMS SITE D'AIX-LES-BAINS COMPORTE UNE FILIÈRE GÉRIATRIQUE COMPLÈTE :312 lits d'hébergement dont 30 lits d'USLD,
8 places d'Accueil de Jour,
35 lits de SSR polyvalent et 10 lits de SSR PAPD dont 4 lits identifiés soins palliatifs,
18 lits de CSG,
Une activité de consultation mémoire.**DESRIPTIF DU POSTE :**

Le praticien intégrera l'équipe médicale composée de 7 gériatres (5 PH, 2 praticiens contractuels, un interne au CSG). Il pourra s'associer au projet de développement de la filière gériatrique (Hôpital de Jour, Équipe Mobile) et participera au projet de construction du nouvel hôpital (échéance 2022). Il travaillera en réseau avec les professionnels de santé du bassin aixois et dans le cadre du GHT Savoie-Belley.

Il sera à même de compléter sa formation pour apporter son expertise à la communauté médicale, aux patients et résidents du site : capacité de gériatrie, DU.

Astreintes à domicile d'une semaine toutes les 15 semaines.

Docteur FAVRE-MONNET Dominique, Cheffe du pôle de gériatrie
Tél. : 04 79 88 61 61 poste 3526
Courriel : dominique.favre-monnet@ch-metropole-savoie.fr**LES PERSONNES INTÉRESSÉES PEUVENT CONTACTER**Monsieur Romain PERCOT, Directeur des affaires médicales
Tél. : 04 79 96 50 82 - Courriel : romain.percot@ch-metropole-savoie.fr**Médecin Généraliste**
intéressé par la gériatrie
OU **Gérialtre**

Sur un poste de PH titulaire, de PHC ou d'assistant avec perspective de poste de Praticien Hospitalier.

À temps partiel ou à temps plein.

Poste libre à compter de septembre 2019.







Le Centre Hospitalier de La Loupe, établissement de 32 lits sanitaires (dont 2 lits soins palliatifs), 40 lits USLD, 89 EHPAD et 50 places de soins à domicile (SSIAD) à vocation majoritairement gériatrique, recrute, pour compléter son effectif médical sur les lits sanitaires,

CLINICIEN H/F

Disposant de la capacité en gériatrie, un DU de soins palliatifs serait apprécié. A défaut, la formation peut être envisagée.

Conditions :

- Titulaire d'un diplôme de médecine et de la capacité en gériatrie
- Inscription au Conseil de l'Ordre
- Rémunération selon la grille des cliniciens hospitaliers
- Permanence des soins de nuit et de week-end.

Éléments complémentaires :

- Cadre de travail agréable : la Loupe est une commune du parc Naturel du Perche
- La Loupe dispose d'une gare SNCF (ligne directe Paris : 1h15 / Le Mans : 50 minutes)
- Possibilité de logement sur place
- Suite au changement de Direction, l'établissement est dans une dynamique de restructuration et de projets, notamment, nouveau projet d'établissement et projet architectural.

Merçi d'envoyer votre candidature à :
Stéphanie Gougeon, Directrice adjointe - s.gougeon@ch-laloupe.fr 02.37.29.33.02
Centre Hospitalier La Loupe, rue Edmond Morchoisne - 28240 LA LOUPE

www.hopital-laloupe.fr



HÔPITAL RENÉE SABRAN

Boulevard Edouard Herriot
83406 Hyères Cedex - France

Le service de gériatrie de l'hôpital Renée Sabran se situe près de Toulon, dans le cadre privilégié de la presqu'île de Giens.

RECHERCHE UN MÉDECIN (généraliste, rééducateur, gériatre)

Recrutement ou remplacement temps plein service de gériatrie.

Le médecin exercera sur les unités de médecine du vieillissement et de soins de suite et de rééducation. Le poste à pourvoir est à 100 %.

Le service fait partie de l'Institut du Vieillessement des Hospices Civils de Lyon. Dans ce cadre, le praticien aura accès à la dynamique de travail collectif d'amélioration des pratiques professionnelles, de recherche et d'innovation dans le vieillissement et aux actions de formation médicales.

Intégration possible au tour de garde de l'hôpital (soir et week-end). Possibilité de logement à proximité du site.



Pour toute information complémentaire et pour adresser votre CV, contacter le Docteur Charlet chef de service :

① veronique.charlet@chu-lyon.fr
☒ 04 94 38 17 50

<http://www.chu-lyon.fr/fr/service-medicine-vieillessement-soins-reeducation-readaptation-geriatriques-renee-sabran>




CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
FREJUS SAINT-RAPHAËL

Situé dans une zone à forte progression démographique, le CHI de Fréjus Saint-Raphaël accueille les populations de Fréjus et Saint-Raphaël ainsi que celles des communes de la partie Est du Var, soit environ 180 000 habitants.

Cadre de vie agréable sur le littoral méditerranéen avec 300 jours d'ensoleillement. Proximité de la montagne. Situation proche des axes routiers A8 et d'un aéroport international.

Le CHI recrute :

- UN PRATICIEN HOSPITALIER GÉRIATRE H/F CONFIRMÉ AVEC CHEFFERIE DE SERVICE DANS LE CADRE DE LA CRÉATION D'UN 2^{ÈME} COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE
- UN PRATICIEN H/F POUR LE CENTRE DE GÉRONTOLOGIE

Le pôle de gériatrie se compose d'un court séjour gériatrique de 30 lits, d'équipes mobiles gériatriques intra et extra hospitalières, d'un projet d'HDJ SSR, d'une consultation mémoire labellisée, d'un SSR gériatrique, d'une UCC, d'un USLD et 90 lits d'EHPAD.

Vous êtes titulaire d'un diplôme de médecine.

Pour tout renseignement contacter :

- Dr Françoise KAIDOMAR, cheffe de pôle : 04.94.17.79.23 - emgeh@chi-fsr.fr
- Mme DE TADDEO, service des affaires médicales : detaddeo-s@chi-fsr.fr

Adresser votre candidature au Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus Saint-Raphaël - 240 avenue de Saint-Lambert - CS 90110 - 83608 Fréjus




L'ASSOCIATION SAINT FRANÇOIS D'ASSISE,

située à la Réunion, RECHERCHE pour son Pôle Médical Personnes Agées (EHPAD Ste Clotilde + EHPAD St François) :

Descriptif du poste : Sous la responsabilité hiérarchique du Directeur, le médecin coordonnateur contribue à la qualité de la prise en charge gérontologique des résidents en favorisant la coordination générale des soins entre les différents professionnels de santé intervenant dans l'établissement. Expertise en gériatrie.

Méthodes d'évaluation de l'état de dépendance des résidents (AGGIR, PATHOS).

Connaissance de la législation encadrant le fonctionnement d'un EHPAD.

Rémunération : Selon CCN51 FEHAP (+ majoration DOM 20 %) et + selon ancienneté.

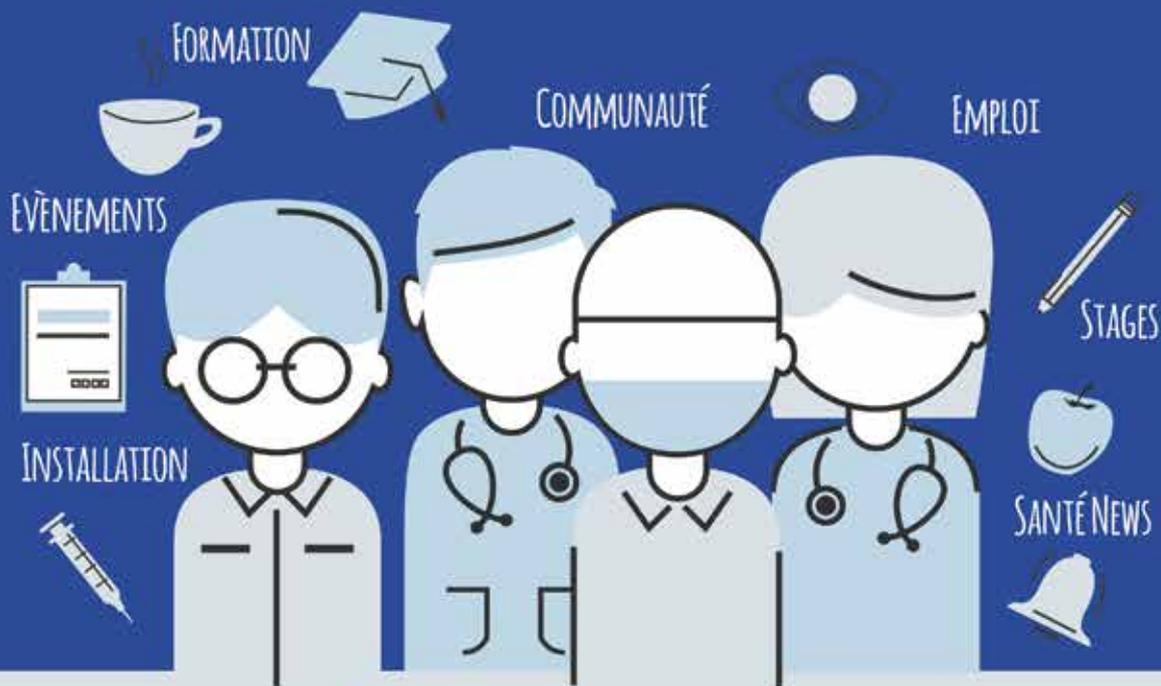
Le poste est à pourvoir immédiatement.

Contact : srh@asfa.re





UN MÉDECIN COORDONNATEUR (H/F) en CDI à temps partiel 60 %



Réseau PRO Santé

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



☎ 01 53 09 90 05

✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

