

LA GAZETTE

DU JEUNE GÉRIATRE

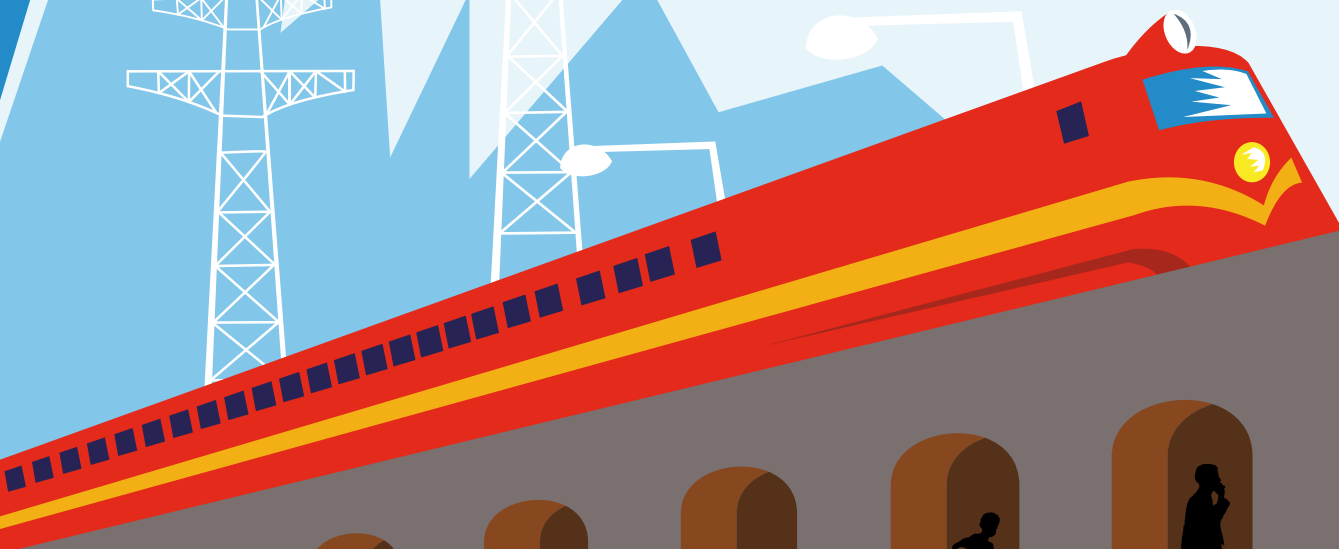


NUMÉRO 06

Mai 2013

NUMÉRO GRATUIT

Le TRAIN est en marche



L'ACTU



MÉMOS
MÉTHODOLOGIQUES



ARTICLE
THÉMATIQUE



PROTOCOLE
CLINIQUE



CONGRÈS ET
FORMATIONS
À VENIR



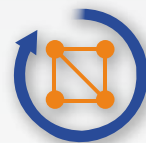
ANNONCES
DE RECRUTEMENT



Communiquez
avec de nombreux
contacts



Gérez en toute
liberté les informations
de votre profil



Créez gratuitement
vos propres réseaux
et rejoignez un grand
nombre de réseaux
de la santé



Recherchez des
offres de recrutement
et constituez votre
nouveau plan de
carrière

MÉDICAPÉDIA

SANTÉ PUBLIQUE

Informez-vous grâce à la base de connaissances et
participez à son enrichissement en devenant rédacteur

Partenaire officiel de la Fédération Hospitalière de France, **Réseau Pro Santé** est un réseau social dédié aux professionnels de la santé, du médical, du paramédical et de l'administratif.

Ses membres peuvent créer et adhérer à des réseaux publics et privés de tous types.

Le site propose des milliers d'offres de recrutement, d'emploi, de stage, de formation, de remplacement, de cession, en exercice libéral et humanitaires.

Réseau Pro Santé dispose également d'une base de connaissances, à travers ses rubriques Médicapédia (encyclopédie médicale) et santé publique.



Rejoignez le réseau en vous
inscrivant gratuitement sur
www.reseauprosante.fr

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



COMPOSITION DU BUREAU

2012 - 2013

Président
Dr Guillaume Deschasse
(Grenoble)

Président d'honneur
Dr Cédric Annweiler
(Angers)

Présidente d'honneur
Sophie Moulias
(Boulogne-Billancourt)

Secrétaire Générale
Dr Aurélie Tahar
(Grenoble)

Trésorier
Dr Florent Seite
(Poitiers)

Trésorier Adjoint
Dr Charlotte Moal-Verger
(Dinan)

Conseiller Scientifique
Pr Olivier Hanon
(Paris)

Rédacteur en Chef de la Gazette
Dr Aurélie Tahar
(Grenoble)

*Assistants Rédacteurs
de la Gazette*
Dr Charlotte Moal-Verger
(Dinan)
Dr Florent Seite
(Poitiers)
Dr Guillaume Deschasse
(Grenoble)

*Maître Tisserand du site Internet
de l'AJGH*
Dr Mô DANG-ARNOUX
(Grenoble)

SOMMAIRE

PAGE
02

L'EDITO

PAGE
03

Le mot
du PRÉSIDENT de l'AJGH

PAGE
04

L'ACTU

- Qu'est-ce qu'une filière gériatrique ?
- Qu'est-ce qu'une étude médico-économique ?
- DESC de gériatrie, Capacité de gériatrie et DES de gériatrie. Perspectives.

PAGE
12

MÉMOS MÉTHODOLOGIQUES

- Comment faire une base de données exploitable avec des moyens simples ?
- Faire ses premiers pas avec un logiciel de statistique

PAGE
16

ARTICLE THÉMATIQUE

- Jus de pamplemousse et interaction médicamenteuse

PAGE
19

PROTOCOLE CLINIQUE

- Management de la constipation chez le sujet âgé

PAGE
22

CONGRÈS ET
FORMATIONS À VENIR

PAGE
25

ANNONCES

de recrutement

LA GAZETTE
DU JEUNE GÉRIATRE

N° ISSN : 2264-8607

Editeur et régie publicitaire : Macéo éditions — M. Kamel TABTAB, Directeur - 11, bd Ornano — 75018 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05 - E-mail : maceoeditions@gmail.com | www.reseauprosante.fr

Imprimé à 1100 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.



Chers membres de l'association des jeunes gériatres hospitaliers et confrères,

La gériatrie est une spécialité alliant la complexité et l'intérêt de la multidisciplinarité qui exige une formation de base et continue de qualité nous permettant au mieux de répondre aux besoins de nos patients mais également à ceux de la société.

Il s'agit bien d'une spécialité à part des autres spécialités de médecine tant sur le plan formation à travers la CAPPA et le DESC qui tendront peut-être à disparaître dans les prochaines années au profit d'un DES dédié comme nous l'expliquera dans ce numéro le Pr Chassagne ; mais également sur le plan de la recherche médico-économique et clinique dont nous savons l'importance et le manque actuel. Nous aimerions que cette gazette propose des articles nous permettant d'appréhender avec plus de facilité des outils logistiques pour mieux comprendre et se lancer dans des activités de recherche et des articles sur l'évolution de notre spécialité. Il y aura également des articles de synthèse sur des nouveautés thérapeutiques, diagnostiques ainsi que des propositions de protocole pour la prise en charge de syndromes gériatriques fréquents.

La gériatrie a la chance de regrouper des médecins provenant de formations variées (santé publique, médecine interne, médecine générale...) qui peut nous mener à des collaborations fructueuses. L'AJGH souhaite via son site internet promouvoir la rencontre de ces jeunes gériatres afin de favoriser des échanges d'expérience, d'idées pouvant aboutir à des travaux d'intérêt inter-site.

Qui de nous ne s'est jamais demandé si sa prise en charge était justifiée au vu de l'âge (abandonnisme ? acharnement ?) ? Qui de nous n'a pas ressenti du stress, colère, insatisfaction de son travail face aux manques de personnels ou de matériels dus aux difficultés financières institutionnelles ?

L'émergence d'études médico-économiques permettant de définir des prises en charge raisonnées ainsi qu'une amélioration et rationalisation de l'organisation des filières gériatriques pourraient aider le monde gériatrique à montrer à nos pouvoirs publics et décideurs qu'un patient âgé nécessite une prise en charge médico-psycho-sociale spécifique pour garantir son autonomie et éviter le surcoût des hospitalisations itératives inutile. Les docteurs Tchalla et Couturier nous feront partager leur expérience sur ces deux sujets.

Plusieurs d'entre nous sont partis découvrir des horizons gériatriques lointains (Canada, USA, Suisse...) qu'ils nous feront partager prochainement. Leurs témoignages enrichissants pourront faire naître de nouvelles idées, perspectives d'organisation et prise en charge ou encore de nouvelles envies d'évasion.

Comme vous l'avez compris, notre motivation première sera de vous apporter des informations qui nous l'espérons vous serviront dans votre pratique clinique et universitaire ainsi que de favoriser les échanges entre nous pour faire grandir notre motivation et détermination à améliorer la prise en charge de nos patients.

Suite à l'assemblée générale du mois d'octobre, le bureau de notre association s'est renouvelé.

Cédric Annweiler n'a pas souhaité se représenter et a été nommé au terme émérite de président d'honneur et rejoint donc Sophie Moulias dans cette fonction.

Le bureau accueille désormais de nouveaux noms comme Aurélie Tahar qui endosse la responsabilité de la gazette et du secrétariat de l'association tandis que Florent Seite et Charlotte Moal-Verger nous font l'honneur de poursuivre leur travail au sein de l'association au poste de trésorier et trésorière adjointe. L'équipe de rédaction de la gazette se renforce donc avec quatre rédacteurs.

L'une de nos premières perspectives a été de modifier substantiellement la gazette comme vous pourrez le constater en parcourant les pages suivantes afin de répondre aux besoins de formations et d'informations de l'ensemble de nos lecteurs. De plus, nous avons également travaillé sur une diffusion plus large pour permettre à l'ensemble des jeunes gériatres du territoire d'y trouver les informations qui leur sont nécessaires.

Notre site internet connaît lui aussi un bond en termes de fréquentation depuis le mois d'octobre 2012, nous franchissons régulièrement la barre des 100 visiteurs quotidiens. Les projets pour son développement sont nombreux et sa maintenance est désormais réalisée par un gériatre aguerri et chevronné en informatique, notre maître tisserand MÔ DANG-ARNOUX. En effet, le développement de notre site occupe une place centrale dans nos projets, le but étant d'en faire une plateforme d'informations utiles, de ressources pédagogiques, de rencontres pour développer et collaborer sur des projets cliniques et universitaires. Le bond de fréquentation sans que cela soit expliqué par une modification du contenu (assez pauvre à l'heure actuelle, il faut être honnête) nous fait prendre conscience de la motivation des jeunes gériatres. Dans les jours à venir, l'agenda du site accueillera les dates des principaux congrès et manifestations gériatriques régionales, nationales et internationales. Nous vous remercions et vous encourageons à poursuivre vos visites afin de nous faire part de vos idées.

Nous avons aussi lancé notre première enquête au niveau national sur nos besoins en formations et en recherche clinique. L'idée a émergé lors de l'assemblée générale d'octobre 2012 avec Achille Tchalla et a pu se

réaliser avec la compilation d'une mailing list nationale nous permettant de communiquer sans être sectorisé par hôpitaux ou régions. Le recueil des questionnaires est désormais clos, et le taux de réponse est intéressant. Les résultats de cette enquête seront épluchés par nos soins dans les semaines à venir puis diffusés dans la prochaine gazette et sur le site web.

Concernant notre mailing list, elle sera remise à jour tous les 6 mois afin de rester exhaustive, c'est un outil indispensable à notre bon fonctionnement et nous vous incitons à nous faire part des oublis ou erreurs qui pourraient s'y être glissées.

Pour notre premier numéro, nous vous proposons des interviews, des mémos méthodologiques, des prises de positions cliniques avec supports pédagogiques. Ce semestre les professeurs P. Chassagne (PUPH au CHU de Rouen) et P. Couturier (PUPH au CHU de Grenoble) se sont prêtés au jeu, réciproquement sur les perspectives du DESC de gériatrie et sur la constitution d'une filière gériatrique. Achille Tchalla (CCA au CHU de Limoges) a accepté de nous faire partager ses connaissances dans le domaine médico-économique. Pour ma part, j'ai rédigé deux notes méthodologiques, qui j'espère sont le début d'une longue série. Dans le cadre du projet de documentation sur le site web, nous publions également une présentation pédagogique sur la constipation. L'ensemble de ces ressources seront disponibles sur le site.

La prochaine édition sera en automne 2013. Nous espérons qu'elle profitera de vos commentaires et remarques et pourquoi pas de vos participations spontanées. Sans trop en dévoiler, il y aura toujours des articles de méthodologies sur l'utilisation d'un logiciel de bibliographie cette fois et de statistique ; nous allons sans doute réaliser une enquête sur les perspectives de l'infectiologie et de l'oncologie en gériatrie ; trouver un chercheur avec au moins 20 publications dans le NEJM qui nous expliquera comment décrocher un PHRC national et placer un article dans une revue avec un impact factor vertigineux ; faire partager l'expérience de nos confrères qui sont partis à l'autre bout du monde et faire un concours des valeurs clinico-biologiques les plus extrêmes que nous avons rencontrés au cours de notre pratique (je pense que dans ce domaine, on fait de l'ombre à toutes les autres spécialités). Nous nous souhaitons bonne lecture et espérons que cette gazette sera plus pragmatique et plus proche de vos besoins.

Gériatriquement vôtre,

Guillaume DESCHASSE
Président AJGH

Aurélie TAHAR
Secrétaire AJGH



Qu'est-ce qu'une filière gériatrique ?

Après la Normandie place aux montagnes enneigées des Alpes, (comme quoi les reporters de la gazette sont prêts à affronter vents et marées pour trouver l'information). Le Pr Pascal Couturier (CHU de Grenoble) répond à nos questions sur la « filière gériatrique ». Mais qu'est-ce que c'est, Docteur ?

1. La gériatrie possède de nombreuses particularités en termes d'organisation des soins. Nous entendons parfois parler de filière gériatrique. Qu'est-ce que c'est ? Pouvez-vous nous en donner une définition ?

Une filière est une modalité d'organisation cohérente et graduée de soins gériatriques sur un territoire donné permettant de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé.

2. A quoi sert une filière gériatrique ?

Elle permet une prise en charge globale d'un patient âgé et l'inscrit dans un parcours de soin coordonné quel(s) que soi(en)t le(s) type(s) de pathologie(s), leur retentissement fonctionnel et psycho-social. Elle permet notamment l'accompagnement de patients âgés fragiles et leur évaluation en favorisant notamment l'accessibilité aux soins.

3. Quels sont les attentes des directions hospitalières ou des ARS concernant les filières gériatriques ?

La plupart des ARS ont identifié des territoires de santé où doivent s'organiser une filière gériatrique sanitaire avec ses différents maillons : court séjours, pôle d'évaluation (consultation, hôpital de jour), soins de suites et réadaptation, unité cognitivo-comportementale, unités de soins de longue durée et unité d'hébergement renforcée. Le souhait de développer l'articulation avec les structures médico-sociales (réseau des EHPAD, services de soins à domicile, services autonomie) a conduit certaines ARS à

proposer le concept d'interfilière gériatrique et gérontologique dont la vocation est de développer la coordination entre les structures et le découplage entre le sanitaire et le médico-social.

4. Comment les « séduire » pour développer des projets de filière hospitalière ou communautaire ?

Les directions des Hôpitaux sont confrontés à une accélération des besoins en hospitalisation de la population âgée pour des raisons démographiques qui ne peut être résolue par le simple développement de l'ambulatoire dans cette population en situation d'incapacité et de plus en plus précaire. Avoir dans son hôpital une filière gériatrique complète et coordonnée est un gage d'accessibilité et d'efficacité de la prise en charge. C'est aussi la possibilité d'améliorer l'efficacité de la structure et d'optimiser les ressources, dans une logique médico-économique. L'articulation avec la communauté constitue un enjeu considérable pour l'aval de l'hospitalisation et la régulation pré-hospitalière des situations complexes sur le plan médico-social notamment.

5. Devant les difficultés économiques institutionnelles actuelles, quels seraient les espoirs ou souhaits pour améliorer sa filière ?

Beaucoup de filières sont en voie de constitution. Certaines n'ont pu se développer harmonieusement pour des raisons parfois politiques, économiques ou de territoire. Par exemple, il est difficile aujourd'hui de faire une activité de médecine aiguë sans avoir à proximité un SSR médi-

calisé et proche du plateau technique. L'image du soin de suite gériatrique prenant en charge la convalescence d'un sujet âgé est dépassée. Les patients qui requiert ce type de soins restent lourds et souvent instables et ne peuvent être réinsérés sous peine d'un retour précoce à l'hôpital. Il en est de même de l'accessibilité à un plateau d'évaluation de type Hôpital de jour pour les patients lourdement handicapés ou ceux pour lesquels des examens multiples sont difficilement réalisables en ambulatoire. En somme, la filière lorsqu'elle existe devrait être idéalement complète et coordonnée, placée sous la responsabilité d'un établissement responsable de son bon fonctionnement et susceptible de l'adapter au besoin du territoire. Sur cette base, peuvent s'inscrire des filières de proximité et des établissements partenaires, y compris de nature privée avec lesquels elle passe des conventions.

6. Une filière gériatrique intra-hospitalière peut-elle fonctionner sans acteurs extra-hospitaliers ?

Son action serait forcément limitée. L'extra-hospitalier a connu des développements différents suivant l'histoire locale de chaque territoire. Ainsi, le territoire de Grenoble a peu de lits de gériatrie hospitaliers en regard du bassin de population. En revanche, sous l'impulsion des politiques gérontologiques locales, le secteur médico-social a été beaucoup développé ainsi que les soins à domicile. Les contraintes financières actuelles limitent l'installation de structures nécessaires à l'aval des hôpitaux notamment en matière d'hébergement. Cela se traduit de manière mécanique par l'augmentation des patients polypathologiques et dépendants dans les soins de ville et de la « montée inexorable des grabataires » dans certains secteurs. Il est donc fondamental pour la collectivité que les initiatives hospitalières concernant notamment la filière gériatrique se fassent en concertation avec la politique gérontologique locale. Les dispositifs de type EMG, réseau de soins, MAÏA, avec les soins primaires et la médecine générale notamment, participent à garantir la qualité des soins dans le parcours du patient âgé hors de

l'hôpital mais ils ne pourront pas tout ! Le déficit structurel de lits d'EHPAD ou de soins à domicile doit être anticipé en regard de l'évolution des besoins.

7. Dans votre service de gériatrie, combien d'unités forment la « filière » et comment s'articulent-elles ?

La filière gériatrique hospitalière Grenobloise (Clinique Universitaire de Médecine gériatrique) compte aujourd'hui 381 lits. Elle comprend 3 secteurs d'hospitalisation de court séjour (46 lits), 3 secteurs de SSR (90 lits) dont 1 unité Cognitivo-comportementale (11 lits), 3 secteurs d'hébergements dont 165 lits d'USLD au sein desquels il existe 30 lits d'Unités d'hébergements renforcés et unité de psychogériatrie et un Etablissement hébergement pour PA dépendante. Sur le versant ambulatoire, elle comprend un hôpital de jour diagnostique (5 lits), une consultation gériatrique et mémoire. Elle a installé une ligne téléphonique directe pour les médecins de la communauté (territoire 500 000 habitants), une Equipe mobile de gériatrie intra-hospitalière (urgences + services), une équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière pour la gestion des situations complexes à domicile. Ce dispositif est animé par une équipe médicale composée de gériatres avec des compétences diverses dans des domaines plus spécifiques de type neuropsychogériatrie, infectiologie, cardiologie, orthogériatrie et oncogériatrie. Plusieurs de ces secteurs ont développé des collaborations avec d'autres disciplines notamment celles demandeurs de l'évaluation gériatrique.

8. Une de vos unités, l'UMAGE à la spécificité de conjuguer dans la même unité avec la même équipe médicale et paramédicale des lits de médecine aiguë et des lits de soins de suite et réadaptation. Quelles sont les avantages d'une telle structure et comment cela a-t-il été possible ?

L'Unité de Médecine Aiguë Gériatrique et d'évaluation (UMAGE) est un modèle original d'unité mixte avec un secteur de court séjour de 16 lits (modèle des Acute Care



for Elderly) et de 10 lits de SSR médicalisés où l'on pratique l'évaluation. Le fonctionnement des unités de court séjour gériatrique et leur articulation avec le SSR n'est pas toujours optimale et nous l'avons démontré préalablement en comparant l'efficacité des unités de CS-SSR vs le fonctionnement CS puis SSR éloigné d'un étage... en termes de durée moyenne de séjour global (- 3 jours).

Le rapprochement de ces secteurs dans une proximité immédiate et sous la responsabilité d'une même équipe permet la prolongation du projet de soin médical dans une orientation de suites et réadaptation sans rupture du projet de soin lié au changement d'unités. Cette organisation est très appropriée aux situations de suites médicalisées des patients âgés fragiles ou instables pouvant justifier le recours au plateau technique (cardiogériatrie, vasculaire, suites de chirurgie notamment) et pour lesquels les SSR classiques, souvent éloignés de plateaux techniques, hésitent à les recevoir. Cette installation a été rendue possible également par la collaboration avec les services de cardiologie et la constitution d'une filière courte à orientation cardiovasculaire pour la prise en charge des suites de Stent, Tavi, Insuffisance cardiaque des patients très fragiles. Attention, dans ces unités, le court séjour et le SSR ont des UF différentes et fonctionnent suivant le cahier des charges prévu pour leur activité. Cela veut dire que le plateau technique de rééducation-réadaptation matériel et humain est intégré au sein de cet ensemble.

9. Vous avez monté la première équipe mobile gériatrique sur le territoire français à Grenoble. C'est un exemple d'acquisition d'un nouvel outil pour une filière gériatrique intra-hospitalière. Quelles ont été les difficultés de mise en place et comment ce modèle a fini par s'imposer ?

L'équipe de GRENOBLE a été créée en 1997 avec un financement expérimental sur le constat simple de la nécessaire amélioration de la prise en charge des patients âgés à l'hôpital, tant sur le plan clinique que sur

leur orientation et leur réinsertion. Initialement cette activité s'est déployée vers les services de spécialités et comme cellule d'interface vis-à-vis de la communauté, puis s'est orientée vers la filière des urgences suite à l'épisode de canicule de 2003. Les difficultés d'intégration des EMG ont été initialement liées à l'absence de culture gériatrique au sein des spécialités d'organes et à une mauvaise compréhension des missions des gériatres que l'on avait souvent catalogués comme « gardiens des anciens » dans des structures d'hébergements éloignés des plateaux techniques ! Constance et pédagogie, accompagnement, expertise sur les syndromes gériatriques et des possibilités d'orientation ont permis progressivement de changer cette image. Le rapprochement vers les urgences a également contribué à légitimer l'intervention des gériatres. Au-delà de d'œil diagnostic du gériatre, les méthodes déployées pour gérer les situations complexes et notamment la pratique de l'évaluation gériatrique permet aujourd'hui d'assurer une prestation nouvelle à la prise en charge standard ce que les spécialités apprécient et sollicitent pour les patients à risques ou fragiles.

10. Sur l'EMG : quel est l'objectif d'une EMG d'après vous ? Améliore-t-elle la prise en charge des patients gériatriques ? Y a-t-il adéquation entre l'attente des gériatres et des autres spécialités notamment les urgences ?

L'objectif général est l'amélioration de la prise en charge du patient âgé fragile immédiatement sur le plan clinique, mais également sur le moyen terme pour son orientation et sa réinsertion et enfin sur le long terme en l'intégrant dans une filière de prise en charge adaptée puis un parcours de soin adéquat. Les objectifs précis ont été fixés par les différentes circulaires sur la filière gériatrique notamment celle de juillet 2007. Il est évident que les EMG améliorent les bonnes pratiques dans la prise en charge des sujets âgés, y compris aux urgences, et participe à une meilleure connaissance du fonctionnement de la filière gériatrique par le contact répété avec les équipes de

soins. La réponse des EMG n'est pas univoque. Elle va de la consultation de liaison (avis gériatrique) à l'évaluation gériatrique simplifiée ou approfondie et doit s'assurer du suivi de sa prestation pour que les recommandations puissent être effectives. Il est important de repérer derrière la demande, la nature des difficultés réelles de nos interlocuteurs qui peuvent être très différentes d'un service à l'autre. L'expérience dans le temps montre que les services progressent et que leurs demandes deviennent de plus en plus complexes ou ciblées. C'est le cas des urgences qui réservent aux EMG les patients suscep-

tibles de sortir directement et pour lesquels subsistent des interrogations ou pour l'évaluation des chuteurs ou bien encore la prise en charge des troubles des fonctions supérieures... Ils adhèrent progressivement à l'idée selon laquelle les patients les plus dépendants et en situation aiguë avaient finalement moins à perdre que les patients en perte fonctionnelle récente avec des critères de fragilité justifiant une évaluation avant leur sortie. Leurs difficultés sont en fait directement liées au manque de lit d'aval y compris gériatriques qui ne permet pas la meilleure orientation y compris avec l'intervention des EMG.

Pr Pascal COUTURIER
CHU de Grenoble



Qu'est-ce qu'une étude médico-économique ?

Le Dr Achille Tchalla (CHU de Limoges) répond à nos questions sur l'aspect médico-économique. Merci Achille.

1. On entend souvent parler d'étude médico-économique aujourd'hui. En pratique qu'est-ce que c'est ?

Une étude médico-économique est une analyse comparative entre différentes stratégies thérapeutiques ou préventives mais aussi diagnostiques dans le domaine médical ou médico-social. Elle se base sur les coûts et les résultats de santé des différentes stratégies évaluées. Elle se distingue de l'évaluation médicale, essentiellement axées sur l'efficacité clinique et non sur l'efficacité des stratégies étudiées.

2. Est-ce que cela est réalisable sur des études en gériatrie et gérontologie ? Est-ce que cela présente un avantage pour obtenir un budget d'un appel d'offre ?

Oui bien sûr, l'intérêt pour la gériatrie et gérontologie est considérable pour plusieurs raisons :

- Aider à la décision, en positionnant les différentes options envisageables par rapport à un seuil au-delà duquel les dépenses engagées par la collectivité seraient trop importantes par rapport à l'efficacité attendue de chacune des stratégies évaluées.



- Aider à déterminer les stratégies qui peuvent justifier un financement de telle manière que les résultats de santé obtenus soient maximisés, compte tenu des ressources limitées disponibles et la réticence culturelle à investir sur l'accompagnement / soin des personnes âgées.
- Valoriser nos multiples actions en gériatrie par des études d'impact (EMG, les actions de préventions...).

3. Notre formation médicale et scientifique ne nous prépare peut-être pas complètement à rédiger un protocole d'étude médico-économique. En pratique, comment faire et quels sont les pièges à éviter ?

Effectivement, notre formation médicale de base ne nous permet pas d'avoir cette approche scientifique.

Des formations complémentaires sont possibles mais il faut surtout se tourner vers les structures support de recherche au sein des CHU/CH ou des groupes de travail du GIRCI (Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation) local.

Le principal piège à éviter, c'est de penser faire tout et tout seul. Le mieux est d'intégrer une équipe de recherche (EA, Inserm...) et approcher le conseil scientifique de votre établissement.

4. Est-ce que tous les médecins peuvent se lancer dans une étude médico-économique ? Faut-il une formation particulière ?

Se lancer dans une étude médico-économique n'est pas un objectif en soi. Il faut que ce choix soit pertinent et dépend donc de l'hypothèse de recherche. La question de recherche peut justifier un choix médico-économique en objectif principal ou en objectif secondaire.

Il peut s'agir d'une analyse coût-efficacité (ACE) du point de vue de l'hôpital ou de payeurs (Assurance maladie) et/ou une analyse coût-utilité (ACU) qui met en relief le

ressenti du patient sur sa qualité de vie (QALY). D'autres analyses comme le coût-bénéfice (ACB) sont très peu utilisées en médecine.

5. Quel temps cela prend-il et pour quel budget ? Vers quelles personnes ressources doit-on se faire aider ?

Le temps est celui de la rédaction d'un protocole de recherche avec toutes les exigences réglementaires en vigueur au niveau local et national. Jamais d'empressement, privilégier la qualité du travail, peu importe le temps que cela prendra. Je répète qu'un travail en équipe est plus intéressant et permet de mieux agréger les idées afin d'éviter des biais considérables. Il est primordial de penser à calculer le nombre de sujets nécessaire afin d'avoir une puissance adéquate permettant d'avoir une bonne précision sur les résultats et éviter ainsi une fluctuation d'échantillonnage. L'absence de puissance statistique adéquate rend caduques et non valides vos résultats.

Au niveau de l'AJGH, nous mettons en place une cellule de conseil scientifique et méthodologique de recherche clinique (CSM-RC) qui pourra vous donner, quelques conseils et démarches mais comme je l'ai dit précédemment, le principal appui reste local.

Dr Achille TCHALLA
CHU de Limoges



DESC de Gériatrie, Capacité de Gériatrie, DES de Gériatrie. Perspectives

Positionnement du Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG) sur les modalités de qualification au métier de Gériatre.

La gazette est allée chercher le Pr Philippe Chassagne (CHU de Rouen), président du CNEG pour lui poser des questions brûlantes sur l'avenir de nos formations Questions de la gazette puis réponses du Pr P. Chassagne, bonne lecture, pour plus de questions et plus de réponses, rendez-vous sur le site.

1. Nous entendons souvent parler de réforme du DESC de gériatrie, de la création d'un DES ou de la suppression de la capacité. Mais avant cela, quels sont les rôles du CNEG ?
2. Aujourd'hui, il y a deux possibilités pour devenir gériatre, le DESC et la capacité. Pouvez-vous nous dire quels sont les intérêts de faire le DESC par rapport à la capacité qui peut paraître moins contraignante ?
3. Nous entendons parler d'une réforme avec la création d'un DES de gériatrie. Pouvez-vous nous en parler ? et quelles sont les attentes du CNEG par rapport à cette réforme ?
4. Il existe beaucoup d'inégalités entre les différentes villes mais y a-t-il une régulation nationale du nombre de médecins gériatres formés ?
5. Quelle sera la maquette de ce DES ?
6. Est-ce que le DESC ou la capacité sont appelés à disparaître ?
7. Combien de gériatres le CNEG estime-t-il devoir former par an et sur quels critères ?
8. Dans la maquette actuelle, il faut réaliser au moins une année d'assistantat ou de CDC pour valider son DESC, y a-t-il assez de postes pour tout le monde ??

I- Qualification en Gériatrie

Actuellement, deux possibilités sont offertes aux médecins souhaitant exercer la profession de gériatre. La première est la **capacité de gériatrie** effective depuis plus de 20 ans, qui est proposée et organisée à l'échelon national dans chacune des UFR de Médecine. Elle est plutôt destinée aux médecins généralistes souhaitant avoir une orientation professionnelle gériatrique à temps

partiel ou à temps complet. Lors de l'année 2012, près de 600 médecins étaient inscrits en seconde année à la capacité de gériatrie, 550 d'entre eux ayant obtenu la validation de leur diplôme. Le nombre de médecins inscrits à la capacité de gériatrie diminue sensiblement (nombre de diplômes délivrés), en raison notamment de l'émergence d'une autre formation qualifiante, le DESC de gériatrie, créée en 2004.



Le DESC (type 2) est destiné aux internes en formation ayant suivi un cursus de DES (DES de spécialité médicale). Le DESC nécessite de réaliser des stages dans des services agréés, autrement dits dans des unités fonctionnelles encadrées par des médecins gériatres titulaires. Ces stages répondent à des exigences de formation définies par le collège national des enseignants de gériatrie. Ces stages interviennent pendant l'internat (deux semestres au minimum) et après l'internat de 12 mois au minimum.

En 2012, environ 50 diplômes de DESC ont été délivrés ; autrement dit, 50 médecins ont été formés par cette modalité. Les réflexions actuelles du Collège National des Enseignants de Gériatrie destinées à préciser l'intérêt respectif de ces deux formations sont les suivantes :

- La Capacité de gériatrie est une formation qui associe des cours et des stages pratiques mais dont le nombre reste limité. Autrement dit, au terme des deux années, seules 90 heures de pratique clinique encadrées sont proposées. A l'opposé, la formation du DESC (du fait de la maquette) requiert au moins deux années de stage clinique dans des services agréés. A cette formation clinique s'associe un enseignement théorique local et régional, ainsi que des séminaires nationaux de formation.

Il s'agit donc d'une formation plus complète qui doit permettre à terme la formation d'un médecin gériatre capable par exemple d'exercer son activité future dans un service de court séjour, de SSR, d'EHPAD. Ce médecin doit par ailleurs être en mesure de pratiquer en autonomie une activité de consultation telles que celles proposées dans le cadre des équipes mobiles de gériatrie, des consultations mémoire ou encore d'évaluation gériatrique. Le DESC est aussi le moyen actuel logique et performant pour un jeune médecin en formation d'accéder précocement à cette spécialité de gériatrie pendant son internat. La fidélisation, enfin, des jeunes médecins à des équipes

gériatriques labellisées constitue un gage futur de recrutement de ces mêmes médecins au sein des établissements de santé où ils ont précédemment exercés.

- Le problème actuel posé dans certaines universités, quant à la formation du DESC, est **le nombre de stages offerts en post-internat** nécessaires pour la validation du diplôme. Il peut s'agir par exemple de postes d'assistants, d'assistants spécialistes régionaux, de chefs de clinique assistants (Pour les DES de Médecine générale seuls les DESC de gériatrie peuvent occuper un poste de CCA) ou de praticiens contractuels ou attachés. Selon les UFR, il existe des inégalités en rapport avec la dotation budgétaire des équipes assurant cette formation. A ce jour, et compte tenu d'un nombre limité de DESC à l'échelon national (proche de 186 étudiants sur 3 années), la régulation des post-internat se fait de façon relativement aisée sur l'ensemble du territoire.

- Le nombre de médecins qui sont autorisés à s'inscrire au DESC est défini par le coordonnateur régional en fonction des capacités de formation d'accueil des terrains de stage et aussi en rapport avec les besoins sanitaires de sa région. **Il n'existe pas à l'heure actuelle de «quotas» nationaux ou régionaux d'accès au DESC.** Chaque UFR est autonome dans l'appréciation du nombre de médecins à former (à titre indicatif, à l'UFR de Rouen, deux inscriptions en DESC sont autorisées chaque année). La responsabilité de coordination du PU-PH en charge du DESC dans chaque UFR est donc d'assurer une visibilité à terme des postes offerts en post-internat et de s'assurer de la validation de la maquette des étudiants.

Un point majeur doit cependant être souligné : l'inscription en DESC de gériatrie se fait à l'entrée de l'étudiant en troisième année. A la fin de leur parcours, les étudiants titulaires d'un DESC et d'un DES sont alors libres de choisir leur qualification ordinale. Ainsi, **un étudiant inscrit en DES de Médecine générale et qui souhaite-**

rait s'inscrire en DESC de gériatrie par ailleurs et qui aurait satisfait aux exigences de validation des deux diplômes, pourrait s'inscrire comme il le souhaite, à l'ordre national des médecins, dans l'une ou l'autre de ces disciplines.

II- Perspectives

Depuis 2010, la commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI) a convoqué l'ensemble des disciplines médicales et chirurgicales pour définir les modalités de formation des internes pendant et après leur internat. La discipline gériatrique a été ainsi auditionnée en 2010. Le Collège national des enseignants de gériatrie par l'intermédiaire de ses représentants a proposé **la création d'un DES de Gériatrie**, autrement dit, d'un internat en filière qui permettrait d'être autonome dans la formation des jeunes médecins intéressés par la discipline gériatrique et cela dès le début de leur internat. Cet internat aurait une durée de 4 années, suivi éventuellement, comme cela est le cas pour l'ensemble des DES, d'une formation complémentaire en post-internat. Il serait donc dès lors possible d'obtenir un DES de gériatrie au terme de l'internat et, pour ceux qui le souhaiteraient ou qui pourraient le faire, de compléter leur formation en post-internat. La maquette du DES de gériatrie comporterait au minimum 3 stages de gériatrie pendant l'internat dont deux en CHU et des stages dans des spécialités médicales que les enseignants jugent pertinents pour l'exercice d'un médecin gériatre, telles la neurologie, la cardiologie, la médecine interne.

A l'heure actuelle, aucune décision formelle n'a été prise par les instances et les ministères de tutelle quant à la création et quant au calendrier des opérations. Il est officieusement établi que la création d'un internat de gériatrie serait actée. Le Collège National des Enseignants de Gériatrie poursuit sa démarche volontaire en vue de la création de ce DES de Gériatrie, qui bien

évidemment s'il était acté, aboutirait à la suppression progressive du DESC de gériatrie à l'issue d'une période transitoire permettant aux étudiants inscrits en DESC d'achever leur parcours universitaire.

III- Quels sont les besoins de médecins gériatres à former ?

Cette question stratégique est complexe car la discipline gériatrique a plusieurs facettes depuis les médecins coordonnateurs jusqu'aux médecins des centres hospitaliers et ceux intéressés par une carrière hospitalo-universitaire. Quoiqu'il en soit, chaque année au concours national de praticiens hospitaliers, **160 postes de médecins gériatres sont ouverts**. Ce chiffre, fixé par le ministère de la Santé, correspond aux besoins minimum gériatriques sanitaires des hôpitaux français chaque année. Si l'on additionne les postes de capacitaires formés d'une part et de DESC d'autre part, les besoins de formation sont actuellement très partiellement couverts. Une enquête nationale actuellement en cours sur les postes de praticiens hospitaliers disponibles au sein des régions sanitaires est actuellement menée sous l'égide du Collège National des Enseignants de Gériatrie. Cette enquête va permettre de définir actuellement et dans les cinq années futures le nombre de postes de praticiens hospitaliers gériatres qu'il conviendra de pourvoir. A terme, le nombre de médecins formés par la capacité de gériatrie devrait diminuer au profit d'une formation acquise par le DESC puis le DES de gériatrie. Une fourchette comprise entre 300 et 400 médecins formés par an à la gériatrie apparaît nécessaire pour pourvoir aux perspectives épidémiologiques et démographiques du métier de gériatre.

Pr Philippe CHASSAGNE
Président du CNEG



Comment faire une base de données exploitable avec des moyens simples ?

A l'occasion d'une étude pour une thèse ou tout autre travail académique ou hospitalier, la constitution d'une base de données (BD) est un passage obligé. Mais les pièges sont nombreux et une BD mal faite ou avec des erreurs peut s'avérer dramatique en termes de perte de temps ou de résultats faussés.

Le logiciel Excel® Microsoft permet de faire des BD tout à fait correctes à condition de respecter certaines règles simples.

1/ Mettre les titres des variables mesurées sur la première ligne et l'identifiant des sujets sur la première colonne et jamais l'inverse.

Attention le nom des patients ne doit jamais figurer sur vos documents. Un moyen simple d'anonymiser sans perdre le fil du recueil de données consiste éventuellement à mettre les initiales du nom et prénom puis la date de naissance et d'entrée dans le service, ainsi le sujet est anonyme mais vous pouvez aisément le retrouver sur la base de données de votre service ou hôpital.

2/ Ne mettre que des chiffres et (quasiment) jamais de lettres, hormis les identifiants et les titres de colonnes car un logiciel de statistique ne sait que faire des lettres, idem pas d'espace ni de point.

3/ Si une donnée est manquante mettre un code par exemple NA ou DM et non pas un 0 ou un espace. (NA = Not Assigned, DM = Données Manquantes)

4/ Avant de remplir les cases, réfléchir si cela va être une variable continue (par exemple l'âge ou le poids) ou une variable binaire (par exemple la présence ou l'absence d'une maladie) ou encore une variable catégorielle (par exemple bleu, rouge, vert, etc.).

Faite attention à bien définir l'unité des variables continues et ne pas en changer en cours de route, préférer les unités internationales en cas de doute.

Faite attention à bien définir la variable binaire (présence de démence = 1, absence = 0 et ne pas en changer en cours de route) et garder la même logique pour chaque variable (présence = 1 absence = 0) et ne pas changer en cours de route (par exemple ne pas faire : présence de démence = 1 absence = 0, présence de BPCO = 0 et absence = 1, sinon vous allez vous embrouiller dans l'analyse).

Pour les variables catégorielles, prévoir un code (bleu = 1, rouge = 2, etc.).

5/ Une erreur peut facilement se glisser lors de la saisie des données, c'est quasi inévitable mais certaines fonction d'Excel peuvent vous aider à contrôler ce risque.

Par exemple insérer une puce à la première ligne de chaque colonne (Excel 2007> données> filtrer), une puce apparaît en haut de chaque colonne, si vous cliquez gauche dessus, elle vous donne de nombreuses informations, notamment la liste des données saisies et cela permet de retrouver très rapidement la ou les données aberrantes si elles existent.

La fonction Ctrl+F permet de retrouver et de remplacer automatiquement toutes sortes de données de la feuille de calcul.

6/ Penser à sauvegarder intelligemment vos bases de données. Tous les jours, faites une sauvegarde en mettant la date dans le titre du fichier (par exemple nomdu-fichierAAAAMMJJ) ainsi vous ne perdrez ou corromprez pas votre base de données de manière dramatique en cas de mauvaise manipulation. Au pire, c'est une journée de

perdue et non des mois entiers. De plus les fichiers se rangeront automatiquement dans l'ordre chronologique sous Windows. Mettez tous les fichiers de sauvegarde dans un dossier unique afin de ne pas vous disperser et sauvegardez le régulièrement sur internet ou sur un disque dur externe).

7/ Pour éviter tout conflit entre le logiciel de données et le logiciel de stat, une fois la base de données terminée et le nettoyage de ses éventuelles erreurs effectué, il faut copier les données sans case vide. C'est-à-dire que les cases contenant un titre, des données et des DM doivent

strictement être rectangulaire et ne contenir aucune case vide. Puis faire un collage (clic droit >collage spécial> valeurs) dans un autre fichier vierge, ainsi vous éliminerez toutes les éventuelles formules parasites. Puis appeler ce fichier vierge, datagel (pour base de données gelées).

8/ Enfin pour exploiter votre fichier Excel® avec R (par exemple), une manière simple est de le sauvegarder sous format .csv (enregistrer sous >type de fichier >CSV séparateur point virgule).

9/ C'est prêt. Des questions ou des remarques, rendez-vous sur www.ajgh.fr.

La constitution d'une base de données à visée scientifique est strictement encadrée par la loi Française, n'hésitez pas à contacter votre Comité de protection des personnes, ou Centre d'Investigation Clinique ou encore le service juridique pour ne pas vous mettre hors la loi.

Dr. Guillaume DESCHASSE
Président AJGH



Faire ses premiers pas avec un logiciel de statistique sans épuisement psycho-émotionnel

Tout le monde n'a pas la chance d'avoir un biostatisticien à sa disposition pour faire les statistiques de sa thèse ou d'un mémoire. Par conséquent, on se retrouve assez facilement au cours de sa vie d'interne ou de jeune assistant devant son ordinateur, un peu désespéré, en se demandant comment se débrouiller pour faire les « stat ». Voici quelques pistes de solutions.

Déjà il faut savoir que dans l'univers des mathématiques, les statistiques sont une petite galaxie et que dans cette galaxie les statistiques appliquées aux sciences biomédicales sont un petit système solaire, et que dans ce petit système solaire les manœuvres statistiques dont vous avez besoin sont une métropole. Donc pas de complexe, personne ne connaît toutes les sciences statistiques et

avec quelques connaissances on peut facilement avancer des résultats pertinents.

Concernant les outils disponibles, avec un logiciel Excel® Microsoft et « R » de CRAN (logiciel gratuit accessible sur le web) vous pouvez faire déjà tout et n'importe quoi, donc inutile de vous ruiner.

MÉMOS MÉTHODOLOGIQUES

Etape 1 : n'ayez pas peur de votre ordinateur et téléchargez le logiciel « R » à l'adresse suivante : www.cran.r-project.org.

Etape 2 : suivez les consignes d'installation de « R ».

R est un logiciel de programmation ; en gros il absorbe votre base de données, puis exécute les tests et les manipulations que vous programmez. (Inutile d'être informaticien pour programmer R, à peine 80 de QI sont nécessaires et encore...)

Etape 3 : ouvrir R (icône sur le bureau qui s'appelle R), une fenêtre s'affiche et on peut écrire dedans.

N'écrivez rien dedans, allez dans « fichier » puis ouvrir un « nouveau script ». Le script (sans titre éditeur R) sert d'interface de programmation tandis que l'autre fenêtre (console R) va afficher les résultats.

Sauvegarder le script, en lui donnant un nom, par exemple « script thèse année.mois.jour ».

Etape 4 : « absorber » la base de données pour pouvoir l'analyser.

Par exemple écrivez dans le script : `data<-read.csv (« C:/Bureau/basededonnées.csv»,sep=";",header=TRUE,dec=".",na.strings="DM")`

En français, ça veut dire que vous venez de créer un objet dans R et que vous l'avez nommé « data ».

Cet objet nommé « data » a reçu des données mais pas n'importe quelles données, celles du fichier nommé « basededonnées » situé à l'adresse windows « C:/Bureau/basededonnées ».

Faites attention aussi à la formulation de l'adresse, elle peut être insidieusement en anglais, pour être sûr de l'adresse, cliquez droit sur votre fichier « basededonnées » puis dans propriétés et la vraie adresse apparaît.

Faites attention à l'adresse car il s'agit de / et non pas de \.

Le symbole <- (c'est une flèche vers la gauche) est constitué de < (inférieur à, situé généralement en bas à gauche du clavier) et de - symbole « moins »).

Le .csv rajouté à la fin de l'adresse signifie que le fichier est en format csv et en pratique cela n'a pas d'intérêt pour les non spécialistes.

`sep=";"` idem

`header=TRUE` signifie que vos colonnes de données ont des titres en haut des colonnes

`dec="."` signifie que les décimales sont signalées par des virgules

`na.strings="DM"` que les données manquantes sont signalées par DM

cf. : Comment faire une base de données exploitable avec des moyens simples ? (page 12)

Après avoir écrit :

`data<-read.csv («C:/Bureau/basededonnées.csv»,sep=";",header=TRUE,dec=".",na.strings="DM")` appuyez sur F5. (F5 provoque l'exécution de la ligne de programmation).

Si tout va bien, votre `data<-...` vient d'apparaître dans la console et vous pouvez commencer à analyser votre base de données nommé data.

Etape 5 : On commence l'analyse des données.

Écrivez dans le script :

`names(data)` puis F5, `summary(data)` puis F5

Des résultats apparaissent, la suite au prochain épisode, ou alors RDV sur www.ajgh.fr

Dr. Guillaume DESCHASSE
Président AJGH

LA FHF RÉUNIT
PLUS DE
1 000 HÔPITAUX
ET
**1 000 STRUCTURES
MÉDICO-SOCIALES**



**WWW.FHF.FR >
OFFRES D'EMPLOI**

**PLUS DE 30 000
OFFRES D'EMPLOI
ET PLUS DE 15 000 CV**



LA RUBRIQUE
OFFRE D'EMPLOI
PERMET AUSSI
L'ACCÈS A UN
ESPACE CANDIDAT



La Fédération hospitalière de France
est partenaire



Jus de pamplemousse et interaction médicamenteuse



Le pamplemousse est un agrume rare en Europe. On le trouve principalement en Asie. Il ressemble à une grosse poire de couleur verte à peau épaisse. Sa consommation n'est pas très appréciée du fait de son acidité. Il est principalement utilisé pour les confitures, les alcools et les parfums. Le fruit que nous aimons consommer est en fait le pomelo, que nous appelons par abus de langage le pamplemousse. Je parlerai bien dans cet exposé du fruit que nous consommons en gardant l'appellation communément utilisée de « pamplemousse ».

Le pamplemousse est connu et consommé pour ses bienfaits. De nombreuses études ont montrées une réduction du risque cardiovasculaire par le biais de la diminution de la résistance à l'insuline et la diminution du taux de cholestérol et des triglycérides. D'autres ont permis de noter une réduction du risque cancérogène notamment pour les cancers du tractus digestif (estomac, colon...). De plus, il contient de nombreuses vitamines (A, C, B5) utiles pour la vision, le renouvellement de la peau et le système immunitaire. Nous y retrouvons également du Zinc qui joue un rôle dans le système gustatif et l'odorat.

Cependant depuis les années 1990, le jus de pamplemousse est aussi connu pour ces interactions avec de nombreux médicaments de prescription courante. Les 2 principaux composants contenus dans le pamplemousse et impliqués sont les Flavonoïdes et les Coumarines dont la 6'7'-dihydroxybergamottine et la bergamottine. Ils interagissent avec les principales voies de transport des médicaments (la protéine P-gp et les OATP) et avec la protéine 3A4 intestinale du cytochrome p450. Cela peut conduire à une augmentation ou une diminution de la biodisponibilité de certains médicaments pouvant conduire à un effet secondaire grave par surdosage ou un échec thérapeutique.

Ces 3 protéines (3A4 intestinale, P-gp, OATP) ont pour rôle de contrôler le passage pré-systémiques des médicaments ingérés par voie orale à travers la barrière intestinale. (Annexe 1)

La protéine intestinale 3A4 qui fait partie des protéines du cytochrome p450 se trouve principalement dans le foie mais également au niveau du pôle apical des entérocytes. Son rôle est de capter ses médicaments substrats de la lumière intestinale et de les métaboliser afin de diminuer leur concentration lors du passage pré-systémique.

En présence de coumarines, la protéine 3A4 va être internalisée à l'intérieur des entérocytes puis détruite ce qui va conduire à une augmentation du passage passif des médicaments du pôle apical au pôle basal de l'entérocytes. L'inhibition du 3A4 intestinale va conduire à une augmentation de la biodisponibilité de ses médicaments substrats. L'effet est irréversible pour une période de 28h à 72h, le temps que la protéine 3A4 soit resynthétisée.

La protéine de transporteur P-gp est ubiquitaire dans l'organisme et se trouve au niveau de toutes les barrières de l'organisme (Hémato-encéphalique, Hémato-gonadique, Hémato-rétinienne et Hémato-entérocytaire). C'est une pompe à efflux qui permet de protéger les organes des substances endogènes et exogènes toxiques. Elle nécessite de l'ATP car elle agit contre le gradient de concentration. En effet, au niveau intestinal, elle agit en repoussant dans la lumière intestinale son substrat. Les flavonoïdes et les coumarines inhibent la P-gp de manière transitoire et conduisent à une augmentation du passage pré-systémique du médicament substrat et donc de sa concentration systémique. Les nombreuses études in vivo menées montrent que les interactions entre le jus de pample-



mousse et les différents substrats de la P-gp ne sont pas toutes concordantes mais elles restent difficilement comparables car les taux de flavonoïdes et coumarines n'ont pas été contrôlés. De plus, leur interprétation est difficile car de nombreux substrats de la P-gp le sont également du 3A4 ainsi il n'est pas possible de montrer que le résultat obtenu est dû uniquement à un seul mécanisme de transport.

Les OATP (organic anions transporteurs proteins) se situent principalement au niveau intestinal et rénal. Contrairement à la P-gp et le 3A4, elles permettent de capter les substrats au niveau intestinal et rénal et augmentent leur biodisponibilité. Cet influx va être inhibé de manière transitoire par les flavonoïdes ce qui va conduire à une diminution de la concentration du médicament substrat dans la circulation générale.

En conclusion, il est reconnu que le jus de pamplemousse est un puissant inhibiteur de la protéine du cytochrome 3A4 au niveau intestinal et qu'il influence la biodisponibilité des médicaments substrats des protéines transportrices P-gp et OATP par le biais des coumarines et

flavonoïdes. La complexité des systèmes de transports et de métabolisation des médicaments rend les études in vivo complexes notamment pour imputer l'interaction à un seul transporteur ou enzyme. En effet, un médicament peut être métabolisé par plusieurs voies et être transporté par plusieurs transporteurs. La consommation du jus de pamplemousse avec certains traitements peut donc être responsable soit d'une augmentation de la biodisponibilité du médicament pouvant conduire à un surdosage soit d'une diminution de sa biodisponibilité responsable d'un échec thérapeutique. La population gériatrique est particulièrement concernée du fait de sa poly médication et de l'utilisation plus fréquente de médicament à index thérapeutique étroit.

Les différentes sociétés savantes internationales recommandent de ne pas consommer de jus de pamplemousse ou de compléments comprenant des extraits de pamplemousse chez les patients prenant un traitement par voie orale au long cours et/ou à index thérapeutique étroit.



Annexe 1 : du jus de pamplemousse avec le CYP 3A4 intestinale, la P-gp et les OATP.

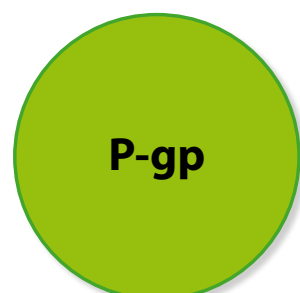
Mécanismes d'interactions

Pamplemousse

inhibition



Augmentation la biodisponibilité orale des médicaments substrats



Diminution de la biodisponibilité

Bibliographie

Paine MF, Widmer WW, Pusek SN et al. Further characterization of a furanocoumarin-free grapefruit juice on drug disposition: studies with cyclosporine. Am J Clin Nutr, 2008; 87(4):863-71.

Ohnishi A, Matsuo H, Yamada S, et al. Effect of furanocoumarin derivatives in grapefruit juice on the uptake of vinblastine by Caco-2 cells and on the activity of cytochrome P450 3A4. Br J Pharmacol 2000;130(6):1369-77.

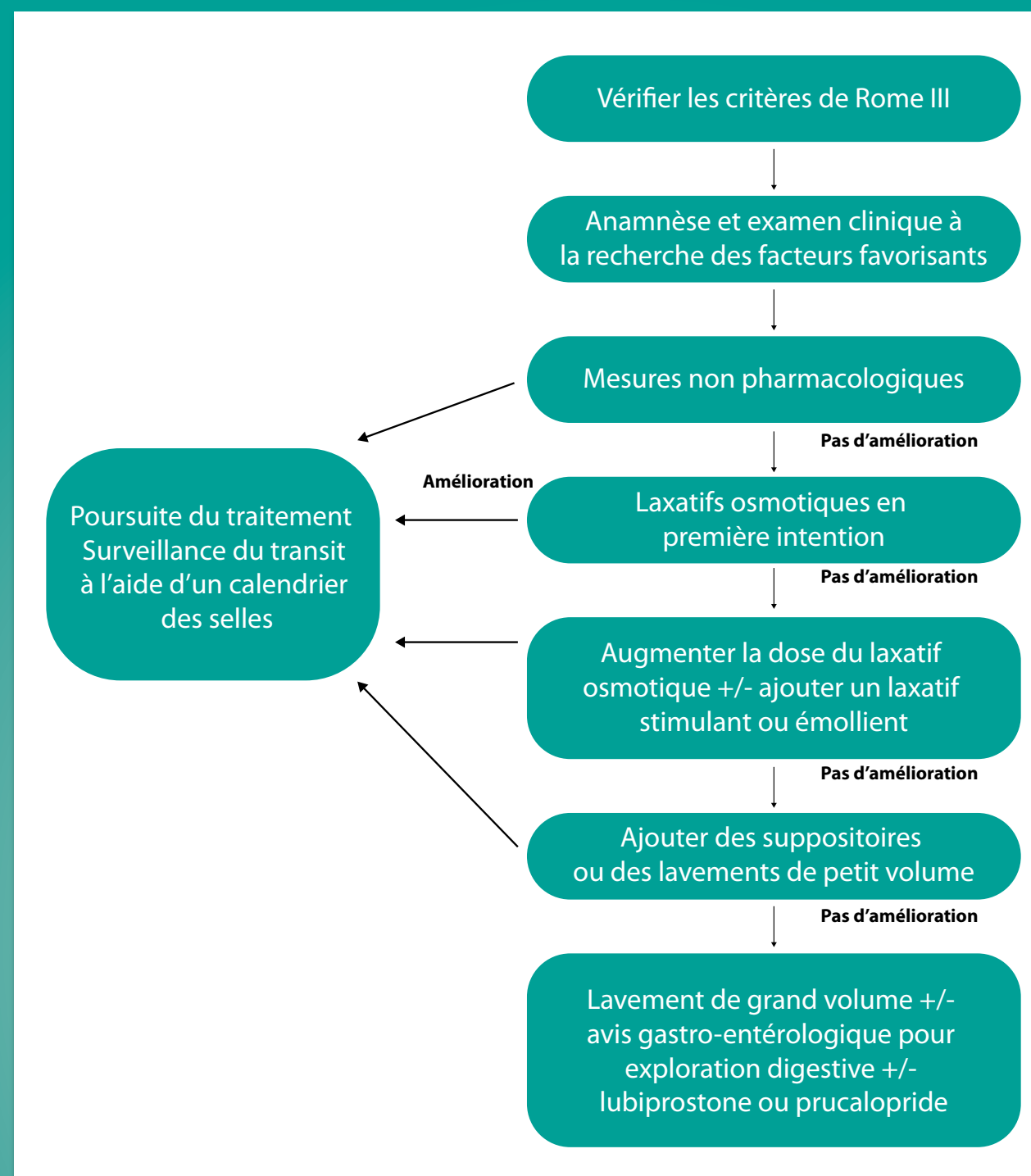
Eagling VA, Profit L, Back DJ. Inhibition of the CYP3A4-mediated metabolism and P-glycoprotein-mediated transport of the HIV-protease inhibitor saquinavir by grapefruit juice components. Br J Clin Pharmacol. 1999; 48(4):543-52.

Shirasaka Y, Kuraoka E, Spahn-Langguth H, et al. Species difference in the effect of grapefruit juice on intestinal absorption of talinolol between human and rat. J Pharmacol. Exp Ther 2010;332(1):181-9.

The effect of grapefruit juice on drug disposition; Michael J Hanley, Paul Cancelon, Wilbur W Widmer & David J Greenblatt. University School of Medicine, Program in Pharmacology and Experimental Therapeutics, Boston, MA, USA. 2011.



Management de la constipation chez la personne âgée





Définition de la constipation : Critères de Rome III

Le diagnostic est retenu si au moins 2 des 6 critères sont présents depuis au moins 12 semaines depuis les derniers 6 mois.

- Effort à l'exonération au min. 25 % du temps.
- Selles dures au min. 25 % du temps.
- Sensation de blocage anal au min. 25 % du temps.
- Recours à des manœuvres manuelles plus de 25 % du temps.
- Moins de 3 selles par semaine.

Facteurs favorisants

Réduction de la consommation de fibres alimentaires
Ration calorique journalière faible
Réduction de l'apport hydrique voire déshydratation
Réduction de la mobilité
Polymorbidité (AVC, Maladie de parkinson, affections médullaires, tumeurs rectales ou coliques, diabète, hypercalcémie, hypokaliémie, hypothyroïdie, dépression, rectocèle, fissures anales...)
Polymédication (opioïdes, antiacides contenant du calcium ou de l'aluminium, anti-cholinergiques, antidépresseur, neuroleptiques, diurétiques, antihistaminiques, antiparkinsoniens, anticalciques, suppléments calciques et en fer....)
Maltraitance physique ou psychologique

Mesures non pharmacologiques

- Rechercher et prendre en charge de manière optimale les maladies concomitantes.
- Stimuler à aller aux toilettes.
- Respecter l'intimité lors de la défécation.
- Apport liquidien suffisant (au moins 1500ml/j).
- Activité physique régulière en fonction des capacités individuelles (marche régulière, stimulation aux transferts, mobilisation passive au lit, massage du cadre colique).
- Régime riche en fibre : pruneaux, céréales, fruits et légumes (25g/j).
- +/- Biofeed back.



Laxatifs : mécanismes d'action

Classe thérapeutique	Exemples	Mécanismes et délai d'action	Effets secondaires et précautions
Osmotiques	Macrogol, Lactulose	Augmente le volume des selles par gradient osmotique dans le colon (24 à 48h)	Nécessité de boire 2 verres d'eau Risque de fausses routes Déconseillé si clairance <30ml/min
Stimulants	Senna, picosulfate de sodium	Stimulation du péristaltisme en augmentant la sécrétion active d'eau et d'électrolytes (6 à 12h)	Flatulences, crampes abdominales, troubles hydro-électrolytiques
Emollients ou lubrifiants	Paraffine et glycérol	Lubrification des selles (8 à 12h)	Pneumonies chimiques en cas d'inhalation, carences vitaminiques (A,D,E,K)
Substances de lest	Mucilages (fibres)	Augmente le volume des selles en retenant l'eau	Nécessité de boire
Prokinétiques	Prucaloride	Agoniste sélectif des récepteurs 5HT4 (3 à 6h)	AMM que chez la femme, soumis à prescription du spécialiste pour une durée limitée, céphalées, fatigue, inconfort digestif

Calendrier des selles

auto-évaluation quand possible sinon hétéro-évaluation

	Heures	Type de selles	Exonération incomplète, douleurs	Manœuvres manuelles	Laxatifs
J1					
J2					
J3					
J4					
J5					
J6					
J7					



Congrès, Colloques, Formations à venir pour 2013-2014

Gériatrie nationale

16 mai 2013 Paris	Nuit du grand âge et du bien vieillir 2013. Quatre catégories sont au programme : 1 - "Bien vieillir chez soi et dans la Cité" 2 - "Hébergement collectif et Maisons de retraite" 3 - "Prévention pour soi et les siens" 4 - "Santé et avancée en Âge". Lieu : Casino de Paris, 16 rue de Clichy – 75009 Paris.	http://www.trophees-du-grand-age.fr/ Contact : contact@trophees-du-grand-age.fr Appel à candidatures : Date limite de dépôt des dossiers : 15 avril 2013, 17h00. http://www.trophees-du-grand-age.fr/trophees/devenir-candidat/
28-30 mai 2013 Paris	Les salons de la santé et de l'autonomie. HopitalExpo, HitParis, et GerontExpo/HandicapExpo. Manifestation de la FHF (Fédération Hospitalière de France). Trois salons leaders de l'univers de la santé et de l'autonomie désormais à la même date. Lieu : Paris Expo, Porte de Versailles, Pavillon 1 - 75015 Paris.	http://www.salons-sante-autonomie.com/ Pré-programme : http://www.salons-sante-autonomie.com/fr/conferencescongres/programme-des-conferences-2013/
13-15 juin 2013 Lille	19^{ème} Congrès de la SFAP. Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. Thème : « Morts, limites et sociétés ». Lieu : Lille Grand Palais, 1 Bd des Cités Unies - 59777 Lille.	http://congres.sfap.org/ Programme préliminaire : http://congres.sfap.org/sites/default/files/pdf/Lille2013/programmepreliminaire-2013.pdf Calendrier du congrès : http://congres.sfap.org/content/calendrier-du-congres-2013
18-20 septembre 2013 Paris	9^{èmes} Journées Nationales EPO-G (Echange de Pratiques en Onco-Gériatrie). Thème : « Innovations et Actualités en Oncogériatrie ». Lieu : Maison des Arts et Métiers, 9 Bis Avenue de l'Éna - 75016 Paris.	http://booking.agence-mo.com/EPO-G%202013 Programme : http://booking.agence-mo.com/sites/59-EPO-G%202013/pages/282 Date limite de soumission des résumés : 10 juillet 2013. http://booking.agence-mo.com/sites/59-EPO-G%202013/auth/login
8-10 octobre 2013 Paris	33^{èmes} Journées annuelles de la SFGG. Société Française de Gériatrie et Gérologie. Lieu : Le CNIT – Niveau D, 2 Pl de la Défense – 92053 Paris.	http://jasfgg2013.com/ Programme scientifique : http://www.jasfgg2013.com/programme-scientifique/agendascientifique/20 Contacts : http://www.jasfgg2013.com/contacts/1 Soumission des résumés : clôture de la soumission en ligne le 29 mai 2013. http://www.jasfgg2013.com/espace-intervenants-abstracts/soumission-deresume-/12
17-19 octobre 2013 Reims	28^{ème} Congrès de la SOFMER. Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation. Lieu : Centre de Congrès de Reims, 12 Boulevard du Général Leclerc - 51722 Reims.	http://www.sofmer.com/ Programme : http://www.atout-org.com/sofmer2013/programme!fr Contact : http://www.atout-org.com/sofmer2013/contact!fr Soumission des résumés : date limite le 15 avril 2013. http://www.atout-org.com/sofmer2013/soumission_resume!fr

15-17 novembre 2013 Issy-les-Moulineaux	CAPAS 2013. Colloque dédié à l'Activité Physique Adaptée et à la Santé. 2 thèmes seront développés : - APS et maladies chroniques (incluant DT2, BPCO, maladies CV, Obésité et Cancer), - APS et vieillissement pathologique. ... autour de 3 points de vue : celui du médecin, celui du philosophe et du psychologue, celui du sociologue. Lieu : Palais des Sports – Issy-les-Moulineaux 92.	http://www.capas.fr/ Programme en cours d'élaboration. Contact : ClinicProSport, 5 rue Elsa Morante - 75013 Paris. Tél : 01 40 65 04 22 ; Fax : 01 45 65 16 68.
5, 6 décembre 2013 Issy-les-Moulineaux	Congrès National 2013 des Unités de soins, d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Sous l'égide de la SFGG. Lieu : Palais des Congrès d'Issy-les-Moulineaux.	http://www.uspalz.com/ Programme en cours d'élaboration. Contact : http://www.uspalz.com/contact/
11-13 décembre 2013 Bordeaux	FNG 2013. Journées Francophones de Nutrition. Lieu : Centre des Congrès Bordeaux-Lac, Allée Louis Ratabou – 33300 Bordeaux.	http://www.lesjfn.fr/ Pré-programme : http://www.lesjfn.fr/programme/programme-scientifique/6 Date limite de soumission des résumés : 13 septembre 2013.
19-21 janvier 2014 Paris	18^{ème} Conférence Nationale des Plaies et Cicatrisation. Lieu : Palais des Congrès de Paris, Porte Maillot.	http://www.mfcongres.com/c.ongress_welcome.jsp?congress=101 Programme à venir Appel à communications : date limite d'envoi 20 novembre 2013. http://www.mfcongres.com/document_cache/342_APPELAPOSTER_18CPC_2014.pdf

Gériatrie internationale

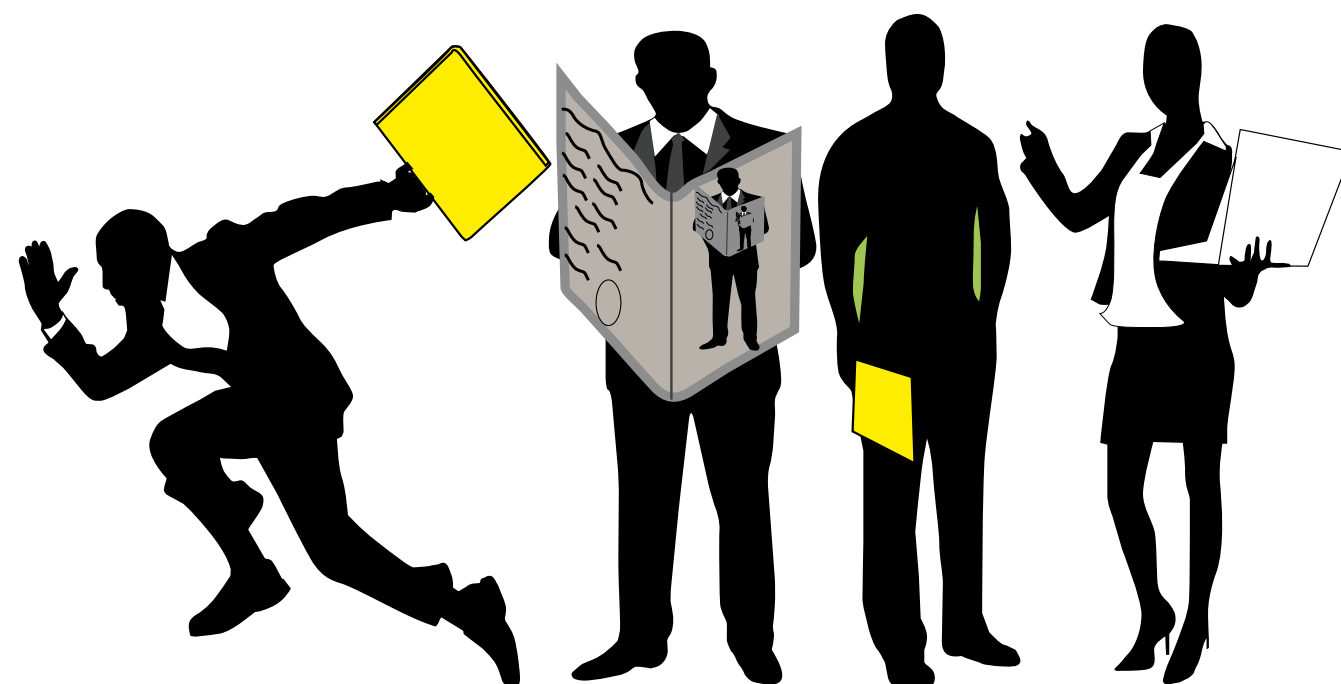
3-5 mai 2013 Gravepine, Texas – USA	AGS 2013. Annual Scientific Meeting of the American Geriatrics Society. Lieu : Gaylord Texan, Grapevine, TX.	http://www.americangeriatrics.org/annual_meeting/attendees/ The 2013 Call for abstract submissions is now closed.
23-27 juin 2013 Séoul, Corée	IAGG 2013. 20 th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics. Thème : « Digital Ageing : a new horizon for health care and active ageing ». Lieu : COEX (Convention and Exhibition Center), Samsung-dong, Gangnam-gu, Seoul 135-731, Korea.	http://www.iagg2013.org/ Programme 2 ^{ème} annonce : http://www.crea-news-01.com/mailling/mailling_iagg/2012_09_25/SEOUL2013%20-%202nd%20announcement%20-%2020120212%20-%20light.pdf Contact secrétariat du congrès : seoul@iagg2013.org Call for submitted Symposia is closed. Call for oral & Poster abstracts is closed.
20, 21 septembre 2013 Leuven, Belgique	EDA 2013. 8 th Annual Meeting of the European Delirium Association. Thème : « Improving the Quality of Care in Patients with Delirium ». Lieu : Place Onderwijs & Navorsing 1, Campus Gasthuisberg, Herestraat 49, 3000 Leuven.	http://www.kuleuven.be/communicatie/congresbureau/congres/EDA2013/ Abstracts : Deadline for abstract submission symposia and workshops is April 15, 2013. Deadline for abstract submission oral and poster presentations is May 15, 2013. http://www.kuleuven.be/communicatie/congresbureau/congres/EDA2013/abstracts

CONGRÈS ET FORMATIONS À VENIR

1- 4 octobre 2013 Séoul, Corée	IPA 2013. 16 th International Psychogeriatric Association congress. Lieu : COEX, Samsung-dong, Gangnam-gu, Seoul 135-731 - Republic of Korea.	http://ipa2013.com/ Dates importantes : Deadline for Abstract submission : March 31, 2013 Notification of acceptance : April 30, 2013 Deadline for early registration : August 7, 2013 http://ipa2013.com/sub04_2.php
2-4 octobre 2013 Venise, Italie	EUGMS 2013. 9 th Congress of the European Union Geriatric Medicine Society. Lieu : Palazzo del Casino, Lungomare Marconi, 30 - 30126 Venezia Lido - Italy.	http://www.eugms2013.it/ Contact : secretariat@eugms2013.it Deadline for abstract submission : 30 April 2013.
25, 26 octobre 2013 Liège, Belgique	16èmes Journées d'Automne de la SBGG (Société Belge de Gériatrie et de Gériatrie). Thèmes : - Syndromes gériatriques et maladies chroniques. - Le déclin fonctionnel. - La personne âgée dans tous ses endroits. - Cas cliniques. Lieu : Palais des Congrès - Liège.	http://www.geriatrie.be/congres_detail.jsp?congresid=46 Secrétariat scientifique : automne@geriatrie.be Secrétariat administratif : nathalie.delmelle@geriatrie.be ; vjonart@geriatrie.be Appel pour les affiches et communications libres : date limite le 20 juin 2013.
14-16 novembre 2013 San Diego CA - USA	CTAD 2013. 6 th Clinical Trials on Alzheimer's Disease. <i>Chaque année, depuis 2008, le CTAD Clinical Trials on Alzheimer's Disease réunit la plupart des acteurs majeurs de la recherche et des essais cliniques sur la Maladie d'Alzheimer.</i> Lieu : Centre de Congrès San Diego.	http://www.ctad.fr/ Contact : ctad@ant-congres.com Call for abstracts : One unique submission deadline : June 3rd 2013. http://www.ctad.fr/13-call-for-abstracts/cfa2013.asp
14-16 mai 2014 Liège, Belgique	CIFGG 2014. 10ème Congrès International Francophone de Gériatrie et Gériatrie. SBGG (Société Belge de Gériatrie et de Gériatrie). Thème : « Les défis de la longévité : créativité et innovations ». Lieu : Palais des Congrès - Liège.	http://www.cifgg2014.com/ Liste des thèmes du programme : https://www.eiseverywhere.com/file_uploads/ac822f9663aef9a447944fba/c2b44fdb_CIFGG2014-Thmes.pdf Appel à communications orales et écrites : Date limite de dépôt : 16 octobre 2013. http://www.cifgg2014.com/appel-communication-0
18-21 juin 2014 Taipei, Taiwan	ISG 2014. 9 th World Conference of Gerontechnology. Lieu : Tapei World Trade Center.	http://isg2014.org/
8-13 juillet 2014 Paris	ICAP 2014. 28 th International Congress of Applied Psychology. IAAP (Association of Applied Psychology). Thème : « From Crisis to sustainable Wellbeing ». Lieu : Palais des Congrès - Paris.	http://www.icap2014.com/ Call for Symposia now open : Submission deadline : 1st June 2013.
17-19 septembre 2014 Rotterdam, Pays-Bas	EUGMS 2014. 10 th Congress of the European Union Geriatric Medicine Society. "Geriatric Medicine Crossing Borders".	http://www.eugms2014.org/en/Home_10_6_12.html Programme à venir. Dates importantes : November 15, 2013 : deadline for symposium submission : April 25, 2014 ; deadline for abstract submission.

Remerciements à l'équipe de Grenoble.

ANNONCES de recrutement





Le Centre de Soins de Podensac, établissement public de 279 lits (50 lits USLD, 229 lits EHPAD) Situé à 30 km (30 mn) au sud de Bordeaux, sur la Garonne dans le vignoble des Graves.

- 2 PH gériatres à temps plein sur la structure.
- Important projet de restructuration en cours (sur 202 lits, création d'une UHR, d'un PASA, d'un accueil de jour).

RECRUTE UN MÉDECIN GÉRIATRE
À TEMPS PARTIEL (20 À 50%).

Les candidatures et CV sont à adresser à :
Madame la directrice déléguée - 5, allée Georges Montel - 33720 PODENSAC
Tél : 05 56 76 35 26 - Email : direction@csmr-podensac.fr

L'HÔPITAL GERONTOLOGIQUE ET MEDICO-SOCIAL DE PLAISIR-GRIGNON
Yvelines 78 - banlieue ouest (proche de Versailles) - 30 minutes de la gare Montparnasse



RECRUTE IMMÉDIATEMENT :

- **2 PRATICIENS GÉRIATRES CONFIRMÉS**
Pour le pôle de Médecine Gériatrique
- **1 PRATICIEN ATTACHÉ TEMPS PLEIN**
Pour la filière de Psychogériatrie Cognitive (Médecine aiguë et Soins de Suite)
- **1 PRATICIEN TEMPS PARTIEL (0.4 ETP)**
Pour l'Equipe Mobile Gériatrique extra-hospitalière

Renseignements :
Dr MANDELBAUM - Chef de Pôle
01 30 79 57 88 ou 57 89
bmandelbaum@hopital-gms-plaisir.fr
Envoyer candidature et C.V à :
L'H.G.M.S. de PLAISIR-GRIGNON – D.R.H.
220 rue Mansart
B.P 19 -78375 PLAISIR Cedex



Dans le cadre d'une filière gériatrique, le Centre Hospitalier Mémorial de Saint-Lô recrute

- **UN 10^{ÈME} GÉRIATRE** à temps plein pour le service de SSR
- **UN 11^{ÈME} GÉRIATRE** à mi-temps pour l'EHPAD et les consultations en Hôpital de Jour

Situé à 45 mn de la mer, le CH de Saint-Lô possède un plateau technique complet et 511 lits de MCO et d'hébergement.

Pour tout renseignement, contacter :
• Mme le Dr Lepape, Chef du Pôle de Gériatrie au 02 33 06 33 33 gwenaelle.lepape@ch-coutances.fr
• Mme Delannoy, Responsable des Affaires Médicales au 02 33 06 31 35 sylvie.delannoy@ch-stlo.fr
Les candidatures sont à adresser à Monsieur le Directeur
715, rue Dunant - CS 65509 - 50009 Saint-Lô - www.ch-stlo.fr





LE CENTRE HOSPITALIER « LES CYGNES » DE LORMES
126 lits dont 15 Médecine, 15 Soins de Suite et de Réadaptation, 96 EHPAD - Service de Soins à domicile : 36 places

RECHERCHE MEDECIN COORDONNATEUR
Capacité en Gériatrie

- Pour son service E.H.P.A.D. (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) : 96 lits
- Poste à temps partiel (50%)
- Rémunération de la fonction publique hospitalière
- Travail en équipe pluridisciplinaire
- Réflexion sur les thèmes gériatriques

Si vous êtes intéressé(e) par cette offre, merci de bien vouloir envoyer votre lettre de motivation et C.V. à :
Monsieur le Directeur - Centre Hospitalier « Les Cygnes »
8 rue du Panorama - 58 140 LORMES - tel : 03 86 22 30 00 - fax : 03 86 22 30 96
E-mail : hopitallocal.lormes@wanadoo.fr

Vous êtes motivé(e), dynamique, vous désirez vous investir dans des projets innovants, intégrer une équipe professionnelle et motivée.

LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-AIGNAN
(sud du Loir-et-Cher, région des châteaux)

RECHERCHE UN GÉRIATRE TEMPS PLEIN

Logement proposé.
Participation aux astreintes médicales.
Intégration dans une équipe médicale porteuse de projets pour le nouvel hôpital dont l'ouverture est prévue fin 2013.

Toutes candidatures à adresser au directeur du CH Saint-Aignan :
BP 82 - 41110 SAINT-AIGNAN - Tél : 02 54 71 20 00 - Adresse Internet : hospital@hl-saintaignan.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DU CHINONNAIS - (Indre et Loire - 37) à 30 minutes de Tours
Etablissement public de santé proposant une offre de soins et de prise en charge sanitaire et médico-sociale de proximité.

RECRUTE • UN MEDECIN A TEMPS PLEIN ou DES MEDECINS A TEMPS PARTIEL
EN MEDECINE GENERALE OU GERIATRIE (Formation en gériatrie prise en charge par l'établissement s'il y a lieu)

Pour intégrer l'équipe de 3 gériatres pour son service de Soins de Longue Durée (124 lits) et E.H.P.A.D.(177 lits) dans le cadre du développement de la filière gériatrique.
Statut proposé selon dossier :
• Médecin thésé et inscrit au Conseil de l'Ordre : praticien hospitalier (mutation) ou praticien contractuel
• Médecin non thésé en fin de cursus d'internat ou de résidanat : faisant fonction d'interne

Les renseignements concernant cet emploi peuvent être obtenus auprès de :
Madame le Docteur Marie-Annick MAUBERGER
Tél : 02 47 93 75 52
Madame le Docteur Agnès HELIE, Chef du pôle SSR/Gériatrie
Tél : 02 47 93 75 24

Adresser candidature et CV à :
Monsieur le Directeur
CENTRE HOSPITALIER DU CHINONNAIS
B.P. 248 - 37502 CHINON CEDEX
Tél : 02 47 93 76 46 - Fax : 02 47 93 91 54
Courriel : v.laurain@ch-chinon.fr



L'EHPAD « Les Résidences de Bellevue »,
établissement public départemental autonome de 619 lits, situé à Bourges, proche du centre ville.
Il comprend sur un seul et même site 5 résidences dont l'une dédiée aux personnes désorientées déambulantes. Il dispose d'un groupe Douleur pour l'accompagnement des personnes douloureuses et/ou en fin de vie, d'un centre d'accueil de jour Alzheimer de 10 places ouvert sur la ville, d'une PUI. Ouverture en cours de la résidence HQE (80 lits, à Saint Doulchard, 7 km).

Recrute Un médecin gériatre
Pour compléter son équipe médicale de 3 médecins.
Temps plein confirmé ou en formation (contractuel ou statut PH par mutation).
pour assurer les fonctions de coordonnateur et de médecin traitant sur deux résidences de 123 lits chacune.

Les candidatures sont à adresser à :
M. Le Directeur
Les Résidences de Bellevue
1, rue du Président Maulmont CS 70130
18 021 Bourges Cedex
Renseignements : Cécile Albouy, DRH – Tél. : 02 48 57 88 88

www.lesresidencesdebellevue.fr

Etablissement inscrit dans des projets novateurs avec la participation active des agents :
• travaux à haute technologie embarquée pour le maintien à domicile avec un groupement d'intérêt scientifique, développement d'une vaisselle ergonomique avec des industriels.
• politique de développement durable par l'intégration de nouveaux savoir-faire (art thérapeute, ergothérapeute, esthéticienne, psychologues, psychiatres..) et de nouveaux savoir être (politique de formation globale et individuelle pour développer et renforcer les compétences des agents).
• la construction d'une nouvelle résidence en HQE.





LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DIÉ-DES-VOSGES
Établissement de référence du bassin de santé de la Déodat (85 Km de Strasbourg et de Nancy - 2 h 30 de Paris en TGV)

RECRUTE pour compléter l'équipe médicale de son pôle « Gériatrie » comprenant :
14 lits de CSG, consultations mémoire, 30 lits de SSR, 30 d'USLD et 150 lits d'EHPAD

UN MEDECIN GERIATRE

Praticien Hospitalier ou Praticien Contractuel.
Rémunération statutaire, aide à l'installation.

Les dossiers de candidature sont à adresser à :
Mme Maria MOYA
Bureau des Affaires Médicales
Rue du Nouvel Hôpital
88100 Saint Dié des Vosges

Pour tout renseignement, merci de contacter :
Mme Maria MOYA au 03 29 52 85 81 - maria.moya@ch-saintdie.fr
Mme Valérie DOVALE au 03 29 52 77 53 - valerie.dovale@ch-saintdie.fr
Mme le Docteur ULMER au 03 29 52 68 77 - emmanuelle.ulmer@ch-saintdie.fr

Poste à pourvoir immédiatement



GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE (GHAM)

Composé de 3 sites hospitaliers situé à 130 km de PARIS et à 40 km de TROYES - Ville de 16 000 habitants.
Gare SNCF à 600 m - 3 lycées - 3 collèges.

RECHERCHE EN URGENCE**DEUX PRATICIENS GERIATRES :**

1 pour le court séjour gériatrique et 1 pour le SSR afin de renforcer les équipes médicales de Romilly/Seine et de Sézanne.

Etablissement en plein essor avec plateau technique complet sur site

Les médecins postulant doivent être des médecins spécialisés en gériatrie et/ou avec expérience en gériatrie.

Etre inscrit à l'ordre des médecins ou avoir réussi les épreuves de la PAE.

Adresser candidature à Madame le Directeur du GHAM - Hôpital Maurice Camuset

Rue Paul Vaillant Couturier - BP 159 - 10105 ROMILLY SUR SEINE Cédex

Tel : 03 25 21 96 29 ou 03 25 21 96 44 - Mail : cpassoni@gham.fr

**RECHERCHE MÉDECIN GÉRIATRE COORDINATEUR**

Poste en CDI à temps plein au sein d'un SSR PSPH de 60 lits entièrement rénové, 30 lits de SSR Polyvalent et 30 lits de SSR Gériatrique.

Les projets à mener seront la reconnaissance de 6 lits de soins palliatifs et la création de 8 lits en HDJ déjà autorisés par l'ARS. L'établissement se situe à EPERNAY dans le département de la Marne en région Champagne Ardenne. La Gare d'Eprenay est à 1h20 de la gare de l'EST à Paris. Le poste bénéficie d'un logement de fonction d'environ 100 m² avec 3 chambres.

Les conditions salariales sont régies suivant la CCN 51.

Merci d'adresser votre candidature à l'attention de : Eric VIANA, Directeur

EHSSR SAINTE MARTHE - 53, rue Maurice Cerveaux

51202 EPERNAY CEDEX - saintemarthe.dir@adv.asso.fr

www.association-de-villepinte.com



Le Pôle Santé Sarthe et Loir est un établissement comprenant 1 centre hospitalier, 2 EHPAD, 1 foyer de vie et 1 IFSI/IFAS, (département de la Sarthe, couverture d'un bassin de population de 100 000 habitants entre Sablé-sur-Sarthe et La Flèche, à proximité d'Angers et Le Mans - 45 km. Ligne TGV à 1h15 de Paris)

recherche pour son secteur EHPAD :

• UN MÉDECIN GÉRIATRE OU UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE
Poste à 100%

• UN MÉDECIN COORDONNATEUR EHPAD
Poste à 50 % *Avec possibilité d'associer les deux fonctions*

- Poste à pourvoir dans les meilleurs délais.
- Rémunération sur la base de la grille de praticien hospitalier ou de praticien hospitalier contractuel.
- Capacité en gériatrie ou expérience dans le secteur personnes âgées souhaitée.

Contact :
Direction des affaires médicales
Madame Annie-Laure DESPREZ
Tel : 02 44 71 30 41 - Mail : stouchard@pole-pssl.fr

Direction du secteur médico-social
M. Samuel TARLÉ
Tél : 02 44 71 32 27 - Mail : starle@pole-pssl.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE DOUE LA FONTAINE**RECRUTE UN MEDECIN COORDONNATEUR à 50% POUR SON SECTEUR EHPAD**

Le Centre Hospitalier de Doué-la-Fontaine est composé d'un secteur EHPAD de 217 lits d'accueil permanent, 10 lits d'hébergement temporaire et 6 places d'accueil de jour. Service de Médecine / Soins de suite de 40 lits - Service de Soins Infirmiers à domicile de 59 places.

Missions : contribuer à la qualité de la prise en charge des résidents, participer au processus d'admission, coordonner le suivi du dossier de soins et l'équipe soignante, participer à la mise en place des volets projets de Soins et de Vie du projet d'Etablissement.

Qualification : Titulaire d'un DESC de gériatrie, capacité de gérontologie, DU de Médecin Coordonnateur en EHPAD ou attestation de formation permettant l'exercice de la fonction. L'établissement peut étudier le financement d'une de ces formations.

Rémunération : sur la base d'un Praticien hospitalier à négocier.

Les candidatures sont à adresser à Madame RUFFIE Marie-Christine, Directrice, par mail à direction@hl-doue.idhl.fr ou par courrier au 30 ter rue Saint François, BP 39, 49700 DOUE LA FONTAINE

**Le Centre Hospitalier de Saint- Junien**

Haute-Vienne - 25 mn de Limoges

127 lits MCO, 60 lits de Soins de Suite, 206 lits de gériatrie (USLD et EHPAD répartis sur 2 sites)

RECRUTE 2 PRATICIENS GÉRIATRES**Descriptif du poste :**

- Postes à temps plein dans le cadre de la filière gériatrique, en relation étroite avec l'équipe mobile de gériatrie, les soins de suite et le plateau technique du Centre Hospitalier (examens complémentaires et avis spécialisés)
- Travail en équipe (4,4 ETP)
- PASA mis en service depuis avril 2012
- Espace « Snoezelen »
- Projet de reconstruction du pôle gériatrique : engagement des travaux en début d'année 2014

Personne à contacter pour tout renseignement :

Denis Colombeau - Directeur des affaires médicales

05 55 43 50 40

Dr Aline MARCHEIX - Chef du pôle de gériatrie

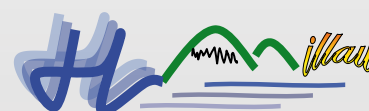
06 77 02 78 03

Envoyer candidature et CV à :

Eric BRUNET - Directeur - Centre Hospitalier

Rue Chateaubriand BP 110 - 87205 Saint-Junien cedex

05 55 43 50 24 - direction@ch-stjunien.fr

**LE CENTRE HOSPITALIER DE MILLAU RECHERCHE**

Direction commune avec le CHRU de Montpellier.

A 1h30 de Montpellier - Capital du sport en plein air - Parc des grands Causses

DEUX PRATICIENS HOSPITALIERS GÉRIATRES :

- UN POSTE PÔLE MCO
- UN POSTE PÔLE GÉRONTOLOGIE

www.ch-millau.fr

Les candidatures de praticiens en cours de formation ou souhaitant se former seront examinées.

Renseignements : Mme Catherine FLEURY - DRH - Tél : 05 65 59 31 54

Envoi candidatures : sec.drh@ch-millau.fr - Centre Hospitalier de Millau - 265 Bd Achille Souques - 12100 MILLAU

**LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURG EN BRESSE**

Etablissement référent pour le département de l'Ain

à 2 heures de Paris (7 TGV par jour, 1 heure de Genève et 1 h de Lyon)

RECHERCHE MÉDECINS GÉRIATRES**POSTE DE PRATICIEN CONTRACTUEL TEMPS PLEIN**

À pourvoir d'avril à novembre 2013
(remplacement congé maternité) sur le service de court séjour gériatrique.

Evaluation et prise en charge de patients de type court séjour (8 lits).

Forte activité avec DMS de 7 à 8 jours.

Travail en équipe (médecins, internes).

POSTE DE PH TEMPS PLEIN À POURVOIR

À partir d'avril 2013 sur l'USLD et le SSR.

Prise en charge clinique des patients.

Travail en équipe pluridisciplinaire.

Possibilité d'évolution au sein du Pôle Gériatrique dans le cadre des projets d'HDJ SSR et du renfort de l'équipe mobile gériatrique.

Le pôle est composé de 12 médecins répartis dans plusieurs unités fonctionnelles composant la filière : équipe mobile, court séjour (22 lits), SSR (80 lits), USLD (120 lits), EHPAD (169 lits), accueil de jour, consultations.

Contact Administratif : Mme GERLAND - 04 74 45 40 94 - sgerland@ch-bourg01.fr

Contact Médical : Dr BUATIER - 04 74 45 40 36 - hbuatier@ch-bourg01.fr

Merci d'adresser vos candidatures, (CV+lettre de motivation), à l'attention de :
Madame Gerland - Responsable des Affaires Médicales
CH de Bourg-en-Bresse Fleyriat - 900 route de Paris - 01012 Bourg-en-Bresse





APPEL À PARTICIPATION



**Et maintenant
à vous de jouer !**

Si vous êtes un Jeune Gériatre Hospitalier :



Adhérez gratuitement à l'AJGH.

Pour adhérer, rien de plus simple :

Faites-vous connaître en nous envoyant votre adresse Email via notre site Internet.

NB : ces données sont strictement personnelles et ne seront communiquées qu'à Maceo éditions pour la distribution de la GJG

**Vous connaissez dans votre entourage des Jeunes Gériatres intéressés par l'AJGH ?
Communiquez-leur nos coordonnées !**

**Vous avez des articles, des messages,
des idées ou des coups de gueule à nous faire partager ?**

COMMUNIQUEZ le nous via notre site Internet

www.ajgh.fr



**FAITES VIVRE votre
site INTERNET !!**