

LA GAZETTE

DU JEUNE GÉRIATRE



NUMÉRO 07

Janvier 2014

NUMERO GRATUIT



Et si on
SE LANÇAIT ?



MÉMOS
MÉTHODOLOGIQUES



EXPERIENCES



INTERVIEW



ARTICLE
THÉMATIQUE



L'ACTU



ANNONCES
DE RECRUTEMENT





COMPOSITION DU BUREAU 2013 - 2014

Président
Dr Guillaume Deschasse
(Grenoble)

Président d'honneur
Dr Cédric Annweiler
(Angers)

Présidente d'honneur
Sophie Moulia
(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)

Dr Dominique Mengue
(Avallon)

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

SOMMAIRE



PAGE
03

Le mot du PRÉSIDENT de l'AJGH



PAGE
04

MÉMOS MÉTHODOLOGIQUES

Apprendre à utiliser le logiciel « R »

Zotero : Logiciel de gestion bibliographique



PAGE
10

EXPERIENCES

Expérience internationale

Oncogériatrie : Expérience d'une unité de
coordination en Lorraine



PAGE
14

INTERVIEW

Interview sur la recherche clinique



PAGE
19

ARTICLE THEMATIQUE

Optimiser l'emploi des anticoagulants à
dose curative en Gériatrie



PAGE
27

L'ACTU

PV de l'Assemblée Générale de l'AJGH
du 10 Octobre 2013 (Résumé)



PAGE
29

ANNONCES

de recrutement





FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

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



Un site de

Macéo éditions



Bonjour à tous,

Voici la nouvelle édition de la gazette. Chose promise, chose due, nous avons axé une partie de nos articles sur la recherche en gériatrie, trouvé des chercheurs aguerris et posé plein de questions. Nous continuons la mini-série sur les outils simples et pratiques pour faire de la recherche avec ses 10 doigts. L'assemblée générale de l'association des jeunes gériatres a eu lieu en octobre lors du congrès de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. Pour des raisons de clarté, le procès verbal complet est disponible sur le site de l'association (www.ajgh.fr), et nous nous avons fait un petit résumé à lire dans ce numéro ; en quelques mots nous avons constaté qu'il n'est pas simple de s'investir dans des projets associatifs avec un travail et une vie personnelle remplis à raz bord, néanmoins les activités de l'AJGH ont porté leurs fruits durant l'année passée. Le site internet continu d'être fréquenté assidument et nous allons donc couper les branches mortes (blogs et autres pages inutiles) et se recentrer sur les liens pertinents (l'agenda et les liens utiles). A force de vouloir trop faire, la page d'accueil est à risque de devenir illisible. D'autre part, les demandes d'adhésion à l'association continuent de grimper, les propositions de participation un peu moins. En effet, nos moyens de communications ne sont pas adaptés à nos objectifs. Le but étant de rassembler et de communiquer, sans contrainte géographique et de manière moins unilatérale que par une mailing list. Pour cela, il nous faut un espace de convivialité où l'on puisse se rencontrer, communiquer, échanger, rire pleurer et râler, bref un lieu communautaire ; nous allons lancer un groupe Facebook où tous les jeunes (ou ceux qui se considèrent jeunes) sont chaleureusement invités (vous avez sans doute reçu une invitation, sinon vous pouvez rechercher le groupe sur Facebook ou encore nous demander une invitation par un petit mail). Nous continuerons à diffuser via mailing les informations utiles que nous recevons et des propositions de postes. J'espère que cela a servi à beaucoup d'autres vous. N'hésitez pas à nous contacter au besoin.

Dans cette gazette nous accueillons avec plaisir la proposition spontanée de Jean-Yves Niemier d'article sur la conception et la réalisation d'une filière onco-gériatrique. Nous avons interviewé Bruno Giraudeau et François Herrmann sur leur vision de la recherche clinique en gériatrie avec un exemple de mobilité. Eric Pautas nous fait le point sur l'anticoagulation et je continue de vous faire découvrir le logiciel de statistique R et en prime un logiciel de gestion bibliographique gratuit Zotero. Vous trouverez également, un résumé de l'assemblée générale de l'AJGH du mois d'octobre 2013.

Voilà pour cette édition de la gazette, nous vous souhaitons une excellente année 2014.

Aurélien TAHAR et Guillaume DESCHASSE

MÉMOS MÉTHODOLOGIQUES



Apprendre à utiliser le logiciel « R »

Suite de l'article paru dans le N°06 de la GJG.

Une fois que vous avez chargé votre base de données sur R, vous allez pouvoir réaliser des statistiques descriptives ou des tests statistiques ou encore des graphiques et en pratique tout et n'importe quoi en fonction de votre niveau et de votre curiosité.

Ouvrez R

Fichier > nouveau script .

Une fenêtre s'affiche dans laquelle vous pouvez écrire à volonté. C'est dans cette fenêtre que vous allez écrire vos ordres.

Charger votre base de données sous le terme data.

Cf. GJG N°06 page 13.

Taper : data

puis exécuter avec F5 ou Ctrl+R ; si tout va bien votre base de données s'affiche dans la première fenêtre de R. Cette première fenêtre (R console) va afficher les résultats des manipulations que vous allez réaliser ; pour cela il faut écrire le nom des fonctions à appliquer sur des objets dans la deuxième fenêtre (script ou Editeur R).

Si vous tapez seulement le nom de l'objet (data), celui-ci s'affiche sans traitement, c'est-à-dire il affiche votre base de données brute.

Utiliser des fonctions s'applique quasiment toujours de la même manière, c'est-à-dire :

fonction(objet) puis F5.

Par exemple la fonction « summary » fait un résumé statistique de votre objet.

Taper : summary(data) puis F5.

Un résumé de data apparaît avec pour chaque colonne,

son titre, la médiane, la moyenne, le 1^{er} et 3^{ème} quartile, la valeur maximale et minimale.

```
sd(data)
```

Va donner la dérivation standard (écart type) pour toutes les colonnes (c'est-à-dire les variables de votre base de données).

Si vous ne voulez ce résultat que pour une variable :
fonction (objet\$titre de colonne)

par exemple âge dans data

summary(data\$âge) puis F5, alors le résultat apparaît.

```
âge
```

```
Min. : 74.11
```

```
1st Qu. : 83.85
```

```
Median : 86.81
```

```
Mean : 87.01
```

```
3rd Qu. : 90.28
```

```
Max. : 99.42
```

```
sd(data$âge)
```

```
âge
```

```
5.3737861
```

Vous pouvez aussi sélectionner une catégorie de sujet parmi la ou les variables choisies :

```
summary (data[data$sexe==1])
```

C'est-à-dire, faire le résumé de la base de données pour les sujets qui ont la valeur 1 dans la colonne intitulée sexe.



R va pouvoir faire toutes les stats descriptives mais aussi les tests par exemple un chi 2 ou un test de student.

Par exemple un test de student :

```
t.test(data$poids[data$sexe==0], data$poids[data$sexe==1])
```

C'est-à-dire, je fais un test de student, dans la base de donnée data, pour la variable poids (titre de la colonne) chez les femmes [data\$sexe==0] comparées aux hommes [data\$sexe==1].

```
t.test(data$poids[data$sexe==0], data$poids[data$sexe==1])
```

Welch Two Sample t-test puis F5 et le résultat apparaît.

data :

```
data$poids[data$sexe == 0] and data$poids[data$sexe == 1]
```

t = -2.5587, df = 70.681, **p-value = 0.01265**

alternative hypothesis : true difference in means is not equal to 0

95 percent confidence interval :

-12.756449 - 1.582036

sample estimates :

mean of x mean of y

60.50500 67.67424

Idem pour un test de Wilcoxon.

Quasi pareil pour une anova ou un kruskall wallis.

On peut préparer les tests de comparaison par un test d'égalité des variances (oav) ou un test de normalité de la distribution (shapiro), etc.

```
summary(aov(data$taille~data$sexe, data=data))
```

```
shapiro.test(data$taille)
```

et choisir en fonction des résultats le test que l'on va effectuer.

```
chisq.test(table(data$sexe, data$chute))
```

C'est-à-dire, je fais un test du chi2 sur la répartition du sexe et des chuteurs dans la base de donnée data :

Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
data : table (data\$sexe, data\$chute)

X-squared = 0.0027, df = 1, **p-value = 0.9586**

Ou encore un test exact de Fischer :

```
fischer.test(table(data$sexe, data$chute))
```

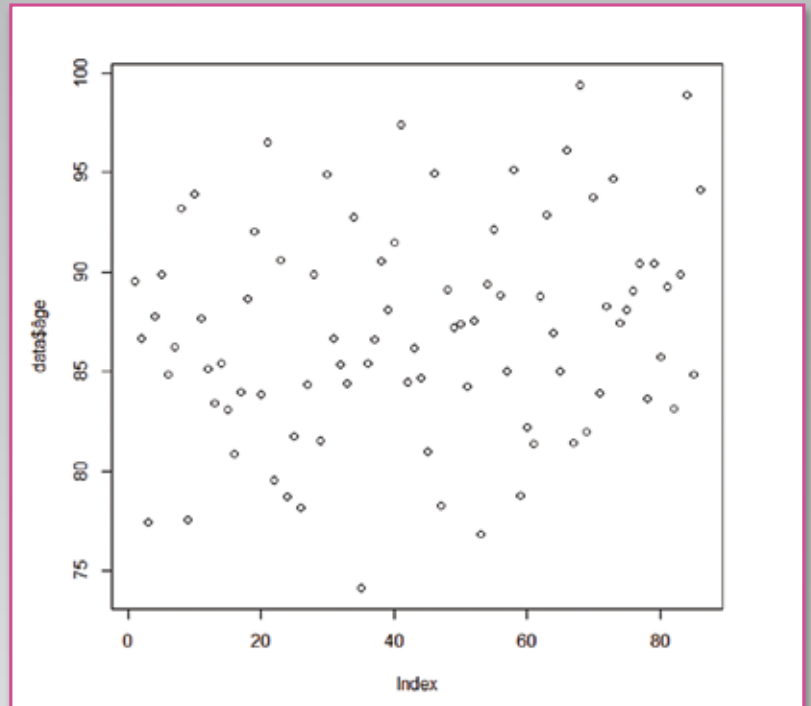
MÉMOS MÉTHODOLOGIQUES

Faire un grap

La fonction « plot » est la fonction de base du graphique.

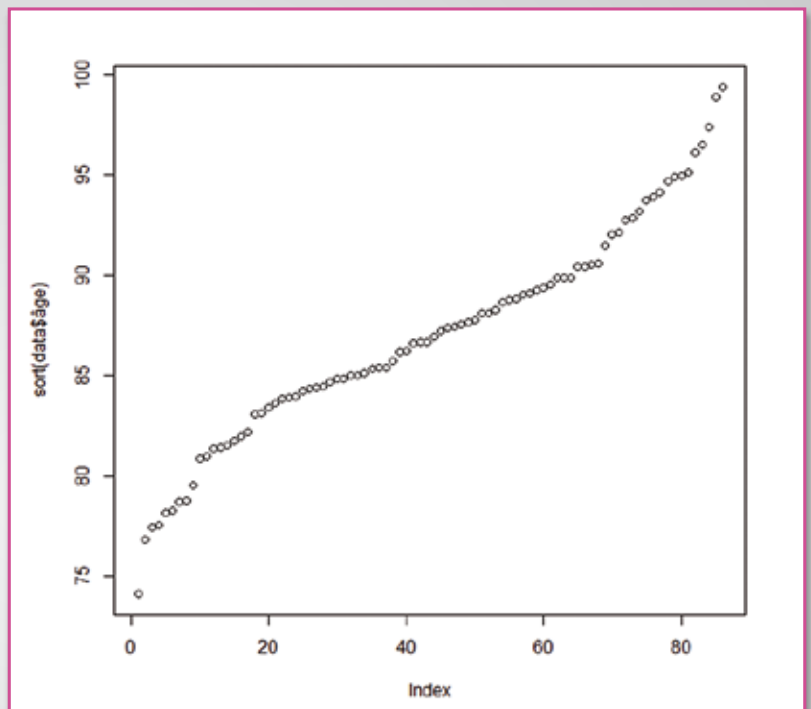
```
plot(data$âge)
```

Va vous donner une répartition graphique de la variable âge de data.



Vous pouvez aussi les trier dans l'ordre.

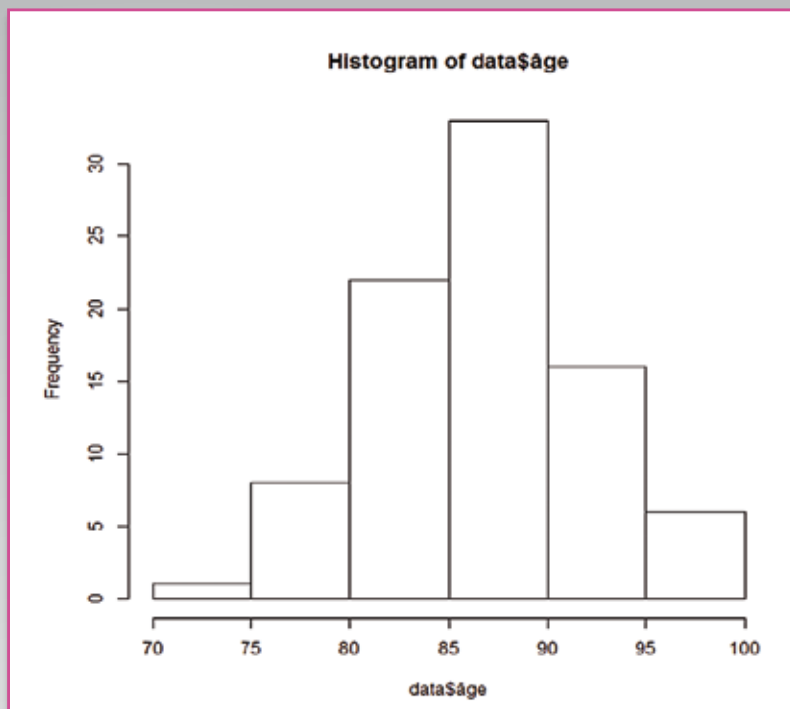
```
plot (sort(data$âge))
```



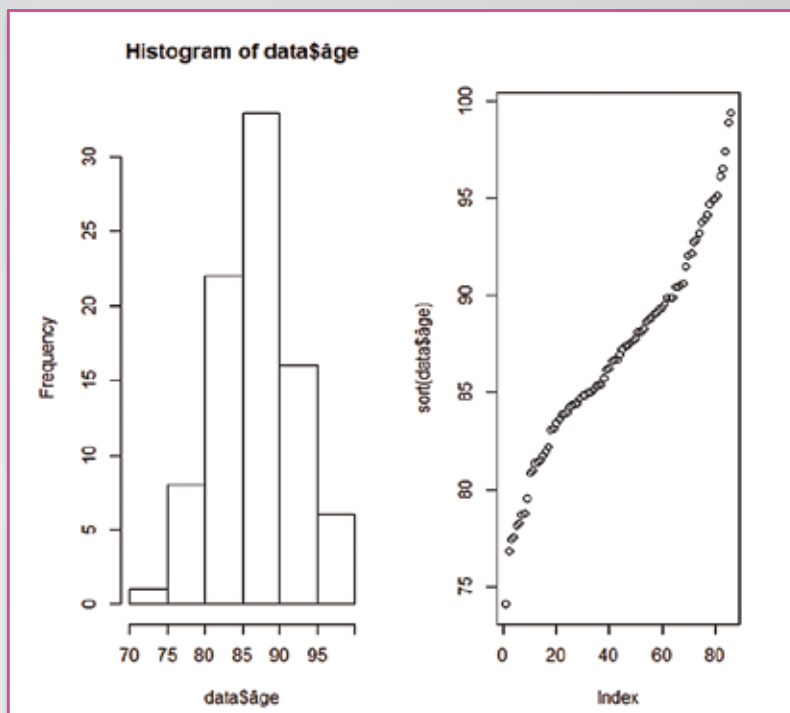


hique avec R

Faire un histogramme.
`hist(data$age)`



Mettre les 2 graphiques dans
le même espace.
par `(mfrow=c(1,2))`
`hist (data$age)`
`plot (sort(data$age))`



Vous pouvez rajouter toutes sortes d'options sur vos graphiques, couleur formes, légendes, etc.

Faire des boites à moustaches boxplot ou des camemberts, etc.

Pour plus d'info n'hésiter à consulter ce site :
http://zoonk2.free.fr/UNIX/48_R_2004/all.html

Dr. Guillaume DESCHASSE
Président AJGH

MÉMOS MÉTHODOLOGIQUES



Zotero : Logiciel de gestion bibliographique

Un logiciel de gestion bibliographique est un outil indispensable pour écrire un article dans une revue scientifique ou encore pour garder une trace claire d'une recherche bibliographique.

Zotero est un logiciel gratuit, simple avec de nombreuses fonctionnalités ; la capture d'une référence sur un site (par exemple Pubmed pour un article original mais aussi Amazon pour un ouvrage commercialisé), le stockage des références de manière organisée en dossiers et sous-dossiers consultables à distance si nécessaire, le partage de références et de documents en réseau et surtout l'insertion de votre bibliographie dans un fichier texte avec choix du format et numérotation automatique des citations (ce qui évite de nombreuses nuits d'insomnies surtout lorsque l'on rédige sa thèse).

→ Étape 1

Téléchargement de Zotero.

<http://www.zotero.org/download/>

Je vous conseille la version pour Firefox plutôt que Windows.

Téléchargement de Mozilla Firefox, à :


<http://www.mozilla.org/fr/firefox/new/#download-fx>

Installer le tout et redémarrer votre ordinateur.

→ Étape 2

Ouvrez Firefox (une icône en forme de renard enflammé sur la planète terre. Pour les amis des animaux, il s'agit peut-être d'une sorte de panda roux) puis aller sur pubmed.

Trouver un article dont vous voulez garder la référence, aller jusqu'à la fenêtre qui affiche son résumé.

Vous remarquez qu'une petite icône en forme de manuscrit  apparaît tout à droite dans la barre d'adresse. Cliquez dessus.

Zotero « aspire » les références de cet article et les range dans votre bibliothèque Zotero.

→ Étape 3

En ouvrant Firefox, vous constatez qu'une petite icône nommée zotero apparaît en bas à droite de la fenêtre web. Cliquez dessus.

Une nouvelle demi-fenêtre s'ouvre (ou se ferme), c'est l'interface du logiciel de gestion bibliographique de Zotero.

La manipulation est assez intuitive et vous ne risquez pas grand-chose si vous cliquez sur tous les boutons pour vous familiariser avec ce logiciel. (Par contre une fois que vous aurez une bibliothèque bien remplie et bien faite, vous risquez de tout perdre en faisant n'importe quoi).


La partie du centre met en évidence les références que vous avez enregistrés.

Vous pouvez créer des dossiers (partie de gauche) pour ranger vos références ou ajouter un fichier pdf sur les références en faisant glisser le fichier pdf sur la référence choisie (partie du centre).

La partie de droite montre les caractéristiques de l'article sélectionné.

Si vous cliquez sur une référence d'article (partie du centre), le navigateur Web vous amène à la page web correspondante.


En premier lieu, je vous conseille de créer un compte Zotero online.

Dans la demie page web Zotero vous remarquez une icône en forme de rouage  qui s'appelle « actions », cliquez dessus puis cliquez sur « préférences ».



Une page s'affiche dans laquelle vous pouvez vous inscrire gratuitement, dans l'onglet « synchronisation ».

Cette inscription vous ouvre un compte qui fera des sauvegardes automatiques ou manuelles de votre bibliothèque.

L'onglet  permet de faire une synchronisation entre la bibliothèque Zotero de votre ordinateur et la bibliothèque de votre compte Zotero online. Le compte online fait ainsi office de sauvegarde.

De plus vous pourrez vous connecter sur votre bibliothèque avec vos codes, quel que soit l'ordinateur utilisé.

➔ **Etape 4** (c'est un peu plus délicat)

Comment insérer les citations dans un texte ? Si vous travaillez sur Microsoft Word ou sur Open Office ou sur autre logiciel de traitement de texte, il faudra nécessairement télécharger et installer un plugin adapté (plugin : petit logiciel qui permet à 2 autres gros logiciels de communiquer entre eux sans se taper dessus).


Sur Google : taper Zotero + plugin + Word ou open office ou autre et vous allez trouver ce qu'il vous faut.

Téléchargez le plugin, installez-le, redémarrez le tout (ordinateur compris).

Ensuite ouvrez votre logiciel de traitement de texte (Word ou autre).

Si tout va bien une petite icône Zotero est apparu dans la barre des menus parfois sous l'onglet « complément » (ca, c'est la version, tout va bien et mon ordinateur a décidé d'être très gentil ! Sinon bah, c'est plus compliqué, de nombreux blogs sur le web sont très utiles et détaillés pour résoudre les différents problèmes d'installations).

Tapez un texte jusqu'à ce que vous décidiez de mettre une citation.

Cliquez sur  (dans l'onglet complément, Zotero).

Si c'est votre première utilisation Zotero vous demande le style bibliographique que vous voulez utiliser. Par défaut,

les journaux médicaux utilisent le style de Vancouver (tout à la fin du menu déroulant).

Une interface « vue simple » apparait :




Taper le nom de l'auteur ou le titre ou la date de publication, l'interface vous propose une ou plusieurs citations en fonction des références présentes dans votre bibliothèque, sélectionner la citation voulue.

Cliquez sur Enter, l'interface se referme, la citation apparait dans le texte sous forme de (1).

Pour insérer plusieurs citations au même endroit, il suffit de sélectionner plusieurs références et de cliquer sur Enter à la fin de la sélection.

La vue classique permet aussi de faire toutes les manipulations, de manière peut-être plus intuitive (appuyez sur le petit triangle à côté du gros Z rouge).

Pour insérer la bibliographie en fin de texte, il suffit de cliquer sur la petite icône  après avoir mis le curseur de la souris à la fin du manuscrit.

Vous pouvez changer de style à volonté lors de la rédaction du manuscrit, avec la petite icône  ; le style chicago (date author) est assez lisible et plus pédagogique lors de la rédaction du manuscrit.

➔ **Etape 5**

L'AJGH dispose d'une bibliothèque via Zotero, envoyez-nous un mail pour vous inscrire. Nous avons pour objectif d'y mettre les références utiles pour la rédaction d'une thèse ou d'un article. Qui ne s'est jamais pris la tête en cherchant les références de l'article de Katz ou de Folstein ? Avec un peu de mutualisation de nos ressources, cela deviendra plus simple.

Si jamais vous êtes perdu, groupe facebook, blog AJGH, ou ajgh.asso@gmail.com

Dr. Guillaume DESCHASSE
Président AJGH

EXPERIENCES



Expérience internationale

1/ Où travaillez-vous actuellement et où avez-vous travaillé ?

Petit portrait

Ma carrière professionnelle a débuté par une formation en médecine interne de 4 ans effectuée dans les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ponctuée par l'obtention du FMH de médecine interne générale et complétée par un doctorat en médecine obtenu suite à la publication de ma thèse intitulée « Evolution de la symptomatologie initiale et survie des personnes âgées après implantation d'un stimulateur cardiaque définitif ».

J'ai ensuite suivi une formation approfondie en gériatrie et en gérontologie. J'ai exercé, d'une part, en milieu hospitalier la gériatrie à l'Hôpital des Trois-Chêne (HUG) dédié aux soins aigus des seniors et au Centre de Soins Continus de Médecine Palliative et Gériatrie (CESCO) sur une période total de cinq ans. J'ai également complété mon expérience par une année en psychogériatrie à l'Hôpital de psychiatrie de Genève. J'ai pratiqué, d'autre part, sur une courte période de la médecine ambulatoire gériatrique à la Polyclinique de Gériatrie de Genève. Je travaille actuellement en tant que Cheffe de Clinique dans le service de gériatrie et réadaptation gériatrique du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) dont la mission est principalement centrée sur la réadaptation avec prise en charge interdisciplinaire des patients hospitalisés.

2/ Où êtes-vous parti et pourquoi ? Comment avez-vous eu ce contact ?

Afin d'acquérir une formation en recherche clinique, je suis partie deux années aux Etats-Unis, à Bethesda, au sein du National Institute on Aging (NIH/NIA). Cet institut m'avait été recommandé par le professeur Michel alors chef du service de Gériatrie où je travaillais, ce dernier m'ayant encouragé à compléter ma formation en gérontologie.

3/ Quelles étaient vos motivations pour partir à l'étranger ? Quel était le financement ?

Mon travail de thèse m'a donné l'envie de développer des compétences en recherche clinique pour être en mesure de mener de petites études cliniques. L'opportunité de faire un stage aux NIA me permettait ainsi de travailler dans un milieu avec une grande expertise, non seulement dans la recherche clinique, mais également dans mon domaine d'intérêt, à savoir la gérontologie. Le fait que cela se déroule à l'étranger me permettait de découvrir un autre fonctionnement professionnel, une autre culture et de parler une langue étrangère.

Afin de financer cette expérience, un prêt pour stage de perfectionnement à l'étranger m'a été octroyé par le département de Réhabilitation et Gériatrie grâce au soutien de mon chef. L'objectif a été d'apporter mes compétences acquises aux Etats-Unis pour le travail de recherche dans le département.



4/ Avez-vous pu faire de la recherche et sur quel thème ?

Le service dans lequel je suis arrivée était particulièrement dédié au vieillissement et à la personne âgée. Différentes grandes études internationales étaient à disposition. La politique quant au sujet de recherche n'était pas du tout restreinte, du moment que l'idée de recherche était originale et pertinente. Par contre, il fallait tout de même avoir quelques bases épidémiologiques, statistiques et savoir utiliser un logiciel d'analyse pour pouvoir avoir une certaine autonomie et efficacité. Au départ j'ai travaillé sur le cortisol, mais les données de laboratoire à disposition n'étaient pas adéquates. Par conséquent, j'ai assez vite changé de sujet pour m'intéresser à l'évaluation de la fonction rénale chez le sujet âgé.

5/ Qu'est-ce que cela vous a apporté ?

Du point de vue professionnel, cela a été très stimulant, cela m'a donné l'opportunité de travailler en collaboration avec d'autres chercheurs, de participer à la mise en place et au suivi d'autres études cliniques notamment une étude multicentrique où j'ai apporté mes compétences mais également élargi mes connaissances. Cela m'a ouvert les portes pour accéder à des postes académiques et rester ainsi dans le monde universitaire. Du point de vue clinique, cela m'a développé un esprit critique, donné les outils pour évaluer la qualité, et permis de savoir interpréter les résultats de la littérature scientifique. De point de vue privé, cela m'a fait découvrir une autre culture, une autre langue et développer une ouverture d'esprit. Cela m'a également demandé des capacités d'adaptation qui m'ont permis de prendre conscience de mes forces et limites et ainsi d'évoluer.

6/ Est-ce que vous seriez prête à recommencer ?

Cette expérience m'a beaucoup apporté que cela soit au niveau professionnel tout comme privé. Je serai prête à recommencer une expérience internationale du moment que les objectifs attendus sont un enrichissement personnel et professionnel. En d'autres termes, c'est une très belle opportunité mais qui nécessite d'être bien réfléchi en termes d'objectif attendu/atteignable, d'alternatives possibles tant sur le plan professionnel que privé.

7/ conseils

Ce que je conseillerais vivement c'est d'avoir un plan de formation et de travail clair avant le départ, qui sera éventuellement adapté sur place selon les opportunités, ce qui permet de structurer le séjour. De ce plan devrait faire partie une formation dans le domaine qui sera étudié, par exemple un certificat, un master ou un PhD si vous en avez le temps en épidémiologie et/ou recherche clinique et qui se déroulerait en parallèle avec l'activité de recherche clinique. Ce plan de travail devrait idéalement être discuté avec votre hiérarchie et entrer dans le cadre d'une demande ou d'un besoin de votre service avec un projet de retour à une date fixée et dans un poste déterminé afin de vous assurer une continuité professionnelle. Enfin, ce projet de travail devrait idéalement être construit avec l'aide d'un mentor qui pourra vous guider tout au long de votre expérience pour l'optimiser au maximum.

Dr Sandra GIANNELLI
Lausanne

EXPERIENCES



Oncogériatrie : L'expérience nancéenne et le projet lorrain

Suite à l'appel d'offres de l'INCa remporté par le CHU de Nancy et l'Institut de Cancérologie de Lorraine-Alexis Vautrin, la Lorraine a vu la création en janvier 2013 d'une Unité de Coordination en OncoGériatrie, répondant ainsi à un véritable enjeu de santé publique : la prise en charge des cancers chez des personnes qui, vivant de plus en plus longtemps, en développent davantage. L'oncogériatrie a pour objectifs de mieux adapter les traitements, grâce à des décisions conjointes oncologues / gériatres, et de lutter contre le sous-diagnostic voire, le retard diagnostique chez les plus de 70 ans. Explications avec le Dr Jean-Yves Niemier, responsable de la consultation d'oncogériatrie au CHU de Nancy.

« L'oncogériatrie est confrontée à des questionnements éthiques », souligne Jean-Yves Niemier. Faut-il annoncer le cancer à la personne âgée au risque de la perturber inutilement ? Doit-on mettre en place un traitement si des troubles cognitifs l'empêchent d'en bénéficier correctement ? Dans tous les cas, notre leitmotiv est la préservation de la qualité de vie. Quels que soient l'état général, le degré d'évolutivité de la pathologie cancéreuse ou l'âge du patient, il peut toujours y avoir une prise en charge adaptée, pas toujours curative mais en traitant systématiquement les symptômes désagréables en lien avec la maladie ». Les patients concernés ont au minimum 70 ans et plus : « à plus de 90 ans, certains peuvent bénéficier d'une chirurgie. Un bon état de santé général peut être compatible avec des traitements supposés par le grand public trop lourds à supporter comme la chimiothérapie ».

La consultation d'oncogériatrie du CHU de Nancy fonctionne depuis octobre 2010. 2 à 3 demi-journées par semaine, le médecin reçoit des patients âgés suivis par les services d'oncologie de l'établissement et de l'agglomération nancéenne. Il apporte un éclairage pluridisciplinaire essentiel pour faire bénéficier, en lien avec les autres praticiens, d'une prise en charge optimale au patient âgé qui, au-delà du cancer, présente de nombreuses particularités propres à la spécialité gériatrique.

Première étape : savoir si l'avis oncogériatrique est nécessaire. Pour le déterminer, les équipes d'oncologie qui suivent le patient, disposent d'un outil validé au niveau national, l'échelle G8. Elle passe en revue l'âge, la motricité, la nutrition ou encore la présence de troubles cognitifs. Selon le score obtenu, il est décidé ou non d'adresser le patient à l'oncogériatre.

« Ensuite, pour chaque patient reçu en consultation d'oncogériatrie, nous évaluons avec précision ses critères de fragilité susceptibles de décompenser à cause du cancer ou de son traitement », détaille le Dr Niemier. Une fragilité repérable, entre autres, à partir des éléments suivants :

- L'autonomie ;
- La nutrition ;
- Les troubles cognitifs souvent sous-estimés ;



- ➔ Les troubles thymiques : la dépression est une problématique importante chez la personne âgée, a fortiori lorsqu'il y a annonce de cancer ;
- ➔ Les comorbidités : le sujet âgé est souvent polypathologique et lorsque que l'une des maladies décompense, l'état général s'aggrave par effet domino ;
- ➔ Et la polymédication : les interactions médicamenteuses ou les effets secondaires « iatrogéniques », sont à prendre en compte.

L'oncogériatrie se base sur l'échelle d'évaluation de Balducci qui définit 3 groupes :

- ➔ Un groupe 1 : le patient est autonome et sans comorbidité, il peut bénéficier d'un traitement standard, semblable à celui proposé à des individus plus jeunes.
- ➔ Un groupe 2 : la personne âgée a une dépendance fonctionnelle et une ou deux comorbidités, son état permet la mise en place d'un traitement adapté.
- ➔ Un groupe 3 : le patient est dépendant, avec plus de 3 comorbidités et des syndromes gériatriques évolutifs, sa situation trop dégradée l'oriente vers une prise en charge palliative.

La consultation peut conduire, si nécessaire, à un bilan élargi s'appuyant sur l'hôpital de jour du service Gériatrie du CHU et les compétences de ses professionnels : neuropsychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, assistante sociale. La conclusion est ensuite adressée à l'oncologue et au médecin traitant pour aider à la décision thérapeutique. Reste la question du sous-diagnostic et du retard de diagnostic liés à un manque d'information globale. « *Des symptômes récurrents (douleurs, troubles du transit) sont banalisés, des idées fausses circulent encore comme « le cancer évolue moins vite chez la personne âgée » ou « passé un certain âge, il n'y a plus rien à faire ».* Ajouter à cela des investigations moins poussées aboutissant à un diagnostic moins précis et donc à un traitement moins bien adapté » décrit le médecin.

Ainsi, mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gériatres, promouvoir dans la région la prise en charge des patients âgés atteints de cancer afin de la rendre accessible à tous et agir pour une meilleure information des professionnels de santé et de la population sont les principales missions de l'Unité Lorraine de Coordination en OncoGériatrie. Lancée en janvier 2013, l'ULCOG se structure. Organisation transversale CHU de Nancy / Institut de Cancérologie de Lorraine, elle fait partie des 24 unités du genre en France créées dans 19 régions dans le cadre du Plan Cancer 2009-2013. Son ambition : développer l'offre oncogériatrique dans la région grâce à un maillage du territoire basé sur des binômes oncologue/gérialtre dans les établissements de soins et des collaborations avec les réseaux de santé. « *La finalité est de rendre plus accessible les consultations d'oncogériatrie pour que les patients qui en ont besoin, puissent bénéficier de cette évaluation indispensable à l'examen de leur dossier en RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) et à la définition de leur plan personnalisé de soins* », résume le Dr Niemier.

L'ULCOG a également pour objectif de contribuer au développement de la recherche en gériatrie par des collaborations régionales et nationales, sur la qualité de vie, et les critères décisionnels intervenant dans la prise en charge de ces patients. La finalité restant toujours l'amélioration des pratiques afin de mieux prendre en charge ces patients.

Jean-Yves NIEMIER

INTERVIEW



Interview sur la recherche clinique

1/ L'AJGH a mené une petite enquête en 2013 sur la formation des jeunes gériatres et leur implication en recherche clinique. Il en ressort que la plupart se sentent mal formés et participent peu aux études cliniques malgré une volonté nette d'être compétant et dynamique. Qu'en pensez-vous ? Avons-nous une véritable marge de progrès ?

FH : Il y a toujours une marge de progrès, car de nombreux problèmes cliniques du sujet âgés n'ont pas encore de solutions thérapeutiques optimales.

BG : Je ne peux malheureusement pas avoir d'avis très clair sur cette question.

Pour y répondre, il me faudrait des données chiffrées, et surtout des données par spécialité, ce qui permettrait de positionner la gériatrie par rapport à d'autres disciplines.

Quoi qu'il en soit, force est de reconnaître que la recherche clinique ne fait pas partie de la formation médicale initiale, pas plus sur les aspects de planification, méthodes, que sur les aspects d'investigation. Sur le premier axe, il faut cependant reconnaître que la Lecture Critique d'Article (LCA) a fait beaucoup évoluer les choses. Sur le second axe, je reste toujours surpris par le fait que pour être investigateur, il « suffit » d'avoir un doctorat en médecine. Certes, nul n'est sensé ignorer la loi, mais on ne peut pas s'improviser « investigateur »...

2/ La recherche clinique est un monde à part entière avec ses structures, ses institutions ses réseaux. L'impression générale des jeunes gériatres est que d'autres spécialités médicales ou chirurgicales plus anciennes (la gériatrie est somme toute une spécialité assez jeune) ont un avantage historique en termes d'investissement. Comment prendre exemple pour être plus efficaces ?

FH : Tout dépend des critères que l'on utilise, mais considérant le facteur d'impact moyen des journaux de la discipline, la gériatrie après un développement certain semble se stabiliser (cf. Figure 1a), mais de nombreuses spécialités semblent plus performantes (cf. Figure 1b), La raison essentielle est d'une part celle de définitions normalisées des entités cliniques (chez l'âgé il existe tout un gradient de sévérité des entités nosologiques avec une symptomatologie souvent atypique alors que dans beaucoup de spécialités un signe ou un syndrome est clairement absent ou présent). Par ailleurs, la forte prévalence de comorbidités dans la population âgée rend les résultats souvent plus difficiles à interpréter et l'existence de nombreuses échelles de comorbidités non interchangeables (avec D. Zekry nous en avons étudié 6 différentes^{1,2}) avec des performances qui varient selon les issues compliquent les comparaisons d'étude. Enfin, des concepts flous comme la fragilité ont plusieurs définitions quand bien même on se cristallise maintenant essentiellement sur deux d'entre elles (modèles de Fried versus Rockwood).

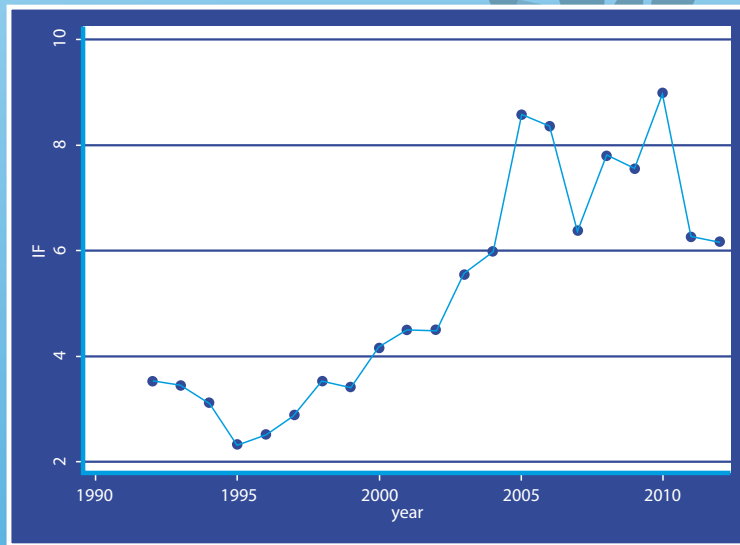


Fig1a : Evolution de IF du meilleur journal de gériatrie/gérontologie entre 1999-2009.
Données personnelles à partir de Journal Citation Reports de Thomson Reuters
(<http://admin-apps.webofknowledge.com/JCR/JCR?PointOfEntry=Home&SID=T2TOPfj2VJNpAkz2URT>)

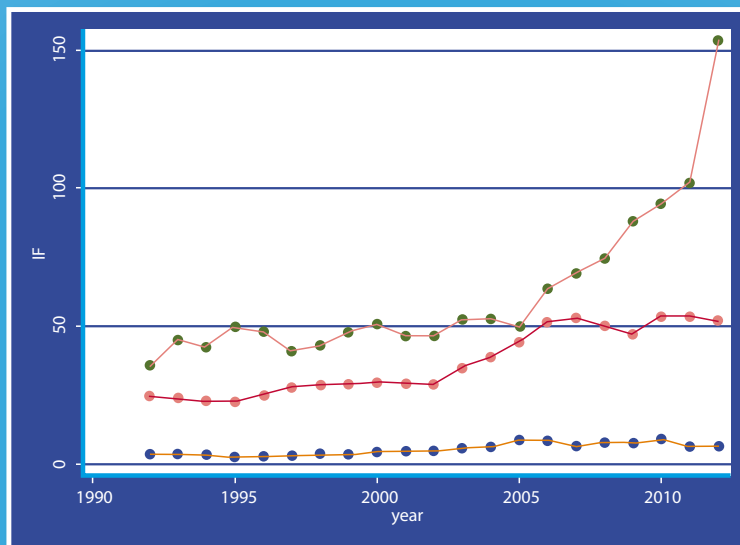


Fig1b : Evolution de IF du meilleur journal de gériatrie/gérontologie (en orange en bas), du NEJM (en rouge au milieu) et du meilleur journal scientifique entre 1992-2009.

BG : Le meilleur apprentissage reste probablement le « compagnonnage » : tout dépend si dans sa formation on a eu l'opportunité de croiser des gens intéressés à la recherche clinique et qui ont su sensibiliser les plus jeunes à cette dimension. Il existe très certainement une hétérogénéité entre les disciplines : la culture de l'évaluation thérapeutique (entre autres, même si ce n'est pas la seule recherche clinique) est éminemment hétérogène.

INTERVIEW

3/ Et la place de la gériatrie et de la gérontologie dans le monde de la recherche clinique aujourd'hui ?

FH : Longtemps un parent pauvre elle est en train de mieux se profiler. Du fait de leur poids démographique et économique, les anciens deviennent enfin un sujet porteur. Pour preuve le nombre croissant d'articles sur cette thématique dans des journaux prestigieux comme le NEJM.

BG : Je ne sais répondre à cette question...

La seule chose évidente est que la gériatrie/gérontologie est une discipline d'avenir.

4/ Quelle est la différence entre un méthodologiste et un statisticien ?

FH : C'est avant tout une question de formation. S'il existe une formation structurée de statisticien (bachelor, master, doctorat), à ma connaissance celle de méthodologiste n'existe pas. Ces derniers sont essentiellement issus d'école de santé publique et maîtrisent l'approche épidémiologique. En caricaturant un peu, le statisticien s'intéresse essentiellement aux approches numériques ou théoriques (mise au point d'algorithmes et leurs applications), alors que le méthodologiste me semble plus proche du terrain et moins pointu sur les aspects mathématiques, mais c'est ma perception et je ne veux offenser personne.

BG : Personnellement, je ne suis pas certain qu'il y en ait, même si pour certains ce sont deux métiers différents. Planifier une étude suppose d'y réfléchir dans son ensemble. C'est un travail collectif et l'une des dimensions est la dimension statistique.

Cependant, planifier une étude et ne pas jouer avec les données recueillies est source de frustration. A titre personnel, je suis très attaché à ce que ces deux fonctions ne soient pas dissociées.

5/ En quoi la recherche interventionnelle relève-t-elle ou diffère-t-elle de l'épidémiologie ?

FH : L'épidémiologie est essentiellement une boîte à outils (plan d'étude, calcul de puissance, stratégie d'échantillonnage, analyses statistiques...) qui sont fort utiles en recherche interventionnelle. La recherche épidémiologique classique est essentiellement observationnelle et moins coûteuse, donc souvent elle va constituer le pré-requis à une recherche interventionnelle.

BG : La recherche interventionnelle, comme son nom l'indique, se fait au moyen d'études expérimentales. L'épidémiologie est une recherche observationnelle (au sens méthodologique du terme) à savoir qu'on ne modifie pas la prise en charge des patients.

6/ De qui doit-on s'entourer pour faire de la recherche clinique : un méthodologiste ? un chef de projet ? un assistant de recherche clinique ? un data manager ? un statisticien ? et quel est le rôle de chacun ?

FH : Cela dépend de ses propres connaissances ou lacunes et de ses ressources. Il est clair que plusieurs contributions vont permettre d'optimiser les processus de réflexion liés à un projet et sa mise en pratique.

BG : Difficile de répondre dans l'absolu : il faut définir l'équipe ad hoc pour chaque étude.



7/ Quels conseils donneriez-vous à des jeunes gériatres qui pensent avoir une bonne idée de recherche et qui veulent la concrétiser ?

FH : S'associer à un sénior, être tenace et bien négocier....

BG : La conduite d'une étude clinique est un long parcours (par exemple, le Ministère évalue les programmes PHRC 6 ou 7 ans après octroi des financements).

Il est facile de se perdre dans les méandres de la recherche clinique, tant les structures, modes de financements, que les contraintes réglementaires, et les métiers de la recherche. La vraie bonne façon pour débuter demeure probablement le compagnonnage : il faut se faire aider d'une part par ses pairs, et d'autre part par des gens qui connaissent bien les arcanes de la recherche clinique.

8/ Quelles sont les perspectives ou les thèmes de recherches qui ont « le vent en poupe » actuellement et prochainement ?

FH : Ce choix est subjectif, je proposerai sans être exhaustif : le traitement ou la prévention des troubles cognitifs toujours d'actualité, mais aussi les impacts de la composition du microbiote ou du climat sur la longévité ou le vieillissement réussi.

BG : No idea.

9/ Avez-vous une bonne recette pour décrocher un financement institutionnel public ou privé, par exemple un PHRC en France ?

FH : Avoir une idée novatrice avec un bon potentiel de succès, présenter des protocoles concis et bien écrit, et enfin correspondre aux appels d'offre.

BG : L'élément fondamental reste la pertinence de la question posée. Ensuite, sont pris en compte des éléments de faisabilité (possibilités de recrutement, mais aussi, équipe porteuse du projet) et de méthodologie (l'étude proposée permettra-t-elle de répondre à la question ?).

10/ Y a-t-il des spécificités à considérer en gériatrie avant de se lancer dans la rédaction d'un protocole de recherche clinique en épidémiologie ou recherche interventionnelle ?

FH : Oui, elles sont décrites dans deux livres ("The Epidemiological Study of the Elderly" édité en 1992 par R. B. Wallace et R. F. Woolson et "Epidemiology in Old Age" édité en 1996 par S. Ebrahim and A. Kalache)^{3,4}.

J'ai revu et complété ces spécificités dans un commentaire détaillé sur ce sujet (qui est téléchargeable depuis (<http://www.smw.ch/docs/archive200x/2004/09/smw-10388.html>)).⁵ Citons par exemple : l'asymétrie de la pyramide des âges en fonction du sexe, qui implique de procéder à des échantillonnages stratifiés, la forte prévalence (> 10%) de certaines conditions à un âge avancé qui font qu'un rapport de cote (« odds ratio ») n'est plus une bonne approximation du risque relatif, ou la fatigabilité augmentée des aînés qui nécessite de fractionner les entretiens et examens cliniques, etc., cf. également ma réponse à la question 2.

INTERVIEW



BG : Il y a très certainement des spécificités, notamment parce qu'on s'intéresse à une population qui est très souvent poly-pathologique, poly-médicamentée...

Ce n'est très certainement pas un hasard si les sujets âgés sont très largement sous-représentés dans les essais randomisés, alors que ce sont eux qui, demain, se verront prescrire les traitements évalués chez des sujets plus jeunes...

11/ Comment se former à la recherche clinique ?

FH : Deux approches complémentaires :

Sur le plan théorique : lire de bons articles scientifiques du domaine comme source d'inspiration, des livres de références, et faire une formation ad hoc par ex : aux universités de Genève comme de Lausanne, il existe la possibilité de faire sur 1 an en parallèle d'une activité clinique, un certificat (170h, 16 crédits ECTS) ou un diplôme de formation continue intitulé « Recherche clinique orientée patients » (<http://www.unige.ch/formcont/rechercheclinique.html>), pour une formation plus avancée, il faut plutôt s'orienter vers un master en santé publique.

Sur le plan pratique : faire un stage ou travailler dans un service qui publie.

BG : Comme souvent, l'idéal est d'allier la formation théorique à la formation pratique. Il existe des formations théoriques tant pour des aspects de méthodologie, que sur des aspects d'investigation. Ensuite, la pratique passe probablement par l'implication dans les études des autres en tant qu'investigateur, avant de porter soi-même une étude.

12/ Est-ce qu'un médecin peut devenir un bon méthodologiste ou statisticien sans abandonner son art médical ?

FH : Oui, à condition d'investir le temps nécessaire dans la formation et bien évidemment d'avoir un intérêt pour le domaine numérique. L'avantage est une plus grande autonomie dans la réalisation des travaux de recherche.

BG : La méthodologie s'acquiert principalement au fil des études qu'on planifie, réalise. La statistique s'acquiert d'une part par une solide formation théorique (Master, Doctorat) puis par une mise en pratique. Rien n'interdit de conjuguer ces activités avec la pratique de la médecine. Mais en multipliant les domaines de compétences, le risque est de ne pas être à la pointe... « Science is a team sport ». Cohen MS. Science 2012:794

Pr. François HERRMANN, MD MPH

Professeur associé - Médecin adjoint agrégé | Service de Gériatrie | Département de médecine interne, réhabilitation et gériatrie
Hôpitaux Universitaires de Genève | Hôpital des Trois-Chêne | 3, Chemin du Pont Bochet, CH-1226 Thônex/Genève-Suisse
Tél : +41 (0)22 305 6681 | Fax: +41 (0)22 305 6115
Email 1 : francois.herrmann@hcuge.ch | Email 2 : Francois.Herrmann@unige.ch

Dr Bruno Giraudeau,

Maître de Conférences Universitaire, Centre d'Investigation Clinique, CHU de Tours,
2 Boulevard Tonnellé, Tours, France.
Email : bruno.giraudeau@univ-tours.fr

Références

1. Zekry D, Loures Valle BH, Lardi C, Graf C, Michel JP, Gold G, Krause KH, Herrmann FR. Geriatrics index of comorbidity was the most accurate predictor of death in geriatric hospital among six comorbidity scores. J Clin Epidemiol 2010;63(9):1036-44.
2. Zekry D, Valle BH, Michel JP, Esposito F, Gold G, Krause KH, Herrmann FR. Prospective comparison of six co-morbidity indices as predictors of 5 years post hospital discharge survival in the elderly. Rejuvenation Res 2010;13(6):675-82.
3. Wallace RB, Woolson RF. The Epidemiological Study of the Elderly. New York Oxford: Oxford University Press, 1992.
4. Ebrahim S. Principles of epidemiology in old age. In: Group BP, ed. Epidemiology in Old Age. London, 1996:12-21.
5. Herrmann FR. Geriatric epidemiology: practical considerations when involving elderly subjects in studies. Swiss Med Wkly 2004;134(9-10):117-25.



Optimiser l'emploi des anticoagulants à dose curative en Gériatrie

Introduction

Le risque de maladie thrombo-embolique augmente avec l'âge et la problématique de l'anticoagulation est donc fréquente dans notre pratique gériatrique. Or, la gestion des anticoagulants est souvent difficile pour les patients âgés, à haut risque de thrombose mais aussi à haut risque hémorragique ; dans les enquêtes épidémiologiques, les médicaments anticoagulants apparaissent toujours comme la première cause d'événements indésirables liés aux médicaments et l'âge avancé apparaît comme l'un des principaux déterminants de complications hémorragiques [1]. Par ailleurs, les sujets âgés sont le plus souvent en petit nombre dans les essais cliniques concernant les anticoagulants, comme d'ailleurs de nombreux autres traitements. Ainsi, il est utile de connaître quelques « trucs » permettant d'optimiser l'utilisation des anticoagulants chez les patients âgés fragiles.

Cet article est un résumé d'une revue publiée en 2013 dans *Drugs Aging*, dans lequel nous nous concentrons sur les situations dans lesquelles les anticoagulants sont utilisés à dose dite « curative », avec un risque de complications hémorragiques plus fréquentes et plus graves (recherche bibliographique Medline de 1998 à 2012 avec mots-clés « elderly », « aging », « heparin », « low molecular weight heparin », « vitamin K antagonist », et « oral anticoagulant » ; études sélectionnées incluant spécifiquement des patients de 75 ans et plus, ou ayant analysé un sous-groupe de patients ≥ 75 ans).

Héparines et héparinoïdes

De nombreux essais cliniques et des méta-analyses ont confirmé que les héparines de bas poids moléculaire (HBPM) et le fondaparinux sont au moins aussi efficaces et sûrs que l'héparine non fractionnée (HNF) pour le traitement initial de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) et dans la gestion du syndrome coronarien aigu (SCA) [2,3]. Ces molécules ont remplacé l'HNF en raison d'une plus grande simplicité d'emploi liée à une meilleure prévisibilité de leur effet anticoagulant et à une absence de surveillance biologique systématique. Toutefois, leur élimination rénale, prépondérante pour les HBPM et totale pour le fondaparinux, entraîne un risque théorique de surdosage et/ou d'accumulation chez les patients insuffisants rénaux [4,5] ; pour nos patients âgés, chez qui une insuffisance rénale modérée à sévère est très fréquente, des questions se posent donc sur la sécurité de ces dérivés hépariniques.

Etudes pharmacocinétiques (PK) / pharmacodynamiques (PD) chez les patients âgés

Les études PK/PD spécifiquement consacrées aux sujets âgés sous HBPM sont basées sur la mesure de l'activité anti-Xa plasmatique. Elles montrent que la réponse pharmacologique, en particulier le risque d'accumulation, varie selon les HBPM, qui ne peuvent donc pas être considérées comme interchangeables (Tableau I) [6-11]. En résumé, les chaînes de haut poids moléculaire sont principalement éliminées par le système réticulo-endothélial alors que les chaînes de faible poids moléculaire sont de préférence éliminées par le rein. Ainsi, la proportion plus élevée de longues chaînes dans certaines préparations HBPM, tels que la tinzaparine ou daltéparine, par rapport à l'énoxaparine, bémiparine ou nadroparine peut expliquer une contribution plus faible du rein dans l'élimination de ces composés, conduisant à des profils PK/PD différents chez les patients âgés et/ou insuffisants rénaux.

Le fondaparinux est exclusivement éliminé par le rein, et une accumulation de l'activité anti-Xa plasmatique a été observée chez les insuffisants rénaux, même à faible dose [12].

ARTICLE THEMATIQUE

Table 1 : Etudes pharmacologiques des HBPM à dose curative chez les patients âgés

Auteurs	Type d'étude	Traitement			Sujets			Principaux résultats
		HBPM	Durée (jours)	Indication	Age (ans) moyenne±DS ou médiane (extrêmes)	CiCr (mL/min) moyenne±DS ou médiane (extrêmes)	Nbre sujets	
Mismetti et al, 1998 [6]	PK Prospective	nadroparine 180 UI/kg/24h	6-10	-	25±4 (volontaires)	114±15	12	Accumulation anti-Xa pour sujets sains et patients âgés Pas de corrélation CiCr / anti-Xa
				-	65±3 (volontaires)	62±6	12	
				TVP	65±11 (patients)	71±24	12	
Siguret et al, 2000 [7]	PK Prospective	tinzaparine 175 UI/kg/24h	10	MTEV FA	87,0±5,9	41±15	30	Pas d'augmentation d'anti-Xa Pas de corrélation anti-Xa / âge, poids, ou CiCr
Pautas et al, 2002 [8]	Observationnelle Cohorte	tinzaparine 175 UI/kg/24h	19±10	MTEV FA	85,2±6,9	51±23	200	Pas de corrélation anti-Xa / CiCr ou âge
Chow et al, 2003 [9]	Prospective	énoxaparine 100 UI/kg/12h	≥ 2	MTEV FA	75 (48-89)	> 60*	7	Anti-Xa plus élevée chez patients avec CiCr ≤ 30 mL/min Corrélation anti-Xa / CiCr
						60-31*	6	
						30-11*	4	
						≤ 30*	1	
Schmid et al, 2009 [10]	Prospective Observationnelle Cohorte	daltéparine 100 UI/kg/12h	≥ 2	MTEV FA	73 (58-81) 79 (76-82) 72 (62-80)	89 (75-111)	18	Accumulation de daltéparine quand CiCr ≤30 mL/min
						53 (47-57)	9	
						20 (13-25)	5	
Siguret et al, 2011 [11]	Essai randomisé	tinzaparine 175 UI/kg/24h	≥ 5	MTEV	83±5	41 (14-59)	87	Pas d'accumulation d'anti-Xa Pas de corrélation accumulation d'anti-Xa / âge, poids, ou CiCr

CiCr : clairance de créatinine calculée avec formule de Cockcroft ; * CiCr calculée avec formule MDRD

PK : pharmacocinétique ; Anti-Xa : activité anti-Xa plasmatique au pic

TVP : thrombose veineuse profonde ; MTEV : maladie thromboembolique veineuse ; FA : fibrillation atriale

Utilisation clinique des héparines et dérivés à dose curative

De nombreuses observations cliniques et des études de cohorte ont mis en évidence les facteurs associés à un risque accru de saignement chez les patients âgés traités par des dérivés de l'héparine : âge avancé, degré d'insuffisance rénale, petit poids corporel (<45 kg), utilisation concomitante d'antiagrégants plaquettaires ou de médicaments qui interagissent avec les plaquettes comme les inhibiteurs de recapture de la sérotonine. Un mésusage des héparines (erreurs de dose, absence de poids récent du patient pour calculer la dose) est un autre facteur de risque hémorragique, qui peut être corrigé par des recommandations simples à utiliser dans tout service de gériatrie.

Peser le patient pour initier des traitements qui se prescrivent en U/kg paraît une évidence mais notre expérience montre que cette évidence mérite d'être rappelée et que son application limite les surdosages biologiques pour HNF et HBPM. De plus, le poids est indispensable pour l'évaluation de la fonction rénale indispensable avant d'initier un anticoagulant ; la formule de Cockcroft est systématiquement utilisée dans les essais cliniques évaluant HBPM et HNF et doit donc être utilisée dans ce cas, sans rentrer dans la discussion de sa pertinence relative par rapport à d'autres formules pour l'évaluation du débit de filtration glomérulaire.



Pour ce qui est de la gestion du risque d'accumulation, deux approches sont généralement proposées, sans que ni l'une ni l'autre n'ait fait la preuve de son intérêt : la surveillance de l'activité anti-Xa plasmatique ou la réduction empirique de dose.

- ➔ Chez les patients à risque théorique d'accumulation (patients âgés et/ou insuffisants rénaux), certains suggèrent une mesure de l'activité anti-Xa plasmatique au début du traitement par HBPM, pour détecter un surdosage précoce [2]. Cependant, si ce type de surveillance est envisagé, les seuils de surdosage, déterminés au pic et propres à chaque molécule, doivent être utilisés, même s'ils n'ont jamais été validés sur le plan clinique. En effet, il n'a pas été démontré que surveiller l'activité anti-Xa pour des patients insuffisants rénaux présente un avantage en termes de risque hémorragique [13,14].
- ➔ La réduction de la dose d'HBPM de 50 % de façon empirique a été proposée avec un faible niveau de preuve pour l'énoxaparine chez les patients insuffisants rénaux sévères présentant un SCA ou une MTEV [2]. Cependant, des travaux menés en cardiologie ont montré que la réduction empirique de la dose initiale énoxaparine pouvait conduire à une augmentation du risque thrombotique [15].

Chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère, définie par une clairance de créatinine (ClCr) < 30 mL/min, l'utilisation de l'HNF est proposée dans les recommandations françaises, compte tenu de son élimination moins dépendante de la fonction rénale que pour les HBPM ou le fondaparinux. Cependant, son utilisation pratique est difficile, en particulier chez les patients âgés pour lesquels les doses moyennes sont plus faibles. Du fait de la grande variabilité intra- et inter-individuelle de l'effet anticoagulant de l'HNF, un suivi quotidien de l'activité anti-Xa ou du temps de céphaline activée (TCA) et des ajustements posologiques fréquents sont nécessaires pour obtenir une anticoagulation stable (Tableau II). De plus, des études menées dans la pathologie coronarienne et incluant de nombreux patients de plus de 75 ans ont montré que l'utilisation des HBPM était plutôt associée à une diminution des saignements majeurs et une survie significativement plus élevée par rapport à l'HNF [16,17]. Chez les patients ayant une MTEV, les profils de sécurité des HBPM chez les personnes âgées sont moins bien connus.

Pour le fondaparinux utilisé à dose curative, aucune donnée spécifique n'a été publiée pour les patients âgés [12].

Tableau II : Initiation de l'héparine non fractionnée et surveillance biologique chez le sujet âgé

HNF	Dose initiale	Moment du prélèvement	Activité anti-Xa HNF cible (UI/mL)	Ratio TCA cible patient/témoin
HNF sodique	400 à 600 UI/kg/24h perfusion IV	4 heures après début de perfusion	0,3 à 0,7	1,5 à 3,5-4 selon réactif du laboratoire
HNF calcique Calciparine®	500 UI/kg/24h * 2 ou 3 injections SC	Milieu de l'écart entre 2 injections	0,3 à 0,7	1,5 à 3,5-4 selon réactif du laboratoire

IV : intraveineuse ; SC : sous-cutanée ; TCA : temps de céphaline activée

* après bolus initial IV de 50 UI/kg pour atteindre une stabilité plus rapide de l'anticoagulation.

ARTICLE THEMATIQUE

Antivitamine K

Chez les patients de plus de 75 ans, les deux principales indications du traitement AVK sont le traitement de la MTEV et la prévention de l'embolie systémique sur fibrillation atriale (FA). Dans ces deux indications, un INR cible de 2,5 (zone thérapeutique 2,0-3,0) est recommandé. Les AVK sont encore sous-utilisés, en particulier chez les patients âgés et dans la FA, quoique leur bénéfice antithrombotique dépasse leur risque hémorragique dans tous les types de populations étudiées [18].

Facteurs influençant la variabilité de la réponse aux AVK chez les patients âgés

Les AVK sont caractérisés par une grande variabilité inter- et intra-individuelle. De nombreux facteurs fréquemment présents chez nos patients âgés ont été identifiés comme faisant varier la réponse aux AVK, facteurs surtout évalués par leur influence sur la dose d'entretien :

- Polypathologie : les patients de faible poids, ou ceux présentant des comorbidités stables tels que l'insuffisance cardiaque, une hépatopathie ou une insuffisance rénale sévère nécessitent des doses plus faibles. De nombreuses situations aiguës, telles qu'une fièvre, une diarrhée ou une poussée d'insuffisance cardiaque, peuvent entraîner une diminution transitoire de dose [19].
- Polymédication : De nombreux médicaments utilisés en pratique gériatrique potentialisent la réponse aux AVK : amiodarone, antibiotiques, antifongiques azolés, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, oméprazole, hypolipémiants... [20,21]. La polymédication contribue donc à une dose d'entretien faible et des changements fréquents de médicaments entraînent une instabilité des INRs.
- L'âge avancé est associé à une dose d'équilibre plus faible, avec une diminution de la dose estimée à environ 10 % par décennie [19]. Ainsi, la dose d'équilibre moyenne de warfarine est d'environ 6 mg/j chez les patients âgés de 30 ans contre environ 3 mg/j chez les octogénaires. Cette sensibilité accrue des patients âgés aux AVK, pas seulement liée aux comorbidités ou aux traitements concomitants, reste mal comprise : certaines modifications pharmacocinétiques liées à l'âge pourraient jouer un rôle, telles que des modifications dans le métabolisme hépatique des médicaments (difficile à évaluer) ou des changements dans la composition corporelle [22].
- Même si cela n'a pas de retentissement pratique sur la gestion des AVK, à noter que des facteurs génétiques contribuent aussi à la variabilité de la dose d'équilibre chez les personnes âgées : polymorphismes de gènes codant pour la vitamine K époxyde réductase C1 (VKORC1), enzyme cible des AVK, ou codant pour le cytochrome P450 2C9 (CYP2C9), enzyme du métabolisme des AVK [25].

Optimiser le maniement pratique des AVK

La période d'initiation des AVK est associée au plus grand risque de saignement. Différents algorithmes pour l'initiation de la warfarine ont été publiés afin de réduire le temps nécessaire pour atteindre la zone thérapeutique sans provoquer une anticoagulation excessive. L'utilisation d'un schéma posologique adapté limite le risque de variations des INRs et de tâtonnement posologique au début du traitement [23]. Un tel schéma a été validé pour la warfarine, spécifiquement pour les patients âgés, en utilisant une dose initiale de 4 mg/j (tableau III) [24,25]. En l'absence d'un tel schéma, par exemple en cas d'utilisation de la fluindione, la posologie initiale doit être simplement être réduite de moitié par rapport à celle des adultes d'âge moyen (dose de l'ordre de 10 mg/j soit ½ cp de Préviscan®).



Pour la suite du traitement, la balance bénéfice-risque de l'AVK doit être soigneusement réévaluée, par exemple semestriellement : indication pérenne ? observance correcte ? équilibre correct des INRs ? chutes traumatiques fréquentes ? [18]. La moindre pathologie aiguë ou un changement dans les médicaments associés doit entraîner une augmentation de fréquence de la surveillance des INRs, par exemple en reprenant un à deux prélèvements hebdomadaires pendant la durée de la situation aiguë. Ce point doit être un des éléments de l'éducation thérapeutique d'un patient âgé sous AVK. Cette éducation du patient améliore la qualité de l'anticoagulation et elle doit intégrer aidants éventuels et médecin traitant [26].

Tableau III : Schéma d'initiation de la warfarine (Coumadine 2 mg[®]) pour un INR cible 2-3 chez les patients âgés, avec TP > 70% (ou INR < 1,3) avant traitement [24, 25].

Jour	Valeur INR	Dose de warfarine
J0	Pas de mesure	4 mg*
J1	Pas de mesure	4 mg
J2	Pas de mesure	4 mg
J3	<1,3 1,3 ≤ INR <1,5 1,5 ≤ INR <1,7 1,7 ≤ INR <1,9 1,9 ≤ INR <2,5 INR ≥2,5	5 mg 4 mg 3 mg 2 mg 1 mg INR quotidien et pas de reprise avant qu'INR <2,5, puis reprendre à 1 mg
J6±1	INR ≤1,6 1,6 < INR ≤2,5 2,5 < INR ≤ 3,5 INR >3,5	Augmenter d'1 mg/jour Maintenir la dose de J3 Réduire d'1 mg/jour si dose J3 ≥ 2 mg Maintenir la dose si dose J3 = 1 mg et contrôler INR à 24 ou 48h Arrêter warfarine, INR quotidien jusqu'à valeur ≤ 3. Reprendre à dose inférieure.

Nouveaux anticoagulants oraux (NAO)

Les difficultés de maniement évoquées pour les anticoagulants « traditionnels » ont encouragé le développement de nouveaux anticoagulants oraux qui devraient idéalement être plus sûrs et plus faciles à utiliser. Deux classes de NAO ont été développées, inhibiteurs directs de la thrombine (dabigatran) ou du facteur X activé (rivaroxaban, apixaban,...) (Tableau IV) [18]. Leurs propriétés pharmacologiques sont séduisantes : délai d'action rapide, réponse prévisible permettant des doses fixes, absence de surveillance biologique en routine. Leurs indications européennes actuelles sont la thromboprophylaxie post-chirurgie programmée de hanche ou de genou et la FA non valvulaire pour ces trois molécules, et le traitement d'une MTEV (thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire) pour le rivaroxaban.

ARTICLE THEMATIQUE

Tableau IV : Nouveaux anticoagulants oraux – Données pharmacologiques

	dabigatran etexilate	rivaroxaban	apixaban
Cible	Thrombine	Facteur Xa	Facteur Xa
Biodisponibilité (%)	6,5 (prodrogue)	80-100	50
Tmax (h)	0,5-2	2-4	3-4
Fixation protéique (%)	35	95	87
Demi-vie (h)	12-14*	7-11*	12*
Transport	P-gp	P-gp	P-gp
Métabolisme par CYP	Non	CYP 3A4-CYP 2J2	CYP 3/5A
Élimination rénale (%)	~ 85	33 (forme active), 33 (forme inactive)	25

CYP = Cytochrome P450 ; T max = temps pour atteindre le pic plasmatique

* prolongée en cas d'insuffisance rénale

Globalement, les essais cliniques menés dans ces pathologies ont retrouvé une non-infériorité des NAO par rapport au traitement par héparine et/ou AVK de référence, avec même un bénéfice sur le risque hémorragique principalement sur les saignements intracrâniens [27]. Les patients âgés fragiles sont rares dans les essais, mais certaines données d'analyses de sous-groupes sont disponibles, en particulier pour les essais comparant NAO et AVK dans la FA. Des adaptations de dose à la baisse ont ainsi été proposées en fonction de l'âge et/ou de la fonction rénale et/ou du poids des patients. Cependant ces adaptations découlent plus souvent de données pharmacocinétiques que de données des essais cliniques et encore moins de données chez des patients « de la vraie vie ».

Quelques spécificités pharmacologiques des NAO doivent être soulignées dans le contexte de leur éventuelle utilisation chez le patient âgé [27, 28] :

→ Le dabigatran etexilate est une prodrogue rapidement convertie en dabigatran actif, dont 80% seront éliminés par les reins. La demi-vie du dabigatran est ainsi 2 fois plus longue et l'aire sous la courbe est 6 fois plus grande chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère. Un modèle pharmacocinétique prédit une augmentation de 11% de l'exposition au dabigatran pour chaque diminution de 10 ml/min de la clairance de la créatinine à partir du deuxième jour de traitement. Pour les -xabans, environ un tiers du rivaroxaban et un quart de l'apixaban est excrété sous forme inchangée par les reins. Les études pharmacocinétiques retrouvent une corrélation entre l'augmentation des concentrations de rivaroxaban et la diminution de la fonction rénale ; les données pharmacocinétiques publiées manquent encore pour l'apixaban. Des concentrations plasmatiques plus élevées des NAO peuvent donc être attendues pour les sujets âgés chez qui les insuffisances rénales modérées, et même sévères, sont fréquentes, sans que l'on puisse pour le moment corrélérer un sur-risque hémorragique [5]. Les patients atteints d'insuffisance rénale sévère étaient exclus des essais cliniques des NAO (ClCr selon Cockcroft < 30 mL/min pour le dabigatran et le rivaroxaban, < 25 mL/min pour l'apixaban).

→ Les NAO ont nettement moins d'interactions médicamenteuses que les AVK, ce qui représente un de leurs avantages. Cependant, il faut tout de même retenir que rivaroxaban et apixaban sont catabolisés par le CYP3A4 et qu'il faut donc être prudent quant à leur association avec inhibiteurs ou inducteurs de ce cytochrome P450 [27]. De plus, tous les NAO sont des substrats de la P-glycoprotéine (P-gp), protéine transporteuse d'efflux des drogues. Ces interactions peuvent conduire à une exposition accrue des patients aux NAO, dont l'ampleur n'est pas encore bien connue [27].



- La nécessité d'une observance rigoureuse doit être soulignée pour ces NAO dont la durée d'action anticoagulante est brève. Il reste à établir si le fait d'avoir deux prises par jour pour dabigatran et apixaban peut être un élément délétère dans ce cadre.
- L'absence d'antidote pour les NAO reste une problématique qui prête à discussion. En cas d'accident hémorragique, les concentrations plasmatiques de ces médicaments diminuent rapidement à l'arrêt (au moins pour les patients à fonction rénale normale). Cependant, une antagonisation rapide peut être souhaitée en cas d'hémorragie sévère ou en cas d'intervention chirurgicale urgente ; l'utilisation de facteur VII activé recombinant ou de concentrés de complexes prothrombiques est une option dont l'efficacité n'a pas été démontrée [29].
- Enfin, bien qu'aucune surveillance biologique ne soit nécessaire en routine, un certain nombre de situations peuvent justifier une évaluation du degré d'anticoagulation induite par les NAO : chirurgie d'urgence ou nécessité de procédure invasive, accident hémorragique, thrombose sous traitement, aggravation aiguë de la fonction rénale... Les NAO rendent ininterprétables les tests standards d'hémostase (TP, TCA), qui sont influencés de manière très variable selon les patients et ne reflètent pas les concentrations du médicament. Des tests spécifiques sont maintenant disponibles dans les laboratoires spécialisés hospitaliers. Ils sont basés sur la mesure de l'inhibition de la thrombine du temps de thrombine pour le dabigatran, et sur la mesure de l'activité anti-Xa pour les -xabans. Ils sont bien corrélés à l'activité anticoagulante et les résultats sont même rendus en « équivalent concentration plasmatique » en mg/L. Cependant, la corrélation entre ces résultats biologiques et les éventuels événements cliniques n'est absolument pas connue à ce jour, a fortiori pour les patients les plus fragiles, âgés et/ou insuffisants rénaux [5].

En conclusion

Les NAO ont des avantages pouvant faciliter l'anticoagulation dans la majorité des indications des héparines et des AVK chez les sujets âgés. Les données pharmacologiques et le peu de données cliniques spécifiques incitent cependant à une utilisation prudente et le plus possible encadrée par une surveillance accrue de ces patients, idéalement au sein de registres [28]. Une information voire une éducation thérapeutique restent indispensables pour les prescripteurs et les patients, pour limiter le risque de banalisation du traitement anticoagulant du fait d'une simplicité d'emploi plus grande. Une attention particulière doit par exemple être accordée à la surveillance régulière de la fonction rénale chez les patients âgés recevant un NAO. L'avis du patient doit aussi être pris en compte, notamment pour ceux qui sont habitués à « leur » AVK et la surveillance biologique régulière qui peut être rassurante, y compris pour leur médecin qui peut alors retarder l'utilisation de ces NAO, en attente de données de sécurité dans la « vraie vie » [30].

Auteurs

Eric PAUTAS^{1,2,3}, Alexandra MONTI¹, Isabelle GOUIN-THIBAUT^{2,4}, Virginie SIGURET^{2,5}

1 Unité de gériatrie aiguë, GH Pitié-Salpêtrière-Charles Foix, APHP, Ivry-sur-Seine

2 INSERM UMR-S765, 4 avenue de l'Observatoire, Paris

3 Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Université Paris 6, Paris

4 Laboratoire d'hématologie, Hôpital Cochin, APHP, Paris

5 Laboratoire d'hématologie, Hôpital Européen Georges Pompidou, APHP, Paris

Correspondance

DR ERIC PAUTAS, MD-PHD

Unité gériatrique aiguë | Hôpital Charles Foix, GH Pitié-Salpêtrière-Charles Foix, APHP | 7 av de la république, 94205 Ivry-sur-Seine Cedex
Tel : +33-1 49 59 44 86 | Fax : +33-1 49 59 44 86 | Email : eric.pautas@cfx.aphp.fr

ARTICLE THÉMATIQUE

References

- 1 - Krähenbühl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, et al. Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature. *Drug Safety* 2007;30:379-407
- 2 - Garcia DA, Baglin TP, Weitz JI, et al. Parenteral anticoagulants. *Chest* 2012;141:24S-43S. Erratum in : *Chest* 2012;14:1369
- 3 - Steg PG, James SK, Atar D, et al. Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2012;33: 2569-619
- 4 - Lim W, Dentali F, Eikelboom JW, Crowther MA. Meta-analysis : LMWH and bleeding in patients with Severe Renal Insufficiency. *Ann Intern Med* 2006;144 : 673-84
- 5 - Samama MM. Use of low-molecular-weight heparins and new anticoagulants in elderly patients with renal impairment. *Drugs Aging* 2011 ; 28 : 177-93
- 6 - Mismetti P, Laporte-Simitsidis S, Navarro C, et al. Aging and venous thromboembolism influence the pharmacodynamics of the anti-factor Xa and anti-thrombin activities of a low molecular weight heparin (nadroparin). *Thromb Haemost* 1998;79:1162-5
- 7 - Siguret V, Pautas E, Février M, et al. Elderly patients treated with tinzaparin (Innohep) administered once daily (175 anti-Xa IU/kg) : anti-Xa and anti-IIa activities over 10 days. *Thromb Haemost* 2000 ; 84 : 800-4
- 8 - Pautas E, Gouin I, Bellot O, et al. Safety profile of tinzaparin administered once daily at a standard curative dose in two hundred very elderly patients. *Drug Safety* 2002 ; 25 : 725-33
- 9 - Chow SL, Zammit K, West K, et al. Correlation of antifactor Xa concentrations with renal function in patients on enoxaparin. *J Clin Pharmacol* 2003 ; 43 : 586-90
- 10 - Schmid P, Brodmann D, Odermatt Y, et al. Study of bioaccumulation of dalteparin at a therapeutic dose in patients with renal insufficiency. *J Thromb Haemost* 2009 ; 7 : 1629-32
- 11 - Siguret V, Gouin-Thibault I, Pautas E, et al. No accumulation of the peak anti-factor Xa activity of tinzaparin in elderly patients with moderate-to-severe renal impairment: the IRIS substudy. *J Thromb Haemost* 2011 ; 9 : 1966-72
- 12 - Nagler M, Haslauer M, Willemin WA. Fondaparinux - data on efficacy and safety in special situations. *Thromb Res* 2012 ; 129 : 407-17
- 13 - Harenberg J. Is laboratory monitoring of low-molecular-weight heparin therapy necessary ? Yes. *J Thromb Haemost* 2004 ; 2 : 547-50
- 14 - Bounameaux H, de Moerloose P. Is laboratory monitoring of low-molecular-weight heparin therapy necessary ? No. *J Thromb Haemost* 2004 ; 2 : 551-4
- 15 - Montalescot G, Collet JP, Tanguy ML, et al. Anti-Xa activity relates to survival and efficacy in unselected acute coronary syndrome patients treated with enoxaparin. *Circulation* 2004 ; 110 : 392-8
- 16 - Lopes RD, Alexander KP, Marcucci G, et al. Outcomes in elderly patients with acute coronary syndromes randomized to enoxaparin vs. unfractionated heparin : results from the SYNERGY trial. *Eur Heart J* 2008;29 : 1827-33
- 17 - Puymirat E, Aïssaoui N, Collet JP, et al. Comparison of bleeding complications and one-year survival of low molecular weight heparin versus unfractionated heparin for acute myocardial infarction in elderly patients. The FAST-MI registry. *Int J Cardiol* 2011 ; 154 : 373-6
- 18 - Ageno W, Gallus AS, Wittkowsky A, et al. Oral anticoagulant therapy. *Chest* 2012 ; 141 : 44S-88S
- 19 - Gage BF, Eby C, Johnson JA. et al. Use of pharmacogenetic and clinical factors to predict the therapeutic dose of warfarin. *Clin Pharmacol Ther* 2008 ; 84 : 326-31
- 20 - Holbrook A, Schulman S, Witt DM, et al. Evidence-based management of anticoagulant therapy. *Chest* 2012 ; 141 : 52S-84S
- 21 - Siguret V, Esquirol C, Debray M, et al. Excess antivitamin K in elderly hospitalised patients aged over 70. A one-year prospective survey. *Presse Med* 2003 ; 32 : 972-7
- 22 - Comets E, Diquet B, Legrain S, et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic variability of fluidione in octogenarians. *Clin Pharmacol Ther* 2012 ; 91 : 777-86
- 23 - Poli D, Antonucci E, Testa S, et al. Bleeding risk in very old patients on vitamin K antagonist treatment : results of a prospective collaborative study on elderly patients followed by Italian Centres for Anticoagulation. *Circulation* 2011 ; 16:824-9
- 24 - Siguret V, Gouin I, Debray M, et al. Initiation of warfarin therapy in elderly medical inpatients: a safe and accurate regimen. *Am J Med* 2005 ; 118:137-42
- 25 - Moreau C, Pautas E, Gouin-Thibault I, et al. Predicting the warfarin maintenance dose in elderly inpatients at treatment initiation : accuracy of dosing algorithms incorporating or not *VKORC1/CYP2C9* genotypes. *J Thromb Haemost* 2011 ; 9:711-8
- 26 - Khan TI, Kamali F, Kesteven P, et al. The value of education and self-monitoring in the management of warfarin therapy in older patients with unstable control of anticoagulation. *Br J Haematol* 2004 ; 126 : 557-64
- 27 - Heidebuchel H, Verhamme P, Alings M, et al. European heart rhythm association practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace* 2013 ; 15 : 625-5
- 28 - Jacobs JM, Stessman J. New anticoagulant drugs among elderly patients. Is caution necessary ? *Arch Intern Med* 2011 ; 171 : 1287-8
- 29 - Siegal DM, Crowther MA. Acute management of bleeding in patients on novel oral anticoagulants. *Eur Heart J* 2013;34 : 489-500
- 30 - Agarwal S, Hachamovitch R, Menon V. Current trial-associated outcomes with warfarin in prevention of stroke in patients with nonvalvular atrial fibrillation. *Arch Intern Med* 2012 ; 172:623-31



Procès-verbal de l'Assemblée Générale de l'Association des Jeunes Gériatres Hospitaliers (Résumé)

Jeudi 10 octobre 2013, CNIT la Défense, Paris

Présents

Guillaume DESCHASSE (HU GENEVE, Président de l'AJGH)

Aurélie TAHAR (HU GENEVE, Secrétaire général de l'AJGH et rédacteur en chef de la gazette)

Mô DANG-ARNOUX (CHU GRENOBLE, Maître tisserand du site Internet de l'AJGH)

Elodie DAMIER (CHU GRENOBLE)

Dominique MENGUE (CH AVALON)

Représentés par pouvoir

Florent SEITE (CHU POITIERS, Trésorier),

Sabine DREVRET (CHU GRENOBLE, Membre)

Rapport moral de l'année passée

→ Adhésions

Le nombre de membres est passé de 26 à 58 entre octobre 2012 et octobre 2013.

→ Gazette

Le volume 6 de la gazette publié en mai 2013 a été diffusé dans les services de gériatrie des membres de l'AJGH et sur l'ensemble du territoire français. Il a également été mis en ligne à disposition des membres sur le site Internet de l'association.

→ Site internet

Le site comporte depuis le mois de juin 2013 un agenda des manifestations nationales et internationales en gériatrie, avec les dates limites de soumission. Cet agenda est reproduit avec l'aimable autorisation du Pr Pascal Couturier, responsable de la Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique du CHU de

Grenoble, et de Mme Elizabeth Halvick, documentaliste qui maintient cet agenda par une veille scientifique attentive.

Nous publions aussi les annonces de poste dans le forum privé du site Internet en plus de la diffusion par la mailing list, ces deux voies de diffusion permettant une plus grande réactivité que la gazette.

Depuis le remaniement du site en août 2012, sa fréquentation a sensiblement augmenté, passant de 100-120 à 450-550 visiteurs par mois pour un total de 8000 visiteurs et 31500 pages pour l'année 2013.

Propositions pour l'année à venir

Nos propositions pour l'année à venir se concentrent de même sur des actions concrètes qui nous paraissent désirables pour la communauté des jeunes gériatres et réalisables.



→ Agenda : manifestations régionales

Outre les événements nationaux et internationaux, chacun de nous serait probablement aussi intéressé de connaître les manifestations organisées au niveau régional, utiles à sa pratique gériatrique.

→ Gazette

Nous nous efforçons de maintenir le rythme d'une publication par semestre. La prochaine devrait être publiée en novembre. Afin de faciliter le retour de vos impressions sur la gazette et améliorer la formule, nous prévoyons de créer un groupe Facebook des jeunes gériatres.

→ Groupe Facebook

Nous créerons prochainement un groupe Facebook des jeunes gériatres. Cette plateforme nous semble propice à des échanges informels rapides et conviviaux, compatibles avec notre disponibilité parfois restreinte.

→ Bibliographie partagée par Zotero

Dans vos lectures, ne vous arrive-t-il pas de tomber sur un article qui vous paraît apporter une contribution particulièrement importante à vos questionnements en gériatrie ? Et de vous dire que vous aimeriez que vos confrères partagent avec vous les lectures qu'ils ont trouvés les plus significatives ? Le logiciel libre ZOTERO

offre une façon simple de concrétiser cette idée. Pour ceux qui ne connaissent pas ZOTERO, c'est un logiciel gratuit pour gérer vos références bibliographiques : vous alimentez votre bibliothèque de références avec les articles trouvés dans votre navigateur Internet, et vous citez les articles facilement grâce à des modules ZOTERO intégrés à Word (<http://www.zotero.org/support/fr/start>).

Nous venons de créer un groupe ZOTERO qui mettra à disposition de ses membres la bibliothèque partagée qu'ils construiront en exportant les références de leur choix.

Proposition de nouveau bureau

Président : Guillaume Deschasse

Secrétaire : Aurélie Tahar

Trésorier : Florent Seite

Gazette : Dominique Mengue, Aurélie Tahar

Maître Tisserand : Mô Dang-Arnoux

Election à l'humanité, vote à mains levées.

Aspect finance

Nous donnons pouvoir au trésorier pour effectuer des opérations sur le compte bancaire de l'association.

Nous lui donnons la mission d'effectuer un transfert de compte du crédit mutuel vers la société générale et de présenter son adresse personnelle comme adresse de référence du compte bancaire.

Le Bureau

ANNONCES de recrutement





www.hopital-les-magnolias.com



Hôpital Gériatrique les Magnolias (HPGM)

20 km de Paris - Essonne

Etablissement de santé privé non lucratif, spécialisé en gériatrie, fondé par les caisses de retraite AGIRC-ARRCO, compte 320 lits et places dont 71 lits de médecine aiguë et 106 lits de SSR. Il est porteur de la filière gériatrique de l'Essonne Nord, labellisée par l'ARS en 2010, ainsi que du projet de télémédecine TMG91. Cet hôpital en pleine expansion, organisé en trois pôles (ambulatoire, médical et médico-social),

recherche :

Médecins pour ses services de médecine/SSR - Gériatrie de préférence anciens chefs de clinique (toute spécialité)

Poste à pourvoir en CDI - temps plein/temps partiel - Poste et rémunération évolutifs

Vous assurez :

- La prise en charge médicale des patients hospitalisés.
- L'encadrement des internes de médecine générale.
- La coordination des actions et objectifs du service en lien avec les autres services de l'hôpital.

Vous participez à :

- L'élaboration et au suivi du projet d'établissement et des projets de recherche.
- La politique de communication interne et externe.
- La démarche qualité dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Contact :

- Mme Evelyne GAUSSENS - Directrice générale - 01 69 80 46 11 - evelyne.gaussens@hpgm.fr
- Dr Laurence LUQUEL - Médecin chef - 01 69 80 47 20 - laurence.luquel@hpgm.fr
- Hôpital Gériatrique les Magnolias - 77 rue du Perray - 91 160 Ballainvilliers



CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE
MEULAN - LES MUREAUX

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan Les Mureaux (Yvelines – 30 minutes de Paris)

Recrute pour l'organisation médicale d'un bâtiment neuf de 165 lits et places S.S.R. et de médecine aiguë gériatrique

UN GÉRIATRE TEMPS PLEIN

(compétence souhaitée S.S.R. polyvalent – oncologie) pour renforcer l'équipe actuelle

Renseignements :

Madame le Docteur DEVIENNE, Praticien Hospitalier - Tel : 01 30 91 84 52 - Email : diane.devienne@chimm.fr
Monsieur le Docteur GOYARD, Praticien Hospitalier - Tel : 01 30 91 85 59 - Email : jean.goyard@chimm.fr

Lettre de candidature et CV à adresser à :

Madame le Directeur - Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan - Les Mureaux - 1 Rue du Fort - 78250 MEULAN



La Fondation de Rothschild, créée en 1852, reconnue d'utilité publique, gère 13 établissements médico-sociaux, sanitaires et sociaux

Recherche

- **Médecin coordonnateur** h/f
- **Médecin gériatre** h/f

CDI, temps plein ou partiel, rémunération CCN 51

Merci d'adresser votre candidature à :

Fondation de Rothschild, CRH, 76 rue de Picpus, 75 012 Paris

ou par courriel : s.ferey@f-d-r.org



Acteur majeur du secteur du service aux personnes âgées en France, le groupe DomusVi compte près de 220 établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes.

Ses résidences médicalisées et conventionnées, accueillent, en séjours temporaires ou permanents, les aînés n'ayant plus la possibilité physique ou psychologique de vivre à domicile en toute sécurité.

Nous recrutons pour nos résidences localisées dans les départements :
01 - 07 - 13 - 17 - 27 - 30 - 31 - 60 - 69 - 71 - 78 - 91 - 92 - 93 - 95

Médecins coordonnateurs h/f

Grace à votre expertise, vous définissez et coordonnez la prise en charge médicale institutionnelle mise en œuvre par l'équipe soignante. Vous contribuez à l'évolution et au développement des démarches d'amélioration de la qualité de la prise en charge. Vous exercez des activités de conseil et d'expertise auprès des équipes soignantes.

Vous appréciez prendre soin des personnes âgées dans le cadre d'une pratique gériatrique. Vous avez le goût des responsabilités et du travail en équipe. Vous souhaitez poursuivre une activité motivante qui respecte votre rythme de vie. Vous recherchez un emploi salarié en CDI s'appuyant sur une convention collective.

Inscrit à l'ordre des médecins avec ou sans qualification en gériatrie, vous souhaitez vous impliquer dans la prise en charge du Grand Age.

Nous finançons votre formation de base de médecin coordonnateur et nous vous accompagnons dans votre formation continue.

Vos qualités managériales, votre sens de l'innovation ainsi que vos capacités d'animation vous permettront de réussir à ce poste.

Vous êtes discret(e), autonome, organisé(e), proactif(ve) et possédez une forte capacité d'analyse. Vous travaillez dans le respect de la fraternité entre médecins et de la déontologie.

Merci d'adresser votre dossier de candidature par mail à recrutement@domusvi.com

www.domusvi.com

wanted



L'UGECAM DE NORMANDIE RECRUTE

DES MÉDECINS GÉRIATRES (H/F) EN CDI

pour 2 de ses établissements sanitaires : le CSSR L'Hostréa à Noyers (27), et le SSR Le Parc à Bagnoles de l'Orne (61)

Nos médecins gériatres concourent par des actions préventives et/ou curatives, au maintien et/ou au rétablissement de l'état de santé physique ou mental des patients, le plus souvent âgé, avec le soutien d'une équipe pluridisciplinaire.

Vous êtes diplômé d'un doctorat en médecine et possédez une capacité ou d'un diplôme universitaire en gériatrie et êtes inscrit au tableau du conseil de l'ordre. Vous exprimez la volonté de vous investir au sein d'un établissement en constante évolution, et ce au sein d'un groupe d'envergure nationale.

Merci d'adresser vos dossiers de candidature (LM et CV) par mail à :
M. Jérôme Bourlier - RRR de L'UGECAM
jerome.bourlier@ugecam-normandie.fr

Ou par courrier : Actipôle des Chartreux - 67 Bd Charles de Gaulle
BP 153 - 76143 Le Petit Quevilly

<http://www.ugecam-normandie.fr>

LE CENTRE HOSPITALIER DE LISIEUX (14)

(hôpital de recours de son territoire, situé au cœur du Pays d'Auge, 30 km de la mer, 180 km de Paris, 50 km de Caen, 80 km de Rouen)



Recrute des praticiens

pour le pôle médico-social (capacité ou DU en gériatrie souhaité)

Adresser CV détaillé à :

Monsieur le directeur - 4, rue Roger Aini - 14107 LISIEUX

Tél. : 02 31 61 30 69 - Mail : v.mouchel@ch-lisieux.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE CLERMONT DE L'OISE

Recrute 2 gériatres

inscrits à l'ordre des médecins et possédant une capacité de gériatrie, pour compléter l'équipe des 5 gériatres du pôle comprenant :

18 lits SSR.
88 lits USLD.
236 lits EHPAD.
Consultations mémoire.

En projet :
5 lits HDJG.
10 places ADJ.
15 places ACS.

Pour tout renseignement s'adresser au :

Dr SAMAD - Chef de pôle - Secrétariat - 03 44 77 36 00

Merci d'adresser toute candidature accompagnée d'un CV au :
Directeur du Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise
Rue Frédéric Raboisson BP 40024 - 60607 Clermont Cedex.



Centre Hospitalier Ariège Couserans, au pied des Pyrénées ariégeoises, à une heure de Toulouse, proche stations de ski, à 2 heures de la Méditerranée et à 3 heures de l'Atlantique, le CHAC bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel.

Le centre hospitalier comprend plus de 1000 salariés dont plus de 60 médecins, 4 pôles cliniques, des activités diversifiées (MCO, urgences, SSR, SIR, centre de réadaptation neurologique, psychiatrie intra et extra de l'Ariège, EHPAD) et un plateau technique complet avec laboratoire, pharmacie et scanner.

Recherche un Gériatre Temps plein ou Médecin souhaitant se former à la spécialité gériatrique dans une Unité Cognitive Comportemental

Participation aux consultations mémoire.

Equipe dynamique.

Adresser CV et lettre de motivation à :

Mr GUILLAUME D - Directeur des Ressources Humaines Centre Hospitalier Ariège Couserans
BP 60111 - 09201 SAINT GIRONS CEDEX

Ou par mail : secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr

Pour tout renseignement sur la nature des postes à pourvoir

Contact DR DEL MAZO - Chef du pôle réadaptation handicap gériatrie - Tél. : 05 61 96 21 89





LE CENTRE HOSPITALIER DE REDON

Etablissement publique de 378 lits. Il dispose d'une offre complète d'activité MCO (80 lits de médecine, 40 lits de chirurgie et 25 lits de gynécologie-obstétrique). A proximité de l'océan, le Golfe du Morbihan, la Baule, le Croisic, la forêt de Brocéliande, le parc naturel régional de Brière. Gare SNCF à 5 mn, 6 écoles primaires, 3 collèges, 5 lycées, 1 école supérieur de logistique. 4 heures de Paris par autoroute, moins d'une heure de Nantes, Rennes et Vannes.

RECRUTE DEUX MEDECINS GERIATRE

Descriptifs des postes

► **Poste à temps plein sur le court séjour gériatrique**, évaluation et prise en charge des patients de type court séjour (30 lits), en relation étroite avec l'équipe mobile de gériatrie.

► **Poste à temps plein sur l'EPHAD (74 lits) et l'USLD (30 lits)**, 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'établissement.

Médecin thésé et inscrit au conseil de l'ordre : praticien hospitalier ou praticien contractuel. Rémunération statutaire gériatre, capacité en gériatrie.

Personne à contacter :

Sonia COUSTELLI BERTHELIN - 02 99 71 79 53 - secretariat.direction.2@ch-redon.fr
Par courrier postal : 8 avenue Etienne Gascon 35600 REDON

Poste à pourvoir immédiatement



Centre Hospitalier
LANNION-TRESTEL



LE POLE DE GERIATRIE DU CENTRE HOSPITALIER DE LANNION-TRESTEL

RECHERCHE 1 GERIATRE A TEMPS PLEIN

Pour son service de médecine gériatrique
(capacité de gériatrie ou formation en cours souhaitée)

Candidature et CV à envoyer à :

Monsieur le Directeur Centre Hospitalier - BP 70348 - 22303 LANNION
Tél. : 02 96 05 71 19 - Fax : 02 96 05 70 57 - Mail : sec-affairesmedicales@ch-lannion.fr

Renseignements :

Docteur COLIN - Responsable de pôle - Tél. : 02 96 05 70 97

Possibilité d'hébergement ponctuel au sein de l'hôpital

LE CENTRE HOSPITALIER MAX QUERRIEN DE PAIMPOL SITUÉ EN BRETAGNE DANS LES CÔTES D'ARMOR, RECRUTE :

• MÉDECIN GÉRIATRE •

Mission de coordination et soins en EHPAD - Temps plein / Temps partiel

Ce médecin sera intégré à une équipe médicale gériatrique composée de 3 praticiens qui exercent sur : un service de soins de suite polyvalent, une unité de soins de longue durée et deux EHPAD. Il exercera des fonctions de coordination et de soins sur un EHPAD de 98 lits avec à l'appui un plateau technique de qualité (service d'urgences, laboratoire, service d'imagerie).

L'établissement, intégré dans une Communauté Hospitalière de Territoire, offre des consultations avancées de spécialistes et des soins de proximité avec :

- 94 lits de court séjour
- 88 lits de soins de suite
- 30 lits de long séjour
- 256 lits d'EHPAD
- 5 places d'HAD

Contacts :

- Direction des affaires médicales
affaires.medicales@ch-paimpol.fr - 02 96 55 61 10
- Monsieur le Dr Jean-Jacques BODENES - jeanjacques.bodenes@ch-paimpol.fr

Candidatures et CV à adresser à :

Monsieur le directeur - Centre Hospitalier Max Querrien
Chemin de Kerpuns - 22 500 PAIMPOL



CENTRE HOSPITALIER DE VENDOME

(42 mn de Paris en TGV)



RECHERCHE UN MEDECIN GERIATRE OU EN COURS DE FORMATION

Pour son pôle gériatrie (4 praticiens hospitaliers temps plein)

EHPAD - Court séjour gériatrique - SSR

Dont 307 lits d'EHPAD

15 lits de médecine gériatrique

50 lits de SSR

Adresser lettre de candidature et C.V. au :

Directeur du centre hospitalier - B.P. 30108 - 41106 Vendôme cedex

ou par mail : b.deneuille@ch-vendome.fr

Contacts :

Directeur - M.Roux - 02 54 23 33 00

Chef de pôle - Dr Ishac - 02 54 23 33 91



L'établissement propose deux postes innovants :



✓ Création d'une unité au sein du service d'accueil des urgences et rattachée au court séjour gériatrique : praticien pour l'équipe de médecine d'urgences personnes âgées.

✓ Poste en court séjour gériatrique dédié à la prise en charge des patients dans les services de :

- Chirurgie digestive, générale et endocrinienne.
- Chirurgie orthopédique et traumatologique.

Vous pouvez contacter :

Monsieur Pascal GAUDRON - Directeur des Affaires Médicales au C.H.U. de Limoges
Tél. : 05 55 05 60 04 - Fax : 05 55 05 80 43 - Mail : pascal.gaudron@chu-limoges.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE VILLENEUVE SUR LOT recherche un médecin gériatre

pour occuper un poste temps plein de praticien au sein de sa filière gériatrique

Pour tous renseignements sur l'organisation du pôle, s'adresser à : Dr TABUE TEGUO
Tél. : secrétariat 05 53 49 90 86
E-mail : maturin.tabueteguo@st-cyr.fr

Pour tous renseignements administratifs, s'adresser à : Mme RASSOUL
Tél. : 05 53 40 53 41
E-mail : fatna.rassoul@ch-stcyr.fr

Par courrier postal :
2, Bd Saint-Cyr de Cocquard
47300 Villeneuve-sur-Lot

L'équipe médicale du Pôle Médecine Gériatrie est composée de 8 praticiens qui se partagent les activités de court séjour gériatrique, consultations gériatriques, cardiogériatrie et polyvalente, SSR, consultation douleur, EMOG, consultation mémoire, EHPAD, auxquelles s'ajoutent la participation à des recherches et publications en gériatrie.

Au total le Pôle Médecine-Gériatrie comprend 292 lits et places dont 160 d'EHPAD (avec programme d'extension de 71 lits en cours), 35 de SSR, 61 de SAD et 36 de Rhumatologie et court séjour gériatrique.

Les activités de Court Séjour, de SSR et de consultation s'intègrent dans les structures sanitaires qui seront déménagées début 2015 dans un nouveau pôle de santé construit à la lisière de la ville et présentant tous les avantages des dernières générations architecturales et technologiques hospitalières.

Les Jardins de Sophia

Clinique Alzheimer Agglomération de Montpellier

Recherche un gériatre

0,5 ETP pour son SSR et son USLD
Participation aux astreintes médicales

Candidatures à adresser au directeur :

Clinique Les Jardins de Sophia - 715, chemin du Mas de Rochet
34170 Castelnau-le-Lez
secretariat@jardinsdesophia.com

www.jardinsdesophia.com

Les Jardins
de
Sophia
CLINIQUE ALZHEIMER



LE CENTRE HOSPITALIER DE BAGNOLS-SUR-CEZE (LANGUEDOC-ROUSSILLON / GARD) 30 min Avignon TGV

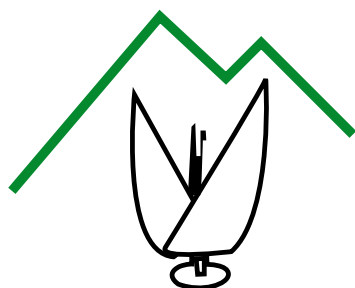
250 lits MCO, maternité niveau II-A.
Plateau technique complet : scanner - IRM.
Grosse activité médicale et chirurgicale.
Etablissement dynamique en cours de modernisation complète.
Pôle Médecine en progression d'activité.
Bassin de 140 000 habitants.

Recrute

UN PRATICIEN HOSPITALIER GERIATRE

Contacter :

- Dr Ruiz - Responsable du Service - Tel : 04 66 79 11 48
- Béatrice Domenges - Directeur Adjoint - Tel : 04 66 79 10 00 - Fax : 04 66 79 11 92
- Direction Affaires Médicales - BP 75163 - 30205 Bagnols-sur-Cèze Cedex



HOPITAUX DU LEMAN

Adresser CV et lettre de motivation :

p-berger@ch-hopitauxduleman.fr
f-roy@ch-hopitauxduleman.fr
Affaires médicales : 04 50 83 20 21

LES HOPITAUX DU LEMAN

Thonon - Haute - Savoie
35 Km Genève - Bord du lac Léman, proximité montagnes

recherchent pour le pôle gériatrique

UN MÉDECIN GÉRIATRE À TEMPS PLEIN

pour renforcer sa filière gériatrique
Activités : consultations-évaluations équipe mobile gériatrique intra et extra hospitalière



LE CENTRE HOSPITALIER DE VITRY LE FRANCOIS (51)

situé à 70 km de Reims, 160 km de Paris et 15 mn du Lac du Der, composé de 3 sites : l'hôpital, l'EHPAD et le SSIAD, recrute

1 MEDECIN GERIATRE (H/F - temps plein)

Principales missions :

- Assurer l'encadrement médical de l'unité de court séjour gériatrique (10-12 lits).
- Assurer les consultations mémoires et participer à la prise en charge médicale du SSR polyvalent.
- Finaliser et mettre en œuvre le projet médical de gériatrie de l'ensemble du centre hospitalier.

Profil :

- Médecin spécialiste en gériatrie ou en cours de formation pour obtenir la qualification (indispensable).
- Astreinte opérationnelle organisée dans le cadre d'une équipe de 5 médecins.



Envoyer lettre de candidature + CV :

CENTRE HOSPITALIER DE VITRY LE FRANCOIS
Mme FLEAUX - DRH - 2, rue Charles Simon - 51308 Vitry Le François
Tél. : 03 26 73 60 66 - Courriel : k.fleaux@ch-vitrylefrancois.fr

«L'EHC à vos côtés pour la vie»

L'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) couvre les soins aigus, la réadaptation et l'hébergement. Plus de 1'200 collaborateurs motivés mettent quotidiennement leurs compétences au service des patients qui nous témoignent leur confiance.

Nous recherchons un(e) :

MÉDECIN CHEF-FE DE CLINIQUE ADJOINT-E À 100%

Ensemble hospitalier
de la Côte



Afin de renforcer notre équipe du CTR (Centre de Traitements et Réadaptation) d'Aubonne-Gilly, à partir du 1^{er} décembre 2013 ou à convenir.

NOUS OFFRONS

- La possibilité de rejoindre une équipe dynamique, des conditions de travail attrayantes, des responsabilités, et l'opportunité de conduire des actions permettant le développement des activités du CTR et de la gériatrie au sein de l'EHC.
- L'opportunité de travailler dans un centre reconnu pour la formation en gériatrie.
- La possibilité d'intégrer une équipe spécialisée en soins palliatifs et de collaborer sous la supervision de médecins chefs gériatres.
- Une grande autonomie dans le travail, tout en encadrant les médecins-assistants (6 au total) et en collaborant avec d'autres chefs de clinique.

VOUS POSSÉDEZ

- Diplôme fédéral de médecin ou équivalent, FMH en médecine interne ou générale (ou en voie d'obtention).
- Un intérêt particulier pour la réadaptation gériatrique et les soins palliatifs.
- Une flexibilité et une collégialité.
- La capacité de travailler en équipe interdisciplinaire.
- Un moyen de locomotion.

Les dossiers complets sont à adresser par courriel à competences@ehc.vd.ch, ou à l'adresse suivante : Ensemble hospitalier de la Côte, département RH, référence 13-063, Chemin du Crêt 2, 1110 Morges, Suisse
Informations : Aurélie Jourdan, assistante RH, au 00 41 21 804 25 97

TOUTES NOS OFFRES SUR www.ehc-vd.ch

Rejoignez la communauté des Gériatres



Sur
Reseauprosante.fr

Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseauprosante.fr



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 !!**