

# LA GAZETTE

DU JEUNE GÉRIATRE



NUMÉRO 10  
Septembre 2015  
NUMÉRO GRATUIT

# La DMLA en pratique



ARTICLES  
THÉMATIQUES



L'ACTU



MÉMOIRES & THÈSES



ANNONCES  
DE RECRUTEMENT



## COMPOSITION DU BUREAU 2015 - 2016

### Président

Guillaume Deschasse

### Président(e)s d'honneur

Cédric Annweiler  
Sophie Moulias

### Secrétaire Générale

Aurélie Tahar

### Trésorier

Guillaume Ducher

### Rédacteur en Chef de la Gazette

Aurélie Tahar

Assistant : Guillaume Deschasse

### Website et mailing list

Maître tisserand : Van Mô Dang  
Assistants : Guillaume Deschasse,  
Guillaume Ducher, Nabilla Ferahta,  
Gilles Loggia

### Réseaux sociaux : Facebook & LinkedIn

Nabila Ferrata,  
Anne-Sophie Gilloz,  
Guillaume Deschasse

### Référents locaux

*Interrégion d'Ile-de-France*  
Hélène Vallet, Elise Cotto  
(Paris)

### *Interrégion Sud-Ouest*

Guillaume Ducher  
(Clermont-Ferrand, Auvergne)

### *Interrégion Nord-Est*

Dominique Mengue  
(Avallon, Bourgogne)

### *Interrégion Nord-Ouest*

Gilles Loggia  
(Caen, Basse Normandie)

### *Interrégion Ouest*

Florent Seite  
(Poitiers)

### *Interrégion Rhône-Alpes*

Mô Dang  
(Grenoble)

### *Interrégion Antilles-Guyane*

Tatiana Basileu  
(Guadeloupe)

### *Interrégion Sud*

Poste vacant

# SOMMAIRE

PAGE  
03

## L'EDITO



PAGE  
04

## ARTICLES THÉMATIQUES

La DMLA en pratique



PAGE  
08

## ACTUALITÉ

Du nouveau dans la prévention des  
prescriptions médicamenteuses inappropriées



PAGE  
12

## MÉMOIRES ET THÈSES

Résumés des thèses et mémoires de gériatrie



PAGE  
17

## ANNONCES

de recrutement





## ***Bonjour à tous et bonne rentrée académique,***

C'est la 10<sup>ème</sup> édition de la gazette du jeune gériatre et j'espère qu'elle vous plaira. Il s'agit donc d'un anniversaire (certes modeste) et aussi le moment de faire le bilan des années écoulées depuis sa création. C'est aussi pour moi le moment de céder la place de Président de l'AJGH et donc une autre raison de faire le bilan de l'AJGH. Ces dernières années auront été marquées par l'explosion du nombre de membres, l'augmentation du nombre de gazette diffusée et une ébauche d'organisation scientifique au sein de notre revue. Notre mailing list nous permet de diffuser de nombreuses annonces de poste et d'informations utiles à tous. Il s'agit donc pour ma part d'un bilan positif sous le signe du rassemblement. Le deuxième temps sera sans doute celui de la mobilisation car avec la création du DES et la demande croissante de gériatres, le terrain va devenir plus propice pour s'organiser tant au niveau local que régionale ou nationale. Je ne me fais donc pas de soucis pour la prochaine équipe. L'assemblée générale se déroulera en octobre probablement pendant les journées annuelles de la SFGG (le lieu et l'heure seront disponibles sur le site internet). Vous êtes tous les bienvenus (l'inscription à l'AJGH est gratuite et la seule obligation est d'être en cours de formation ou diplômé depuis moins de 7 ans). Si je ne poursuis pas la présidence, je resterai néanmoins actif auprès de l'AJGH d'une manière ou d'une autre, afin de permettre à la nouvelle équipe d'être la plus performante le plus vite possible. Vive le nouveau bureau.

Pour ce nouveau numéro de la gazette du jeune gériatre, nous vous proposons deux articles scientifiques, deux revues narratives sur des thèmes gériatriques et dynamiques : les critères STOPP and START et la DMLA d'autre part. Nous espérons que cette lecture vous plaira.

Comme désormais à chaque numéro, nous publions les résumés de thèses et de mémoires de gériatrie. D'une part, cela nous permet de diffuser les travaux de chacun et d'en prendre connaissance pour affiner nos réflexions gériatriques, d'autre part, cela permet de faire valoir une publication dans une revue gériatrique.

L'AJGH organise cette année à la demande du Pr Olivier Hanon une session aux journées annuelles de la SFGG en octobre à Paris (Cf. annonce en page 15). Cette session portera sur les outils informatiques disponibles pour faire de la recherche clinique. Peu d'entre nous sont familiarisés avec des logiciels de bibliographie ou de statistique ou encore savent monter une base de données exploitables et probablement encore moins la déclarer à la CNIL ; ce sera l'enjeu de notre session où nous ferons quatre interventions sur la déclaration à la CNIL, l'utilisation d'un logiciel de bibliographie (Zotero), de statistique « R », de gestion de données Excel Microsoft. Nous bénéficierons d'une intervention par un agent de la CNIL qui nous présentera les nouveautés légales et nous familiarisera avec la déclaration d'un recueil de données. Les trois autres interventions seront assurées par des jeunes gériatres. N'hésitez pas à venir avec votre ordinateur sur les genoux avec Zotero, R et Excel pour bénéficier au mieux des explications pratiques. Si cette expérience est positive, nous essayerons d'organiser des ateliers pour les prochaines JASFGG.

Nous espérons que la lecture de la gazette vous plaira et nous nous donnons tous rendez-vous pour les journées annuelles de la SFGG en octobre.

# ARTICLES THÉMATIQUES



## La DMLA en pratique

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (ou DMLA) est devenue un problème de santé publique majeur en ophtalmologie devant une population certes vieillissante mais de plus en plus active. Elle trône, avec la cataracte et la neuropathie glaucomateuse, en tête des causes de malvoyance et de cécité légale chez les personnes âgées malgré les progrès thérapeutiques actuels. Toutefois, une prise en charge rapide, dès les premiers symptômes de la maladie, permet de limiter le handicap visuel résultant.

### DMLA et clinique

La DMLA n'est pas qu'un simple vieillissement oculaire. Des anomalies supplémentaires localisées au niveau de l'épithélium pigmentaire rétinien et de la chorio capillaire, sont associées à l'origine d'un syndrome maculaire (entité regroupant une baisse d'acuité visuelle surtout de près, des métamorphopsies, des scotomes, des dyschromatopsies, une micropsie et/ou une diminution de la sensibilité aux contrastes). Les patients sont de plus en plus sensibilisés aux signes fonctionnels d'appel, notamment grâce aux campagnes de prévention radiophoniques et/ou télévisuelles.



Figure n°1 : campagne de prévention de la DMLA, sensibilisant les patients aux métamorphopsies.



Figure n°2 : campagne de prévention de la DMLA, sensibilisant les patients aux scotomes centraux.



Deux formes cliniques existent. D'une part, la forme atrophique, dite « sèche », correspondant à une disparition localisée de l'épithélium pigmentaire et des photorécepteurs associée à une raréfaction de la chorio capillaire, avec un retentissement fonctionnel variable en fonction de l'implication de la fovéola et évoluant progressivement. D'autre part, la forme exsudative, dite « humide », correspondant à un développement de vaisseaux néoformés provenant de la choroïde, laissant diffuser du sang et des fluides délétères sur la rétine, avec un retentissement visuel plus bruyant.

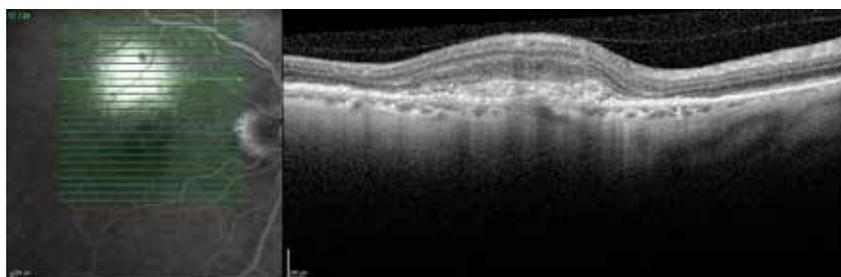
Les progrès de l'imagerie, avec la tomographie par cohérence optique Spectral-Domain (SD-OCT) et l'angiographie à la fluorescéine et au vert d'indocyanine, ont permis de poser un diagnostic précoce et précis. Le SD-OCT, nouvelle génération d'OCT apparue en 2007, permet notamment une analyse des modifications de la structure du tissu rétinien et/ou sous rétinien ainsi qu'une mesure précise de l'épaisseur rétinienne. C'est ainsi qu'il est devenu l'examen clé du suivi de l'efficacité du traitement. Dans la DMLA atrophique, il montre les plages d'atrophie caractérisées par une hyper réflectivité des couches choroïdiennes suite à la disparition de l'épithélium pigmentaire. Dans la DMLA exsudative, il met en évidence la présence des vaisseaux néoformés ainsi que les conséquences de leurs exsudations (œdème intra rétinien, décollement séreux rétinien, etc.). L'angiographie à la fluorescéine et au vert d'indocyanine, technique pratiquée depuis de nombreuses décennies, est réalisée en complément du SD-OCT. Elle permet de définir le type de vaisseaux néoformés et leur extension.



**Figure n°3 :** SD-OCT maculaire d'une DMLA atrophique, montrant une visualisation accentuée de la choroié suite à la disparition de l'épithélium pigmentaire qui constitue en temps normal une sorte d'écran au faisceau laser.



**Figure n°4 a :** fond d'œil droit d'une patiente de 83 ans présentant une baisse d'acuité visuelle mettant en évidence une hémorragie au niveau de l'arcade temporale supérieure.



**Figure n°4 b :** SD-OCT maculaire montrant une hyper réflectivité pré épithéliale en faveur d'un vaisseau néoformé dit visible, sans signe exsudatif associé.



**Figure n°4 c :** angiographie à la fluorescéine (à gauche) et au vert d'indocyanine (à droite) mettant en évidence ce vaisseau néoformé visible via l'hyperfluorescence diffuse.

# ARTICLES THÉMATIQUES

## DMLA et thérapeutique

Aucune étude d'intervention pour la prévention primaire de la DMLA n'a malheureusement vu le jour. Cependant, pour prévenir l'évolution de la DMLA, l'étude AREDS (Age Related Eye Disease Study) avec son rapport n°8 publié en 2001, a permis de montrer l'intérêt d'une supplémentation par vitamines anti-oxydantes à hautes doses et oligo-éléments.

Cette étude d'intervention, portant sur 3 557 patients de 55 à 80 ans avec un suivi de 6 ans, a évalué l'intérêt des doses importantes de micronutriments (vitamine C et E, Zinc) aux stades précoces bilatéraux ou tardifs unilatéraux de la maladie. A été retrouvée une diminution de 25 % du risque de progression de la maladie et du risque de baisse d'acuité visuelle dans le groupe recevant à la fois les anti-oxydants et le zinc. D'autres règles hygiéno-diététiques sont à proposer aux patients, en plus d'une alimentation riche en poisson gras et légumes verts : l'arrêt du tabac, la protection vis-à-vis des lumières trop fortes, etc.

En 2006 sont arrivés les anti-VEGF, véritable révolution dans le domaine de l'ophtalmologie. C'est actuellement le traitement, de première intention, efficace pour les DMLA exsudatives, ayant pour but d'éviter la malvoyance, au prix d'une contrainte lourde pour le patient et d'un coût élevé pour la société (les différents produits sur le marché pour une injection ayant un coût de l'ordre de 800 euros actuellement). Ces anticorps monoclonaux, inhibant le facteur de croissance des cellules endothéliales, sont injectés dans des conditions d'asepsie stricte par voie intra vitréenne. Plusieurs protocoles d'injection existent selon les centres, de périodicité mensuelle (comme le protocole PRONTO) ou bien plus espacée (comme dans l'Inject & Extent). Les études « real-life », pour la plupart, mettent en lumière le bienfait de ces injections intra vitréennes répétées avec une amélioration, une stabilisation ou une perte de moins de 15 lettres ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study), soit environ 3 lignes de lecture, chez près de 85 % des patients.



**Figure n°5 :** Les injections intra vitréennes sont réalisées en ambulatoire dans une pièce dédiée. Après une désinfection soignée à la povidone iodée et une anesthésie locale par collyre, un champ stérile et un blépharostat sont mis en place. Zéro virgule zéro cinq millilitre de l'anti VEGF est injecté à 4 mm du limbe cornéen (pour les patients phakes) et à 3,5 mm du limbe (pour les patients pseudo-phakes).

Par ailleurs, la photothérapie dynamique (PDT) à la vertéporfine (Visudyne®), unique arsenal thérapeutique avant 2006, permet elle aussi une occlusion des néovaisseaux choroïdiens au dépend d'un scotome central séquellaire. Elle trouve sa place aujourd'hui en traitement combiné avec les anti-VEGF. Elle est indiquée en seconde intention lorsque la monothérapie par anti-VEGF est insuffisante (notamment dans le cas des vasculopathie polypoïdale et des décollements de l'épithélium pigmentaire vascularisé), lorsqu'il existe une récurrence exsudative trop fréquente malgré les anti-VEGF ou en cas de mauvaise compliance du patient au traitement.



En revanche, concernant la DMLA sèche, aucun traitement actif n'est commercialisé ce jour. Les espoirs sont fondés sur le lampalizumab, anticorps monoclonal injecté lui aussi par voie intra vitréenne, qui permettrait un ralentissement de l'expansion de l'atrophie géographique maculaire. Il est actuellement en phase 3 d'essai clinique et sa mise sur le marché est prévu pour 2017.

La rééducation basse-vision est un pan clé du traitement de la DMLA, permettant aux patients d'utiliser au mieux le capital visuel restant et de contrecarrer leur handicap sensoriel. Une évaluation initiale de la fonction visuelle résiduelle permet de cerner les différentes possibilités visuelles et de mettre en place les exercices et moyens nécessaires à chaque patient : exercice pour la discrimination visuelle, exercice pour la coordination œil-main couplée à des systèmes grossissants, des conseils sur l'éclairage, des conseils pour l'amélioration des contrastes, etc.

La DMLA n'appartient pas aux 30 maladies exonérantes du ticket modérateur. Elle peut être classée en ALD hors liste pendant 2 ans ou en polyopathie invalidante en présence d'autres affections.



Les progrès thérapeutiques de ces dernières années ont permis de ralentir le handicap visuel des DMLA humides, forme clinique se manifestant par un syndrome maculaire aiguë. Contrairement à cette dernière, la DMLA sèche évolue progressivement et des traitements actifs sont à l'étude. Cette pathologie ne doit pas être sous-diagnostiquée sous peine d'isoler davantage les patients du monde extérieur.

**Clémence DESCHASSE**

Service d'Ophtalmologie, CHU Dijon, France

**Claire DUGOU**

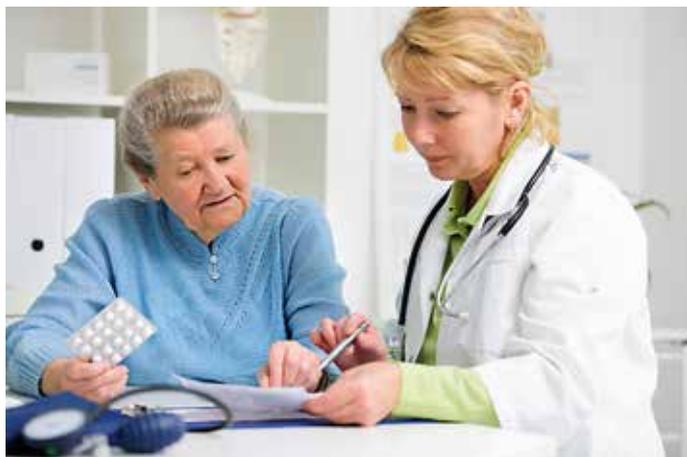
Médecine Générale, Faculté de Tours, France



## Du nouveau dans la prévention des prescriptions médicamenteuses inappropriées :

### Les critères STOPP/START.v2 sont en français

Les effets indésirables (EI) liés aux médicaments représentent actuellement une problématique majeure de santé publique dans la population âgée [1, 2]. La polymédication et la prescription médicamenteuse inappropriée (PMI) sont les facteurs de risque les plus reconnus des EI [3]. Toutes deux ont des effets négatifs sur la santé et la qualité de vie, et augmentent le risque de iatrogénie et l'utilisation des ressources de santé [4, 5] et ce d'autant plus qu'il s'agit de sujets âgés, fragiles et multi-morbides [6, 7].



Dans une démarche de prévention [8], l'outil STOPP-START de détection de la PMI a été développé en 2008 [9] et validé en français en 2009 [10]. Il est encore le seul à ce jour à prendre en considération les deux volets de la PMI en proposant une liste de critères de prescription potentiellement inappropriée (PPI = STOPP) et une liste de critères d'omission potentielle de prescription (OP = START) [11]. Depuis lors, les critères STOPP

ont montré qu'ils étaient associés au risque d'EI [12] et d'admission non-programmée à l'hôpital [13]. Les critères STOPP-START utilisés dans le cadre d'une intervention à un moment donné d'une hospitalisation améliorent de façon significative la qualité de la prescription médicamenteuse [14, 15] avec un effet rémanent jusqu'à 6 mois après l'intervention [16] et appliqués dans les 72 heures après l'admission, ils réduisent le risque d'EI ainsi que la durée d'hospitalisation [16]. Comparés aux autres outils de détection de la PMI, les critères STOPP-START apparaissent mieux organisés, plus sensibles et représentent un format d'utilisation facile et d'intérêt en pratique clinique [11,17].

En comparaison à la version.1, les critères STOPP-START.v2 comportent 115 critères [18], ce qui correspond à une augmentation de 31 % du nombre total de critères. Quinze critères de la version.1 n'ont pas été repris dans la version.2 soit au total l'ajout de 43 nouveaux critères. Ainsi, les utilisateurs habitués à la version.1 devront s'habituer à la nouvelle version et notamment à la désignation des systèmes physiologiques. En effet, la liste STOPP.v2 est composée de 12 sections (A à N) dont trois nouvelles (A, C, E). Une vingtaine de nouveaux critères font également leur apparition, parmi lesquels : (i) les médicaments sans indication clinique (critère STOPP-A1 ; aspirine ou statine en prévention cardiovasculaire primaire, par exemple) ; (ii) trois nouvelles classes, à savoir l'hémostasie (classe C), l'altération de la filtration glomérulaire (catégorie E : AINS, metformine, digoxine, AOD, colchicine), et les médicaments à effets anticholinergique (classe N) ; (iii) des médicaments à toujours remettre en



question (la benzodiazépine, l'antihistaminique de 1<sup>ère</sup> génération, le fer oral à dose élevée, et la ticlopidine pour les pays où elle est toujours disponible) ; (iv) sept médicaments à questionner s'ils sont utilisés en première intention dans des situations peu sévères (amiodarone, diurétique de l'anse, antihypertenseur à action centrale, opiacé, antidépresseur tricyclique, fluoxétine) ; et (v) d'autres médicaments potentiellement inappropriés tels que la digoxine pour une insuffisance cardiaque à fonction systolique conservée, un diurétique de l'anse pour des œdèmes liés à de l'insuffisance veineuse ou lymphatique, un diurétique thiazidique en cas de troubles ioniques, un inhibiteur de l'acétylcholine estérase en cas de bradycardie importante ou de trouble de conduction cardiaque. De la liste STOPP.v2 ont par contre disparu : (i) la catégorie « patients chuteurs » (dont la définition était sans doute trop peu spécifique : « chute(s) au cours des 3 derniers mois ») ; (ii) l'aspirine ou le clopidogrel pour prévention cardiovasculaire primaire ou pour vertiges sans rapport avec une maladie cérébro-vasculaire, ainsi que le traitement de la démence par opiacé (ces prescriptions n'ayant pas d'indication clinique établie appartiennent désormais au critère A1 de STOPP.v2) ; et (iii) 9 autres critères de STOPP.v1 (A5, A8, A9, A10, B10, C1, F5, H3, H5 et I3) considérés comme insuffisamment robustes ou inconsistants selon les données de la littérature [18]. Au total, la liste STOPP.v2 est passée de 65 à 81 critères (+ 29 %) et cible 42 substances/classes médicamenteuses. Comme c'était déjà le cas dans la liste STOPP.v1, plusieurs médicaments fréquemment prescrits chez les personnes âgées appartiennent à plusieurs classes de la liste, ce qui rend la tâche du clinicien plus complexe : les  $\beta$ -bloquants, les anticalciques, les anticoagulants oraux directs (AOD), l'aspirine, les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), les glucocorticoïdes, les tricycliques, les benzodiazépines, les opiacés, les médicaments à effets anticholinergiques, et d'autres encore. Nous pensons qu'une organisation à l'avenir des critères de STOPP par classe médicamenteuse et non pas par système physiologique pourrait d'ailleurs être une approche plus cohérente encore.

Dans la liste START.v2, sont apparus : (i) deux systèmes (uro-génital ; ophtalmologique) ; (ii) une indication générique de vaccination (antigrippale annuelle ; anti-

pneumococcique) ; et (iii) des indications médicamenteuses spécifiques en cas de pics douloureux, de goutte, de glaucome, d'hypertrophie prostatique obstructive, d'atrophie vaginale, de syndrome des jambes sans repos, de démence modérée à sévère. Trois médicaments sont eux-mêmes des indications de prescription médicamenteuse : le methotrexate indique un supplément en acide folique, la corticothérapie orale prolongée un traitement par biphosphonates en plus d'un apport vitamino-calcique, tandis qu'un traitement opiacé prolongé indique la prescription d'un laxatif. Enfin, trois critères ont été élargis dans la liste START.v2 : un  $\beta$ -bloquant en cas d'insuffisance cardiaque systolique stable (A8) ; un antidépresseur de la classe SSRI en cas d'anxiété sévère (C5), qui peut utilement remplacer une benzodiazépine en pareil cas ; du calcium en cas de chutes, d'ostéopénie, ou de vie confinée à l'intérieur (E5). De la liste START.v2 ont principalement disparu trois critères concernant le diabète sucré, c'est-à-dire la metformine en cas de débit de filtration glomérulaire conservé (> 50 ml/min) ainsi que l'aspirine et la statine en prévention primaire des accidents cardiovasculaires chez le patient diabétique. Cette modification importante aura selon nous pour effet favorable de ne pas induire l'augmentation du nombre de médicaments chroniques chez les patients diabétiques âgés, ce que proposait la version.1. De plus, dans START.v2, plusieurs médicaments à visée cardio-vasculaire ont été limités dans leur indication : une statine en prévention secondaire si l'âge est inférieur à 85 ans (A5), un IEC si l'insuffisance cardiaque est à fonction systolique altérée (A6) ou si le diabète est protéinurique (F1). Au total, la liste START.v2 est passée de 22 à 34 critères (+ 55 %) concernant 30 situations cliniques.



# ACTUALITÉ

En ce qui concerne spécifiquement la version.2 en français, elle a été finalisée après modification, clarification et/ou illustration de certains critères de la version originale anglaise selon les commentaires des 11 experts francophones qui ont contribué à sa validation [19]. Sa version finale est en accès libre sur le site de la revue Neurologie Psychiatrie Gériatrie (Neurol Psychiatr Geriatr 2015;15(90) – <http://www.em-consulte.com/revue/NPG/presentation/npg>). Ainsi, huit critères STOPP.v2 ont été adaptés, suite aux avis des experts :

- A1 : des exemples, fréquents en pratique courante, ont été fournis (statine et aspirine en prévention cardio-vasculaire primaire) ;
- A3 : les benzodiazépines ont été ajoutées à la liste des exemples déjà proposés ;
- B8 : l'indapamide, apparenté au diurétique thiazidique, a été nommé ;
- B12 : l'importance du contrôle de la kaliémie a été soulignée en plaçant ce paramètre en début de critère ;
- H1 : les anti-COX-2 ont été retirés puisque leur innocuité sur le plan digestif n'est pas complète [20] ;
- L1-L2 : les aspects inappropriés (douleurs modérées pour L1 ; absence de laxatif pour L2) ont été placés en début de critère, pour clarifier ce qui rend la situation inappropriée ;
- N1 : une courte liste des classes de médicaments à effets anticholinergiques est donnée à titre d'exemple [21].

Pour la liste START.v2, quatre critères ont été mieux précisés :

- A1 et A2 : la notion de fibrillation atriale paroxystique a été ajoutée aux FA permanentes ou persistantes, conformément aux dernières recommandations [22] ;

En conclusion, si cette version STOPP-START.v2 en anglais [18] et en français [19] apparaît comme un outil de détection de la PMI au moins aussi logique, fiable et facile d'utilisation que la version.1, ses performances en matière d'utilisation en pratique quotidienne, tant dans la prévention des EI que l'amélioration de la qualité des prescriptions doivent encore être confirmées au travers d'études cliniques spécifiques. De plus, il apparaît de plus en plus impératif de développer une application pour appareils mobiles (iPhone et androides) afin de lever les barrières du nombre de critère afin de couvrir l'ensemble des conditions de PMI dans la population âgée et cela en prenant en considération toutes ses spécificités.

- D1 : le caractère sévère du reflux gastro-oesophagien a été rajouté, pour éviter une augmentation de la surprescription de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons ;
- E1 : des exemples de biothérapie et inducteurs de rémission ont été ajoutés (méthotrexate, hydroxychloroquine, minocycline, leflunomide, tocilizumab, etanercept, adalimumab, anakinra, abatecept, infliximab, rituximab, certolizumab et golimumab).



Une autre particularité de la version française des critères START.v2 est que contrairement à la version anglaise initiale, les critères sont présentés en commençant par la situation médicale suivie par la prescription en question [19]. A notre avis, ceci correspond mieux à la pratique clinique où le clinicien est confronté à des situations médicales qui appellent la vérification de la présence d'un médicament. La présentation des critères STOPP.v2 a été maintenue, puisqu'elle commence par le médicament qui demande la vérification de l'absence de situations qui rendent son utilisation potentiellement inappropriée. Nous espérons ainsi avoir encore plus rejoint la logique d'utilisation de l'outil. La numérotation et l'ordre de tous les critères de la version originale ont par contre été respectés afin de permettre les comparaisons entre les futurs projets de recherche.



## Références

1. Scott I, Jayathissa S. Quality of drug prescribing in older patients : is there a problem and can we improve it ? *Intern Med J* 2010;40:7-18
2. Cullinan S, O'Mahony D, Fleming A, Byrne S. A meta-synthesis of potentially inappropriate prescribing in older patients. *Drugs Aging* 2014;31:631-8.
3. Atkin PA, Veitch PC, Veitch EM, Ogle SJ. The epidemiology of serious adverse drug reactions among the elderly. *Drugs Aging* 1999;14:141-52.
4. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shebab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Eng J Med* 2011;365:2002-12.
5. Onder G, van der Cammen TJ, Petrovic M, Somers A, Rajkumar C. Strategies to reduce the risk of iatrogenic illness in complex older adults. *Age Ageing* 2013;42:284-91.
6. Lang PO, Michel JP, Zekry D. Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. *Gerontology* 2009;55:539-49.
7. Lang PO, Hasso Y, Dramé M, Vogt-Ferrier N, Prudent M, Gold G, Michel JP. Potentially inappropriate prescribing including under-use amongst older patients with cognitive or psychiatric co-morbidities. *Age Ageing* 2010;39:373-81.
8. Topinková E, Baeyens JP, Michel JP, Lang PO. Evidence-based strategies for the optimization of pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging* 2012;29:477-94.
9. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (screening Tool of older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008;46:72-83.
10. Lang PO, Hasso Y, Belmin J, Payot I, Baeyens JP, Vogt-Ferrier N, Gallagher P, O'Mahony D, Michel JP. STOPP-START: adaptation of a French language screening tool for detecting inappropriate prescriptions in older people. *Can J Public Health* 2009;100:426-31.
11. Lam MPS, Cheung BM. The use of STOPP/START criteria as a screening tool for assessing the appropriateness of medications in the elderly population. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2012;5:187-97.
12. Hamilton H, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, O'Mahony D. Potentially inappropriate medications defined by STOPP criteria and the risk of adverse drug events in older hospitalized patients. *Arch Intern Med* 2011;171:1013-9.
13. Dalleur O, Spinewine A, Henrard S, Losseau C, Speybroeck N, Boland B. Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria. *Drugs Aging* 2012;29:829-37.
14. Gallagher PF, O'Connor MN, O'Mahony D. Prevention of potentially inappropriate prescribing for elderly patients : a randomized controlled trial using STOPP/START criteria. *Clin Pharmacol Ther* 2011;89:845-54.
15. Dalleur O, Boland B, Losseau C, Henrard S, Wouters D, Speybroeck N, Degryse JM, Spinewine A. Reduction of potentially inappropriate medications using the STOPP criteria in frail older inpatients: a randomised controlled study. *Drugs Aging* 2014;31:291-8.
16. O'Mahony D, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Hamilton H, Barry P, O'Connor M, Kennedy J. STOPP & START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. *Eur Geriatr Med* 2010;1:45-51.
17. Curtain CM, Bindoff IK, Westbury JL, Peterson GM. A comparison of prescribing criteria when applied to older community-based patients. *Drug Aging* 2013;30:935-43.
18. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people : version 2. *Age Ageing* 2014;Oct 16. pii: afu145. [Epub ahead of print].
19. Boland B, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, Schmitt E, Pepersack T, Vogt-Ferrier N, Hasso Y, Dalleur O, Lang PO. Les critères STOPP/START version.2 : adaptation en langue française. *Neurol Psychiatr Geriatr* 2015;15 (In press) - Accès libre sur le site de la revue : <http://www.em-consulte.com/revue/NPG/presentation/npg>.
20. Castellsague J, Holick CN, Hoffman CC, Gimeno V, Stang MR, Perez-Gutthann S. Risk of upper gastrointestinal complications associated with cyclooxygenase-2 selective and nonselective nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Pharmacotherapy* 2009;29:1397-407.
21. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:616-31.
22. Vogel T, Geny B, Kaltenbach G, Lang PO. L'anticoagulation dans la fibrillation atriale du sujet âgé : point de vue du gériatre avec un focus sur les anticoagulants oraux directs. *Rev Med Interne* 2015;36:22-30.



## Résumés des thèses et mémoires de gériatrie



**Auteur :** Dr Julien MOYET

**Directeur de thèse :** Dr Isabelle DEFOUILLOY

**Soutenu le** 30 mars 2015 à Amiens

**Prévalence des escarres dans les EHPAD de picardie en 2014**

### Résumé

**Introduction :** En EHPAD, les résidents sont une population à risque de développer une escarre du fait d'un niveau de dépendance et de polypathologie importants.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude épidémiologique sur la prévalence des escarres dans les EHPAD de Picardie, évaluant également les moyens humains et matériels disponibles afin d'établir des axes d'amélioration de la prise en charge.

**Résultats :** 45 EHPAD ont répondu sur 162 interrogés, représentant une population de 3781 résidents avec une moyenne d'âge de 86,13 ans. La prévalence de l'escarre est de 7,25 %.

Il n'a pas été retrouvé de corrélation entre niveau de dépendance et prévalence de l'escarre. Les établissements avec un Gir Moyen Pondéré (GMP) supérieur à 800 ont une prévalence de 6,12 % avec également une présence infirmière moindre. Lorsque les résultats sont comparés par rapport à l'utilisation d'un outil de suivi, il n'y a pas de différence significative sur la prévalence ( $p=0,66$ ) alors qu'il existe une différence peu significative sur le niveau de dépendance ( $p=0,08$ ).

**Discussion :** Il semble important de déterminer des axes d'amélioration de la prise en charge globale de l'escarre en valorisant les protocoles de soins et la prévention. L'apport d'une expertise médicale au chevet des résidents paraît indispensable. Le développement de l'hospitalisation à domicile en EHPAD, des équipes mobiles gériatriques extra hospitalières et de la télémédecine pourrait permettre une meilleure offre de soins.

**Conclusion :** Le développement d'une approche préventive et d'une optimisation des soins pour les escarres est primordial pour l'amélioration de l'impact financier et de la qualité de vie.

**Mots-clés :** EHPAD, Escarre, Prévalence, Prévention, Douleur, Nutrition, Télémédecine.



**Auteur :** Dr Julien MOYET

**Directeur de thèse :** Dr Isabelle DEFOUILLOY

**Soutenance** en cours

**Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge globale de l'escarre a domicile**

## Résumé

**Introduction :** La prise en charge de l'escarre à domicile est un enjeu de santé publique. Le médecin généraliste en est au centre de par son rôle de coordonnateur et d'expert.

**Matériel et méthodes :** Les médecins généralistes d'Amiens ont été interrogés sur les grands axes de prise en charge de l'escarre à domicile afin de déterminer d'éventuelles difficultés et initier des axes d'amélioration.

**Résultats :** 40 médecins généralistes ont été randomisés et ont participé au questionnaire. Chaque praticien suivait en moyenne 4,26 patients porteurs d'escarres à domicile (écart type : 3,08) pour une moyenne d'âge de 79,65 ans. Le contexte polyopathologique est le plus représenté avec 73 % d'escarres. 88 % des escarres font suite à une hospitalisation et sont donc importées. Le manque de temps est clairement défini sur l'utilisation d'une échelle de facteurs de risques (85 %). Lorsque les résultats sont comparés par rapport à l'existence de difficultés dans la prise en charge, les médecins ressentant ces difficultés (60 %) suivent plus d'escarres dans un contexte de fin de vie ( $p = 0,025$ ).

**Discussion :** Des axes d'amélioration de la prise en charge de l'escarre à domicile sont proposés par un courrier de sortie plus informatif, une équipe mobile gériatrique extra hospitalière, l'HAD ou le réseau palpi80. Cela permettrait de soulager le médecin généraliste dans cette prise en charge chronophage.

**Conclusion :** L'extension du partenariat « ville-hôpital » peut faciliter la coordination de prise en charge de l'escarre par le médecin généraliste.

**Mots-clés :** escarre, domicile, médecin généraliste, prévention, traitements.



**Auteur :** Dr Maxime RUELLE

**Directeur de thèse :** Dr Antonio TEIXEIRA

**Soutenue le** 12 septembre 2013 à Paris

**Enquête sur le ressenti des médecins généralistes sur la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, leurs difficultés et les solutions apportées aux problèmes**

## Résumé

La population française vit un changement démographique caractérisé par le vieillissement de sa population associé à une majoration de la dépendance des sujets âgés. La part des patients âgés dépendants devrait passer de 14 % à plus de 30 %. La vision des médecins traitants de la problématique de la dépendance est essentielle compte tenu de leur place centrale dans cette prise en charge en vue d'améliorer les parcours de soins.

Un questionnaire avec questions à choix multiples fermés ou à réponse libre en fonction des items a été créé puis envoyé aux médecins généralistes intervenant auprès des personnes âgées de 4 arrondissements du Nord Parisien.

Une majorité des répondants (76 %) déclare avoir des difficultés dans la prise en charge de la dépendance de leurs patients, les difficultés s'articulent autour de 3 points principaux : les difficultés liées aux patients eux-mêmes, les difficultés liées à un manque d'information et celles attribuées à un manque de coordination.

Le vécu par les médecins généralistes quant à la problématique de la dépendance chez le sujet âgé est difficile, les difficultés s'articulant autour d'un manque d'information, d'un manque de coordination et des patients âgés. Il ressort de notre étude qu'il faut pouvoir proposer, non pas de nouvelles structures de coordination (beaucoup d'acteurs ont déjà ce rôle : médecin traitant, les réseaux de santé, les CLIC, les MAIA, les filières hospitalières gériatriques), mais surtout une meilleure communication, information et formation autour des structures, de leurs rôles, de leur place dans le système de soins pour la personne âgée pour l'ensemble des acteurs et tout particulièrement des médecins traitants.

**Mots-clés :** Personnes âgées dépendantes, médecine générale, parcours de soins.





Société  
Française de  
Gériatrie et  
Gérontologie

# 35<sup>èmes</sup> JOURNÉES ANNUELLES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE ET GÉRONTOLOGIE

**21-23 OCTOBRE 2015 PARIS**

**CENTRE DE CONFÉRENCE  
PARIS MARRIOTT RIVE GAUCHE**

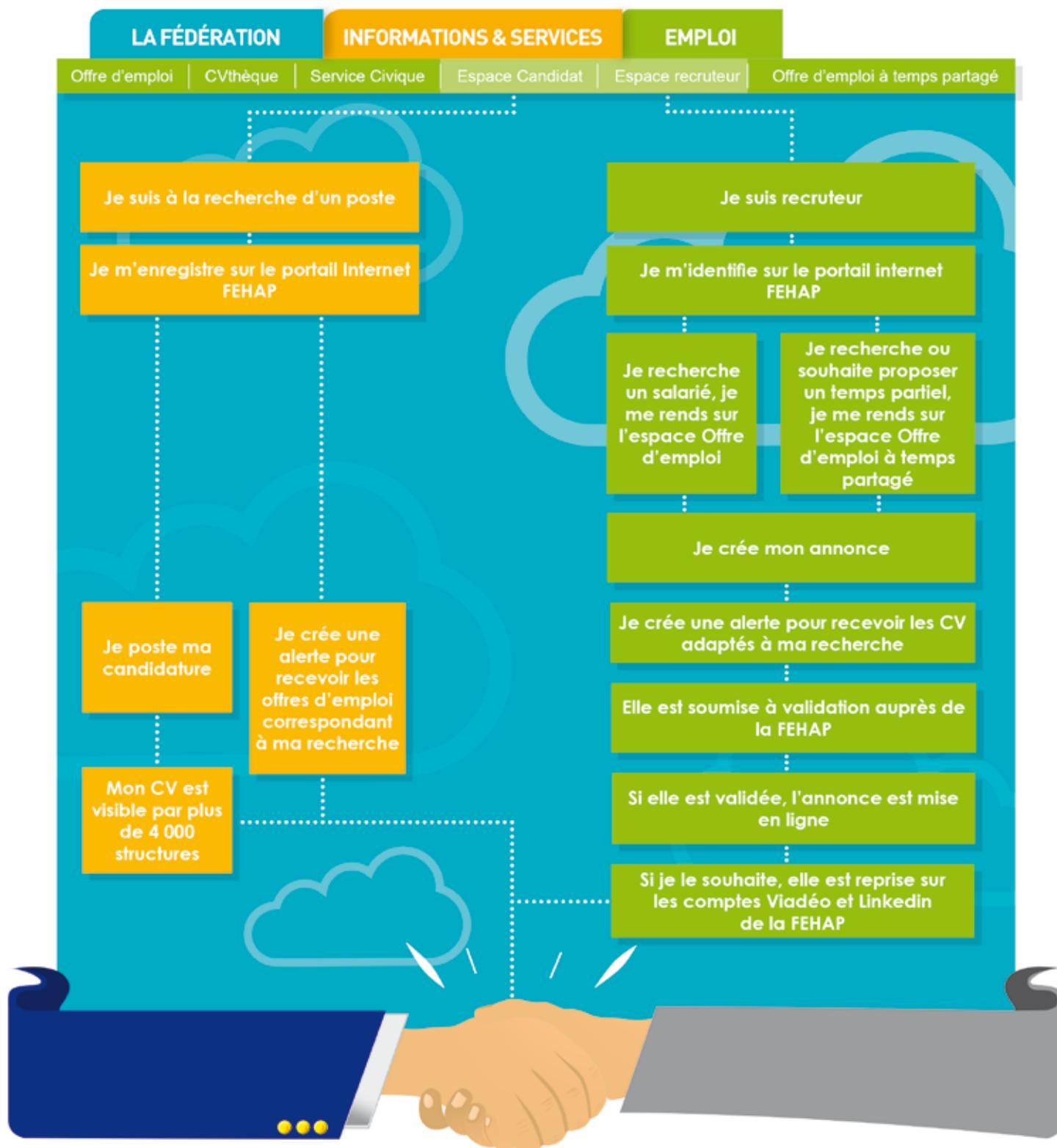
**INSCRIPTIONS ET HEBERGEMENT**

[www.jasfgg2015.com](http://www.jasfgg2015.com)  
[ins@jasfgg2015.com](mailto:ins@jasfgg2015.com)

**WWW.JASFGG2015.COM**

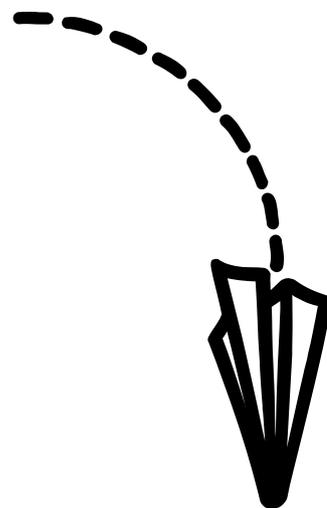
# RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet [www.fehap.fr](http://www.fehap.fr)





# ANNONCES DE RECRUTEMENT





## Le Centre Hospitalier de Die recherche un médecin généraliste à orientation gériatrique et/ou coordonnateur ehpad

### Descriptif :

- Affectation principale en EHPAD 157 lits dont 72 lits spécialisés pathologies Alzheimer ou apparentées et partagée avec 2 autres gériatres sur une activité de 10 lits de court séjour gériatrique.
- Possibilité de réaliser des consultations gériatriques (consultation mémoire).
- Participation aux astreintes de médecine, SSR, gériatrique (6 praticiens).
- Poste à temps plein à pourvoir dès septembre 2015.
- L'inscription à l'ordre des médecins est obligatoire.



### Contrat :

Praticien hospitalier,  
Praticien attaché,  
Praticien attaché ou associé  
(titulaire ou contractuel)

Les candidatures sont à adresser à : Madame la Directrice | Centre Hospitalier de Die | 2, rue Bouvier | 26150 Die | ou par mail : [direction@ch-die.fr](mailto:direction@ch-die.fr)



### Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc

D'une capacité de 250 lits de MCO à 60 kilomètres de Genève, 35 000 passages/an aux urgences, 19 000 séjours, 28 000 consultations spécialisées.

## NOUS RECHERCHONS 1 MEDECIN GERIATRE (ou en cours de formation) - TEMPS PLEIN

Pour le service des soins de suite gériatriques d'une capacité de 50 lits (site de Chamonix). Participation aux astreintes du secteur gériatrique (SSR, USLD, EHPAD) et aux activités d'évaluation et de consultation. Pôle gériatrie aux activités complètes : hospitalisation, hôpital de jour, consultations, équipes mobiles, etc.

### Candidature à envoyer :

Virginie Delrio-Collin - Responsable des Affaires Médicales  
[affairesmedicales@ch-sallanches-chamonix.fr](mailto:affairesmedicales@ch-sallanches-chamonix.fr) - 04 50 47 30 77

Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc - Direction des Affaires Médicales  
380, rue de l'Hôpital - BP 118 - 74703 Sallanches Cedex



Villefranche-sur-Saône  
Torain  
Trévoux  
St Cyr ou Mont d'Or

34 km de Lyon et 42 km de Mâcon - 646 lits - 1 790 personnels médicaux et non médicaux

## Recherche un gériatre pour le site de Villefranche-sur-Saône

### Candidatures à adresser à :

Monsieur Benoît VANDAME - Directeur des Ressources Humaines  
Boîte postale 436 - 69655 Villefranche-sur-Saône Cedex  
[bvandame@lhospitalnordouest.fr](mailto:bvandame@lhospitalnordouest.fr)



COMMUNAUTE  
HOSPITALIERE DE  
TERRITOIRE RANCE  
EMERAUDE



Centre Hospitalier de Saint-Malo



Centre Hospitalier de Cancale



Centre Hospitalier de Dinan

Le Centre Hospitalier "René PLEVEN" de Dinan (Côtes-d'Armor - Bretagne)

Recrute pour le pôle de gériatrie, sur la structure EHPAD,

**deux médecins gériatres ou deux médecins généralistes à temps plein ayant un grand intérêt pour la gériatrie**

Possibilité d'évolution vers un poste permanent. Postes à pourvoir immédiatement.

**Pour tout renseignement :** Monsieur le Docteur THIRION - Chef de pôle de gériatrie - Tél. secrétariat : 02 96 85 78 98

**Candidatures à adresser à :** Madame la Directrice - Centre Hospitalier "René PLEVEN"

Rue Chateaubriand - B.P. 91056 - 22101 Dinan Cedex - direction@ch-dinan.fr - Tél. : 02 96 85 72 90 - Fax : 02 96 85 72 91



**LE CENTRE HOSPITALIER  
DES PAYS  
DE MORLAIX (29)**  
établissement de 1043 lits  
et 241 places avec des activités  
MCO-Psychiatrie-SSR-USLD-EPMHAD

## MÉDECINS GÉRIATRES À TEMPS PLEIN (CAPACITÉ DE GÉRIATRIE OU DESC DE GÉRIATRIE)

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix cherche des **médecins gériatres à temps plein** (Capacité de Gériatrie ou DESC de Gériatrie) pour renforcer son pôle SSR- Personne Agée et accomplir les nouveaux projets de sa filière gériatrique :

- Développement d'une unité péri-opératoire « patient fragile »
- Développement de la consultation d'onco-gériatrie avec mise en place de suivi
- Développement d'une activité d'hôpital de jour et d'hôpital de jour SSR
- Développement la coordination au sein de ses EHPAD pour promouvoir l'EHPAD comme un lieu de vie.

**Notre filière gériatrique est déjà dynamique et complète :** court séjour, consultation mémoire, consultation d'oncogériatrie, unité mobile de gériatrie, SSR, EHPAD, USLD, UCC.

Par ailleurs, notre Centre Hospitalier comprend un grand nombre de spécialités (cardiologie, gastro-entérologie, médecine interne, médecine gériatrique, chirurgie viscérale et orthopédique, urgences, réanimation), d'un plateau technique performant, tout en restant proche du Centre Hospitalier Universitaire de Brest.

Vous pouvez faire parvenir vos candidatures au Docteur N. LE MEUR, chef de service et chef du pôle SSR- personnes âgées : Dr N. LE MEUR  
Centre Hospitalier des Pays de Morlaix - 15, rue Kersaint Gilly 29600 MORLAIX - Tél secrétariat : 02.98.62.60.84 - Courriel : nlemeur@ch-morlaix.fr

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

(Etablissement de 599 lits situé à 20 minutes de la côte, à 1 heure 30 de Rennes sur l'axe Rennes Brest)

# RECRUTE UN GERIATRE

Praticien hospitalier ou médecin généraliste s'inscrivant dans la filière gériatrique, en responsabilité d'unités médico-sociales de l'établissement.

### Pour tout renseignement contacter :

Madame Sylvie Briend - Directrice par Intérim Chargée des Affaires Médicales

Centre Hospitalier de Guingamp - 17, rue de l'Armor - BP 10548 - 22205 Guingamp

E-mail : sylvie.briend@ch-guingamp.fr

Pour toute information merci de prendre contact au 02 96 44 56 73





## Etablissement HAD AURA AUVERGNE 63118 CEBAZAT

Dans le cadre du développement de son activité, un second poste de **médecin coordonnateur** à mi-temps en CDI est à pourvoir.

*Disponibilité immédiate.*

**Profil :** médecin généraliste. Une expérience en HAD, oncologie médicale ou soins palliatifs serait un plus. Ce temps partiel peut être complété par un poste à mi-temps en SSR ou par une activité libérale.

**Mission :** Sous l'autorité du responsable d'établissement, vous êtes chargé de l'élaboration du protocole personnalisé de soins en lien avec le médecin prescripteur d'HAD et le médecin traitant du patient.

**Adresser candidatures et CV à : Monsieur Bayle - Directeur - HAD AURA Auvergne**

**Rue Marie Marvingt - CS 10001 Cébazat - 63360 Gerzat - Tél. : 04 73 98 98 10 - b.bayle@aura-auvergne.com**



Le Pôle Gériatrie Gérontologie du Centre Hospitalier Paul Ardière d'Issoire (63) (30 minutes au sud de Clermont Ferrand, 2 heures de Montpellier) **recrute**

## UN MEDECIN GERIATRE

Pour rejoindre son équipe au sein d'un pôle dynamique et sur des projets attractifs.

**Le pôle de gériatrie gérontologie propose une offre de soins de gériatrie avec :**

• Consultation d'évaluation gériatrique et des troubles de la mémoire labellisée (750-800 par an) • Unité de médecine gériatrique (court séjour gériatrique) (15 lits) • Unité SMTI (30 lits) • EHPAD (114 lits) dont une unité de vie alzheimer de 27 lits.

**Le praticien intégrera le pôle et aura comme missions :**

• La prise en charge des patients en unité de médecine gériatrique (court séjour gériatrique) • La possibilité de participer à la consultation d'évaluation gériatrique et des troubles de la mémoire • La participation à la permanence des soins du pôle de gériatrie par demi-gardes samedis et dimanches matin réparties entre les quatre médecins du pôle. Possibilité de participer aux gardes du service des urgences du centre hospitalier.

**Poste à temps plein praticien hospitalier ou assistant ou autre statut. Inscription à l'Ordre des médecins exigé.**

**Renseignements auprès de :**

**Monsieur le Docteur DENOZI - Chef du Pôle Gériatrie Gérontologie - 04 73 89 72 80 ou pdenozi@ch-issuire.fr**

**Monsieur le Directeur - 04 73 89 72 06**



**Poste à pourvoir  
dès octobre 2015**



## LE CENTRE HOSPITALIER DE DOUÉ-LA-FONTAINE RECRUTE UN MEDECIN COORDONNATEUR POUR SON SECTEUR EHPAD



### Qualification :

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

**Rémunération :** base ; praticien hospitalier.

**Les candidatures sont à adresser à :**  
**Madame Marie-Christine RUFFIE - Directrice**  
**par mail à : direction@hf-doue.idhl.fr**  
**ou par courrier au 30 ter rue Saint-François**  
**BP 39 - 49700 Doué-la-Fontaine**

**Descriptif :** Le Centre Hospitalier de Doué-la-Fontaine est composé :

• D'un secteur EHPAD de 205 lits d'accueil permanent, 10 lits d'hébergement temporaire et 6 places d'accueil de jour • Service de Médecine/Soins de suite de 40 lits.  
• Service de Soins Infirmiers à domicile de 59 places.

Le secteur EHPAD est en cours de reconstruction/restructuration dans le cadre d'un projet par phase qui s'achèvera en 2017.

### Missions conformes au décret en vigueur :

Autorité médicale et référent gériatrique de la structure, le médecin coordonnateur a notamment les missions suivantes :

• Evalue et classe les résidents (AGGIR et PATHOS) • Participe à la mise en place et à l'évaluation des volets Projet de Soins Projet de Vie du Projet d'Etablissement  
• Participe au processus d'admission des nouveaux résidents • Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques et soignantes • Coordonne le suivi du dossier de soins informatisé des résidents (logiciel E-Med) • Contribue à la qualité de la prise en charge des soins des résidents • Coordonne les différents intervenants soignants  
• Collabore avec le directeur d'établissement.

**Poste : médecin coordonnateur à 40%**

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 GERIATRE TEMPS PLEIN

(Unité de Court Séjour Gériatrique) - Poste à définir - Equipe dynamique

Adresser CV et lettre de motivation à :

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

Ou par mail : [secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr](mailto:secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr)

Pour tout renseignement sur le poste de gériatre :

Contact DR DEL MAZO - Chef du Pôle Gériatrie - Tél. : 05 61 96 21 89 - 06 47 79 33 30



La Fondation de Rothschild, privée à but non lucratif

recherche pour l'Unité de Soins de Suite Gériatriques (60 lits) inscrite dans le réseau gérontologique 75/2.

## un Médecin gériatre (H/F)

CDI Temps Plein.

Cet établissement, implanté au sein de la Maison de Retraite et de Gériatrie, est situé en plein cœur du 12<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, dans un quartier animé situé près de la place Félix Eboué (métro Daumesnil).

Il dispose de locaux spacieux, agréables et calmes, ouverts sur un parc de 15 000 m<sup>2</sup>, proche de la coulée verte.

Les rémunérations sont négociables en fonction de l'ancienneté,

FEHAP, CNN 51, avec reprise d'ancienneté, possibilité de détachement de la Fonction Publique.

Pour plus d'informations, contacter la conseillère RH au 01 44 68 71 08

Merci d'adresser votre candidature à : Fondation de Rothschild – CRH, 76, rue de Picpus, 75012 Paris ou par courriel : [secretariatdg@f-d-r.org](mailto:secretariatdg@f-d-r.org)

[secretaire.drh.fr](http://secretaire.drh.fr)



La Fondation de Rothschild, privée à but non lucratif

recherche pour l'un des plus importants EHPAD de France (510 lits), inscrit dans le réseau gérontologique 75/2

## un Médecin gériatre (H/F) responsable de pôle

Vous êtes chargé du management et de la conduite du projet médical d'un pôle de 180 lits.

CDI Temps Plein.

## un Médecin gériatre (H/F)

Vous assurez des fonctions cliniques dans le respect des bonnes pratiques professionnelles et du projet médical de l'établissement.

CDI Temps Plein

La Maison de Retraite et de Gériatrie est située en plein cœur du 12<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, dans un quartier animé situé près de la place Félix Eboué (métro Daumesnil). Elle dispose de locaux spacieux, agréables et calmes, ouverts sur un parc de 15 000 m<sup>2</sup>, proche de la coulée verte.

Les rémunérations sont négociables en fonction de l'ancienneté FEHAP, CNN 51, avec reprise d'ancienneté, possibilité de détachement de la Fonction Publique.

Pour plus d'informations, contacter la conseillère RH au 01 44 68 71 08

Merci d'adresser votre candidature à : Fondation de Rothschild – CRH, 76, rue de Picpus, 75012 Paris ou par courriel : [secretariatdg@f-d-r.org](mailto:secretariatdg@f-d-r.org)

[secretaire.drh.fr](http://secretaire.drh.fr)



## LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

900 lits et places. Plateau technique incluant scanner et IRM. Réseau autoroutier : 1h d'Orléans, 2h de Paris, 1h30 de Tours et de Clermont-Ferrand (agglomération 100 000 habitants), recherche h/f

### Praticien Hospitalier ou Praticien Contractuel ou assistant (capacité de gériatrie)

Pour rejoindre une équipe de praticiens hospitaliers au sein du Pôle de Gériatrie de l'établissement, comprenant 45 lits de MCO, 105 lits de SSR, un hôpital de jour gériatrique, une consultation mémoire labellisée, une équipe mobile gériatrique, un accueil de jour de 20 places, une USLD de 60 lits et une EHPAD de 132 lits. Participation aux astreintes spécifiques de gériatrie en semaines, week-end et jours fériés.

Pour tout renseignement, s'adresser au Docteur Rigondet, responsable du pôle gériatrie **T. 02.48.48.49.56 - veronica.rigondet@ch-bourges.fr**  
Envoyer votre CV et lettre de motivation au CH de Bourges, 145 avenue François Mitterrand, 18020 Bourges Cedex

Direction Affaires Médicales : **benedict.e.soilly@ch-bourges.fr / marie.pintaux@ch-bourges.fr**

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

AXIAL



## LE CENTRE HOSPITALIER DU CHINONNAIS (Indre-et-Loire - 37) à 30 minutes de Tours

Etablissement public de santé proposant une offre de soins et de prise en charge sanitaire et médico-sociale de proximité recrute

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

Pour rejoindre l'équipe médicale du Pôle de Soins de Suite et Gériatrie avec une organisation de travail proposée en roulement par périodes alternées de 4 ou 6 mois dans les services de Soins de Longue Durée - E.H.P.A.D (300 lits), et de Soins de Suite et de Réadaptation Court Séjour Gériatrique (82 lits et 1 place).

#### Statut proposé selon dossier :

- > Médecin thésé et inscrit au conseil de l'ordre : praticien hospitalier (mutation) ou praticien contractuel.
- > Médecin non thésé en fin de cursus d'internat ou de résidanat : faisant fonction d'interne.

#### Les renseignements concernant ces emplois peuvent être obtenus auprès de :

Monsieur le Docteur Marc LAGIER  
Responsable du Service de Soins de Suite et de Réadaptation - Court Séjour Gériatrique  
Président de la Commission Médicale d'Etablissement - Tél. : 02 47 93 75 24

#### Adresser candidature et CV à :

Monsieur le Directeur - Centre Hospitalier du Chinonais - B.P. 248 - 37502 Chinon Cedex  
Tél. : 02 47 93 76 46 - Fax : 02 47 93 91 54 - Courriel : v.laurain@ch-chinon.fr



# Rejoignez la communauté des Gériatres



Sur  
**Reseauprosante.fr**

Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - [contact@reseauprosante.fr](mailto: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 !!**