

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#26

AVRIL 2021 - NUMÉRO GRATUIT

Il était une fois... L'ONCO-GÉRIATRIE



Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatries.fr



LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE #26

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2020 - 2021

BUREAU

PRÉSIDENT

Matthieu PICCOLI

VICE-PRÉSIDENTE

Fanny DURIG

SECRÉTAIRE

Victoire LEROY

TRÉSORIER

Thomas TANNOU

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Cyprien ARLAUD

Amélie BOINET

Alexandre BOUSSUGE

Pierre-Emmanuel CAILLEAUX

Arnaud CAUPENNE

Guillaume CHAPELET

Guillaume DUCHER

Guillaume DUVAL

Antoine GARNIER-CRUSSARD

Claire GODARD-SEBILLOTE

Florent GUERVILLE

Nathalie JOMARD

Thomas RENONCOURT

Sophie SAMSO

Romain VAN OVERLOOP



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES
www.assojeunesgeriatres.fr

SOMMAIRE

03 ÉDITORIAL

04 ARTICLE THÉMATIQUE

Les nouveaux traitements du myélome chez les personnes âgées

08 FOCUS GÉRIATRIQUE

Comment se former en oncogériatrie ?

10 FICHES MÉTIER

Infirmière en oncogériatrie

13 FICHE PRATIQUE

Anémie en gériatrie

20 RETOUR DE CONGRÈS

16^e Journées Nationales de la SoFOG

25 FICHE DU MÉDICAMENT

Supplémenter une carence en fer

30 ACTUALITÉS AJG

31 BIBLIO

Risk factors for Coronavirus Disease 2019 severity and mortality among solid cancer patients and impact of the disease on anticancer treatment

33 CAS CLINIQUES

Hémophilie acquise

37 ANNONCES DE RECRUTEMENT

N° ISSN : 2264-8607

ÉDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE

Réseau Pro Santé – M. Kamel TABTAB, Directeur
6, avenue de Choisy | 75013 Paris.
Tél. : 01 53 09 90 05 - E-mail : contact@reseauprosante.fr
www.reseauprosante.fr

Imprimé à 1300 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

ÉDITORIAL

Chères lectrices, chers lecteurs,

Voici la 26^{ème} gazette du jeune gériatre consacrée à l'Oncogériatrie, probablement le symbole de la quintessence de l'évaluation gériatrique !

Il s'agit d'un modèle de référence pour les autres domaines où une évaluation gériatrique standardisée pourrait trouver sa place. Dans le *focus gériatrique*, Marie VALERO (co-présidente de la Commission des Jeunes de la SoFOG) vous donnera les outils actuellement disponibles pour vous former en Onco-gériatrie. L'un d'entre eux est justement le congrès annuel de la SOFOG.

L'édition 2020 qui a eu lieu en décembre (en virtuel...) va être résumée pour ceux qui n'ont pas pu écouter les présentations dans la rubrique *Retour de congrès*. Cette année, la SOFOG abordait le rôle phare dans ce domaine de l'infirmière de coordination en Onco-gériatrie. La fiche métier de ce numéro mettra en avant l'équipe d'infirmières de coordination de Lille.

Côté prise en soin des patients, nous aborderons les nouvelles molécules utilisées dans le myélome, chez les sujets âgés dans *l'article thématique*. Vous pourrez également vous replonger dans la prise en charge diagnostique de l'anémie avec la *fiche pratique* et dans la prise en charge thérapeutique de l'anémie ferriprive avec la *fiche du médicament*. Enfin, un cas rare d'hémophilie acquise vous est présenté dans la rubrique *cas clinique*, son origine paranéoplasique ayant du sens dans ce numéro.

Même si dans certains domaines (comme l'oncogériatrie), nous avons l'impression d'une valorisation de notre prise en charge globale de la personne âgée, nous avons également été témoins récemment d'une recrudescence de propos âgistes. Le bureau de votre association vous a rappelé dans *l'article Actu-AJG* les différentes actions menées récemment pour lutter contre cela.

Enfin (et nous en sommes spécialement fiers !), vous trouverez dans l'article *Bibliographie* un des articles revus par le groupe de travail « Bibliographie » de votre conseil d'administration. Pour mémoire, tous les mois un article original et/ou une revue systématique commentés sont disponibles... Ceci n'est qu'un exemple parmi d'autres déjà disponibles dans votre espace adhérent. L'article traitera d'oncogériatrie et Covid, façon de faire le lien entre l'actualité de cette gazette et l'actualité tout court !

Nous vous souhaitons une très bonne lecture !
Gériatriquement vôtre,

Nathalie JOMARD et Alexandre BOUSSUGE
Rédacteurs en chef de la Gazette du Jeune Gériatre

PS : Nous avons toujours à cœur de nous rapprocher le plus possible de vos attentes, alors n'hésitez pas à répondre à notre questionnaire (si vous ne l'avez pas déjà fait dans le dernier numéro).

Nous vous présenterons les résultats dans le prochain numéro.



(Activer le mode QRcode de votre appareil photo pour arriver sur le lien du sondage)

<https://framaforms.org/gazette-du-jeune-geriatre-1606062550>
Merci beaucoup de faire vivre et évoluer votre Gazette !

LES NOUVEAUX TRAITEMENTS DU MYÉLOME CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Le myélome multiple est une hémopathie maligne caractérisée par la prolifération de plasmocytes tumoraux clonaux envahissant la moelle hématopoïétique et produisant le plus souvent une immunoglobuline monoclonale détectable dans le sang et dans les urines. Il peut être précédé par un état « prémyélomateux » que l'on appelle « gammopathie monoclonale de signification indéterminée (MGUS) » et un état « indolent » que l'on appelle « myélome indolent », ou d'autres présentations plus rares telles que les plasmocytomes. Le taux de transformation d'une MGUS vers une maladie maligne est d'environ 1 % par an et nécessite par conséquent une surveillance à vie.

Le myélome multiple représente environ 1 % des cancers et entre **10 à 15 % des hémopathies malignes**.

C'est une pathologie qui concerne les gériatres car elle touche le plus souvent le sujet âgé (**l'âge médian au diagnostic est de 73 ans**). Elle peut se présenter et/ou se compliquer de multiples façons avec notamment des atteintes osseuses, neurologiques, infectieuses, rénales ou des cytopénies. Le diagnostic repose sur la mise en évidence des plasmocytes anormaux en excès (> 10 %) sur un prélèvement médullaire.

Le myélome ne se guérit pas mais les thérapeutiques du myélome ont considérablement progressé ces 20 dernières années. La première avancée majeure, depuis l'introduction du MELPHALAN, a été l'avènement du THALIDOMIDE dans les années 2000. Depuis le début des années 2010, le traitement a pris encore de l'ampleur avec le développement des nouvelles générations et des nouvelles classes de médicaments.

Il existe plusieurs schémas de traitement en fonction du risque et du pronostic. Ce dernier est évalué en fonction de score comprenant les marqueurs intrinsèques liés à la cellule tumorale ($\beta 2$ microglobuline et LDH élevées). De plus, et surtout, les anomalies cytogénétiques des plasmocytes sont prises en compte dans l'orientation thérapeutique (comme la délétion 17p ou la translocation t [4;14]). Sur le plan pronostique, le score ISS (New international Staging System) [1] différencie ainsi 3 groupes :

Stades	Critères	Survie médiane
I	$\beta 2$ microglobuline sérique < 3.5 mg/L et Albuminémie > 35 g/L	62 mois
II	$\beta 2$ microglobuline sérique < 3.5 mg/L et Albuminémie < 35 g/L ou $\beta 2$ microglobuline sérique entre 3,5 et 5,5 mg/L quelque soit le dosage de l'albuminémie	44 mois
III	$\beta 2$ microglobuline sérique > 5.5 mg/L	29 mois

Le pronostic est également et surtout déterminé par l'état général des patients. C'est pourquoi nos patients âgés nécessitent une évaluation gériatrique avant la mise en route d'un éventuel traitement.

Les indications de traitement

Les gammopathies monoclonales de signification indéterminées et les myélomes indolents nécessitent une surveillance, sans indication thérapeutique propre à ces stades.

Il existe une indication de traitement pour les patients diagnostiqués de myélome et qui sont :

- Symptomatiques selon les critères CRAB.
- Asymptomatiques à haut risque.

Critères CRAB :

- ➔ Calcémie > 2,75 mmol/L ou à plus de 0,25 mmol/L supérieure à la limite haute des valeurs de référence.
- ➔ Insuffisance Rénale : DFG mesuré ou estimé (MDRD, CKD-EPI) < 40 mL/min ou diminution de plus de 40 % de la limite inférieure (Attribuable au myélome, hors néphropathie diabétique, toxique).
- ➔ Anémie : Hémoglobine < 10 g/dL ou baisse de plus de 2 g/dl par rapport à la limite basse des valeurs de référence (attribuable au myélome).
- ➔ Lésion osseuse « Bone » : lésions ostéolytiques ≥ 5 mm ou tassement vertébral attribuable à la pathologie plasmocytaire, mis en évidence sur un scanner, IRM, PET-Scan, scanner corps entier basse dose.

Objectifs chez nos patients âgés fragiles

Pour nos patients plus fragiles, l'objectif reste d'obtenir la meilleure réponse possible - mais pas forcément jusqu'à la maladie résiduelle négative - et sans recours à une intensification thérapeutique car trop dangereuse (détaillée plus bas). Il s'agit donc de trouver un équilibre entre obtenir la meilleure réponse et maintenir une bonne qualité de vie. La réponse au traitement est évaluée selon les critères IMWG [2], grâce à une électrophorèse des protéines plasmatiques et urinaires, en fonction de la quantification du composant monoclonal dans le plasma ou les urines ou le dosage des chaînes légères.



Développement de plusieurs molécules et classes disponibles

De nos jours, le THALIDOMIDE n'est presque plus utilisé dans le myélome.

Le traitement classique pour les personnes de moins de 70 ans en bon état général comprend des cures de chimiothérapies intensives associées à une autogreffe. L'autogreffe consiste en la réinjection de cellules souches hématopoïétiques après une chimiothérapie d'induction intensive (le MELPHALAN).

Ce qu'il est important de comprendre, c'est que l'autogreffe permet au patient de sortir d'aplasie plus rapidement après la chimiothérapie intensive, sans laquelle le patient plongerait dans une aplasie prolongée fatale.

Malgré l'aplasie écourtée par l'autogreffe, la chimiothérapie intensive provoque tout de même de nombreuses complications infectieuses.

C'est la raison pour laquelle l'intensification n'est généralement pas proposée aux sujets âgés et fragiles, au profit d'une chimiothérapie seule.

Les patients âgés non éligibles à une autogreffe étaient traités jusqu'à récemment par le classique schéma **VMP** (VELCADE, MELPHALAN et PREDNISONE). Depuis, de nouvelles molécules sont apparues et on fait la preuve de leur efficacité.

Les inhibiteurs du protéasome

Le BORTEZOMIB (VELCADE) est un inhibiteur du protéasome et une molécule phare du traitement. Il est administré en sous-cutané. L'inconvénient principal chez le sujet âgé est la neuropathie périphérique qui aggrave souvent une neuropathie préexistante (diabétique ou idiopathique). Il est associé à une prophylaxie par VALACICLOVIR pendant toute la durée du traitement devant le risque majeur de réactivation virale.

Autres molécules récentes de la même famille : CARFILZOMIB, IXAZOMIB. Non recommandées en première intention, en cas d'échec du VELCADE et au cas par cas. Des protocoles sont en cours pour en évaluer l'efficacité.

Les immunomodulateurs

Le LENALIDOMIDE (REVLIMID) est la deuxième molécule phare du traitement, c'est un immunomodulateur administré par voie orale. Il agit de plusieurs façons : il bloque le développement des cellules anormales, empêche la croissance des vaisseaux sanguins dans les tumeurs et stimule des cellules spécialisées du système immunitaire pour qu'elles s'attaquent aux cellules tumorales.

Son principal effet secondaire est le risque thrombogène qui incite les hématologues à prescrire un antiagrégant plaquettaire ou une anticoagulation curative en fonction des facteurs de risque thrombogènes identifiés. Comme la plupart des chimiothérapies, le LENALIDOMIDE a aussi une toxicité hématologique avec un risque de neutropénie et de thrombopénie. Il est contre-indiqué quand le taux de polynucléaires neutrophiles devient inférieur à 1G/L et les plaquettes inférieures à 50G/L. Etant essentiellement excrété par le rein, le LENALIDOMIDE sera évité chez les insuffisants rénaux chroniques.

Autres récentes molécules de la classe : POMALIDOMIDE (IMNOVID).

Ces deux premières molécules sont associées à la DEXAMETHASONE entre 10 à 20 mg par prise ; c'est le classique schéma par VRD [3] qui a montré ses preuves avec des doses adaptées pour le sujet âgé.

Les anticorps monoclonaux

LE DARATUMUMAB est un anticorps monoclonal anti-CD38, un récepteur transmembranaire exprimé en grande quantité à la surface des plasmocytes. Il est administré en intraveineux. C'est devenu depuis peu le traitement de référence lors d'une rechute du

myélome en association au REVLIMID (ou au VELCADE) et la DEXAMETHASONE [4].

C'est un traitement très bien toléré notamment chez les personnes âgées avec peu de toxicité hématologique et donc un risque infectieux moindre. Son principal effet indésirable est le syndrome de relargage cytokinique et le choc anaphylactique obligeant les patients à être hospitalisés lors de la première administration.

Ainsi, la principale alternative au schéma par VRD en traitement de première intention depuis peu chez les patients non éligibles à l'autogreffe est le schéma par DRD (DARATUMUMAB, REVLIMID, DEXAMETHASONE). Contrairement au traitement par VRD qui est administré pour une durée définie (environ 8 à 12 cycles), le DARATUMAB en association a le désavantage d'être administré au long cours jusqu'à progression de la maladie, engendrant un coût très important.

Autre molécule de la même famille : ISATUXIMAB.

Les agents alkylants

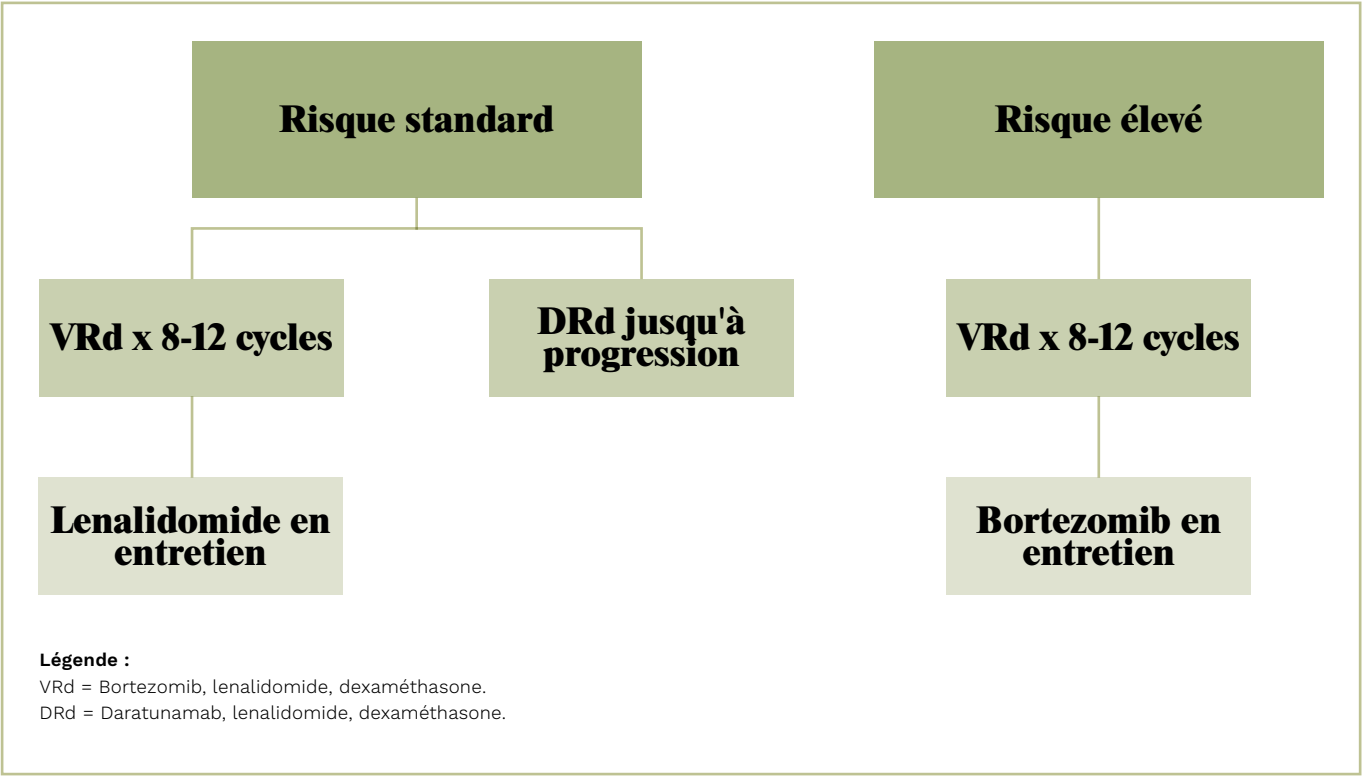
Le MELPHALAN administré depuis plusieurs années fait partie de cette classe et reste la chimiothérapie intensive de choix administrée avant autogreffe.

Le CYCLOPHOSPHAMIDE (ENDOXAN) reste une thérapeutique très utilisée chez les personnes âgées fragiles en association au VELCADE et DEXAMETHASONE (schéma VCD) qui présentent fréquemment une insuffisance rénale chronique (plus facile alors d'utilisation que le REVLIMID). Il est également utilisé en monothérapie en traitement de deuxième ou troisième ligne. Pour autant, il ne fait pas partie des recommandations strictes et des schémas thérapeutiques proposés aux sujets jeunes. Ses deux effets indésirables principaux sont la toxicité hématologique (essentiellement la neutropénie) et la toxicité urinaire (cystite hémorragique) prévenue de manière quasi systématique par un agent cytoprotecteur (MESNA).

Conclusion

De nombreuses nouvelles molécules et de nombreux schémas sont en cours d'étude. Cependant, chez le sujet âgé, la littérature reste moins riche, suggérant la nécessité d'évaluer les traitements dans cette population ciblée. Des molécules semblent prometteuses depuis l'arrivée des anticorps monoclonaux et depuis peu, les inhibiteurs de l'histone désacétylase. Mais ils ne sont pas non plus encore validés chez le sujet âgé fragile [5].

On peut retenir le schéma thérapeutique ci-dessous pour résumer la stratégie thérapeutique chez les patients non éligibles à l'auto-greffe [6].



Claire BRÉMEAU
Interne en gériatrie au CHRU de Lille
clairebreneau@gmail.com
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. Greipp PR, Miguel JS, Durie BGM, Crowley JJ, Barlogie B, Bladé J, et al. International Staging System for Multiple Myeloma. J Clin Oncol. 2005 May 20;23(15):3412–20.
2. Kyle RA, Rajkumar SV. Criteria for diagnosis, staging, risk stratification and response assessment of multiple myeloma. Leukemia. 2009 Jan;23(1):3–9.
3. Durie BGM, Hoering A, Abidi MH, Rajkumar SV, Epstein J, Kahanic SP, et al. Bortezomib with lenalidomide and dexamethasone versus lenalidomide and dexamethasone alone in patients with newly diagnosed myeloma without intent for immediate autologous stem-cell transplant (SWOG S0777): a randomised, open-label, phase 3 trial. Lancet Lond Engl. 2017 Feb 4;389(10068):519–27.
4. Facon T, Kumar S, Plesner T, Orłowski RZ, Moreau P, Bahlis N, et al. Daratumumab plus Lenalidomide and Dexamethasone for Untreated Myeloma. N Engl J Med. 2019 May 30;380(22):2104–15.
5. Paola Frisone. How to treat elderly patients with multiple myeloma in 2020? [Internet]. [cited 2021 Mar 14]. Available from: <https://multiplemyelomahub.com/medical-information/how-to-treat-elderly-patients-with-multiple-myeloma-in-2020>
6. Rajkumar SV, Kumar S. Multiple myeloma current treatment algorithms. Blood Cancer J. 2020 Sep 28;10(9):1–10.

COMMENT SE FORMER EN ONCOGÉRIATRIE ?

L'oncogériatrie est le rapprochement de deux spécialités, la cancérologie et la gériatrie.

Près d'un tiers des cancers surviennent chez des personnes de plus de 75 ans et les projections indiquent que cette proportion pourrait atteindre 50 % en 2050.

Toi, jeune gériatre, tu sais bien que la prise en charge d'une personne âgée atteinte de cancer ne peut pas se limiter au seul traitement du cancer. Pour aboutir à un traitement « personnalisé » et « adapté », la prise en charge doit être globale. Il faut donc tenir compte de l'hétérogénéité du vieillissement. Ainsi, il existe un nombre croissant de comorbidités plus ou moins bien équilibrées associé à l'apparition ou à la décompensation en cascade de syndromes gériatriques.

Pour cette population, l'enjeu n'est donc pas toujours de guérir à tout prix, mais davantage de soigner pour contrôler la maladie. Tout doit être mis en œuvre pour allier efficacité thérapeutique et qualité de vie chez nos patients âgés.

Cette pratique vise donc à garantir à tout patient âgé atteint de cancer un traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire et multiprofessionnelle.

Suite à la réforme de l'internat et à la disparition des DESC, il existe la possibilité de se sur-spécialiser dans un domaine particulier par le biais des Formations Spécifiques Transversales (FST).

Elles ouvrent le droit à deux semestres au sein de terrains de stage agréés pour la FST, un enseignement théorique et un exercice complémentaire de la sur-spécialité en question.

Les FST sont communes à plusieurs spécialités et ne sont pas payantes.

Les FST prolongent d'une année la phase d'approfondissement des DES en 4 ans, et s'intègre au sein des stages libres de la maquette des DES en 5 et 6 ans.

Une seule FST est possible au cours du troisième cycle.

Dans le cadre du DES de Gériatrie, 5 FST sont accessibles : douleur, nutrition appliquée, pharmacologie médicale/thérapeutique, soins palliatifs et sommeil.

La FST cancérologie n'est malheureusement pas accessible pour les internes de gériatrie.

En termes de formation, on recense 4 diplômes universitaires en France :

- Le DIU d'oncogériatrie de Paris V et Paris VI sur 1 an comportant 5 séminaires thématiques de 3 jours chacun soit 2 modules de gériatrie, 2 modules d'oncologie et 1 module d'hématologie.
- Le DIU d'oncogériatrie de Lyon sur 2 ans comportant 11 séminaires et 30 demi-journées de stage.
- Le DU de cancérologie du sujet âgé de Nantes sur 1 an comportant 3 gros modules et un stage pratique de 21 heures.
- Le DIU d'oncogériatrie clinique et thérapeutique de Nice sur 1 an comportant 3 séminaires et une semaine de stage (35h) en oncologie pour les gériatres et en gériatrie pour les oncologues.

Le DU personne âgée et cancer, prise en charge institutionnelle et ambulatoire de Paris 13 est provisoirement suspendu.

Le MOOC, formation gratuite en e-learning, a été créé par les Unités de Coordination en Oncogériatrie d'Occitanie en collaboration avec le Réseau Régional de Cancérologie Onco-Occitanie et avec le soutien de la Société Francophone d'Onco-Gériatrie.

Il s'agit d'une formation à destination de tous les professionnels paramédicaux et médicaux prenant en charge des patients âgés atteints de cancer. La formation porte sur le parcours de soins destiné aux personnes âgées atteintes d'un cancer. Il est composé de 6 modules : 2h de cours hebdomadaires pendant 6 semaines. Une première session a eu lieu de Mars à Juin 2020. Une deuxième session s'est déroulée de Novembre 2020 à Janvier 2021.

La formation continue s'effectue également au travers de congrès nationaux, francophones et internationaux :

- Les Journées Nationales de la Société Française d'Onco-Gériatrie (SoFOG).

<http://www.congres-sofog.com/>



- Le Monaco Age Oncologie (MAO) tous les deux ans, en alternance avec la Biennale Monégasque de Cancérologie.

<https://mao-monaco.org/2021/>



- La conférence annuelle de la Société Internationale d'Onco-Gériatrie (SIOG).

<https://www.siog.org/content/siog-2021-annual-conference>



En espérant vous avoir donné toutes les clés pour vous former à l'oncogériatrie pour les plus motivés d'entre vous !!

Gériatriquement,

Dr Marie VALERO
Gériatre, Hôpital Lyon Sud, IVIE, HCL
Co-présidente de la Commission des Jeunes de la SoFOG
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

INFIRMIÈRE EN ONCOGÉRIATRIE

Pascaline et Valérie sont toutes deux infirmières au pôle de Gériontologie du Centre Hospitalo-Universitaire de Lille. Elles travaillent en service de consultation du Centre Oscar Lambret (centre régional de lutte contre le cancer des Hauts-de-France) et en unité de consultation et d'hôpital de jour de gériatrie du Centre Hospitalo-Universitaire de Lille.

Vous êtes toutes les deux Infirmières Diplômées d'État (IDE) et travaillez au sein de la filière d'oncogériatrie. Quel a été votre parcours avant de devenir infirmière en oncogériatrie ? Avez-vous suivi une formation particulière ?

Nous avons travaillé respectivement au sein de différents services de la filière gériatrique (court séjour gériatrique, soins de suite et réadaptation, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Gériontopsychiatrie) et en pneumologie.

Concernant la formation spécifique, une journée d'initiation aux bases de l'évaluation en oncogériatrie nous a été proposée par la gériatre spécialisée en oncogériatrie avec qui nous travaillons. Nous avons acquis le reste des connaissances pratiques et théoriques au fil de l'expérience et en participant à des journées de formation. Ainsi nous avons pu participer à des congrès comme celui de la Société Française d'Oncogériatrie (SoFOG) ou à des sessions paramédicales comme

celles proposées par le Centre Oscar Lambret. Il existe depuis peu une formation universitaire de niveau Master 2 pour devenir Infirmière en pratique avancée (IPA) mais elle ne concerne pas la gériatrie. Une des mentions proposées pour le diplôme d'IPA s'intitule « Oncologie et hématologie ». Il existe également de nombreux Diplômes Inter-Universitaires pour se former à l'oncogériatrie.

Comment se déroule une journée type en consultation et/ou hôpital de jour d'oncogériatrie ?

Valérie :

La journée en hôpital de jour d'oncogériatrie se déroule de la façon suivante : j'accueille le patient et la personne accompagnatrice, puis je coordonne les interventions des différents professionnels participant à l'évaluation multidisciplinaire. A Lille, les patients bénéficient d'une évaluation par la diététicienne, l'assistante sociale, le pharmacien et si besoin de la psychologue. Je me charge de transmettre les informations recueillies au fil de

la journée aux différents intervenants. Le rôle de l'infirmière est de faire réaliser aux patients les tests et questionnaires de l'évaluation gériatrique standardisée (Mini-Mental State Examination, Mini Nutritional Assessment, Time Up and Go Test, appui unipodal, vitesse de marche, etc. Je récupère également les comptes-rendus médicaux, ordonnances et biologies amenés par les patients afin d'extraire les données pouvant intéresser l'oncogériatre. Si le patient réside en EHPAD, je contacte l'équipe de l'EHPAD afin de recueillir les informations sur l'état fonctionnel et les soins apportés aux patients. D'autre part, nous réalisons des consultations de suivi. Elles consistent en une réévaluation gériatrique globale et des propositions d'ajustement du programme personnalisé de soins. J'effectue bien d'autres tâches tout au long de la journée comme le suivi téléphonique, l'enregistrement des données numériques, le tri des courriers, l'envoi des convocations et l'appel des patients avant la consultation.

Pascaline :

Au Centre Oscar Lambret, les patients sont adressés par les chirurgiens, oncologues et radiothérapeutes du centre pour une évaluation oncogériatrique faisant suite à la réalisation du G8 ou pour répondre à une question précise concernant d'éventuels traitements. Le G8 est un outil de dépistage des fragilités qui permet d'identifier, parmi les patients âgés atteints de cancer, ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie (selon les recommandations de l'Inca dans le cadre des plans Cancer) ; le patient nous est adressé en cas de score ≤ 14 . Le patient bénéficie ainsi d'une évaluation approfondie, l'évaluation gériatrique standardisée (EGS). Mon rôle en tant qu'infirmière consiste dans un premier temps à accueillir puis expliquer au patient et à son aidant et/ou accompagnant le déroulement de la consultation et le but de celle-ci. Il arrive souvent de devoir dédier initialement un temps d'écoute active afin de créer un climat de confiance et un lien avec le patient. Je poursuis ensuite avec le recueil de données telles que les antécédents et pathologies en cours, la présence ou non d'allergie, les traitements à domicile (qui prépare, qui distribue, l'observance est-elle correcte ?) et les derniers bilans biologiques. Un appel auprès de la pharmacie ou du médecin traitant est souvent nécessaire pour obtenir l'ordonnance précise. Ensuite j'évalue le niveau des ADL (Activity of Daily Living – b-ADL et i-ADL), le Mini Nutritional Assessment (MNA), l'organisation d'une journée alimentaire (description du contenu des horaires de prise des repas par le patient, évaluation et prise en charge de la période de jeûne nocturne),

la présence d'appareil dentaire, le MMSE, la mini-GDS (Geriatric Depression Scale), la qualité de sommeil, le test de marche, les chutes, l'évaluation de la marche, l'appui unipodal, le chaussage, l'évaluation de la douleur, de l'anxiété, de la fatigue, de l'audition et de la vision. Je recueille également des informations sur l'environnement du patient à savoir l'organisation du domicile, l'utilisation d'aides techniques, la présence d'aides professionnelles et/ou familiales, le déroulement de la vie quotidienne, la poursuite ou non de la conduite, etc.

Quel est votre rôle dans la prise en charge des patients âgés suivis dans le cadre d'un cancer ? Quels sont vos interlocuteurs ?

Notre travail s'apparente à celui d'enquêtrices. Nous rassemblons l'ensemble des renseignements concernant le patient ainsi que les comptes-rendus des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire ou encore les résultats d'imagerie et d'examens complémentaires. Une autre partie importante du travail consiste dans le suivi téléphonique effectué auprès de chaque patient. Il permet une prise de nouvelles au cours des chimiothérapies ou radiothérapies, une évaluation de la prise alimentaire, du poids, des chutes, de la thymie, des douleurs, de l'entourage du patient et de prendre connaissance des événements intercurrents. Lors de ces suivis, nous sommes amenées à contacter le médecin traitant ou le réseau de soins gériatologiques, cela permet de développer le lien ville-hôpital. Le patient est reconvoqué si cela semble nécessaire. Il peut également arriver d'aller évaluer des patients dans les services, de conseiller les équipes lors des prises en charge en post-opératoire notamment en cas de confusion.

Nous jouons un rôle dans la réassurance du patient en poursuivant le lien établi en consultation. Nous participons également à la formation et à la transmission de la « culture gériatrique » dans les services et participons au lien entre la ville et l'hôpital. L'équipe d'oncogériatrie travaille avec des acteurs de la ville et de l'hôpital : les kinésithérapeutes, IDE libérales, assistantes sociales, diététiciennes, psychologues ou psychiatres, médecins nutritionnistes, les différents praticiens hospitaliers (chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes), pharmaciens, médecins traitants, oncogéiatres, tuteurs ou curateurs, le personnel des EHPAD dont les médecins coordinateurs. Nous pouvons également facilement orienter les patients vers les consultations d'évaluation de la mémoire ou de la chute. Il nous arrive aussi de prendre part à des discussions collégiales comme avec les équipes de soins palliatifs.

Quels sont les aspects positifs de votre métier ?

Le principal aspect positif est de travailler en équipe pluridisciplinaire ! Cela permet de réaliser une évaluation complète et de qualité. Notre métier nous donne l'occasion de développer une réelle relation de confiance avec les patients et leur famille. Nous rencontrons l'Être Humain et l'accompagnons dans des moments particuliers. Sur le plan intellectuel, le travail en binôme avec le gériatre spécialisé en oncogériatrie permet un enrichissement des connaissances. Nous avons également une grande autonomie et les missions de la journée sont très variées. Les rôles de l'infirmière en oncogériatrie sont multiples : accueil, écoute, explications, réassurance, lien de confiance, orientation, écoute de l'aidant et de ses difficultés

avec orientation ou non vers des structures d'aide, informations, conseils, etc. Enfin, nous avons la chance de participer à des sessions sur le thème de l'oncogériatrie à la fois en tant que formatrice au Centre Oscar Lambret, ou comme intervenantes lors des congrès et lors des réunions de l'UCOG (Unités de Coordination en Oncogériatrie) des Hauts-de-France.

Quelles sont les difficultés rencontrées dans votre métier ?

Nous pouvons faire face à des difficultés dans les relations avec les patients, notamment en début de suivi. En effet, le patient et son entourage ne sont parfois pas informés du but de la consultation et peuvent être sur la réserve dans un premier temps. On peut aussi noter une difficulté pour les patients qui se considèrent « jeunes » à venir consulter en gériatrie. Le sujet de la mémoire

est délicat à aborder avec, pour certaines personnes, une réticence lors de la passation du MMSE. Si les activités sont variées, la charge de travail se révèle importante. Nous effectuons également beaucoup moins de gestes techniques.

Participez-vous à la recherche dans le domaine de l'oncologie et de la gériatrie ?

Nous avons pu participer à plusieurs études sur des sujets tels que la dénutrition (participation à l'étude observationnelle NutriAge cancer, qui évaluait l'état nutritionnel des sujets âgés atteints d'un cancer au moment de l'Évaluation Gériatrique Personnalisée) ou les aidants (travail de thèse en médecine puis étude menée en partenariat avec le Centre Régional de Référence en Cancérologie), l'Université de Psychologie de Lille, le CHRU de Lille et le Centre

Oscar Lambret. Nous avons aussi aidé à la réalisation de la base de données CONSOG (« Observatoire des patients âgés atteints de cancer et vus en consultation d'onco-gériatrie dans la région Nord Pas-de-Calais »).

Pensez-vous que votre rôle évoluera dans les années à venir ? Sous quels aspects ?

Notre rôle évoluera certainement en parallèle du développement du diplôme d'IPA. Il est possible d'imaginer un rôle se rapprochant de celui des infirmiers canadiens avec la réalisation par l'IDE en oncogériatrie de consultations de suivi, d'évaluations dans les services ou encore de rédaction de prescriptions.

Valérie DELMAET et Pascaline RUPS
Infirmières diplômées d'État au Pôle de Gériatologie du Centre Hospitalo-Universitaire de Lille
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Questionnaire G8 : Test de dépistage du recours au gériatre chez un patient âgé atteint de cancer

Questions (temps médian de remplissage = 4,4 minutes)	Réponses	Cotations
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	Anorexie sévère Anorexie modérée Pas d'anorexie	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Perte de poids dans les 3 derniers mois	> 3 Kg Ne sait pas Entre 1 et 3 Kg Pas de perte de poids	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Motricité	Lit - Fauteuil Autonome à l'intérieur Sort du domicile	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Troubles neuro-psychiatriques	Démence ou dépression sévère Démence ou dépression modérée Pas de trouble psychiatrique	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Indice de Masse Corporelle = Poids/(Taille) ²	< 19 19 - 21 21 - 23 > 23	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Plus de 3 médicaments	Oui Non	☐ 0 ☐ 1
Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	Moins bonne Ne sais pas Aussi bonne Meilleure	☐ 0 ☐ 0,5 ☐ 1 ☐ 2
Age	> 85 ans 80 - 85 ans < 80 ans	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
Score total	/17	
Interprétation	> 14 = Prise en charge standard < 14 = Evaluation gériatrique spécialisée	

Référence

D'après la traduction française proposée par <https://ressources-aura.fr/questionnaire-g8> issue de l'article de Soubeyran P. Validation of G8 screeningtool in geriatric oncology : The ONCODAGE project. JCO 2011 ; 29 : Abs 9001.

FICHE PRATIQUE

ANÉMIE
EN GÉRIATRIE

Epidémiologie

L'anémie est la pathologie hématologique la plus fréquente en gériatrie. Selon l'OMS (organisation mondiale de la santé), sa prévalence dans le monde serait de 23.9 % (164 millions de personnes, IC 95 % 126-202) (1). L'amélioration de son diagnostic, mais également le vieillissement de la population et l'apparition plus fréquente de pathologies responsables d'anémie avec l'avancée en âge entraînent une augmentation de sa prévalence et de son incidence (2). Sa prévalence varie selon le lieu de prise en charge du patient, avec des fréquences de 7 à 15 % en ambulatoire, 25 % à 47 % en institution et 40 à 50 % en hospitalisation chez les plus de 70 ans (2-5).

Définition

L'OMS retient comme seuil diagnostique 12 g/dl chez la femme et 13 g/dl chez l'homme (6). Cependant, certaines études retiennent des seuils plus élevés en gériatrie, tels que 13 à 15 g/dl pour la femme et

14 à 17 g/dl chez l'homme du fait d'une diminution des hospitalisations toutes causes confondues et de la mortalité à ces seuils (7). Il faut cependant faire attention au « fausses » anémies liées à une hémodilution lors de splénomégalie, d'hyperprotidémies (gammopathies monoclonales, surtout à IgM), d'insuffisance cardiaque et la prudence sera de même avec les hémoglobines « faussement normale » en cas de déshydratation (8).

Symptômes

Les symptômes chez la personne âgée peuvent être multiples et aspécifiques. On retrouve notamment les décompensations aiguës de pathologies cardiaques, le syndrome confusionnel, les troubles neurocognitifs, la chute, les troubles de l'humeur, l'altération de la qualité de vie, l'insomnie, la diminution des performances physiques et l'asthénie (2, 4, 9, 10). De plus, l'anémie et la fragilité, évaluée selon les critères de Fried ou le score SEGA, semblent liées. L'anémie est associée à une surmortalité (4, 11, 12).

Etiologies

Les étiologies de l'anémie en gériatrie sont souvent intriquées et les plus fréquentes seront présentées ci-après et dans la figure 1. Classiquement, l'orientation étiologique de l'anémie se fera selon le volume globulaire moyen (13). La stratégie diagnostique s'avère bien codifiée pour les anémies microcytaires et macrocytaires contrairement aux **normocytaires** qui sont les plus fréquentes chez les patients âgés (80 %) et **d'origine multifactorielle** dans 20 % des cas. Devant la controverse liée au caractère physiologique ou non de l'hémoglobine, certains auteurs, tel que *Chassagne et al.* se sont intéressés au seuil d'hémoglobine pertinent pour la réalisation du bilan étiologique de l'anémie chez le patient âgé. Ils retiennent une baisse du taux de 10 % pour une sensibilité de 70 % et une spécificité de 60 % (9). Un taux < 10 g/dl devra systématiquement entraîner un bilan étiologique (10). Certains recommandent, chez le patient âgé, de réaliser les dosages suivant pour s'orienter devant une anémie : hémoglobine, formule sanguine, VGM, réticulocytes, ferritine, et coefficient de saturation de la transferrine, CRP, vitamine B12, B9 (14), et certains y ajouteraient systématiquement le fibrinogène, LDH, haptoglobine, EPPS, ASAT, ALAT, TSH (2).

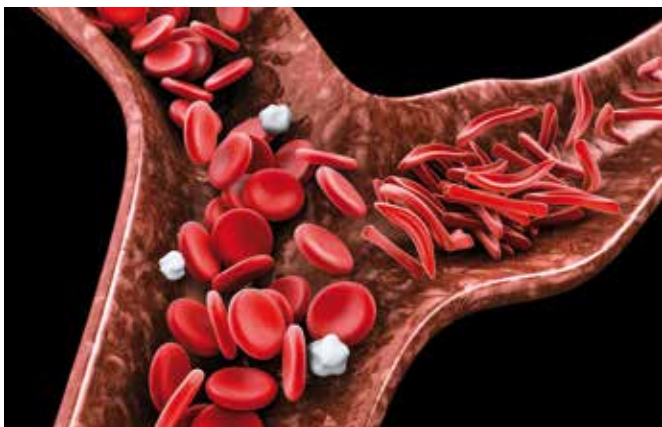
Les anémies pourront être distinguées en 3 groupes, représentant chacune environ un tiers des étiologies, celles par carence (fer, B9, B12), celle par insuffisance rénale ou inflammation chronique (les plus fréquentes en gériatrie), et celle inexplicée (15, 16).

On trouve les **anémies arégénératives**, avec un taux de réticulocytes inférieurs à 100 G/L, dont les étiologies seront distinguées en fonction du caractère micro-, normo-, ou macrocytaire. Celles par causes carentielles sont les plus fréquentes, notamment en fer, vitamine B9 et vitamine B12 et peuvent être en lien avec les dysfonctions du tractus digestif, la polymédication et l'isolement social (10).

Pour l'anémie par **carence en fer**, qui est la cause principale des anémies carentielles et des anémies chez le patient âgé (25 %) et qui est dans sa forme classique microcytaire, il ne faut pas méconnaître un saignement digestif sous-jacent et un bilan étiologique sera nécessaire (2, 3, 5, 10, 12, 17). En effet, la carence martiale par défaut d'apport est exceptionnelle et souvent liée à un saignement sous-jacent d'origine digestive (tumorale, vasculaire, ulcéreux...). Il faudra alors savoir proposer au patient, après **évaluation gériatrique globale** et définition de sa **fragilité** et de ses **objectifs de vie** et donc de prise en soin, des explorations complémentaires par fibroscopie oeso-gastro-duodénale et coloscopie. En cas de contre-indication à la coloscopie ou de difficulté de réalisation (fragilité, troubles neurocognitifs majeurs, insuffisance cardiaque ter-

minale, prise en charge palliative, refus du patient...) pourront être proposés un coloscanner ou une vidéocapsule (5, 18). Cependant, associée à la question « quels examens complémentaires réaliser » se pose celle de leurs objectifs. En effet, chez la personne âgée, la rentabilité de ces examens s'évaluera aussi bien en termes de survie que de qualité de vie. Malheureusement, comme mentionné par *Ketz et al.*, les études sur ces critères sont rares. L'une a montré un intérêt en termes de survie chez les plus de 80 ans après chirurgie d'un cancer colorectal si l'espérance de vie initiale est d'au moins 1,3 ans. Les contre-indications aux endoscopies sont essentiellement liées à l'anesthésie et doivent être évaluées selon la balance bénéfice-risque, d'où l'intérêt de l'évaluation gériatrique globale pour l'aide à la décision personnalisée et la plus adaptée en termes de qualité de vie. Il n'y a pas de contre-indications à la fibroscopie oeso-gastro-duodénale, et concernant la coloscopie, elles sont celles liées à l'insufflation colique, sachant, que le risque de perforation est plus important chez le patient âgé, avec une incidence cependant faible. Ce risque de perforation existe également en cas de coloscanner (19).

Si un rétrécissement aortique est associé à cette anémie ferriprive en contexte d'angiodysplasie gastro-intestinales, un syndrome de Von Willebrand acquis de type 2A devra alors être recherché. Cette triade sera alors en faveur d'un syndrome de Heyde, dont le traitement passe par le remplacement valvulaire (20, 21).



La carence en fer sera considérée comme absolue en cas de ferritine < 15mg/l et fonctionnelle lorsque la ferritine sera normale ou augmentée avec un coefficient de saturation de la transferrine abaissée (< 20 %) (22, 23). Certains recommandent le calcul du rapport récepteur de la transferrine-ferritine afin de s'orienter en cas de ferritine normale (4).

Le traitement substitutif recommandé est de 325 mg de sulfate ferreux par jour pendant 3 à 6 mois, avec un contrôle biologique conseillé à un ou 3 mois selon les auteurs. La voie parentérale sera envisagée en cas de malabsorption sévère, d'inflammation chronique, ou en cas de réponse à la voie orale incomplète (2, 4, 5, 10, 12, 16, 24, 25).

Les anémies par **carence en vitamine B12**, avec une prévalence de 2 à 5 %, pourront également être accompagnée d'atteinte des autres lignées de la numération (10). Les carences en vitamine B12 seront majoritairement dues au **syndrome de non dissociations de la vitamine B12** de ses protéines porteuses avec un facteur prédisposant tel que la gastrite atrophique, un antécédent de chirurgie gastrique, une prise de certaines thérapeutiques au long cours (inhibiteurs de la pompe à proton, metformine...), une insuffisance pancréatique, ou l'âge avancé, contrairement aux patients plus jeunes où la maladie de Biermer prédomine. Le diagnostic de non dissociation sera retenu lorsque l'apport alimentaire est adéquat et que les anticorps anti-facteur intrinsèque et anti-cellules pariétales gastriques sont négatifs (4, 10, 26). La maladie de Biermer se présente par une gastrite atrophique auto-immune et la présence d'anticorps anti-facteur intrinsèque et anti-cellule pariétale gastrique. Au-delà des conséquences neurologiques et de l'anémie provoquées par la carence en vitamine B12 en cas de maladie de Biermer, il faut garder à l'esprit son risque d'évolution néoplasique.

Le traitement de la carence en vitamine B12 passera par un traitement d'attaque via des injections intramusculaires de 1000 µg de cyanocobalamine par jour pendant une semaine, puis 1000 µg par semaine pendant un mois, puis une dose mensuelle de 1000 µg jusqu'à guérison ou à vie selon l'étiologie. Cependant, la voie orale sera à discuter pour éviter les inconforts liés aux injections et en cas de contre-indication aux injections intramusculaires. De plus, il semblerait qu'une dose per os, notamment dans le syndrome de non dissociation mais également dans la maladie de Biermer, de 1000 à 2000 µg/j pendant un mois en traitement d'attaque puis 125 à 500 µg/j en cas de syndrome de non dissociation et 1000 µg/j pour la maladie de Biermer, serait aussi efficace que la voie parentérale (3, 10, 27-29).

L'anémie par carence **en vitamine B9** devra tenir compte du dosage érythrocytaire qui est plus contributif que le plasmatique. Elle sera fréquemment dû à une carence alimentaire chez les patients âgés, viennent ensuite les causes de malabsorptions digestives, la iatrogénie (méthotrexate, cotrimoxazole, antiépileptique) et les prises d'alcool (10, 14). Une supplémentation de 1 à 5 mg/j pour 3 à 6 mois devra être prescrite (10).

L'anémie par **insuffisance rénale chronique**, à partir d'une clairance inférieure à 60ml/min, sera principalement dû à une diminution de synthèse d'érythropoïétine par le rein et l'indication de son introduction retient habituellement un seuil de clairance de créatinine à 30 ml/min et d'hémoglobine à 10 g/dl, mais à pondérer aux autres comorbidités du patient (3, 9, 16). Une supplémentation en fer devrait y être également associée (14). Devant le risque thromboembolique augmentant avec l'hémoglobine, il est recommandé de maintenir un taux entre 9 et 11,5 g/dl (2, 4).

Les **anémies d'origine inflammatoire** seront majoritairement secondaires à des infections, puis viennent les cancers viscéraux et les pathologies auto-immunes (9). Les mécanismes de l'anémie en cas d'état inflammatoire sont multiples. Elle sera dû en partie à un effet négatif de cytokines (facteur de nécrose tumorale α, l'interleukine-1, ...) sur la prolifération et différenciation des précurseurs érythroïdes, une augmentation de la rétention du fer dans le système réticulo-endothélial, une augmentation de l'hepcidine qui réduit l'absorption duodénale du fer et la libération du fer par les macrophages (avec une augmentation du taux avec l'âge), et un état pro-inflammatoire, « inflammaging » (2, 15).



Le **syndrome myélodysplasique** est l'une des hémopathies les plus fréquentes en gériatrie. Elle devra être suspecté en cas d'anémie macrocytaire, et elle peut s'accompagner d'une thrombopénie ou d'une neutropénie (14). Il sera dû à des mutations acquises avec l'âge.

Au-delà de son impact sur la survie, le syndrome myélodysplasique en gériatrie entraîne une diminution de la qualité de vie (14). Un myélogramme devra alors être réalisé (14). Le traitement reposera sur la transfusion, avec risque d'hémochromatose secondaire (2, 3, 30).

Dans un tiers des cas, l'anémie sera **inexpliquée**. Elle sera modérée (Hb > 10g/dl) de type normocytaire et hypoproliférative (14). L'inflammation chronique, la malnutrition, de faible taux en testostérone pourrait être des facteurs favorisant. Comme l'anémie de façon générale, celle d'origine inexpliquée aura un impact dans la vie courante des patients. Aucune prise en charge n'est clairement établie la concernant, mais il semblerait qu'un supplémentation en fer IV et en médicaments stimulant l'érythropoïèse pourraient éviter les variations en hémoglobines (14, 15, 31).

On trouve les **anémies régénératives** (réticulocytes supérieurs à 100 G/l) en cas d'hémorragie ou d'hémolyse. Concernant les **anémies sur hémorragie**, en dehors des situations d'extériorisation évidentes, il faudra savoir évoquer les hématomes profonds chez les patients anticoagulés ou sous antiagrégant plaquettaire, les hématomes sous-cutanés du chuteur, les hémorragies digestives méconnues par trouble du transit, mais qui pourront être évoquées pour les hémorragies digestives hautes lors d'une majoration isolée de l'urée, ou d'un rapport urée/créatinine supérieur à 30 (3, 32).

Les anémies hémolytiques chez le patient âgé, diagnostiquées par des élévations des lactates déshydrogénases, de la bilirubine non conjuguée, de la diminution de l'haptoglobine, et un test de Coombs direct positif (ou test direct à l'anti-globuline) (4, 33), seront surtout représentées par **l'anémie hémolytique auto-immune (AHAI)**, mais également par la maladie des agglutinines froides (MAF), les infections virales (Virus Zona-varicelle, hépatite virale), à parasite (paludisme) et les causes mécaniques telles que les micro-angiopathies thrombotiques en cas de cancers métastatiques ou de sepsis grave et sur prothèse valvulaire cardiaque (3, 33). La cohorte française AHEAD constituée de l'ensemble des patients avec diagnostic d'AHAI met en avant une incidence plus élevée chez les patients de plus de 75 ans avec une prédominance masculine. Elle était primaire dans 55,2 % des cas et associée à une hémopathie maligne dans 30,2 % des cas, avec

nécessité d'évoquer alors en premier lieu la leucémie lymphoïde chronique (34). Le traitement recommandé de l'anémie hémolytique auto-immune passe par une hospitalisation, un maintien de l'hydratation pour éviter les complications rénales de l'hémolyse, une supplémentation en acide folique du fait de la carence sur l'hémolyse chronique et voir martiale, la protection contre le froid pour la MAF, la transfusion selon la tolérance de l'anémie avec risque de majoration des symptômes de l'hémolyse, à 37°C pour la MAF. La corticothérapie type prednisone 1 mg/kg/j, pour l'AHAI à Ac « chaud », sera poursuivie 3-4 semaines, puis la durée totale de la corticothérapie sera au minimum de 3 mois pour les bons réponders avec essaie d'obtention le plus rapidement possible de la dose minimale efficace permettant de maintenir un taux d'hémoglobine ≥ 10 g/dl avec au moins un gain de 2 g par rapport au taux initial, avec des paliers de décroissance tous les 10 jours à compter de la dose initiale. Les traitements immunosuppresseur type rituximab et la splénectomie pourront être discutés en cas d'échec ou de rechute. Pour la maladie des agglutinines froides, seules les mesures de protection au froid et la substitution en folate suffisent en règle générale (33, 35).

En cas de **nécessité transfusionnelle**, les seuils de recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé en gériatrie sont de 7 g/dl en l'absence d'insuffisance cardiaque ou coronarienne et de mauvaise tolérance clinique, 8 g/dl chez les insuffisants cardiaques ou coronariens, 10 g/dl en cas de mauvaise tolérance clinique, tels que les troubles psychocomportementaux et les syndromes confusionnels (36, 37). La transfusion en « phénotype RH-KEL1 » se fera en cas d'allo-anticorps antiérythrocytaires, de transfusions répétées prévues dans les hémoglobinopathies, comme pour le syndrome myélodysplasique.

Les transfusions de CGR déleucocytés se fera pour prévenir les réactions fébriles non hémolytiques (RFNH), les irradiés chez ceux présentant un lymphome de Hodgkin traité par purine et ceux immunodéprimé à cause d'une chimiothérapie (37). Il est conseillé de débiter la transfusion lentement à une vitesse de 2-5ml/min pendant les 15 premières minutes puis d'adapter à la tolérance avec une durée moyenne de 2 heures. La surveillance conseillée après la transfusion sera de 1 à 2 heures (16, 36, 37).

En conclusion, l'anémie du patient âgé est fréquente et d'origine souvent multifactorielle, pouvant rendre son diagnostic étiologique compliqué.

Contrairement au patient jeune où la démarche diagnostique est bien codifiée en fonction du caractère normo-, micro-, macrocytaire de l'anémie, le bilan initial chez le patient âgé devra être plus large afin de couvrir les principales étiologies de l'anémie.

Enfin, une fois l'origine de l'anémie posée, certaines étiologies seront à rechercher, tel est le cas pour la carence martiale, mais nous ne disposons pas actuellement de prises en soin codifiées dans de telles situations. Ces démarches devront s'inscrire dans une réflexion sur la balance bénéfico-risque et dans le projet de vie du patient.

Ce projet se définissant à la suite d'une évaluation gériatrique globale, permettant d'évaluer les comorbidités du patient, ses syndromes gériatriques, son niveau de fragilité afin de réfléchir à la meilleure stratégie diagnostique et thérapeutique en termes de survie et surtout de qualité de vie.

Anémie	Biologie	Explorations complémentaires	Traitement
Anémie par carence en fer	Fonctionnelle : Ferritine normale ou augmentée ET CST inférieur a 20 % Absolue : Ferritine diminuée	FOGD + coloscopie, si normale : videocapsule Si CI à la coloscopie : coloscanner ou videocapsule ± facteur VIII ± Antigène avec activité du facteur de Von Willebrand	Etiologique selon le profil de fragilité du patient après évaluation gériatrique globale Fer per os 300mg/j 3-6 mois Fer IV si maladie inflammatoire, inefficacité de la prise PO, malabsorption sévère
Anémie par carence en vitamine B12	↑ VGM ↓ réticulocytes, ± GB et plaquettes, Myélogramme : mégalo-blastose	Ac antifacteurs intrinsèque Ac anti-cellule pariétale Gastroscopie	Cyanocobalamine IM 1000 µg/j 7j puis 1000 µg/ semaine 1 mois, puis 1/mois à vie Voie orale à discuter selon l'inconfort, l'étiologie et les CI aux IM : 1000 à 2000 µg/j pendant un mois puis 125 à 1000 µg/j
Anémie par carence en folate	Dosage du B9 intra-érythrocytaire		1 à 5 mg/j pour 3 à 6 mois
AHAI et MAF	↑LDH et bilirubine non conjuguée, ↓ haptoglobine, test de Coombs direct + (- possible)	Si Ac « chaud » : AAN (± anti-antigènes nucléaires solubles, Ac anti-ADN natifs), EPPS + immunofication, scanner thoraco-abdomino-pelvien, dosage pondéral des immunoglobulines Si Ac « froid » : EPPS+immunofication, scanner TAP	Hospitalisation, hydratation IV, acide folique, mesure contre le froid (MAF) ± transfusion si mauvaise tolérance de l'anémie/déglobulisation rapide (à 37°C si MAF) Ac « chaud » : 1 mg/kg/jour de prednisone ou équivalent 3-4 semaines puis décroissance
Anémie sur insuffisance rénale	DFG		ASE : sans dépasser un objectif d'Hb de 10g/dl devant le risque thromboembolique

CST : coefficient de saturation de la transferrine ; **FOGD** : fibrooesogastroduodénoscopie ; **VGM** : volume glomérulaire moyen ; **AHAI** : anémie hémolytique auto-immune ; **MAF** : maladie des agglutinines froides ; **LDH** : lactates déshydrogénases ; **AAN** : anticorps antinucléaire ; **EPPS** : Electrophorèse des protéines sériques ; **ASE** : agent stimulant l'érythropoïèse.

ANÉMIE EN GÉRIATRIE

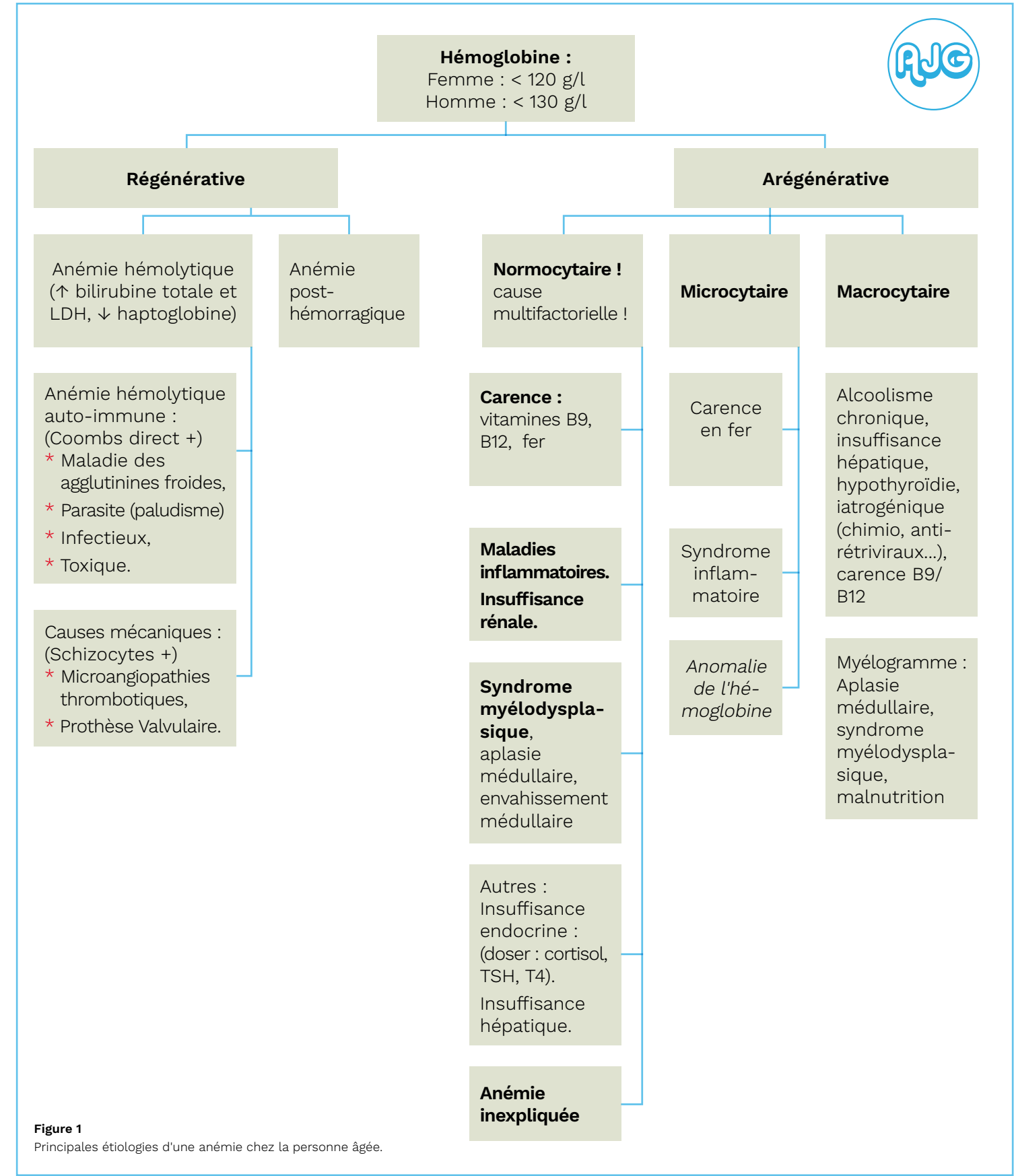


Figure 1 Principales étiologies d'une anémie chez la personne âgée.

Dr Ninon CHAGROT
Chef de clinique – Assistante,
Pôle Autonomie Handicap, Service de gériatrie
CHRU J. Minjoz - Boulevard A. Fleming - 25 030 BESANCON Cedex
CNRS, Laboratoire Chrono-Environnement UMR 6249
nchagrot@chu-besancon.fr
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. OMS | Prévalence de l'anémie dans le monde et nombre de personnes atteintes [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 10 févr 2021]. Disponible sur : https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/fr/

2. Stauder R, Valent P, Theurl I. Anemia at older age: etiologies, clinical implications, and management. Blood. 1 févr 2018;131(5):505-14.

3. Pautas E, Chambon-Pautas C, Gouronnec A. Anémie du sujet âgé. EMC - Médecine. 1 déc 2004;1(6):526-33.

4. Lanier JB, Park JJ, Callahan RC. Anemia in Older Adults. Am Fam Physician. 1 oct 2018;98(7):437-42.

5. Joosten E. Iron deficiency anemia in older adults: A review. Geriatr Gerontol Int. 2018;18(3):373-9.

6. OMS. Concentrations en hémoglobine permettant de diagnostiquer l'anémie et d'en évaluer la sévérité. Système d'informations nutritionnelles sur les vitamines et les minéraux. [Internet]. Genève; 2011. Disponible sur : http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_fr.pdf

7. Culleton BF, Manns BJ, Zhang J, Tonelli M, Klarenbach S, Hemmelgarn BR. Impact of anemia on hospitalization and mortality in older adults. Blood. 15 mai 2006;107(10):3841-6.

8. Laboratoire d'Hématologie Cellulaire du CHU d'Angers [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.hematocell.fr/index.php/enseignement-de-lhematologie-cellulaire/globules-rouges-et-leur-pathologie/55-anemies-definition-classification-aspects-cliniques>.

9. Chassagne P, Verdonck A, Druesne L, Landrin-Dutot I, Ménard J-F, Doucet J, et al. La cause d'une anémie normocytaire chez les sujets âgés doit-elle être systématiquement recherchée quelle que soit la valeur de la concentration d'hémoglobine ? Rev Médecine Interne. 1 mars 2004;25(3):189-94.

10. Serraj K, Federici L, Kaltenbach G, Andrès E. Anémies carencielles du sujet âgé. Presse Médicale. 1 sept 2008;37(9):1319-26.

11. Zulfiqar AA, Sui Seng X, Gilibert A, Kadri N, Doucet J, Andres E. Anémie chez le sujet âgé : étude des liens avec les critères gériatriques. Rev Médecine Interne. 1 juin 2018;39:A245.

12. Goodnough LT, Schrier SL. EVALUATION AND MANAGEMENT OF ANEMIA IN THE ELDERLY. Am J Hematol. janv 2014;89(1):88-96.

13. Anémies : définition, classification, aspects cliniques [Internet]. Laboratoire d'Hématologie Cellulaire du CHU d'Angers. 2011 [cité 15 févr 2021]. Disponible sur : <http://www.hematocell.fr/index.php/enseignement-de-lhematologie-cellulaire/globules-rouges-et-leur-pathologie/55-anemies-definition-classification-aspects-cliniques>

14. Gómez Ramirez S, Remacha Sevilla ÁF, Muñoz Gómez M. Anaemia in the elderly. Med Clínica Engl Ed. 7 déc 2017;149(11):496-503.

15. Röhrig G. Anemia in the frail, elderly patient. Clin Interv Aging. 17 mars 2016;11:319-26.

16. Busti F, Marchi G, Lira Zidanes A, Castagna A, Girelli D. Treatment options for anemia in the elderly. Transfus Apher Sci. 1 août 2019;58(4):416-21.

17. Netgen. L'anémie du sujet âgé : une pathologie fréquente à ne pas banaliser [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-270/L-anemie-du-sujet-age-une-pathologie-frequence-a-ne-pas-banaiser>

18. Exploration d'une anémie ferriprive d'origine digestive en 2012 [Internet]. FMC-HGE. 2012 [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2012-paris/textes-postu-2012-paris/exploration-dune-anemie-ferriprive-dorigine-digestive-en-2012/>

19. Ketz F, Buisson A, Levassort M, Pautas É. Place of bidirectional endoscopy in the assessment of iron deficiency in the elderly. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 déc 2020;18(4):377-83.

20. Habib Allah S, Maamar M, Khibri H, Ammouri W, Harmouche H, Tazi-Mezalek Z, et al. Syndrome de Heyde : une cause cardiaque d'anémie ferriprive à ne pas méconnaître. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 juin 2019;19(111):174-7.

21. Centre de Référence de la Maladie de Willebrand. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Maladie de Willebrand. 2018 sept.

22. Netgen. Recommandations actuelles pour le traitement de l'anémie ferriprive [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-105/31015>

23. Haute Autorité de Santé. Choix des examens du métabolisme du fer en cas de suspicion de carence en fer. Service évaluation des actes professionnels; 2011 mars.

24. Prise en charge de l'anémie ferriprive chez la personne âgée [Internet]. FMC-HGE. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/textes-postus/postu-2016-paris/prise-en-charge-de-lanemie-ferriprive-chez-la-personne-agee/>

25. Peyrin-Biroulet L, Williet N, Cacoub P. Guidelines on the diagnosis and treatment of iron deficiency across indications: a systematic review. 2015;102:1585-94.

26. Andrès E, Affenberger S, Vinzio S, Kurtz J-E, Noel E, Kaltenbach G, et al. Food-cobalamin malabsorption in elderly patients: Clinical manifestations and treatment. Am J Med. 1 oct 2005;118(10):1154-9.

27. Hypovitaminose B12 chez les sujets âgés : mise au point clinique, biologique et étiologique. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 juin 2018;18(105):149-54.

28. Vidal-Alaball J, Butler C, Cannings-John R, Goringe A, Hood K, McCaddon A, et al. Oral vitamin B12 versus intramuscular vitamin B12 for vitamin B12 deficiency. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2005 [cité 15 févr 2021];(3). Disponible sur : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004655.pub2/abstract>

29. Andres E, Serraj K, Mecili M, Ciobanu E, Vogel T, Weitten T. Mise au point sur la vitamine B12 administrée par voie orale. Ann Endocrinol. 1 déc 2009;70(6):455-61.

30. Kennedy AL, Shimamura A. Genetic predisposition to MDS: clinical features and clonal evolution. Blood. 7 mars 2019;133(10):1071-85.

31. Ershler WB. Unexplained Anemia in the Elderly. Clin Geriatr Med. 1 août 2019;35(3):295-305.

32. Weiss E, Paugam-Burtz C. Hémorragie digestive. Anesth Réanimation. 1 oct 2016;2(5):292-9.

33. Anémie Hémolytique Auto-Immune de l'enfant et de l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2747976/fr/anemie-hemolytique-auto-immune-de-l-enfant-et-de-l-adulte

34. Maquet J, Lafaurie M, Sommet A, Lapeyre-Mestre M, Moulis G. L'anémie hémolytique auto-immune est une maladie de la personne âgée et très âgée associée à une augmentation de la mortalité et des taux d'hospitalisation pour thrombose ou infection. Rev Médecine Interne. 1 déc 2020;41:A48-9.

35. Go RS, Winters JL, Kay NE. How I treat autoimmune hemolytic anemia. Blood. 1 juin 2017;129(22):2971-9.

36. Transfusions de globules rouges homologues : produits, indications, alternatives [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1349939/fr/transfusions-de-globules-rouges-homologues-produits-indications-alternatives

37. Mahmoudi R, Novella J-L, Jaïdi Y. Transfusion des personnes âgées : tenir compte de la fragilité. Transfus Clin Biol. 1 sept 2017;24(3):200-8.



Les 16^{èmes} Journées Nationales de la Société Francophone d'Onco-Gériatrie (SoFOG) se sont déroulées les 17 et 18 décembre 2020 à la Cité Mondiale à Bordeaux. En raison de l'épidémie de COVID-19, l'évènement a été réalisé en 100 % digital. Ce congrès annuel permet de réunir médecins, paramédicaux, chercheurs et étudiants qui échangent autour de présentations orales et de posters scientifiques sur la thématique onco-gériatrique. Parmi les principales actualités, le thème des toxicités des nouveaux traitements en oncologie notamment des immunothérapies a été abordé. Cette année, un focus a également été fait sur la place des infirmières dans le parcours de soins des patients.

Qu'est-ce que la SOFOG ?

« Il s'agit d'une réflexion multidisciplinaire et multi-catégorielle (gériatres, cancérologues, spécialistes d'organes, infirmières, diététiciennes, psychologues, et travailleurs sociaux) autour de la prise en charge du patient âgé atteint d'un cancer pour tout ce qui concerne l'annonce du diagnostic, et du Plan Personnalisé de Soins, la recherche clinique académique des groupes de travail existants et des sociétés savantes pour les malades âgés atteints de cancer, la formation des professionnels de santé en onco-gériatrie, l'information du grand public et les relations avec les autorités institutionnelles sanitaires ».

Le nombre de nouveaux cas de cancers en France en 2020 représente plus de 380 000 personnes dont près de 60 % chez les patients de plus de 65 ans. Ce constat conduit à s'impliquer davantage dans l'optimisation de la prise en charge en améliorant la qualité de vie, l'efficacité et l'équité du système de santé. Le contexte économique en France en 2017 montre que les dépenses d'assurance maladie pour la prise en charge des cancers représentent plus de 15 milliards d'euros, avec une dépense totale plus importante que pour les maladies cardio-vasculaires et neurodégénératives, d'autant plus que l'âge augmente. Selon des données américaines, le coût de vie reste pourtant plus élevé au cours de la phase initiale et à la dernière année de vie, en comparaison à la phase continue. L'impact des déterminants socio-économiques (bas niveau de revenus, faible niveau d'éducation, etc.) et sociodémographiques (statut marital, sexe masculin, âge > 70 ans) sur l'accès aux soins corrélés aux coûts informels, notamment des aidants, doivent faire repenser les stratégies de santé en direction des personnes atteintes de cancers.

Thématiques

Toxicités des immunothérapies

Les immunothérapies sont désormais les pierres angulaires des traitements de certains cancers. Elles sont utilisées seules ou en association avec d'autres traitements. Les toxicités peuvent toucher l'ensemble des organes, elles sont souvent peu graves mais peuvent aller jusqu'à des grades 3 à 4 de toxicité (cf. tableau).

Grade	Sévérité	Prise en charge de l'effet secondaire	Conséquence sur l'immunothérapie
1	Asymptomatique ou symptômes légers	Traitement symptomatique de l'effet et/ou surveillance	Poursuite de l'immunothérapie
2	Modéré, interférant avec les actes de la vie quotidienne (AVQ)	Traitement minimal, local ou non invasif	Mise en suspens de l'immunothérapie jusqu'au retour de grade 1
3	Sévère ou médicalement significatif, sans mise en danger du pronostic vital, interfère avec les AVQ	Hospitalisation pour traitement intraveineux	Arrêt de l'immunothérapie, reprise possible dans des situations particulières
4	Pronostic vital engagé	Prise en charge immédiate hospitalière pour traitement intraveineux	Arrêt définitif du traitement
5	Décès		

Tableau 1 : Grade de toxicité de l'immunothérapie

Un exemple d'effet indésirable grave est la survenue de colite immuno-médiée ou encore de syndrome de Lyell sous anti CTLA4. Les traitements en association semblent engendrer plus de toxicité grave.

Le profil de toxicité est très différent en fonction de la molécule. Les cytokines ont une toxicité de type syndrome grippal. Les anticorps monoclonaux ont plutôt une toxicité de type immuno-allergique avec par exemple des réactions cutanées. Les anticorps conjugués ont un profil de chimiotoxicité. Les inhibiteurs des points de contrôle ont des effets auto-immuns. De nouvelles thérapies continuent à émerger comme les T cells engagés et les CAR-T Cells qui peuvent donner des syndromes de relargage cytokinique parfois bruyants se manifestant par de la fièvre, de l'hypotension, des détresses respiratoires, des toxicités neurologiques et digestives médiées par les cytokines.

➔ Des dispositifs visant à détecter, comprendre et gérer ces toxicités

De nombreux hôpitaux développent des dispositifs pour la gestion des effets indésirables des immunothérapies. Ces effets indésirables sont immuno-médiés.

Le Dr Mathilde Berger, dermatologue aux Hospices Civils de Lyon, a présenté le dispositif IMMUCARE qui a été développé aux Hospices Civils de Lyon avec pour but la gestion des toxicités sous immunothérapie. Il est composé d'outils à destination des professionnels de santé et des patients.

Pour les soignants ont été développés : une Hotline pour les avis urgents, une Télé-expertise (par mail) pour les avis semis-urgents, 2 Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de recours par mois. Un réseau a ainsi été créé avec des spécialistes d'organes. Les patients eux bénéficient d'un télé-suivi personnalisé (questionnaire par mail, prise en charge en fonction des symptômes déclarés) et d'un accès aux programmes de recherche.

Le Dr Capucine BALDINI, oncologue à l'Institut Gustave Roussy a présenté le fonctionnement de la RCP iTox qui discute des dossiers des patients sous immunothérapie. Quatre spécialités d'organes représentent 65 % des avis auprès de la RCP Immunotox : on retrouve principalement des toxicités pulmonaires, hépato-digestives, musculo-squelettiques et neurologiques. La plupart des toxicités surviennent environ 10 semaines après l'introduction du traitement. En général, plus les effets surviennent tard moins ils sont graves. Des diabètes immuno-médiés arrivent jusqu'à 6 mois à un an après l'arrêt du traitement. Un tiers des demandes des dossiers présentés en RCP iTox questionnent la possibilité ou non de reprendre une immunothérapie lorsque le patient a déclaré un événement indésirable mais que le traitement a apporté un bénéfice. Quatre études rétrospectives ont été menées dont l'une montrant qu'en cas de rechallenge de l'immunothérapie, 50 % des patients vont présenter à nouveau un effet

indésirable immuno-médié mais la plupart du temps moins important. En général, on peut reprendre l'immunothérapie sauf en cas d'effet indésirable grave. En cas d'effet indésirable immuno-médié, les corticoïdes sont rapidement efficaces et doivent être débutés sans délai dans les formes sévères. Ils ne sont pas censés diminuer la réponse anti-tumorale. La dose est différente selon le type de toxicité (0,2 mg/kg pour les arthralgies, 0,7 mg/kg pour les pneumopathies, 1 mg/kg pour les colites).

Le traitement par immunothérapie chez le patient âgé présente plusieurs spécificités :

- Une prévention et une éducation thérapeutique accrue : il faut informer le patient et son aidant et dépister la fragilité ;
- Une anticipation : elle se fait via la consultation oncogériatrique puis le suivi ;
- Une détection des effets indésirables : ils peuvent être assez frustrés chez le patient âgé, par exemple la survenue d'un syndrome confusionnel doit mener à un bilan exhaustif des toxicités. Il faut penser à décroître la corticothérapie sans attendre ;
- Un suivi rapproché et un traitement adapté.

Les toxicités chez la personne âgée varient en fonction du traitement. Par exemple, il semble qu'il y ait plus de toxicité de haut grade chez le sujet âgé sous pembrolizumab dans les cancers bronchiques. A contrario les données en vie réelle en Italie concernant le nivolumab sont plutôt rassurantes chez le sujet âgé, ils ne présentent pas plus de toxicité de haut grade.

Elise MUNIER, Infirmière de coordination au sein de l'oncopôle de Toulouse a détaillé le suivi à domicile par les infirmières des patients sous thérapies ciblées orales. Ce dispositif est intitulé COACH. Quatre infirmières temps plein y participent. Le programme comporte : une proposition d'adhésion au dispositif par le médecin, une consultation d'adhésion par une infirmière « COACH », puis des consultations téléphoniques associées à un e-suivi. Les entretiens comportent un recueil des données générales (médicales et du mode de vie), la surveillance des bilans biologiques et des constantes, une analyse des effets secondaires avec grading, utilisation d'arbres décisionnels (élaborés par les médecins référents) et avis éventuel auprès de l'oncologue. Des comptes-rendus informatisés sont rédigés pour chaque entretien. Une ordonnance type est délivrée au patient au début de la prise en charge afin d'anticiper et prévenir les principaux effets indésirables (syndrome main-pied, mucite, nausées/vomissements, troubles du transit).

Une fiche d'information sur le médicament est également remise à cette occasion avec des indications sur les interactions médicamenteuses notamment avec la phytothérapie.

Ces dispositifs permettent d'harmoniser les pratiques, de créer des référentiels par spécialité, de développer une expertise collective, de participer à la formation médicale continue, d'assurer un suivi par la pharmacovigilance et de produire des données pour la recherche.

➔ **Focus sur les effets indésirables rénaux, rhumatologiques et endocriniens**

Le Pr Rainfray, gériatre au CHU de Bordeaux, nous a présenté la toxicité rénale des inhibiteurs des points de contrôle immunitaire. L'incidence de l'insuffisance rénale aiguë est faible dans les essais cliniques mais augmente au-delà de 65 ans. Il s'agit dans plus de 9 cas sur 10 d'une néphropathie tubulo-interstitielle. Il arrive de devoir dialyser les patients en cas d'anurie dans les tableaux de nécrose tubulaire aiguë. Le taux de mortalité est faible. Les hommes sont 2 fois plus atteints que les femmes. Le traitement de cet effet indésirable consiste en une corticothérapie par prednisone 1mg/kg/j pour les grades 3 et 4 ou par solumedrol IV en cas de dialyse. La corticothérapie n'est efficace que si elle est démarrée tôt (et n'est plus utile une fois que le rein est fibrosé...).

Le Dr Marie KOSTINE, a mis en lumière les effets indésirables rhumatologiques qui sont parfois oubliés. Ces effets étant peu connus, les patients sont peu informés et un retard diagnostic est fréquent. Le fait de présenter des arthralgies ou des arthrites est associé à une meilleure réponse sous inhibiteurs des points de contrôle immunitaire. Ces effets surviennent surtout durant les 3 premiers mois de traitement. Les tableaux les plus fréquents sont des arthrites inflammatoires ou des ténosynovites (tableau similaire au syndrome du canal carpien) avec un bilan immunologique négatif. Le syndrome inflammatoire biologique est variable. Un psoriasis peut y être associé. En cas d'arthrite un traitement par prednisone 10 à 15 mg par jour peut être suffisant. A noter que la prednisone a une meilleure biodisponibilité que la prednisolone et permet une décroissance mg par mg. La réponse est rapide. Ensuite il faut réaliser une décroissance, parfois une faible dose doit être poursuivie jusqu'à l'arrêt de l'immunothérapie. Il ne faut pas oublier les mesures associées chez le sujet âgé : supplémenter en vitamine D, s'assurer des apports calciques, discuter un traitement à visée osseuse en cas de traitement prolongé.

En cas d'échec, il est possible d'utiliser le méthotrexate, l'hydroxychloroquine voire les anti-TNF ou les anti-IL6.

Le Dr Delphine DRUI, endocrinologue au CHU de Nantes, est revenue sur les effets indésirables endocriniens des immunothérapies. Un antécédent endocrinien n'est jamais une contre-indication à l'immunothérapie, néanmoins il faut parfois adapter le traitement substitutif. Il ne faut pas non plus arrêter l'immunothérapie en cas d'effet indésirable endocrinien si elle est efficace. En ce qui concerne les thyroïdites secondaires, si l'on effectue les dosages biologiques l'hypothyroïdie concerne jusqu'à 20 % des patients et l'hyperthyroïdie jusqu'à 11 %. Les dysthyroïdies peuvent survenir avec toutes les immunothérapies. Il faut donc doser la TSH et la T4 (car risque d'hypophyse) avant de débuter le traitement. Il faut redoser ces éléments à chaque cure pendant 6 mois puis tous les 2 mois pendant 6 mois puis si signe évocateur.

Acteurs du parcours de soins en onco-gériatrie

➔ **Une place dédiée de l'infirmière dans la coordination...**

La Loi santé de 2019 a permis le développement de la télésanté, regroupant les champs de la téléconsultation, télé-expertise et le télésoins. L'usage des applications numériques et mails favorisent le lien entre les structures professionnelles, permettant d'éviter certains aller-retours inutiles avec un coût de transport diminué. Les patients sont satisfaits de ce mode d'échanges avec une sécurité sur les soins à distance (via caméra). Mais une vigilance est requise quant à l'accès à une connexion et réseau sécurisés sous protocole de collaboration avec encadrement. En comparaison au Canada, l'organisation des soins onco-gériatriques en France a tardé à élargir le champ de ses compétences à d'autres professionnels de santé. Aujourd'hui, les infirmières se positionnent comme prépondérantes dans la coordination des soins à travers plusieurs exemples.

Au CHU de Nice, le Docteur BOULAHSSASS présente une plateforme numérique utilisée par son équipe paramédicale dans le management du parcours patient pour favoriser le lien ville-hôpital. Il s'agit d'une activité à part entière, de type case-manager, où des contacts téléphoniques réguliers sont réalisés par une infirmière. Elle déclare le suivi clinique des interventions spécifiques pour prédire et anticiper les complications lors du retour à domicile (vécu post-traitements, surveillance des effets indésirables, etc.)

Un autre exemple proposé par Mme NICODEME, infirmière de pratique avancée (IPA) à l'Institut Curie à Paris : la téléconsultation paramédicale est utilisée comme retour d'expérience dans le suivi des patientes présentant un cancer du sein stable sous hormonothérapie avec plaie et cicatrisation. Elle accentue son intervention en rappelant la place de chaque professionnel de santé, se définissant comme partenaire du médecin sans se substituer à celui-ci.

➔ **L'apport du pharmacien hospitalier en bilan pluridisciplinaire mais pas que...**

Les résultats d'une étude observationnelle rétrospective conduite au Centre Léon Bérard (Lyon) par le Docteur RUSSO ont été présentés. L'observance thérapeutique chez les personnes âgées atteintes de cancer peut être améliorée en favorisant l'adhésion à la prescription (initiation, observance et persistance de la prise de traitement). Pour cela il faut prendre en compte le traitement oncologique lors d'une consultation pharmaceutique, analyser la gestion du traitement à domicile (46 % d'automédication, 49 % utilisent un pilulier, 33 % ont recours en un aidant ou infirmière pour la gestion thérapeutique) et corriger les erreurs (34 % interactions médicamenteuses, 14 % non-conformités au référentiel, 11 % prescriptions inappropriées et 10 % effets indésirables).

Cependant, très peu d'études ont été réalisées et la majorité se sont focalisées sur « la poly médication » avec une approche quantitative. Peu ont étudié les facteurs déterminants psychologiques comme le suggère Mme FASSE, psychologue clinicienne, lors de son intervention.

Une présentation a ensuite portée sur l'appui méthodologique aux professionnels de santé dans la réalisation de projets visant à améliorer le suivi des patients atteints de cancer (notamment pour faciliter la communication avec les patients âgés porteurs de troubles neurocognitifs) à travers le projet ONCOPL. Il s'agit d'une pédagogie alternative proposée par le Docteur EMPEREUR du CHU de Nantes. Il propose une boîte à outils construite par les intervenants selon leurs besoins avec un moyen de communication basé sur la réalisation de courts métrages (3 min) avec des fiches de debriefing sur le vécu, non caricatural d'une situation complexe. Citons l'exemple d'un aidant envahissant lors d'une consultation entre le chirurgien et le patient présentant des troubles neurocognitifs atteint d'un cancer colo-rectal.

➡ **La préparation du retour à domicile, avec préhabilitation et réhabilitation en onco-gériatrie...**

Le sujet âgé à risque de dépendance doit faire l'objet d'un accompagnement personnalisé et anticipé avec tous les professionnels. L'étude PROADAPT soutenue par le Professeur FALANDRY (Lyon) évalue la faisabilité et l'efficacité d'un programme individualisé de pré-habilitation et de préparation du retour à domicile avant et après une procédure médico-chirurgicale complexe.

Le Docteur ESTRADA de l'Hôpital Bretonneau (AP-HP), étudie la réduction de la morbi-mortalité et la durée de séjour par l'intervention de l'activité physique (kinésithérapie et moniteur d'activité physique adaptée), diététique et le suivi psychologique avec un programme personnalisé de soin à domicile avec soutien téléphonique hebdomadaire et des outils supports (livret et journal de bord, plaquettes d'infos).

Conclusion

La recherche expérimentale et interventionnelle en onco-gériatrie doit prendre en compte les cofacteurs extra-médicaux en intégrant les sciences humaines et sociales pour corréler les interventions et le contexte, notamment avec les théories explicatives avec la notion d'empowerment, aménagement de l'environnement, éducation sur le comportement, configuration spécifique dans l'offre de soins (stress des soignants) et place des aidants.

Les nouveautés thérapeutiques et leur accessibilité dans ce contexte de pandémie font revoir les modes d'exercices des professionnels de santé avec cette approche innovante.

Dr Amélie BOINET
Interne en DES de Gériatrie
CHU de Lille

Dr Cyprien ARLAUD
Géronte CH Claude Dégan à Villeneuve-de-Berg
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

<http://www.congres-sofog.com/>
<https://sofog.org/>

FICHE DU MÉDICAMENT

**SUPPLÉMENTER
UNE CARENCE
EN FER**

Dans le monde, la carence en fer touche principalement les enfants, adolescents et les femmes réglées, enceintes ou allaitantes. Dans ces cas, les explorations complémentaires à visée étiologique sont limitées. Il existe deux stades de gravité : d'abord la carence en fer sans anémie mais avec des signes cliniques pouvant justifier d'un traitement dans certains cas et ensuite l'anémie ferriprive.

Chez l'homme, ainsi que chez la femme ménopausée, en Europe, la prévalence de l'anémie ferriprive est inférieure à 1 %, ce qui justifie d'un bilan étiologique digestif systématique. La prévalence de l'anémie (toutes causes confondues) est de 10 % entre 65 et 84 ans et de plus de 20 % au-delà de 85 ans. Dans 30 % des cas, une carence en fer est mise en cause. La recherche et le traitement de la cause de ce déficit en fer constituent évidemment la première étape de la prise en soins.

Une meilleure connaissance du métabolisme du fer, et en particulier la découverte en 2001 de l'hepcidine, a permis l'amélioration des méthodes diagnostiques et l'optimisation du traitement.

Métabolisme du fer

Généralités et Hépécidine

Les cellules utilisatrices du fer sont majoritairement les érythroblastes, mais le fer est également utilisé par d'autres cellules pour le métabolisme cellulaire et diverses réactions enzymatiques.

Le fer est absorbé au niveau duodénal grâce, en partie, à la ferroportine, enzyme exportatrice du fer au pôle basal de la cellule duodénale. Le fer sérique est lié à la transferrine, son transporteur, afin d'éviter les effets potentiellement toxiques liés à son caractère oxydatif. Il est capté par les cellules utilisatrices grâce au récepteur de la transferrine puis est soit utilisé soit stocké sous forme de ferritine (dans les hépatocytes, les cellules de Küpffer et les macrophages spléniques).

Les apports alimentaires étant habituellement largement supérieurs aux capacités d'absorption intestinale, le défaut d'apport n'est pas reconnu comme une cause de carence en fer. La majorité du fer de l'organisme provient de la destruction des globules rouges sénescents. Les saignements chroniques (digestifs ou gynécologiques) représentent la cause la plus fréquente de carence en fer. La malabsorption est plus rare.

Depuis la découverte de l'hepcidine en 2001, la compréhension du métabolisme du fer a permis de faire évoluer les connaissances au sujet de la carence en fer, son diagnostic et sa supplémentation.

Cette hormone est synthétisée par le foie et a une action hypo-sidérémiant par l'inactivation de la ferroportine. Ainsi, elle provoque une diminution de l'absorption intestinale d'une part et un maintien du fer dans les cellules dans lesquelles il est stocké, d'autre part, d'où une augmentation de la ferritine.

La synthèse d'hepcidine est stimulée par l'excès de fer d'une part, mais également par le syndrome inflammatoire biologique via l'interleukine-6, en particulier.

Le déficit en fer ainsi que l'hypoxie et l'anémie provoquent, au contraire, une diminution de la synthèse d'hepcidine.

La conséquence de ces événements est l'anémie inflammatoire, qui est également favorisée par une inhibition directe de l'érythropoïèse par diverses cytokines inflammatoires.

Clinique

La carence en fer sans anémie

On retrouve les signes suivants :

- Asthénie, fatigabilité, diminution des capacités sportives.
- Syndrome des jambes sans repos.
- PICA : Ingestion compulsive de substances non alimentaires (glaçons, féculents crus, terre...).
- Troubles des phanères, alopecie, koïlonychie (anomalie des ongles devenant concave).
- Rhagades : Fissurations de la commissure des lèvres, glossite voire dysphagie.
- Coloration bleutée des sclérotiques.
- Ostéoporose.

Diagnostic

En l'absence de syndrome inflammatoire biologique

Le meilleur outil diagnostique est le dosage de la ferritine avec une très bonne sensibilité et spécificité. Les méthodes actuelles de dosage sont fiables, standardisées et reproductibles.

Le diagnostic de carence en fer est classiquement retenu lorsque la ferritine est inférieure à 20 µg/L chez l'adulte. Les valeurs seuils varient toutefois en fonction de la population à laquelle on s'adresse et ce seuil est plutôt de 30 µg/L chez l'homme.

En cas de syndrome inflammatoire biologique

L'augmentation de la synthèse d'hepcidine entraîne une diminution du fer sérique associée à une augmentation de la ferritine, le fer est alors piégé dans le compartiment réserve et non utilisable par les cellules, en particulier pour l'érythropoïèse.

De plus, d'autres cytokines favorisent directement l'entrée du fer dans les cellules de stockage et la synthèse de ferritine.

En conclusion, il s'agit d'une carence en fer « relative » car les réserves sont conservées mais le fer n'est pas mobilisable pour être utilisé, en particulier pour l'érythropoïèse.

Anémie ferriprive

L'anémie est définie par une hémoglobine inférieure à 13 g/dL pour les hommes et à 12 g/dL pour les femmes. Elle est classiquement arégénérative, microcytaire, c'est-à-dire que le VGM est inférieur à 82 fL, et hypochrome (CCMH < 32 g/dL ou TCMH < 27 pg/hématie). Ces caractéristiques manquent toutefois de spécificité. La microcytose, par exemple, est tardive et inconstante. Elle est souvent associée à une thrombocytose aux alentours de 500 G/L.

Chez la personne âgée de plus de 65 ans, il est proposé de retenir la valeur seuil de 60 µg/L, pour laquelle la spécificité est de 97 %. Chez les patients ayant une anémie et des comorbidités, en particulier cardio-vasculaires telles que l'insuffisance cardiaque, la spécificité reste de 96 % lorsque la ferritine est inférieure à 100 µg/L. Enfin, chez les patients hémodialysés, la valeur seuil est élevée à 200 µg/L.

Dans les situations simples dans lesquelles il n'y a pas de syndrome inflammatoire biologique associé, la ferritine seule est suffisante pour le diagnostic et aucun autre paramètre du statut en fer n'a sa place.

En cas de syndrome inflammatoire biologique

Etant donné l'intrication des phénomènes aboutissant à l'anémie lors du syndrome inflammatoire biologique, l'enjeu pour le clinicien est celui de différencier l'anémie inflammatoire « pure » ou l'anémie mixte associant une part inflammatoire avec une carence martiale « relative » voire « absolue ». Ceci étant dans le but de procéder d'une part à une thérapeutique adaptée et, d'autre part, à des explorations complémentaires adéquates.

La ferritine étant augmentée au cours du syndrome inflammatoire biologique, elle peut être, lorsqu'elle est utilisée seule, mise en défaut pour le diagnostic de la carence en fer. Si la cause de l'inflammation est « temporaire » et « réversible », comme par exemple un événement infectieux aigu, la conduite à tenir est de contrôler le bilan du fer à distance de cet épisode, une fois la normalisation des paramètres biologiques inflammatoires.

Dans les situations de syndrome inflammatoire biologique prolongé, une démarche diagnostique est proposée, à l'aide d'autres marqueurs biologiques du statut en fer de l'organisme, décrits ci-dessous :

- ➡ Le Coefficient de Saturation de la Transferrine (CST) : il est calculé grâce au dosage du fer sérique et de la transferrine, qui doivent être réalisés le matin à jeun. Ce paramètre est abaissé en cas de carence en fer, la valeur seuil utilisée pour le diagnostic est de 16 %. Il est moins sensible et moins spécifique que la ferritine, c'est pourquoi il n'est pas utilisé en première intention chez l'adulte dans les situations simples. Il est un apport en cas de situations complexes telles que les cancers, les maladies chroniques inflammatoires de l'intestin ou l'insuffisance rénale chronique. Il est toutefois également abaissé dans l'anémie inflammatoire, dans une moindre mesure, du fait du déficit fonctionnel en fer.

- ➡ Les Récepteurs solubles de la Transferrine (RsTf) : Ce paramètre est proportionnel à l'expression cellulaire de récepteurs de la transferrine à la surface des cellules utilisatrices. En cas de déficit en fer, il est augmenté alors qu'en cas d'anémie « purement » inflammatoire il reste normal. Le ratio RsTf/log ferritine serait donc discriminant pour différencier une anémie inflammatoire d'une anémie mixte. En pratique clinique, son apport n'a pas été prouvé et il est très coûteux, c'est pourquoi il n'est pas recommandé.

- ➡ Le fer sérique seul n'est jamais indiqué pour le diagnostic de la carence en fer. Son seul intérêt est d'être associé au dosage de la transferrine pour calculer le CST, dans les situations où c'est nécessaire.

Tout d'abord, la valeur seuil de ferritine inférieure 100 µg/L peut être retenue. Par contre, si la ferritine est supérieure à 100 µg/L, le bilan doit être complété par le CST. Si la ferritine est entre 100 et 200 µg/L et que le CST est inférieur à 16 %, le diagnostic de carence en fer est retenu. Dans les cas où la ferritine est supérieure à 200 µg/L, aucun marqueur n'est assez fiable et si une carence en fer est fortement suspectée, les explorations doivent être envisagées.

En conclusion, différencier une anémie mixte d'une anémie inflammatoire n'est pas aisé, le tableau suivant résume les caractéristiques de chaque paramètre évoqué selon la situation. Aucun n'étant satisfaisant, il reste nécessaire de raisonner en fonction de la situation clinique et des enjeux thérapeutiques.

	Anémie ferriprive	Anémie inflammatoire	Anémie mixte
Ferritine	↓	↑ ou →	↑ ou → ou ↓
CST	↓ ↓ ↓	↓	↓ ↓
RsTf	↑	→	↑
rRsTf/log ferritine	↑ > 2	↓ < 1	↑ > 2

Traitement

Supplémentation orale

C'est le traitement indiqué en première intention dans la grande majorité des cas. Les formes galéniques diffèrent par leur quantité de fer et l'adjonction de vitamine C favorisant l'absorption ou d'acide folique (ce qui n'a pas d'indication dans la carence en fer isolée).

Un traitement de 4 mois est préconisé à la dose de 150 à 200 mg/jour. Pour favoriser l'absorption, il est conseillé de prendre le fer le matin à jeun à distance du repas et des autres traitements.

Les spécialités disponibles sont les suivantes :

Sulfate ferreux :

- ➔ Fero-Grad® (Comprimé) 105 mg (+ Vitamine C 500 mg).
- ➔ Tardyféron® (Comprimé) 80 mg (+ Vitamine C 30 mg).
- ➔ Tardyféron B9® (Comprimé) 50 mg (+ Acide folique (B9) 350 µg).

Fumarate ferreux :

- ➔ Fumafer® (Comprimé) 66 mg / (Poudre) 33mg.
- ➔ Ferrostrane® (Sirop) 34 mg.

L'inconvénient majeur de ce traitement peu coûteux est sa mauvaise tolérance digestive. Dans ce cas, la prise au moment des repas (quitte à diminuer l'absorption de 50 %) est conseillée ainsi que la diminution de la dose avant de discuter d'une supplémentation intraveineuse.

Notons que lors du syndrome inflammatoire biologique, du fait de l'augmentation de l'hepcidine, l'absorption duodénale de fer est presque nulle.

La prise en compte de l'hepcidine dans la démarche thérapeutique a amené l'équipe de Moretti *et al.* dans *Blood* en 2015 à proposer une administration de fer par voie orale un jour sur deux plutôt que quotidienne et en une seule prise. Ceci est justifié par le fait que la prise de fer entraîne une élévation de l'hepcidine dans les heures qui suivent et que ceci diminue l'absorption intestinale des prises suivantes. S'il est intéressant à décrire sur le plan physiopathologique, ce protocole n'est pas actuellement recommandé en pratique courante.

Supplémentation intraveineuse

Il existe deux spécialités en France :

- ➔ Le Venofer®
 - 1 ampoule = 100 mg.
 - Maximum 300 mg par perfusion.
 - Longue durée de perfusion.
- ➔ Le Ferinject®
 - 1 ampoule = 100 mg
 - Maximum 1000 mg par perfusion
 - Durée de perfusion plus courte
 - Coût 5 fois plus important que le Venofer®

Dans les situations où une transfusion est nécessaire, notons qu'un concentré de globules rouges apporte 200 mg de fer.

Les indications du traitement par voie veineuse sont :

- ➔ Mauvaise réponse au traitement par voie orale bien conduit (4 mois à bonne dose) ou traitement par voie orale mal toléré.
- ➔ Maladies inflammatoires chroniques intestinales, maladie cœliaque.
- ➔ Anémie du patient dialysé ou insuffisant rénal sous érythropoïétine.

Il existe d'autres indications, qui restent à confirmer :

- ➔ Chez les patients insuffisants cardiaques chroniques (FEVG inférieure à 45 voire 40 %) présentant une carence en fer (définie par une ferritine inférieure à 100 µg/L ou entre 100 et 300 µg/L avec un CST inférieur à 20 %).
- ➔ Dans le cadre du syndrome des jambes sans repos.
- ➔ La fatigue chronique.

Ces perfusions sont classiquement connues pour être la cause de réactions anaphylactiques, ce qui était surtout le cas avec les anciennes formulations, le risque d'anaphylaxie avec le Venofer® étant de 0,002 %. Les autres effets indésirables sont un goût métallique, une coloration rouge des urines, des troubles digestifs et l'extravasation de fer au niveau du site de perfusion avec la survenue fréquente de veinites.

La dose à administrer ainsi que le rythme et la fréquence des perfusions est dépendante de la profondeur de l'anémie et du poids. La formule de Ganzoni permet de calculer ces besoins :

Poids corporel [kg] × (Hb cible – Hb réelle) [g/dL] × 2,4 + réserves de fer [mg].

(pour un poids inférieur à 35 kg, les réserves de fer sont de 15 mg/kg, pour un poids supérieur ou égal à 35 kg, elles sont de 500 mg).

Habituellement, en pratique clinique, l'attitude est un peu simplifiée : la dose est de 100 mg deux à trois fois par semaine chez les patients de moins de 50 kg et de 200 mg deux à trois fois par semaine chez les patients de plus de 50 kg.

Surveillance du traitement

Le contrôle de l'efficacité du traitement repose initialement sur la surveillance de la Numération Formule Sanguine, il est possible de constater un taux maximal de réticulocytes après 7 à 10 jours de traitement, et le taux d'hémoglobine commence à augmenter après une à deux semaines de traitement. La ferritine est contrôlée à 3 mois.

Dr Leslie CAVÉE
Cheffe de Clinique en Court Séjour Gériatrique au CHRU de STRASBOURG
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

- « Carences en fer » Chapitre par Pr Marc Ruivard dans « Diagnostics difficiles en médecine interne » volume 1 aux éditions Maloine, 4^{ème} édition (2017).
- « Choix des examens du métabolisme du fer en cas de suspicion de carence en fer » Rapport d'évaluation HAS de mars 2011.
- « Supplémentation en fer : indications, limites et modalités » ; J.-B. Arlet, J. Pouchot, S. Lasocki, C. Beaumont, O. Hermine – La Revue de médecine interne 34 (2013) 26–31.
- « Oral iron supplements increase hepcidin and decrease iron absorption from daily or twice-daily doses in iron-depleted young women » ; Diego Moretti, Jeroen S. Goede, Christophe Zeder, Markus Jiskra, Vaiya Chatzinakou, Harold Tjalsma, Alida Melse-Boonsstra, Gary Brittenham, Dorine W. Swinkels, and Michael B. Zimmermann – (Blood. 2015;126(17):1981-1989).
- « Prise en charge de l'anémie ferriprive chez la personne âgée » - Emeline Clair, Stéphane Nahon - POST'U (2016) – Association Française de Formation Médicale Continue en Hépatogastro-Entérologie.

Jeunes Gériatres,

L'année 2021 entame son deuxième trimestre et elle a été particulièrement chargée en événements pour l'Association des Jeunes Gériatres !

Bien sûr, notre contexte d'exercice a été dominé par la pandémie COVID-19, qui a vu arriver au moins une bonne nouvelle avec la mise sur le marché de plusieurs vaccins.

Nous en avons d'ailleurs fait une foire aux questions dédiée, accessible au grand public, pour essayer de répondre aux questions les plus fréquentes, en ligne sur notre site (<http://www.assojeunesgeriatries.fr/blog/la-vie-de-l-association/vaccination-covid-19.html>). Nous essaierons de mettre à jour ce document régulièrement, mais il témoigne d'ores et déjà de notre volonté de communiquer en toute transparence, pour que chaque personne puisse prendre une décision éclairée, en fonction des données acquises de la science.

Malheureusement, à cette pandémie s'est ajoutée une épidémie de propos âgistes, que l'AJG a fortement combattue, notamment dans un communiqué de presse, en ligne sur notre site (<http://www.assojeunesgeriatries.fr/blog/la-vie-de-l-association/communique-de-presse-covid-19-mettons-aussi-fin-a-l-epidemie-d-agisme.html>).

Outre les articles de la Nouvelle République et du 7 info, dans lesquels notre porte-parole, le Dr Arnaud Caupenne, a remis les points sur les i en faisant part des données scientifiques et en appelant à la fin de cet âgisme latent, inefficace pour sortir de la crise, l'AJG a également contribué largement à la mission de Fabrice Gzil portant sur la réflexion éthique dans les établissements hébergeant des personnes âgées dans ce contexte de crise sanitaire. Une controverse a même été publiée sur *egora.fr*, dans laquelle l'AJG s'est fermement exprimée pour un contrat social inclusif à l'égard des personnes âgées, appelant aux mesures au coût social minimal efficace.

Cette contribution a été également l'occasion de discuter des solidarités intergénérationnelles dans un webinaire de l'Espace Ethique Île-de-France.

A l'heure où nous écrivons ces lignes, nous venons de diffuser, le 17 mars, le 3^{ème} webinaire de l'AJG qui fut dédié à la cognition. Les deux premiers événements, sur la dénutrition le 18 novembre 2020, et sur le microbiote intestinal le 13 janvier 2021, semblent avoir trouvé leur public. Ils sont accessibles en replay sur votre espace adhérent, sur le site de l'association.

Nous poursuivrons au rythme d'un webinaire tous les deux mois, n'hésitez pas à nous soumettre des thèmes que vous souhaiteriez voir traités. Le prochain aura lieu le 19 mai à 19h30 sur le thème de l'hématologie.

Nous avons participé également au webinaire du Clubs des Jeunes Néphrologues (avec qui nous devons faire notre dernière Journée Annuelle) le 19 mars dernier, autour du thème "L'enfer, c'est les autres ?". Ce congrès a promu une vision transdisciplinaire de l'exercice médical, à laquelle nous avons eu à cœur de souscrire.

Au détour de vos activités numériques, vous aurez pu remarquer que le site de l'AJG est en cours de modification.

L'occasion d'explorer votre "espace adhérent" qui s'enrichit de plusieurs analyses bibliographiques : retrouvez-y la "Revue du Mois" (Prévention de la maladie d'Alzheimer, en ligne depuis fin janvier 2021) ainsi que "l'Article du mois" (sur les biomarqueurs plasmatiques dans la Maladie d'Alzheimer, depuis mi-février).

C'est d'ailleurs également dans cet "espace adhérent" que vous bénéficiez de votre accès à la revue GPNV.

De nombreux projets portés par l'AJG sont également en cours, en matière de production scientifique, de défense de la spécialité, de webinaires, de partenariats, ... nous avons besoin de votre soutien (et de vos propositions, remarques) pour continuer à porter haut les valeurs de la jeune génération des gériatres !

Aussi, n'hésitez pas à adhérer (ou renouveler votre adhésion) en ligne sur notre site, à nous suivre sur les réseaux sociaux (@JeunesGeriatries sur Twitter) ou à nous envoyer vos idées par mail !

Nous espérons que vous serez nombreuses et nombreux à participer à nos événements, en attendant de pouvoir nous revoir en vrai, pour une Journée Annuelle en chair et en os.

Prenez soin de vous !

Gériatriquement,

Le bureau de l'AJG

RISK FACTORS FOR CORONAVIRUS DISEASE 2019 SEVERITY AND MORTALITY AMONG SOLID CANCER PATIENTS AND IMPACT OF THE DISEASE ON ANTICANCER TREATMENT: A FRENCH NATIONWIDE COHORT STUDY

Lievre and al. Eur J Cancer. 2020

La première vague épidémique d'infection à SARS-CoV-2 a désorganisé le parcours de santé des patients âgés, notamment en onco-gériatrie avec l'annulation des consultations spécifiques, de chirurgies programmées, ou le report de certains traitements par radio-chimiothérapie non urgentes, malgré la publication spécifique d'un guide sur l'organisation de la prise en charge des patients (1). De très nombreux patients n'ont pas pu bénéficier d'un accès à un plateau technique pour le diagnostic étiologique et le suivi de leurs pathologies. Il a ainsi été remarqué la découverte de formes graves et évoluées de pathologies néoplasiques lors de la reprise d'un flux régulier, ayant comme impact un sur-risque estimé de mortalité multiplié par trois (2, 3, 4).

Dans cette étude de cohorte rétro-prospective multicentrique nationale, des données sociodémographiques, gériatriques, oncologiques, cliniques et thérapeutiques ont été collectées chez des patients atteints de tumeurs solides et d'infection à SARS-CoV-2 diagnostiquée entre mars et juin 2020. Le critère d'évaluation principal était la mortalité toutes causes et la gravité de l'infection à SARS-CoV-2.

Parmi les 1289 patients, 325 (25 %) avaient plus de 75 ans. Les cancers les plus fréquents étaient digestifs (36 %) et thoraciques (24 %) avec près de 60 % sous formes métastatiques. Au total, 424 (33 %) patients avaient une forme sévère de COVID-19 et 370 (29 %) patients sont décédés.

Dans l'analyse multivariée, les facteurs indépendants associés au décès étaient le sexe masculin (OR 1,73, IC à 95 % : 1,18-2,52), l'échelle de performance de groupe (ECOG PS) supérieur à 2 (OR 3,23, IC à 95 % : 2,27-4,61), l'indice de comorbidité de Charlson (OR 1,08, IC à 95 % : 1,01-1,16) et l'admission en USI (OR 3,62, IC à 95 % : 2,14-6,11). Les mêmes facteurs, avec l'âge, l'utilisation de corticostéroïdes avant le diagnostic de SARS-CoV-2 et le site tumoral primaire thoracique étaient indépendamment associés à la gravité du SARS-CoV-2.

Un total de 431 patients (39 %) ont vu leur traitement anticancéreux systémique (tel que chimiothérapie, thérapie ciblée ou immunitaire) interrompu ou arrêté après le diagnostic de COVID-19 alors qu'aucun des traitements anti-cancéreux administrés au cours des 3 mois précédents n'a eu d'effet sur la mortalité ou la sévérité du COVID-19, à l'exception de la chimiothérapie cytotoxique dans le sous-groupe de patients atteints du syndrome respiratoire aigu sévère (OR 1,53 ; IC à 95 % : 1,00-2,34).

On peut remarquer l'absence de données détaillées sur la population onco-gériatrique qui aurait permis d'apporter des informations complémentaires et spécifiques aux travaux de recherche sur cette thématique. Toutefois, ces résultats sont en accord avec d'autres données pronostiques en cas de COVID-19 chez des patients âgés de plus de 75 ans, avec comorbidités (7) ou syndrome de fragilité (8).

En conclusion, la gravité clinique et la mortalité de l'infection à SARS-CoV-2 chez les patients avec cancer sont élevées et sont associées à l'âge, aux comorbidités et au niveau d'autonomie évalué par l'échelle ECOG PS.

Malgré l'arrêt fréquent des traitements spécifiques aux pathologies néoplasiques actives, les données de cette étude ne semblent pas montrer d'effets délétères majeurs des traitements anticancéreux récents, à exception de la chimiothérapie cytotoxique dans un sous-groupe de patients.

Quel intérêt pour les jeunes gériatres ?

Compte tenu de l'absence de traitement curatif de l'infection à SARS-CoV-2, informer objectivement de l'impact d'une telle infection sur le pronostic des patients en onco-gériatrie peut permettre, en plus du dépistage précoce, des mesures de prévention par les gestes barrières, d'aider à la décision de vaccination. En effet, il est important de prendre en compte la néoplasie comme facteur de risque de gravité et sévérité de l'infection, notamment chez les patients âgés avec comorbidités. Cependant, comme le rappelle la société américaine de cancérologie (American Cancer Society) (10), les patients avec cancer ont été exclus des essais vaccinaux.

Ces données encouragent l'aide à la décision de poursuite de traitement, notamment l'hormonothérapie et la radiothérapie chez le sujet âgé (prostate, sein), qui ne semble pas représenter un sur-risque de sévérité d'infection à SARS-COV-2 (9).

Ainsi, une décision pluridisciplinaire et individualisée, prenant en compte le type de traitement (chimiothérapie, immunothérapie versus radiothérapie et hormonothérapie) et son impact sur l'immunité et donc l'efficacité vaccinale, est nécessaire. C'est pourquoi la Société Francophone d'OncoGériatrie (SoFOG) recommande aux médecins en charge de cette population de proposer la vaccination contre la COVID-19, en l'absence de contre-indications définitives ou temporaires (11).

Dr Cyprien ARLAUD
Géronte au CH Claude Déjean   Villeneuve-de-Berg
Pour l'Association des Jeunes G ri tres

Références

1. Grelletya.T, Ravaud.A, Canivet.A and al. SARS-CoV-2 / COVID 19 Infection and Solid Cancers : Synthesis of Recommendations for Health Professionals. Bulletin Cancer.2020.

2. Liang.W, Guan.W, Chen.R and al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. Lancet. 2020.

3. Yu.J, Ouyang.W, Chua.K and al.SARS-CoV-2 Transmission in Patients With Cancer at a Tertiary Care Hospital in Wuhan, China. JAMA oncology. 2020.

4. Zhang.L, Zhu.F, Xie.L. Clinical characteristics of COVID-19-infected cancer patients: a retrospective case study in three hospitals within Wuhan, China. Annals of oncology. 2020.

6. Lievre.A, Turpin.A, Ray-Coquard.I and al. Risk factors for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) severity and mortality among solid cancer patients and impact of the disease on anticancer treatment: A French nationwide cohort study (GCO-002 CACOV-19). European Journal of Cancer. 2020.

7. Wang.L, He.W, Yu.X and al. Coronavirus disease 19 in elderly patients : Characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up.Journal of infection. 2020.

8. Gilis.M, Chagrot.N, Brunel.A et al.Infection   SARS-CoV-2 de la personne  g e : le score de fragilité est un facteur pronostique. Médecine et Maladies Infectieuses. 2020.

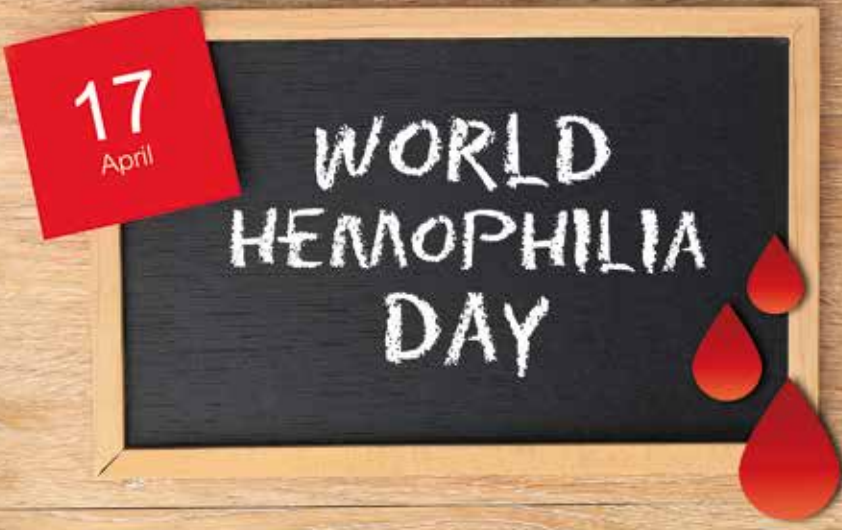
9. Yeked z.E, Utkan.G,  r n.Y.A systematic review and meta-analysis: the effect of active cancer treatment on severity of COVID-19. European Journal of Cancer. 2020.

10. COVID-19 Vaccines in People withCancer. American Cancer Society. 2021.

11. Recommandations de la SoFOG en termes de vaccination contre le SARS-CoV-2 chez les patients âgés traités pour un cancer. https://sofog.org. 2021.

CAS CLINIQUE

HÉMOPHILIE ACQUISE



Vignette clinique

Mme T. Henriette a 83 ans. Elle vit seule à domicile, est autonome pour les actes de la vie quotidienne, marche sans aide technique et conduit sa voiture pour aller faire ses courses.

Elle a comme principales comorbidités une hypertension artérielle sous trithérapie (ACEBUTOLOL 200mg 1/j, RILMENIDINE 1 mg 1/j, FUROSEMIDE 40mg /j). Elle reçoit des soins quotidiens pour un ulcère artériel de la jambe gauche, déjà compliqué d'une dermo-hypodermite aiguë bactérienne non nécrosante en 2018. Une angioplastie fémorale gauche a été réalisée en 2019 avec une double anti-agrégation plaquettaire par CLOPIDOGREL et acide ACETYL SALICYLIQUE dans les suites.

Elle s'est installée chez sa fille depuis un mois, à la suite nombreux passages aux urgences.

La première fois qu'elle consulte aux urgences, elle présente des gingivorragies et une suspicion d'hémoptysie. Le saignement s'est tari spontanément.

Elle se présente une deuxième fois quelques jours plus tard pour un hématome au niveau de l'avant-bras droit. Une échographie est réalisée, ne retrouve pas de collection profonde, et décrit un aspect hyperéchogène du tissu cellulo-graisseux de l'ensemble du centre du membre supérieur droit correspondant à une infiltration hématique.

Le bilan biologique met alors en évidence une anémie avec une hémoglobine à 10.2g/dL. Il n'est pas réalisé de bilan d'hémostasie.

A ce moment-là, la double anti-agrégation plaquettaire est arrêtée et l'acide ACETYL SALICYLIQUE seul est poursuivi.

Elle consulte une troisième fois aux urgences pour des gingivorragies. Cliniquement, on note des hématomes au niveau des genoux, du flanc droit et de la main droite, ainsi que des collections de sang en regard des dents 16, 17 et 18 qui sont alors traitées par compresses hémostatiques et bain de bouche par EXACYL .

Le bilan biologique met en évidence une anémie à 6.9g/dL, un TP normal à 84% et un rapport TCA élevé à 2.64.

Elle est transfusée de 2 culots globulaires et un traitement par IPP au pousse seringue électrique est initié dans l'hypothèse d'un saignement digestif.

Le bilan biologique complet retrouve :

Hb 7.2g/dL, VGM 100.9 fL	Calcium 2.11 mmol/L
Leucocytes 9.88 giga/L	Bilan hépatique normal
Plaquettes 378 giga/L	Vitamine D 8.1 ng/mL
CRP 87.6 mg/L	TSH normale 1.01 �UI/mL
Réticulocytes 235.48 giga/L	Ferritinémie élevée à 339 ng/mL avec un coefficient de saturation de la transferrine 15 %
Ionogramme normal	Folates sériques normaux 5.1ng/mL
Fonction rénale conservée (Créatininémie 78 �mol/L	Vitamine B12 298 pg/mL.
DFG CKD EPI 60 mL/min)	
Albuminémie 24 g/L	

A son arrivée dans le service de médecine gériatrique, le traitement antiagrégant plaquettaire est suspendu.

Le bilan d’hémostase est renouvelé avec un TP à 79 % et un rapport **TCA à 2.41**.

Devant ce TCA allongé, le bilan biologique est complété à l’initiative du biologiste.

Le dosage du **facteur VIII est effondré à 11 %**, le dosage du facteur IX normal à 150 % et le dosage de l’activité du facteur XI est normal à 109 %. Le facteur Willebrand est augmenté à 189 % et **les inhibiteurs spécifiques du facteur VIII sont majorés à 1.8U pour une norme inférieure à 0.40 unités Bethesda**.

Le diagnostic d’hémophilie A acquise est posé.

Hémophilie A acquise

Définition et épidémiologie

Il s’agit d’un déficit isolé et acquis du facteur VIII, lié à l’apparition d’un anticorps anti Facteur VIII.

Le diagnostic est à la fois clinique et biologique. Clinique, avec un syndrome hémorragique inaugural : hémorragies spontanées et superficielles ou manifestations plus sévères comme une hémarthrose ou hématurie. Biologique, avec un facteur VIII < 30 %. Le diagnostic est confirmé avec la présence d’un auto-anticorps anti Facteur VIII, qui est quantifié en unité de BETHESDA.

Le taux de prothrombine (Temps de Quick), le fibrinogène et le temps de thrombine sont normaux.

L’âge moyen du diagnostic est de 73.9 ans. L’hémophilie acquise touche autant les hommes que les femmes. Elle est rare : 15 cas pour un million chez les plus de 85 ans.

Le pronostic est réservé chez les patients âgés (70 % des décès chez les plus de 75 ans) en lien avec le risque hémorragique (8 à 22 % des décès sont liés aux complications hémorragiques) ou avec le risque infectieux inhérent au traitement immunosuppresseur.

Etiologie

Devant la découverte d’une hémophilie, un bilan étiologique doit être entrepris afin de rechercher une cause secondaire. Le tableau ci-joint résume les principales causes possibles et les examens paracliniques recommandés.

Idiopathique (50 % des cas)		AC anti Facteur VIII
Secondaire	Néoplasique (10-15 %)	▪ Scanner thoraco-abdomino-pelvien
	Hémopathie (lymphoprolifératif)	▪ LDH ▪ Electrophorèse des Protéines Sériques
	Auto-immune (polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux systémique, vascularite, anémie hémolytique auto-immune...)	▪ Aβ2GP1, AC anticardiolipine, ACAN, AC anti-gène soluble ▪ Protéinurie ▪ Bilan hépatique ▪ Sérologies virales ▪ Bilan d’hémolyse
	Médicamenteuse	▪ antibiotiques (pénicillines, fluoroquinolones, chloramphénicol), ▪ antiépileptiques (phénytoïne) ▪ interféron ▪ vaccins (BCG)
	(Post-partum)	

Bilan étiologique de l’hémophilie acquise.

Traitement

Sur le plan thérapeutique, la stratégie repose surtout sur le traitement étiologique, les immunosuppresseurs et le contrôle des hémorragies.

Traitement anti-hémorragique

Il est recommandé l’arrêt des AVK, des antiagrégants plaquettaires, des AINS.

➔ En cas d’hémorragie majeure, il faut utiliser des agents **dits « by-passant »** (on évite d’utiliser du facteur VIII car il serait neutralisé par l’anticorps).

Le terme anglais « by-passant » signifie « contournant », car ces agents permettent de favoriser la formation de thrombine sans avoir à apporter directement le facteur VIII manquant.

Deux molécules sont à retenir :

- NOVOSEVEN® (EPTACOG ALFA ACTIVE) = facteur VII recombinant.
- FEIBA® = concentré de facteurs de coagulation II, VII, IX et X d’origine humaine.

Ces traitements exposent le patient à des complications thrombotiques.

➔ Si l’hémorragie n’est pas sévère, une surveillance simple est de mise.



Traitement immunosuppresseur

Sans originalité, le traitement de première intention repose sur la **corticothérapie** à forte dose (posologie de 1 mg/kg d’équivalent prednisone) **associée au cyclophosphamide**.

En seconde intention, le **Rituximab** MABTHERA® est proposé. Ces traitements exposent le patient à des complications infectieuses.

Retrouvons Henriette, 83 ans...

Le scanner thoraco-abdominal réalisé retrouve une seule adénomégalie médiastinale antérieure, de nombreuses structures ganglionnaires de petites tailles aortocaves sans poly-adénomégalie. Il existe un hématome ou masse du muscle piriforme gauche. Le bilan auto-immun est négatif, il n’y a pas de cause iatrogène retrouvée.

Après le bilan étiologique, une corticothérapie est débutée à raison d’1 mg/kg (65 mg/jour).

Cliniquement, on note une disparition progressive des hématomes et des saignements, en dehors d’un méléna correspondant probablement aux gingivorragies dégluties.

Biologiquement, on observe une amélioration progressive de l’hémoglobine et une normalisation du TCA à 1.08 fois le témoin ainsi qu’une normalisation du Facteur VIII à 30 %.

Le traitement par corticothérapie en monothérapie à la dose de 1 mg/kg/jour est poursuivi pour une durée totale de 6 semaines avec décroissance progressive au décours. Il n’a pas été retenu d’indication à un traitement immunosuppresseur aux vues de la bonne évolution sous corticoïdes seuls. Le traitement par CLOPIDOGREL seul est repris.

Elle bénéficie d’une surveillance biologique de la coagulation régulière et est suivie en consultation : elle n’a jamais présenté de récives des hématomes et des saignements, ni d’épisode infectieux ou d’effets secondaires à la corticothérapie.

Elle est à ce jour en rémission, et ne reçoit plus de corticothérapie.

Points clefs

La difficulté chez les patients âgés est le **retard de diagnostic**.

Un syndrome hémorragique est souvent rattaché à une complication iatrogène chez nos patients âgés, fréquemment traité par des anticoagulants ou antiagrégants. Il doit pourtant faire évoquer un diagnostic différentiel tel que l'hémophilie acquise.

L'hémophilie est une cause rare, mais à ne pas méconnaître, de par son incidence qui augmente avec l'âge et son pronostic réservé.

➡ **Penser au bilan de coagulation devant tout syndrome hémorragique.**

➡ **À interpréter en fonction des traitements du patient (attention, le bilan de coagulation n'est pas toujours perturbé par les médicaments).**

➡ **Ne pas hésiter à pratiquer un scanner thoraco-abdomino-pelvien à la recherche d'une lésion suspecte (penser aux troubles de la coagulation d'origine paranéoplasique) et à la recherche de complications profondes.**

Enfin, comme souvent en gériatrie, le diagnostic et la prise en charge relèvent d'une collaboration avec nos confrères, dans ce cas biologistes et internistes.

Dr Sophie SAMSO
Praticien hospitalier au CH d'Angoulême
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

- Marc Trossaërt, Centre Régional de Traitement de l'Hémophilie, CHU Hôtel Dieu, Nantes. Benoît Guillet, Centre Régional de traitement des maladies hémorragique, Service d'hémostase bio-clinique, hôpital Pontchaillou, CHU de Rennes. Auto-anticorps dirigés contre le facteur VIII : « hémophilie acquise ». (Page consultée le 15/02/2021).
- https://sfh.hematologie.net/sites/sfh.hematologie.net/files/medias/documents/hemophilie_acquise.pdf
- Hémophilie acquise. (Page consultée le 15/02/2021).
- <http://www.snfmi.org/content/hemophilie-acquise>
- Baptiste Dilly. Morbi-mortalité dans une cohorte d'hémophilie acquise, à propos de 102 observations. [Thèse de doctorat en médecine]. Rouen : U.F.R Santé ; 2019.
- Vincent Rigaud, Tarik Es Sadki, Sophie Marty-Gres, et al. Anémie et hématomes diffus chez une patiente de 86 ans. Repères en gériatrie. 2020 Sept ; 22 : 146-148.
- Aurélie Daumas, Raphael Cauchois, Emmanuel Massy et al. Une hémophilie à 86 ans. La Revue de Gériatrie. 2015 Sept ; 40 433-7.
- Kruse-Jarres R, Kempton CL, Baudo F, Collins PW, Knoebl P, Leissinger CA, et al. Acquired hemophilia A: Updated review of evidence and treatment guidance. Am J Hematol. juill 2017;92(7):695-705.
- Borg JY, Guillet B, Le Cam-Duchez V, Goudemand J, Lévesque H, SACHA Study Group. Outcome of acquired haemophilia in France : the prospective SACHA (Surveillance des Auto antiCorps au cours de l'Hémophilie Acquise) registry. Haemoph Off J World Fed Hemoph. juill 2013;19(4):564-70.

ANNONCES DE RECRUTEMENT



LE CENTRE HOSPITALIER DES 4 VILLES



Le CH4V (Sèvres, Hauts-de-Seine) dispose d'une filière gériatrique complète avec UGA, SSR gériatrique, USLD, EHPAD, consultations mémoires, accueil de jour. Inscription à l'Ordre indispensable.



ayant ouvert une unité de médecine gériatrique aiguë de 27 lits (en plus de son UGA de 22 lits) recherche

UN PRATICIEN HOSPITALIER

Temps plein, gériatre.

Contactez le Dr Cécile Charpentier, Cheffe de pôle, avec CV et lettre de motivation : c.charpentier@ch4v.fr



LE CENTRE HOSPITALIER EURE-SEINE Hôpital Évreux-Vernon

RECRUTE pour sa filière gériatrique :

2 MÉDECINS GÉRIATRES ou GÉNÉRALISTES



sur postes PH-PHC-PAA avec perspectives de formation et de postes PH, temps plein ou temps partiel

Le CH Eure-Seine est doté d'une filière gériatrique complète sur 2 sites, composée :

- D'un service d'évaluation gériatrique en proximité des Urgences (11 lits).
- De 2 services de Court Séjour Gériatrique avec 46 lits au total.
- De deux EHPAD (250 lits), d'un USLD (30 lits) et d'une UHR.
- D'un service de SSR (22 lits) et SSIAD de 45 places.

Ces activités sont complétées par une unité mobile de gériatrie et des consultations spécialisées. L'équipe est constituée de 14 praticiens répartis sur l'ensemble des activités.

Les postes proposés :

- Un poste de Médecin Court Séjour Gériatrique sur le site d'Évreux.
- Un poste de Médecin Coordonnateur sur les EHPAD d'Évreux et de Vernon.

L'établissement :

Le CH Eure-Seine est établissement support de GHT (11 établissements sanitaires et médico-sociaux).

Il est situé dans l'EURE (région Normandie) situé à 50 minutes de PARIS et à proximité de la mer (1 h de Deauville).

Gare SNCF en centre-ville.

Envoyer candidature et curriculum vitæ à : Direction des Affaires Médicales – C. ALEXANDRE MARC, Directeur Adjoint – Rue Léon Schwarzenberg – 27015 ÉVREUX CEDEX 02.32.33.80.33 – Courriel : christine.alexandre@ch-eureseine.fr



Recrute UN MÉDECIN PRESCRIPTEUR

L'EHPAD « La Seigneurie » est un établissement public intercommunal permettant d'accueillir 280 résidents répartis sur 3 pavillons. L'organisation des espaces met l'accent sur la notion d'unité de vie. Des lieux de repos et d'échange complètent ces espaces privés.

MISSIONS

- Constituer le dossier médical du résident à son arrivée dans l'EHPAD.
- Renseigner le volet médical du dossier médical et de soins à chaque visite du résident.
- Échanger autant que besoin sur le projet individuel de soins du résident avec le médecin coordinateur.
- Prescrire préférentiellement au sein de la liste des médicaments par classe pharmaco-thérapeutique.
- Participer à la Commission de coordination gériatrique de l'établissement.

DESCRIPTION DU POSTE

L'objectif est de prendre soin des résidents accueillis, selon leurs habitudes, souhaits et envies. L'accompagnement global est réfléchi en équipe pluridisciplinaire (médecin, cadres, psychologue, psychomotricienne, animatrices, soignants, agents d'hôtellerie, etc.).

Le pavillon Lolive accompagne un public avec des troubles psychiatriques. Un travail de coordination avec les partenaires est à réaliser afin de compléter et d'assurer le suivi du dossier médical du patient.

PROFIL

- Médecin de ville.
- Appétence pour la géronto-psychiatrie.

STATUT

Salarié.

RÉMUNÉRATION

Grille des PH temps partiel.



CV et lettre de motivation à adresser à : direction@la-seigneurie.fr

Prise de poste dès que possible - CDD à temps partiel (50 %) de 2 ans.



LES ÉTABLISSEMENTS DU SUD-AVEYRON

CENTRE HOSPITALIER DE MILLAU (237 lits et places)
CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-AFFRIQUE (260 lits et places)
CENTRE HOSPITALIER MAURICE FENAILLE (81 lits)

Ces établissements font partie du GHT Est-Hérault et Sud-Aveyron dont le CHU de MONTPELLIER est l'établissement support.

Ces villes sont situées dans le sud de la France en région Occitanie, à moins d'une heure trente de Montpellier.

Le sud Aveyron est un territoire riche de sa culture, de ses traditions et d'une nature préservée.

Travailler pour les Établissements du Sud-Aveyron c'est vivre une aventure authentique et proche de ses patients.

RECRUTENT DES MÉDECINS GÉRIATRES

pour les secteurs SSR, USLD, consultations mémoire et hospitalisation de jour

ADRESSER CANDIDATURE ET C.V. À :

Madame Sylvie MARTY

Directrice des 3 structures

Par mail à l'adresse suivante pour les 3 établissements :

n.peyrottes@ch-saintaffrique.fr



CH DE MILLAU
265 Bd Achille Souques
BP 148
12101 MILLAU CEDEX
Tél. : 05.65.59.31.57



CH DE SAINT-AFFRIQUE
88 avenue du Dr Lucien Galtier
BP 291
12402 SAINT-AFFRIQUE CEDEX
Tél. : 05.65.49.71.52



CH MAURICE FENAILLE
Engayresque
Commune de Verrières
12150 SÉVÉRAC D'AVEYRON
Tél. : 05.65.70.22.00



Recrute UN MÉDECIN COORDONNATEUR

L'EHPAD La Seigneurie est un établissement public intercommunal qui accueille 280 résidents répartis sur 3 pavillons, dont 1 spécialisé en l'accueil de publics psychiatriques vieillissants. Il dispose d'un PASA de 14 places et d'une unité protégée spécialisée dans l'accueil de personnes présentant une maladie neurodégénérative type Alzheimer ou maladies apparentées. L'équilibre global de l'accompagnement est réfléchi en équipe pluridisciplinaire (médecins, cadres, psychologues, psychomotricienne, thérapeutes, animatrices, soignants, agents d'hôtellerie, etc.).

MISSIONS GÉNÉRALES :

- Élaboration, animation et réactualisation des projets de soins.
- Suivi des résidents, évaluation des besoins (AGGIR, PATHOS, projets d'accompagnement personnalisés...).
- Organisation de réunions de synthèse centrées sur le résident.
- Gestion des urgences vitales.
- Management de l'équipe médico-soignante, sans lien hiérarchique (cadre de santé, IDEC, psychologue, psychomotricienne, infirmiers, AS, ASG).
- Formation continue des professionnels.
- Coordination des intervenants extérieurs (médecins traitants, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophoniste, pharmacie...).
- Pilotage de la commission de coordination gériatrique.
- Actualisation de la liste préférentielle des médicaments et recommandation des prescriptions.
- Élaboration de procédures et protocoles en équipe.
- Contribution aux projets institutionnels, portage de projets innovants.
- Réalisation du rapport annuel d'activité médicale.
- Rôle de conseil au directeur (admissions, alerte en cas de dysfonctionnement, promotion de la bientraitance...).
- Participation à la définition de la stratégie médicale et à l'ancrage de la structure dans son territoire (collaboration avec le réseau gérontologique, développement du partenariat avec le secteur sanitaire...).

COMPÉTENCES REQUISES :

- Appétence pour la gériatrie.
- Capacité à travailler en équipe.
- Adaptabilité et autonomie.
- Sens du relationnel.

PROFIL : Médecin de ville, titulaire d'une capacité en gérontologie ou d'un DU de Médecin Coordonnateur / Gériatre diplômé.

STATUT : Salarié.

RÉMUNÉRATION : Grille des PH - Selon expérience et statut.

Prise de poste dès à présent.



CV et lettre de motivation à adresser à : direction@la-seigneurie.fr



LA POLYCLINIQUE DU SIDOBRE

seul établissement privé du Tarn Sud

La Polyclinique du Sidobre : 170 lits et places, Médecine - Chirurgie - Urgences. Plateau technique complet. Disposant d'une zone d'attraction de 170 000 habitants et à fort potentiel d'activité, recherche pour compléter son équipe un deuxième médecin salarié

MÉDECIN GÉNÉRALISTE INTERNISTE - GÉRIATRE H/F

pour son service de médecine polyvalente

Pour tout renseignement, contacter Monsieur Jean FABRE

Téléphone : 05.63.71.88.30 - 06.07.13.30.95

Envoyer votre candidature à jean.fabre@elsan.care

www.sidobre.groupe-elsan.com



LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL (CHI) DE FRÉJUS SAINT-RAPHAËL

RECRUTE POUR SON UNITÉ DE COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE :

- **2 praticiens hospitaliers gériatres**
diplômés spécialiste en gériatrie, dont un chef de service.
- **1 assistant généraliste**
titulaire du DESC de médecine générale ou lauréat PAE qualifié en gériatrie (capacité).

Situé dans une zone géographique attractive, le CHI de Fréjus Saint-Raphaël accueille les populations de la partie sud du territoire VAR EST : Saint-Raphaël, Fréjus, Roquebrune, Les Adrets, Pays de Fayence.

Cadre de vie très agréable sur le littoral méditerranéen avec 300 jours d'ensoleillement. Région Estérel méditerranéenne, reconnue pour sa qualité de vie, proche de la montagne à proximité des axes routiers A8 et d'un aéroport international.

Activités sportives, culturelles, loisirs bien développés ainsi qu'infrastructures à destination des enfants.



Centre Hospitalier Intercommunal de FREJUS SAINT-RAPHAËL

RENSEIGNEMENTS AUPRÈS DE :

- **Dr Pinelli Karine**, Chef de service du Court Séjour gériatrique
pinelli-k@chi-fsr.fr / 04.98.11.77.51
- **Mme De Taddéo Sandrine**, Attachée d'administration hospitalière des Affaires Médicales
detaddeo-s@chi-fsr.fr / 04.94.17.79.43

LES UNITÉS DE COURT SÉJOUR COMPORTENT :

Un court séjour gériatrique de 30 lits à orientation multi pathologique, nutrition du sujet âgé, unité post-chirurgicale. Effectifs médicaux : 4 ETP.

Un court séjour gériatrique de 30 lits à orientation oncogériatrique, neurologie du sujet âgé et filière AVC. Effectifs médicaux : 4 ETP.

Le pôle de gériatrie comporte une filière complète avec Court séjour, équipe mobile gériatrique intra et extra hospitalière, SSR, USLD, EHPAD, consultations externes et consultation mémoire. Situé au sein d'un hôpital équipé d'un plateau technique polyvalent et proposant une offre de soins techniques et de spécialités de qualité.

Participations aux astreintes opérationnelles du pôle de gériatrie (14 médecins participent).





LA CLINIQUE DU DIACONAT - COLMAR

RECHERCHE :

- **Médecin Généraliste ou Gériatre** pour les unités EHPAD / USLD.
Participation à la continuité des soins sur l'ensemble du département (1 astreinte opérationnelle hebdomadaire, 1 week-end/mois).
- **Médecin spécialisé en gériatrie** pour le service de médecine interne gériatrique.

PROFIL

- Médecin Gériatre ou justifiant d'une expérience gériatrique.
- Un diplôme complémentaire sera apprécié, notamment en rééducation ou dans le domaine cognitif.
- Inscrit à l'Ordre des Médecins.
- Compétence ou expérience en gériatrie vivement souhaitée.

PROFIL

- Médecin titulaire du DES ou du DESC de gériatrie, ou de la capacité de gériatrie, ou souhaitant s'investir dans le domaine gériatrique.
- Vous devez être inscrit à l'Ordre des Médecins.

Envoyez votre CV et lettre de motivation via :

Pôle de Santé Privé du Diaconat Centre Alsace - 201 Avenue d'Alsace - BP 20129 - 68003 Colmar Cedex
direction-colmar@diaconat-mulhouse.fr - **Dr Diouf** : 03 89 21 23 08 - **M. Huin** : 03 89 21 26 10

LES POSTES

- CDI à temps plein ou à temps partiel.
- Rémunération sur la base convention collective FEHAP du 31.10.1951.

L'ÉTABLISSEMENT

- Basé sur Colmar avec 312 lits et places.
- Composé de 2 unités de médecine gériatrique.
- D'un hôpital de jour, d'un SSR, d'une USLD et de 3 EHPAD.
- Assure la coordination médicale de plusieurs EHPAD partenaires.

Retrouvez l'offre complète sur : www.fondation-diaconat.fr







RECHERCHE

LE CENTRE HOSPITALIER D'EMBRUN

UN MÉDECIN GÉRIATRE

pour compléter son équipe médicale.

Pour exercer, à compter du 1^{er} juillet 2021, au sein d'une filière gériatrique complète comprenant 12 lits de médecine gériatrique, 14 lits de SSR gériatriques et de 30 lits d'USLD. Cette offre de soins se complète d'une consultation mémoire, de consultations fragilités, de 2 EHPAD, d'un SSIAD et d'une équipe mobile de gériatrie.

L'équipe médicale travaille en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire comprenant des IDE/AS, des kinésithérapeutes/ergothérapeutes, une diététicienne, une assistante sociale et des neuropsychologues /psychologues.

L'élaboration d'un nouveau projet d'établissement ouvre la perspective d'une reconstruction de l'hôpital et offre une dynamique professionnelle certaine.

PERSONNES À CONTACTER :

Dr Véronique CARLIER, Chef de pôle
04 92 43 73 41 - v.carlier-geniaux@ch-embrun.fr

Dr Michèle DEFFAUX, Présidente de la CME
04 92 43 75 32 - m.deffaux@ch-embrun.fr

Madame Véronique GENSUL, Affaires Médicales
04 92 43 75 00 - 04 92 43 73 03
(secrétariat) v.gensul@ch-embrun.fr

DIPLÔMES REQUIS	PROFIL RECHERCHÉ	STATUT
- DESC de gériatrie ou capacité. - DES de médecine générale.	- Personnalité dynamique et disponible. - Capacité à travailler en équipe. - Sens des responsabilités. - Éthique professionnelle. - Appétence pour encadrement et enseignement.	- Praticien contractuel. - Poste à temps plein (100 %). - Possibilité temporaire de logement sur le site de l'établissement. - Rémunération conforme au code de la santé publique.





UN PRATICIEN HOSPITALIER OU CONTRACTUEL H/F

À TEMPS PLEIN POUR SON SERVICE SSR.

- Inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins, vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine, d'une capacité de gériatrie ou d'un DESC (en cours ou validé).
- Vous viendrez renforcer l'équipe médicale de 5 praticiens hospitaliers pour les unités de SSR (70 lits) et d'USLD (70 lits).
- Poste à pourvoir dès maintenant.



Renseignements :
Dr Michèle COLLART,
Chef du pôle Clinique Médicale,
michele.collart@ch-troyes.fr

Candidature détaillée à adresser à :
Guillaume PRADALIE,
Directeur des affaires médicales et de l'offre de soins des Hôpitaux Champagne Sud
101 avenue Anatole France, CS 20718, 10003 Troyes Cedex
guillaume.pradalie@hcs-sante.fr
Tél. secrétariat : 03.25.49.49.56

Le CH de Troyes :
990 lits et places,
2 400 agents,
Nombreuses spécialités
médicales et chirurgicales,
Plateau technique complet,
Établissement support du GHT
de l'Aube et du Sézannais.

Troyes est une ville de taille moyenne, agréable :
ville d'art et d'histoire, région Champagne.

www.ch-troyes.fr





LE CENTRE DE RÉADAPTATION DES ARDENNES (Charleville-Mézières) – UGECAM NORD-EST

Au sein d'une équipe médicale, en SSR polyvalent (8 lits EVP, 12 lits UCC et 25 lits polyvalents) et affecté à 11 lits de SSR polyvalents et activités médico-sociales adultes :

- Assurer les consultations médicales.
- Prescrire et/ou réaliser les examens complémentaires, les actes d'évaluation, les différentes thérapeutiques et rédiger les certificats afférents à sa pratique.
- Mettre en place et assurer le suivi et la continuité des soins prescrits et/ou examens en intégrant les éléments médico-économiques.
- Assurer la traçabilité par le recueil et la transmission de l'information nécessaire à la valorisation de son activité (notamment le PMSI).
- S'assurer du respect des règles de sécurité sanitaire.
- Participer aux commissions réglementaires, aux commissions ou groupes de travail institutionnels et extra-institutionnels.
- Organiser le parcours de soins et contribuer à la coordination de l'activité des professionnels de santé.
- Participer aux réseaux de partenaires extérieurs en lien avec l'activité de l'établissement.
- Contribuer au développement de la qualité et de la gestion des risques.

RECRUTE

1 MÉDECIN GÉRIATRE (H/F - CDI - Temps plein)

Contact :

Adresser cv et lettre de motivation à
Mme Delphine HAUTCOEUR, Gestionnaire RH
crf.ardennes@wanadoo.fr - Tél. : 03 24 52 63 00



<https://youtu.be/deo8wXt5mnc>

LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-NAZAIRE

RECRUTE

Au sein d'une région touristique, reconnue pour son dynamisme économique et sa qualité de vie, la Cité Sanitaire réunit sur un même site, récemment construit, le Centre Hospitalier ainsi que la Clinique Mutualiste de l'Estuaire (capacité de près de 500 lits MCO). Les plateaux techniques et les services médico-techniques sont mutualisés. Son territoire d'attractivité comprend Saint-Nazaire, la presqu'île guérandaise et le Pays de Retz (de 250 000 habitants en période scolaire à 700 000 l'été).



LE SERVICE DE GÉRIATRIE AIGÛE RECHERCHE UN MÉDECIN GÉRIATRE

SPÉCIALITÉ RECHERCHÉE

DESC Gériatrie ou capacité.

POSITION DU PRATICIEN DANS LA STRUCTURE

Praticien dans le service de gériatrie sous l'autorité d'un chef de pôle et d'un responsable de service.

CARACTÉRISTIQUES DU SERVICE

Deux services de gériatrie aigüe de 30 lits et un de 10 lits.

Filière gériatrique complète : 70 lits de gériatrie aigüe, 30 lits de SSR, 75 lits d'USLD, 214 lits d'EHPAD, une EMG, un HDI, des consultations mémoire.

Au plan administratif :

Christine PELLIGAND, Directrice des Affaires Médicales et Générales
Centre Hospitalier de Saint-Nazaire
02 72 27 86 46 - recrutement-medecins@ch-saintnazaire.fr

Au plan médical :

Dr Sylvie HILY, Chef de pôle
Service de Gériatrie - Centre Hospitalier de Saint-Nazaire
02 72 27 83 87 - s.hily@ch-saintnazaire.fr

CONTACTS

Projets de développement d'activité validés visant à :

- Étendre l'équipe mobile de gériatrie en extra-hospitalier,
- Assurer la couverture gériatrique en chirurgie,
- Garantir la continuité médicale au sein des établissements qui sont en direction commune avec Saint-Nazaire, et notamment Savenay.

DATES DU CONTRAT

Possibilité de poste pérenne.
Poste à pourvoir été 2021.



LES CLINQUES DE RÉADAPTATION DU NORD DIJONNAIS

recherchent
1 MÉDECIN GÉRIATRE
H/F - Poste CDI - Temps complet ou
Temps partiel (0.8 à 1 ETP).



Les Cliniques de Réadaptation du Nord Dijonnais sont composées de deux centres de Soins de Suite et de Réadaptation de 90 et 60 lits situés dans l'agglomération nord dijonnaise (Messigny-et-Vantoux, Fontaine-lès-Dijon).

La Maison de Jouvence est un centre de Soins de Suite et de Réadaptation polyvalent de 60 lits (30 lits polyvalents et 30 lits gériatrie) situé à Messigny-et-Vantoux. L'équipe médicale est composée de 3 médecins.

PRINCIPALES MISSIONS

Activité SSR (les lits sont répartis entre les médecins). Participation aux différents groupes de travail et instances (CME, douleur, hygiène, nutrition, qualité). Plateaux techniques : Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Diététicienne, Psychologue. Pharmacie à usage intérieur. Une astreinte commune aux deux établissements est réalisée par l'ensemble des médecins.

ADRESSER CANDIDATURE ET
CV À LA DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT :

direction@ccgf.fr

SSR Jouvence Réadaptation
20, Rue des Alisiers
21380 Messigny-et-Vantoux



Le CHU de DIJON BOURGOGNE recrute :

UN MÉDECIN GÉRIATRE



Profil de poste :

Médecin gériatre à **0.8 ou 1 ETP** souhaitant exercer en **SSR, en gériatrie aigüe ou en ambulatoire**.

Docteur en médecine, titulaire d'un DESC de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou souhaitant se former à la gériatrie.

Praticien hospitalier contractuel, assistant spécialiste ou praticien attaché, remplaçant avec possibilité de titularisation. Prise de fonction dès que possible. Participation aux astreintes sur la filière gériatrique (2-3 week-ends / an). Pas de garde.

Le pôle personnes âgées du CHU Dijon Bourgogne comprend :

- Un service de Gériatrie Ambulatoire avec consultations, hôpital de jour, équipes mobiles de gériatrie et d'oncogériatrie interne et externe : 4 médecins.
- Un service de Médecine Interne Gériatrie de 62 lits répartis sur 2 unités : 8 médecins.
- Un service de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique de 68 lits répartis sur 2 unités : 4 médecins.
- Un EHPAD de 240 places dont une UHR et une USLD : 3 médecins.
- une Unité de Soins Palliatifs de 15 lits avec Equipe Mobile de Soins Palliatifs : 6 médecins.

Contacts :

Pr P. MANCKOUNDIA (Chef de pôle)

patrick.manckoundia@chu-dijon.fr - Tél. : 03 80 29 39 70

Mme Aïssia CIARROCHI (Responsable des Affaires Médicales)

alissia.ciarrochi@chu-dijon.fr

Le cadre de travail est agréable avec :

- Un regroupement sur un site unique : le Centre Gériatrique de Champmaillot, dans des locaux rénovés.
- Une équipe médicale jeune et très dynamique dont 2 PU-PH et 1 MCU-PH. Des médecins formés à l'oncogériatrie, à l'infectiogériatrie, aux troubles neurocognitifs, aux soins palliatifs et à l'échographie.
- Plusieurs temps de formations et d'échanges hebdomadaires avec les internes (bibliographie, cours, réunion de concertation collégiale de « cas complexes » et de « cas cognitifs »).
- Plusieurs thématiques de recherches : cardio-gériatrie, dénutrition, troubles de la marche, infectio-gériatrie, éthique.



LA SAS CLINIQUE SAINT-ROCH



Établissement privé du territoire de santé de l'Artois et du Hainaut Cambrésis recrute pour son site de CAMBRAI (59) :

1 GÉRIATRE

CDI Temps plein, ayant une sensibilité aux soins palliatifs et si non diplômé, pouvant s'y former.



Il sera coordonnateur responsable de service en association avec d'autres gériatres, des spécialistes de médecine physique et réadaptation et participera aux astreintes opérationnelles.

Il interviendra dans l'unité de soins palliatifs, dans le service de soins de suite spécialisés des affections de la personne âgée polyopathologique dépendante ou à risque de dépendance et en soins de suite polyvalents et service d'état végétatif chronique.

L'établissement est membre actif des filières gériatrique en cours de labellisation que ce soit pour le Douais, le Cambrésis et le Valenciennois. Un pôle gériatrique commun existe pour les 3 établissements. Si besoin, l'établissement prend en charge les formations nécessaires que ce soit en gériatrie ou en soins palliatifs.



S'adresser à : Docteur Joël CLICHE, Président et Coordonnateur Médical

CLINIQUE SAINT-ROCH : 128, allée Saint-Roch - BP85 - 59402 CAMBRAI Cedex

Tél. : 03 27 73 00 17 - Mail : clinique.saint-roch@clinique-saint-roch.fr



LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL CORTE-TATONE, établissement public de santé du Centre Corse, RECRUTE

- Pour le service de médecine (23 lits), **1 Praticien Hospitalier Généraliste**
- Pour le pôle médico-social (EHPAD, MAS, FAM), **1 Praticien Hospitalier Gériatre** (Compétences en polyhandicap appréciées)

L'établissement est doté d'un plateau technique complet et d'un service de rééducation. Il propose la prise en charge du logement et des frais de déplacement.



Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter Mr SELVINI
venture.selvini@chi-corte-tattone.fr - Tél. : 06 12 10 15 11

CHI Corte-Tattone - Allée du 9 septembre - BP 41 - 20250 CORTE
Tél. : 04 95 45 05 00 / Fax : 04 95 45 05 08
www.chi-corte-tattone.fr



LA COLLECTIVITÉ TERRITORIALE DE GUYANE RECRUTE
UN MÉDECIN CONSEILLER AUTONOMIE (H/F)

Poste à pourvoir dès que possible



MISSIONS DU POSTE

- Participe à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de l'autonomie de la CTG.
- Assure le rôle de référent médical de la Direction de l'autonomie (DA).
- Apporte son expertise médicale au sein des dossiers transversaux internes à la CTG.
- Est responsable de la cohérence de l'évaluation médico-sociale des personnes âgées et personnes handicapées.
- Assure l'interface avec les partenaires issus du champ sanitaire (PA/PH) et la MDPH.
- Participe aux modalités des dispositifs de coordination de l'autonomie.

ACTIVITÉS

- Est garant des pratiques d'évaluation médico-sociale des dispositifs APA et Accueil Familial des personnes âgées et handicapées.
- Valide les avis concernant la demande de CMI et particulièrement celle de la CMI Invalidité des bénéficiaires APA GIR 3 à 6.
- Apporte son expertise médicale à la cellule des situations préoccupantes PA/PH.
- Assure des visites à domicile selon le besoin du service en charge de l'élaboration des plans APA.
- Est l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé, en particulier les médecins libéraux et hospitaliers.
- Élabore et participe au plan de formation de l'équipe médico-sociale de la DA.
- Est le référent médical de la cellule des familles d'accueil PA/PH.

- Participe à la formation des familles d'accueil PA/PH.
- Valide le GMP des EHPAD du territoire.
- Participe aux instances, commissions et groupes de travail des partenaires (ARS, MDPH, MAIA, Réseaux géronto...) pour le développement de la coordination du parcours de santé de la personne âgée et de la personne handicapée.
- Apporte son expertise médicale sur les dossiers d'autorisation, les CPOM et conventions de la CTG dans le domaine de la gérontologie et du handicap.
- Propose des actions innovantes et adaptées aux besoins de la gérontologie et du handicap.
- Rédige notes et rapports en lien avec son activité.
- Peut être amené à représenter la DA dans des instances de concertation.
- Participe au rapport d'activité de la direction.

Relations fonctionnelles :

- Relations fonctionnelles internes : SGESSMS, MDPH, UTAS, Conférence des Financeurs...
- Relations fonctionnelles externes : ARS, MAIA, Services hospitaliers, professionnels de santé, CTS...

EXIGENCES LIÉES AU POSTE

Savoirs :

- Connaissance du champ gérontologique, du handicap et de la politique de santé.
- Connaissance des méthodes d'évaluation de la perte d'autonomie.
- Connaissance du cadre réglementaire des dispositifs sanitaires et médico-sociaux (loi 2002, loi 2009, loi ASV, LFSS ...).
- Connaissance du cadre réglementaire du fonctionnement des collectivités, des politiques publiques et de l'environnement territorial.

Savoir-faire :

- Intégrer et savoir relayer les orientations stratégiques.
- Avoir un esprit de synthèse et d'analyse.
- Être force de propositions et d'innovation.

Savoir-être :

- Être réactif et pertinent.
- Être disponible et mobile.
- Être capable de s'adapter.
- Avoir le sens du travail en équipe.
- Rigueur et professionnalisme.

CONTRAINTES

- Rythme de travail réactif, avec des pics d'activité liés aux échéances de la CTG, aux imprévus et aux calendriers des réunions avec les partenaires.
- Déplacements possibles sur l'ensemble du territoire.

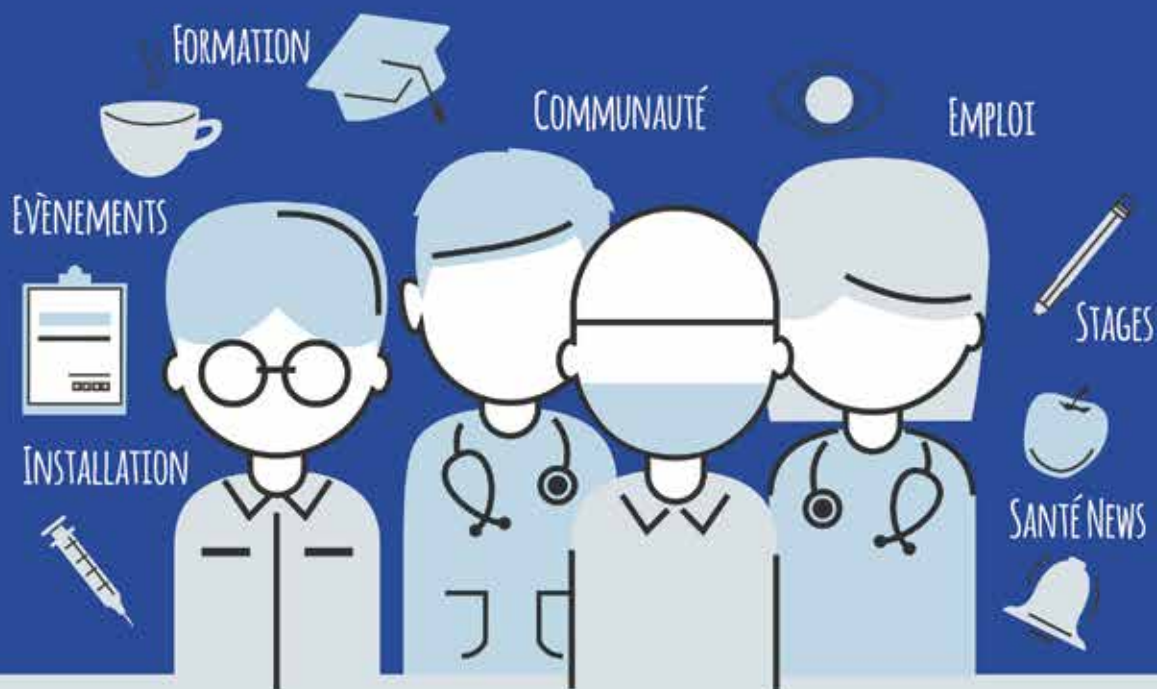
PROFIL

Titulaire du doctorat en médecine. Si possible spécialisation en gériatrie ou dans le champ du handicap. Expérience dans le champ du handicap ou des personnes âgées, exercice en collectivité départementale ou dans un service (ou établissement ou service) en charge de cette population.



Envoyer lettre de candidature + CV :
Collectivité Territoriale de Guyane

M. Patrice Richard - Hôtel de la Collectivité Territoriale de Guyane - Carrefour de Suzini - 4179 route de Montabo - 97307 CAYENNE
Tél. : 0594 300 600 - Courriel : patrice.richard@ctguyane.fr



RÉSEAU PRO SANTÉ

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah.idf
Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Ile-de-France

pôle emploi

UniHA

FEHAP
Fédération des établissements hospitaliers à but non lucratifs

☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

