

LA GAZETTE

DU JEUNE GÉRIATRE



NUMÉRO 16
Novembre 2017
NUMERO GRATUIT

NUMÉRO SPÉCIAL
Journées Annuelles
de la Société Française
de Gériatrie et Gérontologie

CHOISISSEZ LA SPÉCIALITÉ D'AVENIR
#jesuisgériatre



SOMMAIRE

L'EDITO

N° 16 | Novembre 2017

PAGE
03

L'EDITO

PAGE
05

Histoire de l'AJGH

L'Association des Jeunes Gériatres Hospitaliers (AJGH)

PAGE
09

DES de gériatrie

une spécialité au même rang que les autres

PAGE
11

Audition à l'Assemblée Nationale

Mission « flash » sur les ehpad en france

PAGE
13

Gériatrie connectée

Nouvelles technologies et sujets âgés, science-fiction ou réalité prochaine ?

PAGE
16

Case report

- A propos d'une encéphalite limbique ?
- Une pseudopolyarthrite rhizomelique recalcitrante
- Association d'une rhabdomyolyse et d'une polyradiculonévrite aiguë liées à l'association acide fusidique – statine

PAGE
26

ANNONCES

de recrutement

COMPOSITION DU BUREAU 2016 - 2017

Président

Guillaume DUCHER

Vice président

Guillaume DUVAL

Présidents d'honneur

Guillaume DESCHASSE

Cédric ANNWEILER

Sophie MOULIAS

Trésorier

Gilles LOGGIA

Secrétaire

Elodie DAMIER

Chargé de mission site web

Gildas COUTU

Chargée de mission gazette

Sophie SAMSO

Chargé de mission communication

Arnaud CAUPENNE

Référents locaux

Antilles Guyane

Tatiana BASILEU

Ile-de-France

Elise FERCOT

Nord est

Dominique MENGUE

Nord ouest

Thierry DAN

Rhône-Alpes-Auvergne

Nathalie JOMARD

Sud est

Maxime COURTIAL

Sud ouest

Arnaud CAUPENNE

Chères lectrices, chers lecteurs,

C'est avec beaucoup d'enthousiasme que je rédige ces quelques lignes d'une édition si particulière de la Gazette, la première à être diffusée lors des Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérologie et la première après tant de rebondissements pour notre association au cours de l'été.

En effet, en réaction à la « tragédie » prédite d'un désaveu important pour la gériatrie dans les choix de poste d'internat (la gériatrie étant devenue un DES suite à la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales), l'AJGH s'est fortement mobilisée pour faire connaître et reconnaître notre belle discipline. Tout est parti d'un tract martelant que la gériatrie ce n'est pas que « des vieux, des couches et des troubles cognitifs » mais aussi et surtout une médecine riche, humaine et multidisciplinaire au sein de laquelle la personne est au centre de la prise en charge globale proposée. A partir de là, plusieurs organismes de presse nous ont contactés et avec la collaboration du bureau de la SFGG et du Collège National des Enseignants Gériatres (CNEG) nous avons œuvré ensemble à la mise en avant de la réalité de notre exercice. Rien n'a été embelli, nous n'avons fait que présenter notre exercice quotidien... avec comme résultat 171 postes pourvus sur les 200 proposés : la « tragédie » n'a pas eu lieu.

Cet épisode estival nous a en tout cas conduit à développer au mieux notre communication avec désormais une présence importante sur les réseaux sociaux et un site internet totalement refait. Un dépoussiérage de l'association est même en cours puisque de nouveaux statuts seront votés lors de la prochaine assemblée générale, et pour coller à la réalité de l'exercice actuel de la gériatrie, un nouveau nom d'association sera soumis au vote afin que la mention « Hospitalier » du nom AJGH soit revue. Les grands projets qui jusqu'à présent étaient plutôt éteints, à savoir l'organisation de journées de l'AJGH, la création d'une plateforme d'échanges de travaux de présentation bibliographiques ou de recherche, ont vu leur développement s'accélérer nettement.

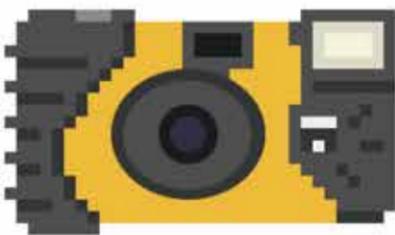
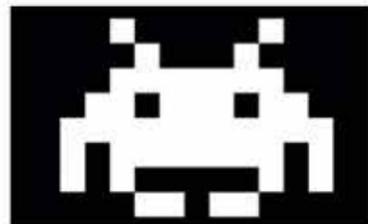
En bref l'AJGH se renouvelle et s'ouvre puisque des partenariats se créent, notamment avec la Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Âgée (SF3PA), l'association La Consult', ...

N'hésitez pas à nous rejoindre dans cette belle aventure, l'association a besoin de membres motivés pour se développer encore plus, motivation dont les jeunes gériatres ne manquent pas.

Bonne lecture, bon congrès et à très vite !

Guillaume DUCHER
Président AJGH

s'engage
en faveur de
la VACCINATION
contre la
GRIPPE
#montronslexemple



1. Prenez-vous en PHOTO en train de vous faire vacciner
2. DIFFUSEZ votre photo sur les réseaux sociaux accompagné du #montronslexemple ou envoyez nous votre photo et nous la diffuserons !



Histoire de l'AJGH



N° 16 | Novembre 2017



L'Association des Jeunes Géiatres Hospitaliers (AJGH)

Introduction & Objectifs

L'Association des Jeunes Géiatres Hospitaliers (AJGH) est une association apolitique Loi 1901 sans but lucratif créée en 2002 par le Docteur Sophie Moulias et son bureau à l'occasion du 17^{ème} Congrès Mondial de Gériatrie et Gériatrie à Vancouver.

A cette époque, la gériatrie n'est pas encore une spécialité à part entière puisqu'il faut attendre 2004 pour que son statut évolue de compétence à celui de spécialité. Le Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de Gériatrie, créé en 1988 n'est devenu qualifiant qu'à la rentrée universitaire 2004-2005, ouvrant donc le droit à la qualification de *spécialiste en gériatrie*. La capacité de gériatrie est quant à elle en place depuis 1998, permettant aux candidats titulaires d'un diplôme de docteur en médecine d'être formé à la gériatrie et d'acquérir un diplôme de validité nationale.

Ainsi, lors de la création de l'AJGH, la gériatrie telle qu'on la connaît aujourd'hui n'en était qu'à ses prémices d'où la vocation d'alors de réunir la génération émergente de jeunes géiatres, promouvoir la spécialité et la faire découvrir, faciliter l'accès à l'information gériatrique, développer des travaux de recherche d'envergure...

Aujourd'hui la gériatrie est pleinement installée dans l'éventail des spécialités médicales mais l'AJGH reste animée par la même farouche volonté de mener à bien plusieurs objectifs, inspirés des motivations qui ont conduit à créer l'AJGH et définis dans ses statuts comme étant :

- a) De réunir l'ensemble des jeunes géiatres en cours de formation ou exerçant en structure de soins gériatriques afin de construire la gériatrie française de demain ;
- b) De mettre en œuvre, réaliser et promouvoir toute action éducative et/ou informative destinée au corps médical, aux patients ou au grand public dans le but d'améliorer la connaissance, le diagnostic et la prise en charge globale des patients âgés ;
- c) De mettre en œuvre, réaliser et promouvoir toute recherche scientifique (biomédicale, épidémiologique, pharmacologique, ou autre) dans le domaine de la gériatrie ;
- d) De promouvoir la place des jeunes géiatres au sein du paysage gériatrique français, notamment en veillant à une formation de qualité des étudiants en médecine et des internes.

Membres de l'association

Nos statuts définissent plusieurs catégories de membres :

- Les **membres titulaires** de l'AJGH sont détenteurs du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Gériatrie, du Diplôme d'Enseignement Spécialisé Complémentaire (DESC) de Gériatrie ou de la Capacité de Gériatrie depuis moins de six années ou inscrits au DES, au DESC ou à la Capacité de Gériatrie.

On ne peut rester « jeune géiatre » plus de six ans après l'obtention du DES, du DESC ou de la Capacité.

- Les **membres associés** sont titulaires d'un diplôme de médecin et présentent un intérêt marqué pour la gériatrie, sans remplir les conditions de membre titulaire.
- Les **membres consultants** sont des scientifiques reconnus qui acceptent de rendre des services de lecture d'articles ou de projets de recherche à la demande des membres de l'AJGH.
- Les **membres bienfaiteurs** sont des personnes physiques ou morales qui au travers de leur adhésion veulent aider à la formation des jeunes géiatres hospitaliers et à leurs travaux de recherche gériatrique.



- **Les membres d'honneur** sont, soit de plein droit, les anciens présidents et membres du bureau de l'Association, ou soit, sur décision de l'Assemblée Générale Ordinaire, les représentants accrédités de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), le représentant accrédité du Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG), le représentant accrédité du Conseil Scientifique de la SFGG.

A ce jour, l'association compte environ 400 adhérents, répartis sur l'ensemble du territoire français.

Administration et fonctionnement

L'AJGH est constituée d'un conseil d'administration composé de huit membres, élus par l'Assemblée Générale Ordinaire. Ses membres doivent représenter dans la mesure du possible les différents modes d'exercice professionnel de la gériatrie (secteurs publics et privés hospitaliers, universitaires et non universitaires, médecins thésés et en cours de formation...) et les différentes régions du territoire français.

Le bureau de l'AJGH comprend quant à lui quatre membres, élus au sein du conseil d'administration : un président, un vice-président, un trésorier et un secrétaire.

L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit au moins une fois par an, dont une fois généralement lors des Journées Annuelles de la SFGG.

Activités de l'AJGH

L'AJGH se veut une association dynamique et accessible qui mène à bien plusieurs missions et projets dont tous gardent dans leurs objectifs de promouvoir la gériatrie et représenter la jeune génération de médecins gériatres.

Rassembler et mettre en lien la jeune génération

A partir d'un carnet d'adresses qui s'étoffe au fur et à mesure, l'AJGH met en relation les jeunes gériatres qui exercent dans des régions différentes. Loin d'être une agence matrimoniale, notre mission est de permettre de créer du lien pour travailler ensemble. Dans le cadre de l'arrivée du DES de Gériatrie notamment, nous avons

répondu à beaucoup de mails et appels durant l'été pour renseigner sur la gériatrie et communiquer les coordonnées de jeunes gériatres exerçant dans les villes que ciblaient les futurs internes.

En relation constante avec nos pairs, l'AJGH peut également mettre en relation directement de jeunes gériatres avec les membres du CNEG ou du bureau de la SFGG si nécessaire.

La Gazette

Editée à environ 1400 exemplaires tous les 4 mois, La Gazette est l'outil le plus visible de l'action éducative et/ou informative menée par l'AJGH. Il s'agit également d'un des outils de communication phare puisque sa distribution est assurée dans quasiment tous les CHU et Centre Hospitaliers de métropole et Outre-Mer, permettant de diffuser des messages au plus grand nombre.

Ainsi, tous les 4 mois, La Gazette met en lumière les dernières actualités gériatriques en revenant sur le ou les articles scientifiques du moment (étude FLAME dans la BPCO, étude CAPITA dans la vaccination anti pneumococcique), réalise un focus sur une initiative innovante (l'association « un temps pour toiT » dans le numéro 15) ou sur un métier d'importance en gériatrie (le Professeur d'Activité Physique Adaptée dans le numéro 11, l'ergothérapeute dans le numéro 12, l'assistant social dans le numéro 13). Des fiches gériatriques viennent également enrichir les numéros tels que l'utilisation de la voie sous-cutanée, la sémiologie des syndromes parkinsoniens atypiques...

A la fois pédagogique et informative, La Gazette du jeune gériatre démontre à chaque numéro que la gériatrie est une discipline passionnante et riche, vaste et multidisciplinaire, bien loin des clichés qu'on lui attribue parfois.

La représentativité auprès des instances

L'AJGH est une société savante filiale de la SFGG et de ce fait entretient des rapports privilégiés avec ses membres. Notamment, l'année 2017 a été l'occasion de collaborer sur le groupe « young leaders in aging research », fortement souhaitée par Sandrine ANDRIEU lors de sa prise de fonction en 2015 comme Présidente de la SFGG. Ainsi, l'AJGH a été le relai de la mise en place de bourses permettant de participer aux congrès

de l'IAGG (International Association of Gerontology and Geriatrics) à San Francisco et de l'EUGMS (European Union Geriatric Medicine Society) organisé cette année à Nice. Pour être éligible à l'obtention de ces bourses, des critères d'investissement dans des travaux de recherche étaient entre autres demandés, soit une manière d'encourager les projets de recherche menés par les jeunes.

L'arrivée du DES de Gériatrie pour cette année 2017, suite à la réforme du troisième cycle des études médicales, a quant à elle permis de travailler avec le Pr Gaëtan GAVAZZI, Président du CNEG, sur la structure de ce DES, tant théorique que pratique.

Toujours en termes de représentativité, l'AJGH est représentée par son bureau dans différentes missions et congrès, comme ce fut le cas pour l'audition à l'Assemblée Nationale début septembre 2017 pour la mission flash sur les EHPAD (compte rendu dans cette Gazette) ou encore la présence aux assises nationales des médecins coordonnateurs fin novembre.

Différentes actions de communication

Comme certains d'entre vous l'ont peut-être remarqué, l'AJGH s'est montrée très active à partir de la fin du mois d'août dans la promotion de l'arrivée du DES de Gériatrie. Suite à la diffusion d'un tract mi-août sur le site internet, le Facebook et le Twitter de l'association ainsi que par mail, plusieurs organismes de presse nous ont contactés. Une collaboration rapide et efficace s'est ensuite mise en place avec la SFGG et, alors que les pré choix de poste d'interne laissaient présager un désaveu important pour notre discipline, un peu plus de 170 postes ont au final été pourvus sur les 200 proposés pour cette première année.

Forts de cette expérience, nous sommes désormais beaucoup plus présents sur les réseaux sociaux et développons au mieux notre communication.

Adhérer à l'AJGH

Modalités d'adhésion

Pour adhérer à l'AJGH en tant que membre titulaire, il faut remplir les conditions détaillées ci-dessus et s'acquitter d'une cotisation annuelle fixée pour l'année 2017-2018 à 20€ pour les internes et 30€ pour les autres membres titulaires.





Pour les membres associés, consultants, bienfaiteurs et d'honneur, les demandes d'adhésion sont examinées par le bureau avant validation.

Les membres consultants, bienfaiteurs et d'honneur n'ont pas à s'acquitter d'une cotisation.

Retour des cotisations : montant et objectifs

Pourquoi ce retour des cotisations, pourtant abrogées en 2012 par le bureau de l'époque ?

La réponse est simple, l'AJGH a besoin de fonds pour développer ses actions, faire vivre son site internet, permettre au bureau de représenter les jeunes gériatres dans divers événements, mettre en place des bourses pour assister à des congrès...

Plusieurs partenariats se développent actuellement avec des laboratoires, notamment en vue de la création du premier congrès de l'AJGH mais des sources de revenus diverses sont nécessaires.

Quel retour j'aurai de ma cotisation ?

1. La **fierté de participer à l'essor de la gériatrie** en soutenant l'association des jeunes gériatres dans ses objectifs, ses démarches et son travail.
2. L'accès à **une plateforme collaborative** au sein de laquelle, les jeunes gériatres des différentes régions pourront partager leurs présentations d'articles scientifiques, de projets de recherche... Nous travaillons tous beaucoup dans nos subdivisions respectives or proposer aux autres gériatres d'accéder à ses travaux de recherche et de présentation bibliographique peut être un gain de temps considérable et une mine d'information immense.
3. Des **tarifs préférentiels sur certains congrès**, des développements de partenariat sont en cours.
4. L'accès gratuit aux **journées AJGH** qui sont en cours d'élaboration.

Perspectives d'avenir

L'AJGH ne manque ni de dynamisme ni d'idées mais d'un conseil d'administration complet pour mener à bien ses projets. Alors vous qui nous lisez, **rejoignez-nous !**

Les perspectives ? Elles ne manquent pas !

- **Création des premières journées AJGH** qui pourraient voir le jour à l'automne 2018 permettant par la même occasion d'accueillir les nouveaux internes de DES et proposer aux jeunes gériatres un contenu scientifique dans une ambiance festive.
- **Relancer les référents inter-région** pour que chaque nouveau gériatre ait un interlocuteur local vers lequel se renseigner si nécessaire.
- **Développer des projets de recherche** : notre force est d'être multicentrique, profitons-en !
- **Mettre en place une newsletter** jeune gériatre dans laquelle, chaque mois, seraient listés quelques articles scientifiques et non scientifiques qui ont marqués les semaines précédentes.
- **Poursuivre notre essor de communication** et être plus visible encore auprès des différentes instances.

Et surtout, puisque le nombre fait la force, j'insiste, rejoignez-nous !!

Guillaume DUCHER



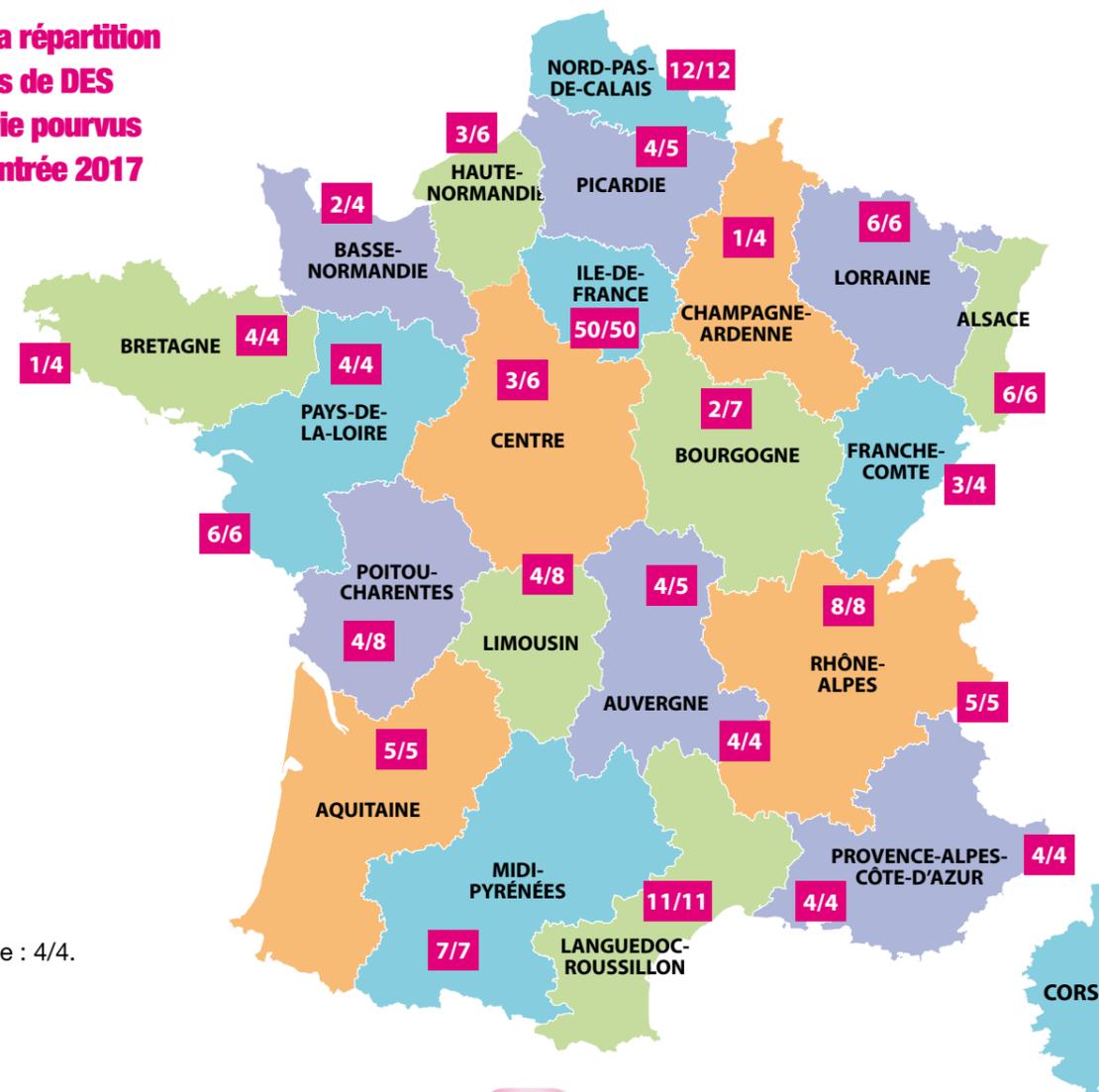
DES de gériatrie, une spécialité au même rang que les autres

La promotion des nouveaux internes de 2017 verra s'offrir la possibilité du choix du DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de gériatrie à l'issue des ECNi.

Dans le cadre de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, tous les DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) disparaissent, remplacés pour la plupart par des DES.

En 2017, 200 nouveaux postes de DES de Gériatrie ont été ouverts en France, 171 ont été pourvus.

Carte de la répartition des postes de DES de Gériatrie pourvus pour la rentrée 2017



Martinique : 4/4.



DES de gériatrie

La maquette du DES de gériatrie dure 8 semestres, au moins 3 sont à réaliser dans un lieu de stage avec un encadrement universitaire et au moins 2 sans encadrement universitaire. A l'image des autres maquettes de DES, modifiées lors de la réforme du 3^{ème} cycle, elle se divise en 3 phases.

Phase Socle : 2 semestres

- 1 stage en Court Séjour Gériatrique ;
- 1 stage en médecine d'urgences, médecine interne, cardiologie, pneumologie, neurologie ou rhumatologie.

Phase d'Approfondissement : 4 semestres

- 1 stage en Court Séjour Gériatrique ;
- 1 stage en Soins de Suite et de Réadaptation ;
- 2 semestres libres, de préférence en médecine interne, cardiologie, pneumologie, neurologie, réanimation, rhumatologie, oncologie.

Phase de Consolidation : 1 an

- 1 stage de 1 an ou 2 stages de 6 mois en hospitalier ou en libéral, ou en stage mixte.

Il est possible d'approfondir sa formation grâce à des FST (Formations Spécialisées Transversales), qui sont des options communes à plusieurs spécialités. Elles ouvrent droit à un exercice complémentaire (surspécialité) au sein de la spécialité suivie et nécessite 2 semestres supplémentaires.

FST ouvertes aux gériatres : Douleur, Nutrition appliquée, Pharmacologie médicale et thérapeutique, Soins Palliatifs, Sommeil.

Il existera aussi des Options (aucune encore disponible en 2017 en gériatrie), elles seront propres à chaque spécialité et dureront 2 semestres supplémentaires.

Les enseignements se dérouleront par e-learning, séminaires présentiels nationaux ou régionaux, ou par des exercices supervisés de mise en situation ou simulation.

Chaque phase sera clôturée par une évaluation.

La phase socle sera validée par les évaluations des stages ainsi que des évaluations de connaissances théoriques et pratiques.

La phase d'approfondissement sera validée par la validation du parcours, mais aussi un contrôle continu, la soutenance de la thèse d'exercice et la première inscription au Conseil National de l'Ordre de Médecins.

Enfin, la phase de consolidation, caractérisée par la préparation à l'exercice professionnel, sera validée par le contrôle continu des connaissances et des compétences, la validation du parcours de l'étudiant et une inscription au CNOM.

Pour le moment, le diplôme de capacité de gériatrie ne disparaît pas et les enseignements se poursuivent.

Sophie SAMSO

Audition à l'Assemblée Nationale

N° 16 | Novembre 2017

MISSION « FLASH » SUR LES EHPAD EN FRANCE

Audition de l'Association des Jeunes Gériatres Hospitaliers à l'Assemblée Nationale

6 Septembre 2017

Députées : Mme Monique IBORRA, rapporteure (LREM), Mme Mireille ROBERT (LREM), Mme Caroline FIAT (LFI)

AJGH : Dr Arnaud CAUPENNE, Dr Sophie SAMSO

L'audition a pris la forme d'une discussion durant laquelle plusieurs sujets ont été abordés.

Qu'est-ce que la gériatrie, l'apparition de la nouvelle maquette de Diplôme d'Etudes Spécialisées dès novembre 2017. Explication de la composition de la maquette et de la durée de l'internat.

Qu'est-ce qu'un gériatre, son rôle, ses compétences, son action dans le dépistage des fragilités et la prévention des décompensations. Nous insistons sur le côté « couteau suisse » lui permettant de remplir l'ensemble des fonctions au service du sujet âgé. La place du gériatre dans un lieu de vie au même titre que dans un lieu de soins.

A la question « le gériatre peut-il être médecin coordonnateur ? », nous avons répondu oui. Nous avons insisté sur la nécessité d'un médecin formé à la gériatrie (ce qui est le cas la plupart du temps dans les EHPAD), sensibilisé aux problématiques de prise en charge globale, de iatrogénie et de gestion de santé publique dans sa structure.

Nous avons abordé la problématique du manque de formation des soignants, médicaux et paramédicaux, notamment concernant la question des troubles cognitifs et des troubles du comportement. Dans cette thématique, à la question de la députée Caroline Fiat (ancienne aide-soignante de nuit en EHPAD privé), nous avons répondu que nous soutenons la formation ASG (assistant de soins en gérontologie) pour tous et toutes. La mission de for-

mation des soignants et infirmier(e)s peut être accomplie par le médecin coordonnateur. Nous avons souligné que le système de financement actuel n'encourageait pas ces formations. De plus la définition de la dépendance et de la polypathologie par les scores GIR et PATHOS, servant à définir les besoins (plutôt matériels) de l'établissement, ne prennent pas en compte le soutien psychologique, l'écoute et l'accompagnement des résidents par les professionnels au quotidien.

La problématique de la présence **d'un(e) infirmier(e) la nuit** a aussi été soulevée par tous les autres corps de professionnels rencontrés dans le cadre de la mission « flash ». Nous sommes allés dans ce sens, en précisant que cette présence ne pourrait être que bénéfique pour les résidents : sécurisation du personnel, soins palliatifs en EHPAD, possibilité d'un accueil d'hébergement d'urgence, limitation des passages aux Urgences la nuit (et hospitalisation dans les services d'Hospitalisation Courte des Urgences car retour en EHPAD impossible), diminution de la durée de séjour des résidents hospitalisés (d'autant plus que le nouveau décret de financement prévoit de diminuer l'enveloppe de la dotation soins au bout de 3 jours d'hospitalisation d'un résident). Nous avons néanmoins insisté sur l'importance de doter les établissements d'un financement suffisant pour ces soignants en plus (compensation en regard de journées d'hospitalisation évitées).



La place des établissements privés et leur fonctionnement financier. Nous avons proposé l'idée d'un organisme payeur public unique afin de simplifier le calcul des budgets, de mieux anticiper l'avenir et d'effacer les disparités entre départements concernant les dotations. Nous avons proposé que la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) joue ce rôle. Ainsi cet organisme qui gère déjà en partie les aides à domicile pourrait avoir une vision globale de la gestion santé et dépendance du sujet âgé en extra hospitalier. Cela permettrait d'enlever cette charge aux départements et aux ARS, qui, à ce jour, essaient de tirer les financements des EHPAD vers le bas. La méthode de calcul des budgets est aujourd'hui extrêmement complexe et ne permet pas aux établissements d'établir des projets sur le long terme. Elle favorise, de plus, nettement, les établissements privés alors que l'effort devrait être fait sur les établissements publics. Il est également nécessaire de créer un organisme de contrôle du fonctionnement des établissements et notamment du respect de leurs engagements concernant les places d'aide sociale. De la même façon, nous avons souligné la problématique des traitements qui coûtent cher et qui impactent l'enveloppe soins. La prescription de ces traitements est un frein à l'acceptation des malades dans les établissements publics. Il existe une liste de traitement dits « en sus », qui entraînent une dérogation à l'enveloppe soins de l'établissement. Cette liste mérite d'être redéfinie et réactualisée rapidement.

Enfin, la députée Monique Iborra nous a demandé si nous avons **une idée du modèle de l'EHPAD de demain**. Notre jeunesse et notre optimisme nous ont fait répondre un grand OUI. Il faut repenser les établissements, les moderniser et leur donner les moyens de réaliser des projets sur le long terme en revoyant leur financement. Il faut également que les établissements s'ouvrent sur la ville et brisent cette limite aides à domicile/EHPAD. Il est également important de revoir le ratio soignant/résident. Les besoins des personnes âgées changent, et il appartient aux professionnels, accompagnés des pouvoirs

publics, de se former et de s'adapter à ces nouveaux besoins. Mais un EHPAD accueillant, redevenant un vrai lieu dans lequel nous avons plaisir à vivre, est possible ! De la même manière, nous avons évoqué la nécessaire adaptation environnementale et des professionnels pour la prise en charge des résidents handicapés vieillissants ou atteints de pathologie psychiatrique, actuellement pris en charge mais pas de manière OPTIMALE. Cette remarque a été appuyée par la députée Caroline Fiat.

Dans la société actuelle, l'image du soignant auprès des personnes âgées est négative, et les professionnels en souffrent. Nous pensons qu'il faudra du temps pour que cela change. Nous avons exprimé que nous étions motivés pour agir dans ce sens et optimistes pour l'avenir.



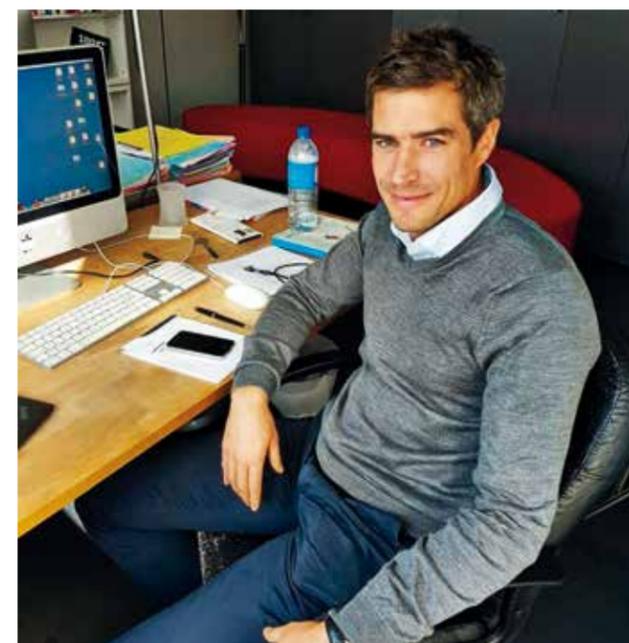
- Le compte-rendu complet de la communication de Mme Monique Iborra, rapporteure de la mission « flash » sur les EHPAD, en date du 13 septembre 2017 est disponible sur le site de l'Assemblée Nationale. http://www2.assemblee-nationale.fr/static/15/commissions/CAffSoc/Mission_flash_EHPAD_communication_rapporteure_20170913.pdf



Nouvelles technologies et sujets âgés, science-fiction ou réalité prochaine ?



Pour répondre à cette question, nous avons interviewé le Dr Antoine PIAU, PH dans le service de Médecine Gériatrique du CHU de Toulouse et spécialiste des nouvelles technologies dans le domaine de la santé.



d'obtenir un retour de l'activité effectuée ce qui augmentait l'activité physique effectuée. L'idée est : « je me fixe un objectif que j'applique ».

AC : Aujourd'hui nous remarquons dans notre pratique médicale quotidienne que nous ne sommes pas beaucoup entourés d'objets connectés. Qu'est-ce que nous pourrions utiliser de mature aujourd'hui ?

AP : Dans notre pratique médicale actuelle, il n'y a que dans le domaine du diagnostic que nous sommes en phase avec le développement technologique de 2017. C'est-à-dire qu'en biologie, en imagerie, nous sommes complètement en phase avec le fait que l'on aille sur Mars et que l'on ait des voitures électriques et même bientôt autonomes. Dans le domaine de l'intervention, il n'y a pas grand-chose en dehors des robots chirurgicaux dont l'efficacité clinique reste à démontrer. Nous avons l'impression que l'on est proche d'y arriver mais que nous n'y sommes pas encore. Dans le domaine interventionnel nous sentons que nous allons dans la bonne voie mais que rien n'est encore validé scientifiquement. Nous n'avons pas encore démontré de bénéfice clinique. Et à mon avis un domaine dans lequel il peut vraiment y avoir des progrès, c'est le support thérapeutique. C'est-à-dire pas la technologie en tant que thérapeutique elle-même mais en tant que support à l'adhésion, support à la réalisation... Par exemple, il est possible de citer toutes les applis de monitoring, de coaching, les programmes pour s'autogérer à la maison, des programmes d'éducation thérapeutique... A mon avis, il y a là un énorme boulevard. Mais pour l'instant, aucune de ces solutions n'a vraiment été évaluée scientifiquement.

Arnaud Caupenne : Qu'est-ce qui fonctionne aujourd'hui en termes de nouvelles technologies et qu'est-ce que nous pouvons recommander à nos patients âgés ?

Antoine Piau : Actuellement, nous pouvons recommander essentiellement des objets ou des applications qui répondent à un usage « bien-être » et non réellement « santé » (donc validé). Par exemple, pour un patient qui souhaiterait marcher plus dans la journée, un podomètre est une bonne option. La recherche a en effet démontré que cet objet connecté permettait de fixer un objectif et



« ...il n'y a que dans le domaine du diagnostic que nous sommes en phase avec le développement technologique de 2017 ».

AC : D'ailleurs, la recherche est-elle actuellement prête à évaluer ces évolutions et y a-t-il de la littérature qui a été publiée sur ces thèmes ?

AP : Il y a de plus en plus de littérature publiée sur ces thématiques, essentiellement des études pilotes sur des petits effectifs. Le problème actuel est que l'on essaie de faire un copier-coller de ce que nous connaissons en recherche médicale, à savoir l'évaluation des médicaments. Or ce n'est pas du tout pareil. L'évaluation d'un médicament est extrêmement linéaire (phase pré clinique, phase 1, phase 2, phase 3...) et de la phase pré clinique à la phase 3 ou 4, le principe actif ne sera jamais modifié. Sinon il faut tout reprendre du début. Un produit technologique c'est tout l'inverse.

A chaque phase d'évaluation l'outil sera modifié. Les phases seront beaucoup plus flexibles et le prototype pourra être modifié du tout au tout entre chacune de

ces phases. Nous n'avons actuellement pas les bonnes méthodes d'évaluation et nous sommes en difficulté au niveau méthodologique et statistique. Et actuellement le cycle de développement d'un médicament est beaucoup trop long. L'innovation technologique n'a pas ce temps-là. Au bout de 5 ans, la start-up en est à la 6^e version ! Les méthodes d'évaluation devront obligatoirement être adaptées. Il faut que nous changions nos manières d'évaluer les technologies et inversement eux ont des mauvais réflexes à gommer. Ils réalisent très bien les études de marché et l'évaluation des besoins mais dans le domaine médical ils ont de vraies carences. Ce secteur leur paraît en effet opaque et ils manquent d'interlocuteurs. Ils ont, de ce fait, du mal à venir sur le terrain pour évaluer les besoins et les usages. Les produits finis sont complètement inadaptés à nos pratiques.

« Nous n'avons actuellement pas les bonnes méthodes d'évaluation et nous sommes en difficulté au niveau méthodologique et statistique »

AC : Cela veut dire que les nouvelles technologies produites en ce moment sont assimilables à des « gadgets » non utilisables par les patients ?

AP : Exactement. Soit c'est un « gadget » à pure visée commerciale n'accomplissant que partiellement son rôle avec des mesures souvent non rigoureuses, soit il y a un décalage total avec les usages et nous avons affaire à un objet inutilisable.

AC : Est-ce qu'alors la solution ne viendrait pas des géants tels qu'Apple®, Google® ... ? Leurs méthodes de collecte massive de données est-elle la solution à suivre ?

AP : C'est en effet ce que l'on appelle « le Big Data » qui intéresse beaucoup les GAFA*. Ces données sont effectivement intéressantes surtout en termes de diagnostic précoce. Si en effet on recoupe des données telles que le champ sémantique utilisé dans les e-mails, la manière dont le sujet conduit sa voiture, utilise sa souris

d'ordinateur, marche... nous pouvons potentiellement prédire une pathologie neurodégénérative par exemple, 5 ou 10 ans avant. C'est extrêmement intéressant dans le domaine de la recherche clinique et cela pourra permettre de prendre en charge les patients de manière précoce. Néanmoins, ce n'est pas ça qui va augmenter notre espérance de vie sans incapacité. Donc je crois très fort en cette solution pour ce qui est du diagnostic précoce mais ce n'est pas cela qui va tout révolutionner. Et d'ailleurs quand on observe ces grands groupes on s'aperçoit que leurs employés mangent sainement, font du sport et envoient leurs enfants dans des écoles sans ordinateurs. Donc il faut faire attention au double langage. Ils savent que ce sera une amélioration mais ce n'est pas ça qui va révolutionner la médecine de demain. Aujourd'hui cela nous est survenu comme beaucoup d'innovations.

*GAFA : acronyme de Google®, Amazon®, Facebook®, Apple®.

AC : Nous avons l'impression que les médecins ne se sont pas encore emparés de ces thématiques et qu'il existe un retard à ce niveau-là. Qu'en penses-tu ?

AP : Je pense que nous sommes en retard et que nous devrions clairement plus nous y intéresser. Tout d'abord parce que c'est très bien de collecter des données mais il faut des gens qualifiés pour les utiliser. Et ensuite parce que, malgré tout, cela va profondément changer notre manière de pratiquer la médecine dans les années futures. Je ne crois pas que cela nous permettra de vivre 200 ans mais cela va révolutionner la pratique médicale.



« Je pense que nous sommes en retard et que nous devrions clairement plus nous y intéresser (...) cela va profondément changer notre manière de pratiquer la médecine dans les années futures »

AC : En gériatrie, nous sommes face à des patients âgés. Âge et nouvelles technologies ne fonctionnent pas forcément très bien ensemble. Quels sont les freins actuels et comment peut-on faire rentrer les nouvelles technologies chez nos patients âgés ?

AP : Alors moi, en cinq ans, j'ai déjà observé un changement. Il y a cinq ans nous n'avions pas de patients de 80-90 ans avec des Smartphones. Maintenant il y en a beaucoup. Ce n'est pas tant une question d'âge mais une question de génération et surtout de monde du travail. Toutes les personnes ayant travaillé avec un Smartphone, même si c'est sur la fin de leur carrière, vont savoir l'utiliser naturellement. En l'espace de 5 à 10 ans, cela va exploser. Et cela sera d'autant plus vrai le jour où nous leur proposerons des solutions plus adaptées à leurs besoins. Cela améliorera nettement leur adhésion. En effet, aujourd'hui cela ne les intéresse peut-être pas de porter une AppleWatch® (dont l'intérêt reste à démontrer en santé) préférant une montre plus classique auquel ils sont attachés. L'enjeu est de faire entrer la technologie dans leurs objets du quotidien.

AC : Est-ce qu'un autre frein peut être le fait que les patients ne maîtrisent pas l'ensemble des données collectées et se sentent épiés dans leur quotidien ? Est-ce une histoire de génération ?

AP : Ça n'est pas tellement une histoire de génération car il y a des jeunes qui commencent à s'en méfier aussi. C'est surtout une histoire de devenir des données. Tous les patients, même jeunes, demandent à savoir ce qui est fait de leurs données. On observe même des jeunes de la génération Y qui se retirent de tel ou tel réseau social à cause d'une exploitation des données non maîtrisée. Un autre enjeu majeur des prochaines années sera de clarifier cela.

AC : Et au final, si nous nous projetons dans 10 ans, qu'est-ce qui va réellement fonctionner ?

AP : A mon avis, il y aura des avancées majeures dans les domaines de la prévention, du diagnostic précoce et du soutien à l'hygiène de vie. Et ce seront les domaines cancérologiques, neurodégénératifs et cardiovasculaires/métabolique qui en bénéficieront le plus.

Arnaud CAUPENNE



A propos d'une encéphalite limbique ?

Histoire clinique

Madame M., 89 ans, est hospitalisée en court séjour gériatrique à la demande de son médecin traitant, via la hotline gériatrique, pour « troubles de la marche et gestes exubérants ».

L'examen initial retrouve un syndrome cérébelleux statique, des mouvements choréiques, une certaine exaltation de l'humeur ainsi que des troubles cognitifs manifestes, à priori non présents jusqu'alors.

Un diagnostic de **chorée sénile** est évoqué par le neurologue qui débute un traitement neuroleptique permettant une stabilisation initiale des symptômes. Malgré ce traitement, une aggravation clinique va par la suite s'installer avec altération franche de l'état général, clinophilie, exacerbation des mouvements choréiques et syndrome confusionnel. Finalement jugé inefficace, le traitement neuroleptique est stoppé d'autant qu'un QT long est apparu sur l'électrocardiogramme.

Le **scanner corps entier** retrouve une atrophie cortico-sous-corticale diffuse surtout temporale et un épanchement pleural bilatéral prédominant à droite. Réalisation d'un **électro-encéphalogramme** retrouvant quelques rares pointes lentes temporales, **ponction lombaire** mettant en évidence un liquide stérile, hyperprotéinorachique avec une recherche négative de la protéine 14-3-3, et **ponction pleurale** retrouvant un exsudat à prédominance de cellules mésothéliales, sans cellules néoplasiques. Les diverses sérologies virales et le bilan auto-immun dont la recherche d'anticorps anti-streptolysine O et anti-streptodornase reviendra négatif.

Décès brutal la veille de la réalisation de l'IRM cérébrale, sans étiologie claire (aucune autopsie ne sera par la suite pratiquée).



Discussion

◆ Chorée sénile

Un syndrome choréique se manifeste par des **mouvements involontaires brusques, brefs, de grande amplitude** et très variables dans leur distribution, leur fréquence et leur intensité. Ils prédominent à la racine des membres. Ils sont à distinguer des mouvements athétosiques plus lents et prédominants aux extrémités des membres.

Il peut s'agir de mouvements involontaires de **surdosage chez le parkinsonien**, d'une **maladie de Huntington**, d'une **chorée vasculaire** ou d'une **chorée sénile**.

Bien qu'étant l'étiologie la plus fréquente en gériatrie, la chorée sénile reste un diagnostic d'exclusion à ne retenir qu'après élimination d'autres pathologies.

◆ Chorée de Sydenham

Cette hypothèse fut réfutée devant l'absence d'anticorps spécifique et l'absence de cas rapporté dans la littérature à cet âge.

Pour mémoire, la chorée de sydenham est une maladie infectieuse du système nerveux central, apparaissant après une infection à streptocoques bêta-hémolytique du groupe A avec fièvre (angine), caractérisée par des mouvements involontaires et des contractions des muscles du tronc et des extrémités. Elle touche les enfants de 7 à 14 ans consécutivement à la contamination streptococcique.

◆ Creutzfeldt Jacob ?

Dans cette situation, une maladie de Creutzfeldt Jacob sporadique fut recherchée mais infirmée par la négativité de la protéine 14-3-3 et la normalité de l'EEG, tests les plus sensibles dans cette pathologie.

La Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) est l'**encéphalopathie spongiforme transmissible (EST)** humaine la plus fréquente. Sa prévalence est comprise entre 1 et 1,5 cas pour 1 million. Environ 85 % des cas sont sporadiques, 10 % génétiques, 5 % iatrogènes.

C'est une maladie d'incubation longue et silencieuse, évoluant toujours vers le décès. Elle entraîne une dégénérescence du système nerveux, sans réaction inflammatoire ou immunitaire, avec accumulation d'une isoforme anormale de la protéine prion (PrP).

La **MCJ sporadique** débute vers 60 ans, et évolue en moyenne en 6 mois. Il s'agit d'une démence avec des anomalies neurologiques (myoclonies, signes cérébelleux, visuels, pyramidaux, extra-pyramidaux, mutisme akinétique). La cause de la MCJ sporadique est inconnue. Aucune mutation n'est observée sur le gène de la PrP.

Les **MCJ génétiques** sont liées à différentes mutations du gène de la PrP.

Les **MCJ iatrogènes**, après greffe de dure-mère, ont une traduction clinique proche de la MCJ sporadique. Dans la MCJ liée à l'injection d'hormone de croissance humaine, le tableau clinique est différent : l'ataxie cérébelleuse est le premier signe, la démence apparaît tardivement, l'EEG est rarement caractéristique et l'évolution est lente (18 mois en moyenne).

Les **examens complémentaires** reposent sur l'électroencéphalogramme (EEG) qui peut montrer des anomalies périodiques spécifiques, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) où existent, dans 50 % des cas, des hypersignaux situés dans les noyaux gris centraux (noyau caudé et putamen) ou les cortex cérébraux ou cérébelleux ; et la détection dans le liquide céphalo-rachidien de la protéine 14-3-3 qui a une bonne valeur diagnostique.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement connu permettant de modifier le processus pathologique sous-jacent de la maladie.



◆ Encéphalite limbique

Les encéphalites limbiques (EL) sont définies comme un groupe de **pathologies inflammatoires auto-immunes du système nerveux central** caractérisé par une atteinte temporo-mnésiale initialement prédominante. Elles sont réputées exceptionnelles (épidémiologie indéterminable) et de diagnostic difficile. La majorité des cas entre dans le cadre d'un syndrome neurologique paranéoplasique. Leur pronostic spontané est considéré comme exécrable et leur réponse aux traitements variable selon l'éventuelle néoplasie sous-jacente et l'auto-anticorps impliqué.

Cliniquement, le mode d'installation est généralement aigu à sub-aigu (sur quelques jours à quelques semaines). Des formes hyper-aiguës sévères mimant une encéphalite herpétique ou des formes chroniques mimant une démence dégénérative sont néanmoins possibles. Cependant, la description des caractéristiques cliniques de cette pathologie, assez stéréotypée dans la littérature, est à relativiser de par sa rareté. De ce fait et de par la difficulté de l'évocation diagnostique, il est possible que des cas frustrés se manifestant par des

troubles mnésiques, cognitifs ou psychiatriques isolés soient méconnus...

La triade syndromique commune (atteinte limbique constante, à des degrés d'expression variables, avec une chronologie d'apparition variable) comporte :

◆ Epilepsie

Crises épileptiques temporales qui se caractérisent fréquemment par une sensation d'oppression thoracique ascendante suivie d'une perte de contact et d'automatismes gestuels et oraux ± posture dystonique du membre supérieur controlatéral au foyer ± aphasie, possiblement des crises tonico-cloniques généralisées (volontiers brèves avec état post-critique prolongé), voire des états de mal épileptiques convulsivants ou non.

◆ Troubles mnésiques

Prédominant sur la mémoire antérograde, constituant un véritable Korsakoff dans les cas les plus sévères.

◆ Troubles psychiatriques (± cognitifs)

On rencontre principalement des troubles de l'humeur, une désinhibition, des hallucinations

Dans le cas des encéphalites limbiques paranéoplasiques, la présence de symptômes liés directement à la néoplasie est rare, la découverte de l'encéphalite limbique précédant dans 70 à 90 % des cas la découverte du cancer.

Conclusion

Souvent symptôme d'une maladie de Huntington à l'âge adulte, la présence d'une chorée en gériatrie doit amener à rechercher diverses pathologies dont certaines sont graves. Une telle symptomatologie ne doit donc jamais être banalisée sous prétexte de la fréquence des chorées séniles.

Pour Madame M., aucun diagnostic n'a malheureusement pu être porté à temps et donc aucune thérapeutique adaptée n'a pu être proposée (qu'elle soit curative ou palliative).

Guillaume DUCHER

1. Waheed W, Boyd J, Khan F, Mount SL, Borden NM, Tandan R. Double trouble: para-neoplastic anti-PCA-2 and CRMP-5-mediated small fibre neuropathy followed by chorea associated with small cell lung cancer and evolving radiological features. *BMJ Case Rep* 2016;2016.
2. Lee W, Day TJ, Williams DR. Clinical, laboratory and electrophysiological features of Morvan's fibrillary chorea. *J Clin Neurosci* 2013;20(9):1246-9.
3. Özkan A, Aydın Cantürk İ, Candan F, Işık N, Özışık Karaman HI. [A Case of Sporadic Creutzfeldt-Jakob Disease That Developed With Psychiatric Symptoms]. *Turk Psikiyatri Derg* 2015;26(3):213-6.

Symptomatologie variable (atteintes extra-limbiques), souvent stéréotypée selon l'auto-anticorps associé :

Sémiologie extra-limbique	Auto-anticorps à suspecter (dosage sang)
Neuropathie à prédominance sensitive	Anti-Hu
Myélopathie	
Atteintes multi-focales	
Atteinte du tronc cérébral	Anti-Hu, anti-Ma2
Syndrome cérébelleux	Anti-Hu, anti-CV2, anti-GAD
Syndrome pseudo-occlusif digestif	
Syndrome de l'homme raide	Anti-GAD, anti-amphiphysine
Neuropathie sensitivo-motrice	Anti-CV2
Chorée	
Troubles du sommeil	Anti-Ma2, anti-VGKC
Troubles hypothalamo-hypophysaires	Anti-Ma2
Neuromyotonie	Anti-VGKC
Dyskinésies faciales	Anti-NMDA
Mouvements dystoniques	



Une pseudopolyarthrite rhizomelique recalcitrante

Monsieur N., 85 ans, est hospitalisé en court séjour gériatrique pour prise en charge d'une altération de l'état général dans un contexte de pseudopolyarthrite rhizomélitique (PPR) associée à l'apparition récente d'une dyspnée d'effort.

Ses principaux antécédents : rétrécissement aortique serré récusé pour un TAVI, hypertension artérielle, insuffisance rénale chronique et hypertrophie bénigne de la prostate.

Ses traitements : Solupred 50mg/, Perindopril/Indapamide, Nebivolol, Amlodipine, et Amiodarone.

Dans son histoire récente, on retrouve principalement la mise en route du traitement par Solupred 6 mois auparavant dans le cadre d'une suspicion de PPR. Après plusieurs ajustements posologiques, les douleurs inflammatoires n'ont jamais réellement cédées. De plus il s'est installé depuis peu une dyspnée d'effort d'aggravation récente, traitée par antibiothérapie pour une possible pneumopathie (Rocéphine et Flagyl) mais là encore, sans amélioration notable des symptômes.

L'examen clinique d'entrée en secteur d'hospitalisation met en évidence une douleur inflammatoire coxo-fémorale bilatérale prédominante à gauche et plutôt mécanique de l'épaule droite. L'auscultation pulmonaire est sans particularité. Sur le plan biologique on note une CRP à 86mg/l, une légère hyperleucocytose à 13G/L et une créatininémie à 151µmol/L.

Une fenêtre thérapeutique est décidée concernant l'antibiothérapie devant l'absence d'amélioration et l'apyrexie du patient.

Une **scintigraphie pulmonaire** est réalisée pour éliminer d'abord une embolie pulmonaire au vu de la dyspnée présentée : absence d'embolie pulmonaire mais présence d'une masse très suspecte de l'apex droit semblant comprimer ou envahir l'artère pulmonaire. Par ailleurs une **échographie des ceintures** sera réalisée et ne retrouvera pas d'argument pour une PPR devant l'absence de bursite sous-acromiodeltoïdienne. Le diagnostic se portera donc en faveur d'un **syndrome paranéoplasique d'une très probable néoplasie pulmonaire, mimant la symptomatologie d'une PPR.**

Dans les suites, un avis oncogériatrique préconisera une prise en charge palliative dans le contexte de rétrécissement aortique serré, de dénutrition sévère, et d'une fragilité extrême. Ces mêmes conditions conduiront malheureusement, malgré une prise en charge active, au décès de M. N. des suites d'une chute survenue dans le service, dans un contexte de sepsis sévère.

FOCUS SUR LA PSEUDOPOLYARTHRITE RHIZOMELIQUE

◆ Quelques mots d'épidémiologie

La PPR est un rhumatisme inflammatoire chronique d'étiologie indéterminée touchant une population de **plus de 50 ans**. Elle est à prédominance féminine avec un sex ratio de 1/2. Elle présente un gradient de fréquence qui décroît du nord vers le sud de l'Europe, et est rare chez les asiatiques ou les sujets noirs.

Sa prévalence est de 6/1 000 dans la population de plus de cinquante ans avec une incidence qui augmente avec l'âge.

◆ Symptomatologie clinique et paraclinique

Elle repose sur des arthromyalgies d'horaire inflammatoire qui sont :

- Bilatérales et le plus souvent symétriques évoluant depuis au moins un mois ;
- De topographie rhizomélitique : touchant les épaules, le rachis cervical et/ou la racine des membres inférieurs. Ces zones sont douloureuses à la palpation et à la mobilisation articulaire ;
- Avec un enraidissement matinal très prolongé (plus d'une heure) ;
- Avec, fréquemment, une bursite sous-acromiodeltoïdienne bilatérale ;
- Et, parfois, des ténosynovites et des arthrites périphériques.

Elle s'associe à une altération de l'état général et, parfois, une fièvre (autour de 38 °C).

La biologie retrouve un **syndrome inflammatoire majeur avec une VS habituellement supérieure à 40 mm**. Il s'associe à une thrombocytose et une anémie modérée. *A noter néanmoins qu'il existe de rares exceptions sans syndrome inflammatoire (1 à 10 % selon les études)*. On retrouvera également dans 20 à 30 % des cas, une cholestase anictérique, et parfois une cytolysse.

Il n'existe aucune anomalie auto-immune spécifique de la PPR.

Aussi il est important de retenir qu'aucun test biologique spécifique n'est disponible pour la pseudo-polyarthrite rhizomélitique, et qu'il n'existe aucun argument pathognomonique.

Le diagnostic repose donc sur un faisceau d'arguments et sur l'élimination des autres diagnostics potentiels.

◆ La corticothérapie

La corticothérapie est la pierre angulaire du traitement.

Inutile d'être trop agressif, 15 mg/j per os de prednisone suffisent pour le traitement d'une PPR isolée. La prise doit être quotidienne, jamais à jour alterné, les arthromyalgies réapparaissant en 24 à 36 heures.

La corticosensibilité de la PPR est excellente : on obtient généralement une réponse clinique en moins de 72h. La CRP se normalise en quelques jours, la VS en quelques semaines.

Le diagnostic doit donc être rediscuté si le malade continue à souffrir au terme de la première semaine.

La décroissance de la corticothérapie sera ensuite très progressive, le traitement étant en moyenne poursuivi pour une durée de 2 à 3 ans.

◆ Diagnostics différentiels

En l'absence d'éléments paracliniques spécifiques permettant d'établir un diagnostic de certitude, des diagnostics différentiels sont toujours à évoquer, d'autant plus si la décroissance des corticoïdes s'accompagne d'une rechute :

La polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé

Elle peut avoir un début volontiers rhizomélitique chez le sujet de plus de 65 ans. Il faudra donc rechercher la présence d'érosions osseuses principalement périphériques sur les radiographies, la présence du facteur rhumatoïde (FR) et surtout des anticorps anti-peptides citrullinés (ACPA). Il est indispensable d'éliminer cette pathologie puisqu'elle nécessitera la mise en place d'un traitement immunosuppresseur au sein duquel la corticothérapie n'a qu'une place transitoire.



Rhumatismes inflammatoires microcristallins du sujet âgé

La chondrocalcinose et le rhumatisme à apatite ont classiquement un tropisme pour la ceinture scapulaire contrairement à la goutte. Ils seront à évoquer devant une évolution subaigüe par crises avec guérison spontanée en quelques jours, l'identification de dépôts calciques en radiographie ou des cristaux au sein d'un liquide articulaire inflammatoire.

La polyarthrite œdémateuse (ou Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema, RS3PE)

Elle associe des œdèmes blancs prenant le godet aux extrémités et une ténosynovite des fléchisseurs ; ces derniers étant habituellement rares dans la PPR. Très corticostensible, elle est généralement résolutive en 12 à 18 mois de traitement.



Syndrome paranéoplasique

Il s'agit d'un diagnostic différentiel très important chez le sujet âgé particulièrement s'il présente une altération de l'état général marquée, la présence de symptômes généraux atypiques dans le contexte de PPR, un antécédent néoplasique ou un terrain favorable, un syndrome de masse (adénopathie...), une corticorésistance ou une corticodépendance. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien et le PET-scan sont, après un examen clinique minutieux, souvent utiles.

En effet, des tumeurs solides ou une hémopathie maligne peuvent s'accompagner d'un syndrome mimant une PPR comme c'était le cas chez notre patient. Il concernera

particulièrement les cancers viscéraux, rénaux ou pancréatiques, pulmonaires ou mammaires... mais aussi les hémopathies avec notamment le lymphome et le myélome.

Les vascularites (l'artérite de Horton ou artérite à cellules géantes principalement)

Elles sont à évoquer devant une atteinte rénale, une protéinurie mais aussi une atteinte pulmonaire ou ORL. Il conviendra donc de rechercher la présence d'anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires (ANCA).

Plus rares, on pourra également rechercher :

Les myopathies inflammatoires : à évoquer devant des faiblesses musculaires dans un contexte inflammatoire. La plus fréquente étant la polymyosite pour laquelle l'élévation des enzymes musculaires orientera le diagnostic.

Les infections : endocardite et infection profonde occulte (abcès, ostéite, arthrite septique, ...), mais aussi la Maladie de Lyme.

Tableau clinique évoquant une « PPR » à VS et CRP normales : les myalgies iatrogènes (statines, bêtabloquants, hydroxychloroquine...), une hypothyroïdie ou autre endocrinopathie, un syndrome parkinsonien avec rétraction capsulaire bilatérale, l'ostéomalacie, les tendinopathies de la coiffe des rotateurs, fibromyalgie et dépression...

Enfin, « qui dit PPR dit Horton ! »

La pseudo-polyarthrite rhizomélitique peut être isolée ou être associée d'emblée à une maladie de Horton (15 % des cas). Il conviendra donc de rechercher systématiquement des signes évoquant une maladie de Hortonmarinette : des céphalées atypiques généralement temporales, unilatérales et persistantes ; une altération marquée de l'état général ; des claudications intermittentes de la langue et de la mâchoire ; une hyperesthésie du cuir chevelu, des artères temporales douloureuses, indurées et peu pulsatiles, des signes neurovasculaires oculaires (BAV, amaurose, diplopie)...

Enfin lors d'un diagnostic de PPR établi, un rebond, une reprise du syndrome inflammatoire biologique sans signe clinique, une infection intercurrente, une corticorésistance ou dépendance, doivent conduire à rechercher à nouveau des signes de Maladie de Horton.

En conclusion

Le diagnostic de pseudopolyarthrite rhizomélitique repose sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques, il convient donc de toujours s'assurer de l'absence de diagnostic différentiel. Le cas de M. N. en est l'exemple type : une absence d'amélioration de la symptomatologie malgré traitement médical bien conduit doit faire rechercher une autre étiologie et ne pas conduire à une augmentation déraisonnable de la corticothérapie. Le syndrome paranéoplasique reste un diagnostic différentiel rare de PPR mais très important chez le sujet âgé souvent polyopathologique et chez qui la prévalence des néoplasies est plus forte que dans la population adulte.

Références

- Devauchelle-Pensec V, Jousse S, Destombe C, Saraux A. Epidemiology, imaging, and treatment of giant cell arteritis. *Joint Bone Spine* 2008;75:267-72.
- Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *Lancet* 2008;372:234-45.
- Dasgupta B, Borg FA, Hassan N, et al. BSR and BHPR guidelines for the management of giant cell arteritis. *Rheumatology (Oxford)* 2010;49:1594-7.
- Masson C. Pseudopolyarthrite rhizomélitique, MH. Critères de diagnostic et de suivi. *Rev Rhum Monographies* 2010;77:76-81.



Camille JOYON
Interne DESC Gériatrie



Association d'une rhabdomyolyse et d'une polyradiculonévrite aiguë liées à l'association acide fusidique – statine

Monsieur C., âgé de 84 ans, a été hospitalisé, adressé par son médecin traitant pour troubles de la marche avec diminution de la force musculaire des membres inférieurs, apparue en quelques semaines et se majorant.

Antécédents principaux

- Maladie thrombo-embolique veineuse récidivante ;
- HTA ;
- Dyslipidémie ;
- Syndrome myéloprolifératif, traité par hydroxycarbamide.
- Infection chronique de la hanche droite sur une prothèse totale de hanche.

Traitement au moment de la prise en charge

- FUROSEMIDE 40 mg : 1 le matin, 1/2 à midi ;
- OMEPRAZOLE 20 mg le soir ;
- PRAVASTATINE 40 mg le soir (traitement pris depuis plusieurs années) ;
- FLUINDIONE 20 mg : 1/2 cp le soir (INR cible 2-3) ;
- HYDROXYCARBAMIDE 500 mg : 1 cp 3 fois par jour ;
- CLINDAMYCINE 300 mg 2 cp 3 fois par jour et ACIDE FUSIDIQUE 250 mg 2 cp 3 fois par jour, prescrits dans le mois précédant l'admission pour une infection chronique de prothèse de hanche droite (isolement d'un Staphylococcus aureus résistant à la méticilline).

A l'examen neurologique

- Abolition des réflexes ostéo-tendineux aux membres inférieurs et supérieurs ;
- Testing musculaire :

	Deltoïde	Biceps	Flexion des doigts
Membre supérieur droit	2/5	2/5	4/5
Membre supérieur gauche	2/5	2/5	4/5

	Psoas	Quadriceps	Releveur des pieds
Membre inférieur droit	0/5	0/5	3/5
Membre inférieur gauche	0/5	0/5	3/5

- Hypoesthésie épicritique et thermo-algique distale des 2 membres inférieurs ;
- Pas de troubles vésico-sphinctériens.

L'hypothèse a été celle d'une **polyradiculonévrite aiguë**.

Un électromyogramme a mis en évidence une neuropathie axonale majeure avec effondrement de tous les paramètres moteurs et sensitifs, au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Les tracés à l'aiguille n'ont pas pu être réalisés en raison d'un INR > 4,5 au moment de l'examen. L'examen conclut en une polyradiculonévrite aiguë (du fait de la rapidité d'installation) dans une forme axonale.

Une ponction lombaire réalisée après arrêt temporaire du traitement anticoagulant : protéinorachie normale, glycorachie normale, pas d'anomalies de la cellularité.

Sur la biologie : augmentation des CPK avec un maximum à 8000 UI/L environ. Pas d'insuffisance rénale aiguë concomitante.

Cette augmentation des CPK a fait suspecter un facteur iatrogène lié à l'association de la fucidine et de la statine.

Le traitement par pravastatine a été interrompu : ceci a permis une régression de la rhabdomyolyse.

Monsieur C. a présenté en parallèle une récupération de la force musculaire des membres supérieurs et inférieurs.

La sortie d'hospitalisation s'est faite vers un service de rééducation.

Evolution

Lors d'une consultation de contrôle réalisée 39 jours après l'hospitalisation, l'examen clinique a montré :

- Aux membres supérieurs : récupération de la force musculaire.
- Aux membres inférieurs : force musculaire à 4/5 de manière bilatérale.
- Monsieur C. a repris la marche avec déambulateur avec un périmètre de marche de 5 m (au-delà, il est surtout gêné par une dyspnée).
- Disparition des déficits sensitifs constatés aux membres inférieurs.

Discussion

La rhabdomyolyse est un effet indésirable classiquement décrit d'un traitement par statine.

Une forme grave favorisée par l'association d'acide fusidique et de statine est un risque connu (1, 2).

L'introduction d'un traitement par acide fusidique est d'ailleurs contre-indiquée en cas de prise d'une statine, et impose l'arrêt de ce dernier traitement si une alternative à l'antibiothérapie n'est pas envisageable (cette prise en charge est précisée dans le résumé des caractéristiques du produit).

En conclusion, il est important de garder en mémoire l'interaction par acide fusidique et statine qui peut provoquer une rhabdomyolyse grave.

La survenue d'une polyradiculonévrite aiguë liée à ce facteur iatrogène spécifique est exceptionnelle mais possible, et favorisée en cas de diabète.

L'association à une polyradiculonévrite aiguë dans ce cas précis de rhabdomyolyse liée à la prise des deux traitements a été décrite dans un rapport de quatre cas, chez des patients diabétiques (3).

La polyradiculonévrite aiguë en-dehors de ce contexte particulier peut être associée à une élévation des CPK, mais celle-ci reste habituellement inférieure à 7 fois la normale (4).

Dans le cas de Monsieur C., l'association d'une rhabdomyolyse et d'une polyradiculonévrite aiguë a eu lieu en l'absence de diabète (toutes les glycémies à jeun lors de l'hospitalisation se sont avérées normales).

Parmi les autres traitements pris, aucun n'est décrit seul ou en association comme produisant de tels effets secondaires.

La régression des symptômes suite à l'arrêt de la pravastatine a confirmé l'hypothèse iatrogène.

Le traitement par acide fusidique et clindamycine a pu être poursuivi en raison de l'infection chronique de prothèse à Staphylococcus aureus.

Gildas COUTU

Bibliographie

1. Wenisch C, Krause R, Fladerer P, El Menjawi I, Pohanka E. Acute rhabdomyolysis after atorvastatin and fusidic acid therapy. Am J Med 2000; 109: 78.
2. Yuen SL, McGarity B. Rhabdomyolysis secondary to interaction of fusidic acid and simvastatin. Med J Aust 2003; 179: 172.
3. Collidge TA et al. Severe statin-induced rhabdomyolysis mimicking Guillain-Barré syndrome in four patients with diabetes mellitus treated with fusidic acid. Diabet Med 2010; 27(6): 696-700.
4. Scott AJ, Duncan R, Henderson L, Jamal GA, Kennedy PG. Acute rhabdomyolysis associated with atypical Guillain-Barré syndrome. Postgrad Med J 1991; 67: 73-74.



ANNONCES DE RECRUTEMENT



EMERA
Groupe en développement - 3000 salariés - 50 établissements (résidences retraite et résidences services)
avec un positionnement haut de gamme - présent en France et à l'étranger.



RECRUTE MEDECINS COORDONNATEURS H/F EN CDI

Résidence Bérengère (0.40) | Résidence Douceur de France (0.55) | Résidence Emeraudes (0.25)

Missions :

En lien avec la Direction médicale du Groupe, le Directeur de la résidence et les équipes, vous êtes garant du projet de soins (évaluation des résidents, dossiers de soin, suivi du projet individualisé, sécurité des soins...).

Vous participez au développement de la qualité des soins.

Profil :

Capacité en gériatrie ou diplôme équivalent souhaité (DU médecin coordonnateur, FMC...). Vous possédez une forte éthique professionnelle.

Merci d'adresser CV - Photo - Lettre de motivation à :

Résidence Bérengère - 1, rue Saint Bertrand - 72000 LE MANS
Résidence Emeraudes Angoulême - 37, rue des Gots - 16000 ANGOULEME
Résidence Douceur de France - 12, allée Carthon Ferrière - 33170 GRADIGNAN

recrutements@emera.fr



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PITIÉ SALPÊTRIÈRE
CHARLES FOIX



Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière - Charles Foix
Site de Charles Foix
7, avenue de la République 94200 Ivry-sur-Seine

**cherche un Gériatre Temps Plein
pour son pôle de Gériatrie**
(Secteur d'USLD)

Envoyer CV par mail :
nathalie.bonnet2@aphp.fr - stephane.henin@aphp.fr



EHPAD « Les Aulnettes »
Etablissement public de 141 lits

Recherche Un Médecin Généraliste ou Gériatre

à 0.20 ETP répartie comme suit 0.10 ETP de médecin prescripteur
et 0.10 ETP de médecin coordonnateur.

Poste à pourvoir rapidement.
Salaire à définir en fonction de l'ancienneté.

Envoyez votre CV et lettre de motivation à l'attention de :

Résidence « Les Aulnettes »
Madame ROSA-PEREIRA - 31, rue Joseph Bertrand - 78220 VIROFLAY
Ou par mail à drh.viroflay@wanadoo.fr



Le CHR d'Orléans recrute, pour renforcer sa filière Gériatrique
des médecins compétents en gériatrie (DESC Gériatrie, capacité en gériatrie acquise ou en cours).

L'activité concernera soit l'USLD/EHPAD soit le SSR Gériatrique ou Court Séjour Gériatrique.

Le projet est de fluidifier la filière gériatrique en recrutant des gériatres qui puissent intervenir dans les différentes unités avec la possibilité de temps partagé, ou d'activité médicale conjointe entre ces unités.

L'activité médicale est regroupée sur le site de La Source concernant le Court Séjour et le SSR gériatriques. Les services d'hébergement sont situés au nord de l'agglomération à Saran.

Le médecin recruté intégrera des équipes dynamiques avec des projets avancés (dont UHR et PASA, UCC et Unité péri-opératoire en SSR et Unité post urgence et télé-médecine en Court Séjour...).

Centre Hospitalier Régional d'Orléans - 14, avenue de l'hôpital - CS 86709 - 45067 Orléans Cedex 2
Merci d'adresser CV et lettre de candidature à : Monsieur Antoine LEBRERE, directeur des affaires médicales
antoine.lebrere@chr-orleans.fr - 02 38 74 42 01



Le Centre Hospitalier d'Arcachon (Gironde), recherche, pour compléter son équipe médicale,
**un médecin gériatre temps plein
ou un médecin généraliste en cours de formation de capacité de gériatrie**

L'équipe de gériatrie est actuellement composée de 5 gériatres. Tous les six mois, les praticiens changent de fonction au sein de la filière gériatrique : service de court séjour de 28 lits, consultation mémoire et EGS, équipe mobile intra et extra hospitalière et médecin coordonnateur de l'EHPAD géré par l'hôpital.

Le poste est vacant.

Le ou la candidat(e) doit être inscrit(e) au conseil de l'Ordre.

Le bassin d'Arcachon offre un cadre de vie remarquable.

L'hôpital est situé à 5 minutes des plages du bassin et de l'Atlantique, à 45 minutes de Bordeaux et à environ 2 heures des Pyrénées.

Le centre hospitalier d'Arcachon a intégré des locaux neufs en mars 2013 (www.ch-arcachon.fr). L'établissement dispose d'une capacité d'accueil de 200 lits et places avec un plateau technique complet et performant (IRM, scanner), des urgences (34 500 passages/an), une surveillance continue (12 places), des services de médecine (cardiologie, médecine interne, neurologie, gériatrie, gastro-entérologie, pédiatrie), de chirurgie (orthopédique, digestive, gynécologique, vasculaire) et de soins de suite et réadaptation.

Personne à contacter

DRH - Christian Goujart - 05 57 52 90 03
Chef de service - Véronique Leroux - 05 57 52 94 33
Email : christian.goujart@ch-arcachon.fr



Centre Hospitalier d'Arcachon
Avenue Jean Hameau - CS 11001 - 33164 La Teste-de-Buch Cedex

L'HOPITAL DUFRESNE SOMMEILLER, 74250 LA TOUR, HOPITAL DE PROXIMITE

d'une capacité de 242 lits, comprenant une unité de médecine de 20 lits, un SSR Gériatrique de 20 lits, un service d'EVC de 10 lits, une unité de Soins de Longue Durée de 30 lits et un EHPAD de 162 lits, dans une région à fort potentiel touristique, sportif et culturel, dans un cadre agréable entre lac et montagne (proximité de Chamonix), à 20 km du grand Genève, permettant les communications internationales (aéroport), dans zone d'attraction de 200 000 habitants, situé à 9 km du Centre Hospitalier ALPES-LEMAN et assurant la filière d'aval de ce dernier.

RECRUTE : DEUX MEDECINS GENERALISTES/GERIATRES - Capacité de gérontologie souhaitée

- pour son service de SSR Gériatrique : 1 Praticien temps plein
- pour ses services d'EHPAD : 1 Praticien temps partiel

Poste à pourvoir au 1^{er} Janvier 2018

Contacteur :
Président de la CME - M. le Docteur Michel Montant - Tél. : 04 50 35 59 24 - dr.montant.hdds@orange.fr
Adresser lettre de candidature et CV :
par courrier à Madame GONIN FOULEX, Directeur
HOPITAL DUFRESNE SOMMEILLER - 498 Route Dufresne Sommeiller - BP 34 - 74250 LA TOUR



Le Centre Hospitalier de Montélimar, établissement de référence du « Groupement Hospitalier des Portes de Provence »

RECHERCHE DEUX GERIATRES A TEMPS PLEIN
Pour compléter l'équipe actuelle de 8 praticiens.

Un poste sur le Court Séjour Gériatrique et un poste sur les lits d'hébergement et de Soins de Suite et de Réadaptation.

Polyvalence souhaitée dans le cadre d'astreintes sur l'ensemble de la filière gériatrique qui comporte :

- 30 lits de Court Séjour Gériatrique.
- 46 lits de soins de suite dont 10 d'UCC
- 40 lits d'USLD.
- 114 lits d'EHPAD (dont 10 d'Unité Sécurisée) répartis sur 2 sites.
- Equipes mobiles de Gériatrie Intra et Extra Hospitalière.
- Des consultations (mémoire, gériatrique et onco-gériatrique).

Ce poste est à pourvoir par mutation ou contrat (statut en fonction du candidat).
Compétences gériatriques souhaitées : capacité de gériatrie, DESC ou qualification ordinaire.

Renseignements : Dr FRANÇOIS-HOFMANN Véronique - Responsable du Pôle Gériatrie
veronique.francis-hofmann@gh-portesdeprovence.fr - 04 75 53 22 56
A-S. GONZALEZ (DA, DRH-DAM) - direction@gh-portesdeprovence.fr
S. MAGNETTE (ACH, DAM) - sandrine.magnette@gh-portesdeprovence.fr - 04 75 53 41 29
Centre Hospitalier de Montélimar-GH Portes de Provence - Quartier Beausseret - BP 249 - 26216 Montélimar Cedex




Centre Hospitalier Claude Dejean Villeneuve-de-Berg

RECRUTE Un médecin généraliste gériatre Chef de pôle

Temps plein Sanitaire, Service Médecine SSR
Zone géographique : Sud Ardèche
Villeneuve-de-Berg est situé à :
- 25 minutes de Montélimar
- 1 h 10 de Valence TGV
- 2 h de Lyon
- 1 h 20 d'Avignon
- 2 h de Montpellier.



Centre Hospitalier de proximité de 348 lits et places :

- Médecine, 7 lits
- SSR, 35 lits
- USLD, 75 lits
- EHPAD, 135 lits et 6 places en accueil de jour
- Maison d'Accueil Spécialisée, 82 lits et 8 places en accueil de jour.

Équipe médicale comprenant un médecin contractuel, des médecins libéraux, un médecin psychiatre, un pharmacien.
Équipe paramédicale structurée avec un cadre de santé, un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un psychologue, des IDE.
Possibilité de logement.

Contact : Monsieur le Directeur - Centre Hospitalier Claude Dejean
BP 34 - 07170 Villeneuve-de-Berg - 04 75 88 80 26 - direction@ch-vdb.fr



CENTRE HOSPITALIER CHALON SUR SAONE William Morey

Le Centre Hospitalier Chalon sur Saône William Morey (Saône et Loire) Situé sur l'autoroute A6 entre Lyon et Dijon, à 1h30 de Paris en TGV.

Recrute pour son pôle de Gériatrie Un Médecin Gériatre ou Médecin Généraliste capacité de gériatrie acquise ou en cours.

Inscrit à l'Ordre des médecins
Poste en EHPAD, temps partiel ou temps plein

Le Pôle Gériatrie est composé :

- Court-séjour Gériatrique (21 lits) • SSR Gériatrie (42 lits)
- Unité Mobile de Gérontologie • Consultations Gériatriques
- Consultations Mémoires - Unité de Médecine Ambulatoire polyvalente
- EHPAD (270 lits) sur 2 sites (90 + 180 lits) dont 60 places d'unité Alzheimer (2 unités de 15 places par site) et 1 PASA de 14 places.

Pour tout renseignement, contacter
Monsieur le Docteur MIGNOT Alexandre - Chef de Pôle alexandre.mignot@ch-chalon71.fr
Direction des Affaires Médicales - Tél. : 03 85 91 01 54 ginette.gilliers@ch-chalon71.fr

Envoyer Candidature et CV à :
M. le Directeur du Centre Hospitalier
4, rue Capitaine Drillien - CS 80120 - 71321 CHALON-SUR-SAONE
Tél. : 03 85 44 66 88 - Fax : 03 85 44 66 99 - http://www.ch-chalon71.fr/



GRUPEMENT HOSPITALIER unyon CH D'AUVERGNE

Situé à 170 km de Paris, 150 km de Dijon, axe autoroutier (A6) et ferroviaire (1h35 de Paris en TER), le CH d'Axerre, centre de référence sur son territoire (560 lits et places/bassin de population 270 000 habitants)

RECRUTE PRATICIEN HOSPITALIER GERIATRE, ou généraliste titulaire de la capacité de gériatrie, ou s'engageant à se former.

Pour l'extension de ses lits de médecine gériatrique aigue.

Le praticien exercera au sein d'une équipe médicale dynamique, soudée et disponible. Il complètera l'équipe médicale gériatrique du site composée actuellement d'un service de médecine aigue gériatrique de 27 lits et d'une équipe mobile de gériatrie avec 3 praticiens, d'un service de soins de suite et de réadaptation gériatrique de 80 lits avec 3 praticiens, et d'une USLD de 27 lits avec un praticien.

Permanence des soins : Un week-end d'astreinte opérationnelle par mois et une astreinte de sécurité par semaine (astreinte gériatrique).

Avantages à nous rejoindre : Présence d'une Unité de Recherche Clinique au sein de l'établissement. Aide à l'accès au logement et à l'emploi du conjoint en lien avec la Mairie d'Axerre, place en crèche garantie, vie culturelle et sportive variée...

Informations

- Docteur Sarah LELARGE - Chef de service de médecine gériatrique aigue - Chef du pôle gériatrique slarge@ch-auxerre.fr - 03 86 48 47 46
- Mme Annick GUIMARD - chargée du personnel médical - aguimard@ch-auxerre.fr - 03 86 48 47 47

Candidature : CV + lettre de motivation à adresser par mail : candidaturesmedicales@ch-auxerre.fr

Centre Hospitalier d'Axerre - 2, boulevard de Verdun - BP 69 - 89011 Auxerre Cedex



Le Centre Hospitalier de Decize (Nièvre)

Recrute Un Médecin Gériatre

Poste de praticien hospitalier, praticien contractuel, à temps plein, selon le statut du candidat.

Le centre hospitalier de Decize, situé à équidistance des villes de Nevers et Moulins, recherche un médecin gériatre, avec expérience hospitalière, pour un temps partagé à 50% sur l'EHPAD du Centre Hospitalier de Decize (58300) et 50% sur l'EHPAD de Saint-Pierre-le-Moutier (58240) situé à 31 km de Decize.

Lettre de motivation et curriculum vitae à adresser à :
Madame Isabel BURBAUD - Directrice Déléguée de Site - Centre Hospitalier - 74, route de Moulins - BP 2065 - 58302 Decize Cedex.
E-mail : direction@ch-decize.fr - Tél. : 03 86 77 78 82 ou 83



AJL Le Divit
ETABLISSEMENT DE SANTE

Association Jean LACHENAUD, Etablissement de Santé « Le Divit », PLOEMEUR - MORBIHAN (56)
Adhérent FEHAP - Convention Collective 1951
Dans le cadre du développement de ses activités sanitaires et médico-sociales, l'Établissement de Santé « Le Divit » recrute en CDI à compter du : 1^{er} novembre 2017

Un médecin gériatre h/f pour un poste CDI à temps plein

Information sur le poste : Au sein d'une équipe médicale (5 Praticiens), le(la) candidat(e) médecin aura pour mission : L'évaluation gériatrique • L'élaboration de projets thérapeutiques • Le suivi des résidents (EHPAD) et des usagers (SSR polyvalents, PAPD et éventuellement soins palliatifs) • La prise en charge des soins médicaux et paramédicaux • Le codage des actes (PMSI) • La participation aux Instances • L'animation de réunions de synthèse.

Le(la) candidat(e) médecin participera avec ses collègues à la continuité des soins sous forme d'une astreinte médicale de semaine tous les 4 jours et 1 WE sur 4.

Le(la) candidat(e) médecin pourra être sollicité pour une participation à la prise en charge des personnes hospitalisées dans le cadre des soins palliatifs.

Profil recherché : La structure recherche un médecin disposant de : Une expérience professionnelle en SSR et EHPAD • Un DU ou une capacité en gérontologie • Un DU en soins palliatifs sera apprécié.

Compétence requises : Prise en charge de la douleur ou des soins palliatifs • Maîtrise de l'outil informatique et du codage des actes (PMSI) • Capacité relationnelles.

Le(La) candidat(e) devra être inscrit(e) au Conseil National de l'Ordre des Médecins en France.

Si vous êtes intéressé(e), n'hésitez pas à transmettre votre CV et lettre de motivation à l'adresse suivante :
Monsieur le Directeur
Etablissement de Santé « Le Divit »
18, rue du Divit - B.P.61
56274 PLOEMEUR Cedex
Pour toute demande d'informations complémentaires - Tél. : 02 97 87 30 42



**CENTRE HOSPITALIER DE SARREGUEMINES
HOPITAL ROBERT-PAX**

L'Hôpital Robert-Pax - Centre Hospitalier De SARREGUEMINES - France

Recrute un praticien contractuel à temps plein spécialiste en gériatrie

Afin de renforcer l'équipe médicale du service de médecine polyvalente et gériatrique. Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable. Rémunération au 4^{ème} échelon de la carrière des praticiens hospitaliers à temps plein, majorée de 10%.

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

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




Le Centre Hospitalier d'Orange (84), établissement de référence du Nord-Vaucluse, situé au cœur de la Provence à 10 mn d'Avignon, 1h de Montpellier, 1h de Marseille, au carrefour des axes autoroutiers vers l'Espagne et l'Italie,

recherche un Gériatre temps plein (statut de Praticien Attaché).

Le Pôle Gériatrie, d'une capacité de 90 lits, est composé des unités suivantes :

- SSR
- Court séjour gériatrique et lits de soins palliatifs
- Centre d'évaluation gériatrique
- EHPAD/USLD

Contact :
Dr L. CELLES
Chef du Pôle Gériatrie
04 90 11 22 07 - lcelles@ch-orange.fr
L. BLANCHI
Bureau des Affaires Médicales
04 90 11 24 06 - lblanchi@ch-orange.fr
Centre Hospitalier Louis GIORGI
Avenue de Lavoisier - CS 20184 - 84104 ORANGE Cedex




**HOPITAL LOCAL DEPARTEMENTAL
LE LUC EN PROVENCE**

L'Hôpital Local Départemental du Luc en Provence recrute pour son secteur EHPAD

Un Gériatre ou un Médecin Généraliste (avec compétences en Gériatrie)

Contrat : Praticien hospitalier contractuel temps plein.
Descriptif : L'Hôpital Local Départemental du Luc en Provence (Var) est un établissement de 284 lits à orientation gériatrique (30 lits SSR, 30 lits USLD et 224 lits EHPAD dont 10 lits USA et une unité à orientation psycho-gériatrique), de 100 places de SSIAD et accueil de jour pour patients atteints de Maladie d'Alzheimer et apparentées (ouverture prochaine d'une plateforme des aidants), et de 80 lits de foyers pour adultes handicapés (FAM et FAM PHV).
L'établissement se situe à proximité des axes autoroutiers, à 1 heure de Marseille, 1 heure de Nice et 30 minutes de Toulon.
Nous recherchons un praticien qui interviendra également (selon les besoins) sur le secteur SSR, USLD et les foyers de l'établissement et qui devra participer et s'impliquer dans la vie institutionnelle (démarche Qualité et Sécurité des soins, projet d'établissement).
Participation aux astreintes : 1 week-end toutes les 5 semaines environ et astreintes de nuit ; logement (maison individuelle) sur place mis à disposition pour les astreintes.
Personnes à contacter :
Dr ANGELINI Julianne - Présidente de la CME - 06 89 83 63 45 ou par mail : jangelini@lv-luc.com
Mme MASSOT Marie - Directrice des Ressources Humaines - smillari@lv-luc.com
Hôpital Local Départemental du Luc en Provence - 7, rue Jean Jaurès - 83340 Le Luc en Provence




**CENTRE HOSPITALIER
ANTIBES JUAN-LES-PINS**

LE CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES JUAN-LES-PINS RECHERCHE UN PRATICIEN A TEMPS PLEIN GERIATRIE OU MEDECINE GENERALE

POLE GERONTOLOGIQUE EN PLEINE EXTENSION AVEC PERSPECTIVE D'AVENIR. FORMATION GERIATRIQUE ET INSCRIPTION AU CONSEIL DE L'ORDRE SOUHAITABLE.

CONTACT :
DR LE NECHET - CHEF DE POLE GERONTOLOGIE - anne.le-nechet@ch-antibes.fr
DR LEROY - RESPONSABLE DU COURT SEJOUR GERIATRIQUE - olivier.eroy@ch-antibes.fr
Service des Affaires Médicales - affaires.medicales@ch-antibes.fr
Centre Hospitalier d'Antibes Juan-les-Pins - 107, avenue de Nice - 06606 Antibes Cedex




LE CENTRE HOSPITALIER DE VIRE (BASSE NORMANDIE)
45 min de Caen et de Granville | 2 h 00 de Paris en train direct

Recherche Gériatre ou Médecin Généraliste à Orientation Gériatrique à Temps Plein ou Temps Partiel

Possibilité de venir visiter notre établissement et les services du pôle de gériatrie.

Contacts :
Centre hospitalier de Vire - 4, rue Emile Desvaux - BP 80156 - 14504 VIRE Cedex
A l'attention des Affaires Médicales
Docteur du ROSEL de SAINT-GERMAIN - Chef de Pôle de Gériatrie
Tél. : 02 31 67 46 93 (poste 2645) - eric.durosel@ch-vire.fr
Mme Aurélie MOREL - Directrice Adjointe
Tél. : 02 31 67 47 06 (secrétariat) - aurelie.morel@ch-vire.fr

Le pôle de gériatrie du centre hospitalier de Vire est le pôle référence de la filière gériatrique du GHT, il comprend :

- Un Court Séjour Gériatrique de 20 lits.
- Un SSR de 20 lits.
- Consultations mémoire.
- 3 EHPAD de 180 lits.
- Un SSIAD de 57 places dont 10 places pour l'équipe spécialisée Alzheimer.
- HAD de 55 places sur 4 sites (Fliers, Mortain, Villedieu les Poêles et Vire).
- Projet d'équipe mobile de gériatrie territoriale.




Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises

Fécamp

Le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises, situé à Fécamp en Seine Maritime (station balnéaire à 30 minutes du Havre, 1 heure de Rouen et 2 heures de Paris), recherche :

Un Médecin Coordonnateur Temps Plein Ou Médecin Polyvalent Titulaire d'une Capacité en Gériatrie

Pour travailler au sein de ses EHPAD (300 lits) et intégrer une équipe de gériatres au sein d'une filière complète et reconnue.

Pour tout renseignement, contactez :
Docteur VILLERS - Chef de Pôle Gériatrie
au 02 35 10 91 73 - mail : valerie.villers@ch-fecamp.fr
Mélanie MARCHAIS
Responsable des Affaires Médicales
au 02 35 10 90 85
mail : melanie.marchais@ch-fecamp.fr
Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises
100, avenue du Président François Mitterand - 76400 Fécamp




Fondation Diaconesses de Reully

RECHERCHE

MEDECIN COORDONNATEUR D'EHPAD

Recrute pour la gestion de ses 3 EHPAD, proches entre eux et situés dans le Gard, un médecin coordonnateur à temps plein. Vous interviendrez sur chacun d'entre eux selon une organisation à définir ensemble. Au sein de ces EHPAD, accueillant plus de soixante résidents chacun, vous serez le garant de la prise en charge gériatrique et de la qualité des soins qui seront prodigués. Avec le concours de l'équipe soignante vous mettez en oeuvre le projet de soins et son évaluation, vous validerez avec la direction l'entrée de chaque résident. Vous coordonnerez les soins entre les différents intervenants et serez l'interlocuteur privilégié des résidents et des familles, en interface avec les médecins traitants de chaque résident. Vous êtes responsable de la qualité de la prise en charge gériatrique de l'établissement ainsi que de la sécurité des soins. Le diplôme d'État de Docteur en médecine est exigé. Une formation de Médecin Coordonnateur serait un plus. Le poste est à pourvoir en novembre 2017.

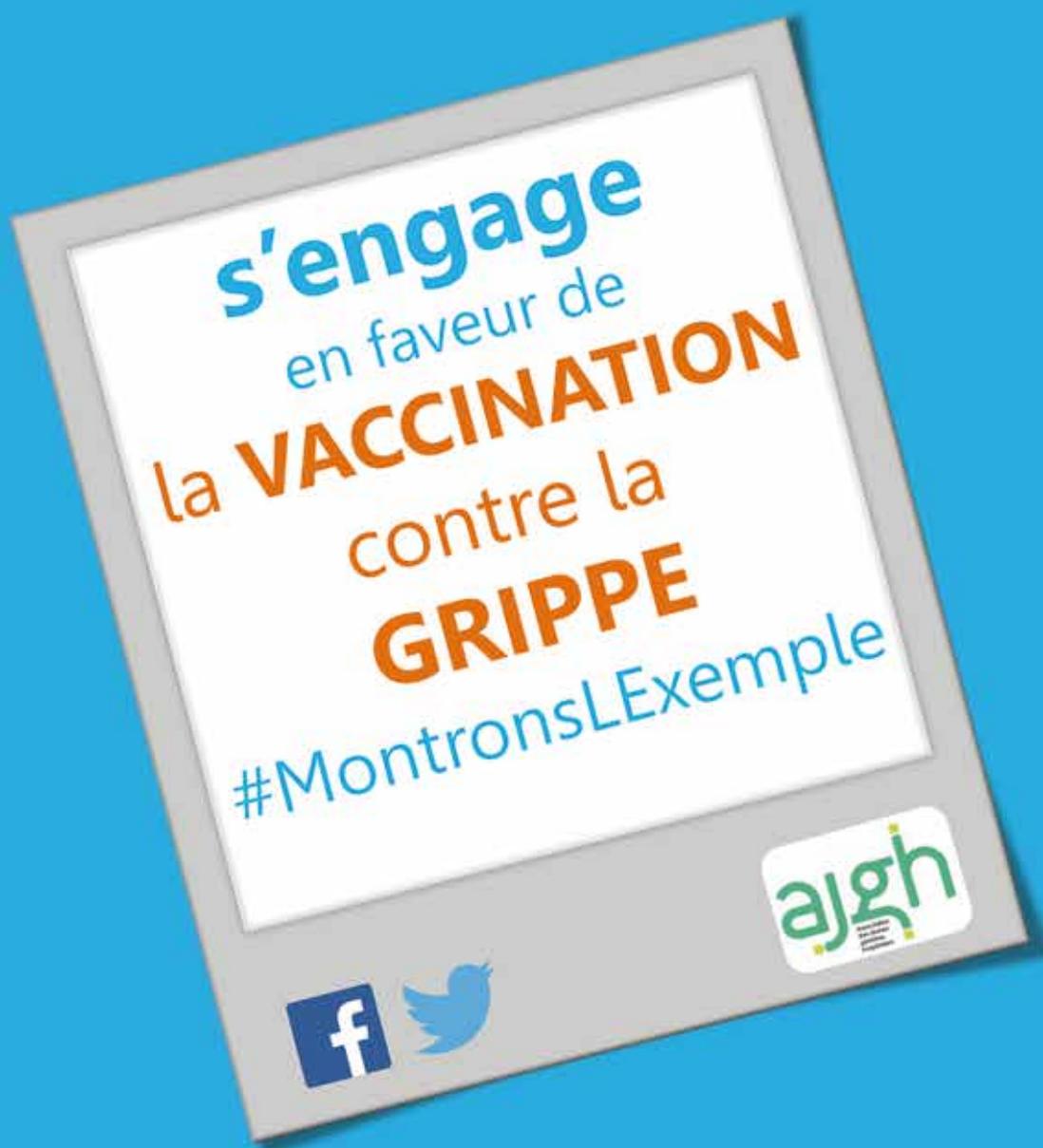
MEDECIN GERIATRE EN SSR

Le Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Les Cadières, situé en périphérie d'Alès, dispose de 35 lits en hospitalisation dont 3 réservés aux soins palliatifs. Il est spécialisé dans la prise en charge de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance. Il accueille des patients âgés de 75 ans et plus et apporte une réponse globale aux pathologies de celles et ceux qui à la sortie d'un court séjour à l'hôpital ont une perte ou une diminution de l'autonomie. Vous aurez pour mission d'organiser et être le garant de la qualité et de la permanence des soins avec l'ensemble de l'équipe soignante ainsi que de la mise en oeuvre du projet médical qui vise à consolider l'état de santé des personnes sortant de l'hôpital, d'évaluer puis réduire la dépendance des patients et de préparer le retour à domicile ou orienter vers une structure d'aval adaptée. Vous aurez à cœur de prendre en charge dans sa globalité les patients et de prendre en compte les besoins physiques et psychologiques des patients. Le SSR a des projets d'extension vers une augmentation de lits de soins palliatifs et la création d'une unité cognitivo-comportementale. Vous êtes Docteur en médecine. Vous avez idéalement une pratique avérée et des compétences reconnues en SSR/gériatrie. Poste à pourvoir dès que possible est à temps plein.

Personne à prévenir : patricia.vezignol@fondationdiaconesses.org




L'Association des Jeunes Gériatres Hospitaliers



1. **Prenez-vous en PHOTO** en train de vous faire vacciner
2. **DIFFUSEZ votre photo** sur les réseaux sociaux accompagné du **#montronslexemple** ou envoyez nous votre photo et nous la diffuserons !