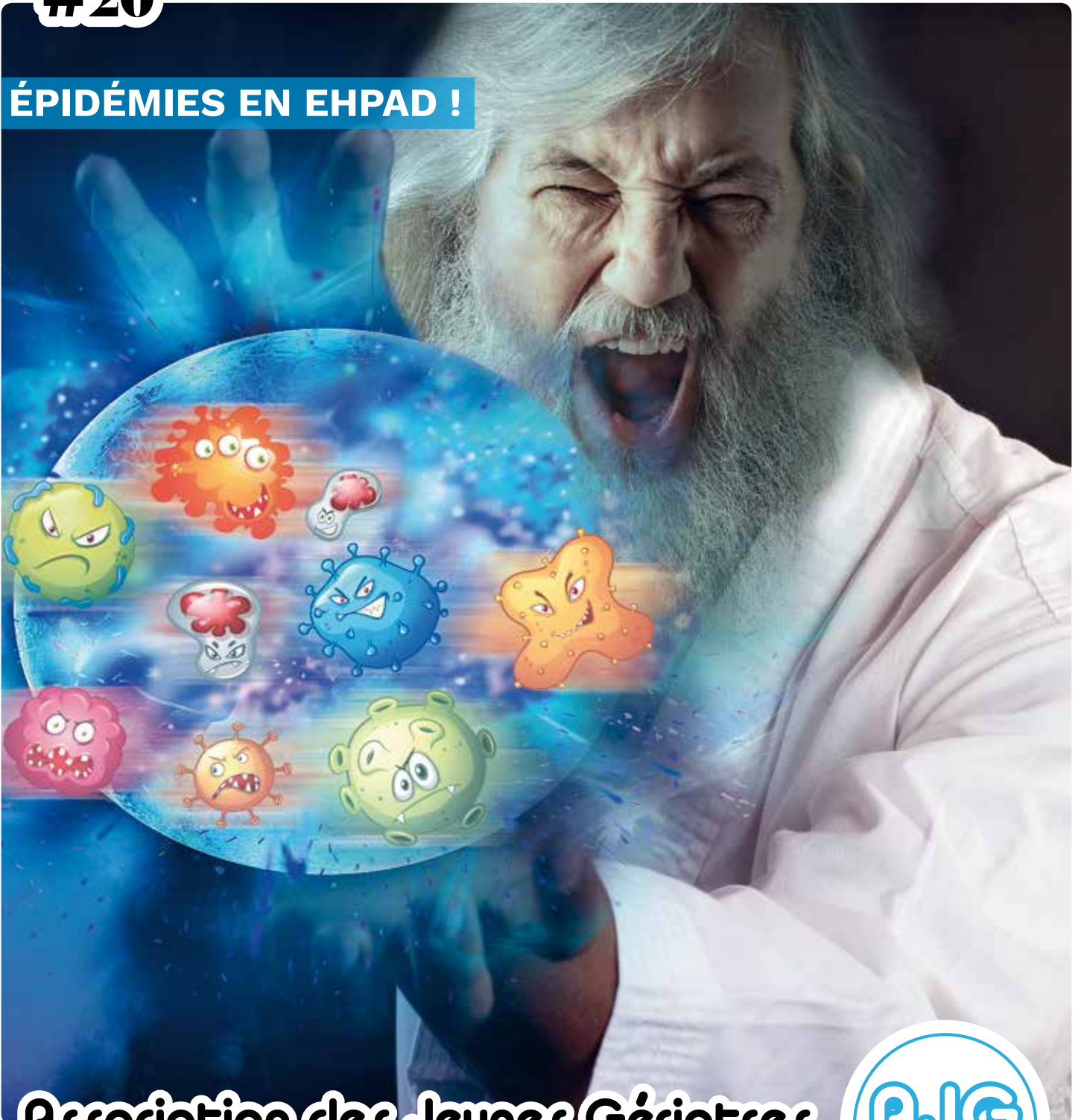


LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#20

AVRIL 2019 - NUMÉRO GRATUIT

ÉPIDÉMIES EN EHPAD !



Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr





COMPOSITION DU BUREAU
2018 - 2019

PRESIDENT

Dr Matthieu PICCOLI (Paris)

VICE PRESIDENT

Dr Nathalie JOMARD (Lyon)

PRESIDENTS D'HONNEUR

Dr Guillaume DUCHER
(Clermont-Ferrand),

Dr Guillaume DESCHASSE
(Amiens),

Dr Cédric Annweiler (Angers),
Dr Sophie Moulias (Paris)

SECRETAIRE

Dr Fanny DURIG (Lille)

TRESORIER

Dr Guillaume DUCHER
(Clermont-Ferrand)

PORTE PAROLE

Dr Arnaud CAUPENNE (Poitiers)

REDACTRICE EN CHEF
DE LA GAZETTE

Dr Sophie SAMSO (Angoulême)

RESPONSABLE SCIENTIFIQUE

Dr Cyprien ARLAUD (Nice) &
Dr Guillaume DUVAL (Angers),
Alexandre BOUSSUGE (Strasbourg)

RESPONSABLE EVENEMENTIEL

Victoire LEROY (Tours),
Cécilia COFAIS (La Réunion)

SOMMAIRE

- 3 ÉDITORIAL**
- 4 ARTICLE THÉMATIQUE**
Infection à *Clostridioides difficile* du sujet âgé
- 10 FOCUS GÉRIATRIQUE**
Comment gérer les épidémies en EHPAD ?
- 14 FICHE PRATIQUE**
Rédaction d'un protocole de recherche clinique (1/3)
- 18 FICHE DU MÉDICAMENT**
Le point de vue du pharmacologue et le point de vue du gériatre : la Digoxine
- 22 JEANNE CALMENT ÉTAIT-ELLE UNE FAUSSAIRE ?**
- 24 BIBLIOGRAPHIE : FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR**
Association between wait time and 30-day mortality in adults undergoing hip fracture surgery
- 27 ACTUALITÉS AJG**
- 30 CASE REPORT**
Hallucinations et syndrome confusionnel liés à un traitement par metronidazole
- 32 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,

Enfin l'édition numéro 20 ! Nous nous excusons de vous avoir fait attendre.

Le thème de ce numéro concernera les infections contagieuses, et plus particulièrement l'infection à *Clostridium difficile*... ou plutôt, comme il conviendrait dorénavant de l'appeler, à *Clostridioides difficile*. Vous pourrez ainsi lire un récapitulatif clair, synthétique (et malgré tout complet) sur cette prise en charge.

En continuité de cela, le focus gériatrique mettra en lumière la gestion des épidémies en EHPAD, avec la difficulté de mettre en place des mesures de prévention, parfois lourdes, dans un environnement non médicalisé qui reste et doit rester avant tout un lieu de vie.

Nous lançons un dossier de fiches pratiques pour vous aider à rédiger un protocole de recherche clinique, qui se déroulera en 3 actes sur trois numéros de la Gazette.

La nouvelle rubrique « Biblio » critiquera un article du JAMA de 2017 concernant le délai de prise en charge chirurgicale de la fracture du col du fémur. Cela vous donnera un échantillon des autres articles de « biblio » déjà disponibles sur le site de l'AJG, accessibles aux adhérents.

Enfin, vous retrouverez vos rubriques habituelles : l'Actu AJG avec la rencontre de Benjamin Videlier, président de la nouvelle Association Nationale des Internes de Gériatrie (ANAIG), le Case report et la Fiche du médicament que nous sommes heureux de poursuivre grâce à l'équipe de Strasbourg.

En bons gériatres, nous ne pouvons pas ne pas évoquer l'affaire Jeanne Calment, doyenne (ou pas ?) de l'humanité. Un article de Guillaume Ducher vous permettra d'y voir plus clair !

Ce numéro vous réserve une petite surprise, rendez-vous en page 27.

Nous vous souhaitons une très bonne lecture !!

Gériatriquement vôtre,

Sophie SAMSO et Alexandre BOUSSUGE
Rédacteurs en chef

INFECTION À CLOSTRIDIODES DIFFICILE DU SUJET ÂGÉ

Les infections à *Clostridioides difficile* (nouvelle dénomination du *Clostridium difficile*) (ICd) représentent la première cause de diarrhées nosocomiales dans la population générale et plus particulièrement chez le sujet âgé. Elle est extrêmement fréquente avec des chiffres l'estimant à environ un cas tous les 436 admissions hospitalières.

De plus cette pathologie présente un pronostic sévère chez le sujet âgé. En effet, dans cette population, son taux de mortalité varie dans la littérature de 5 à 40 %¹. Néanmoins, le pronostic est surtout dépendant du taux de récurrence, estimé lui entre 15 à 25 % dans les suites d'une première contamination.

Généralités concernant la bactérie

Clostridioides difficile (Cd) est un bacille gram positif, anaérobie décrit la première fois en 1935 par Hale et O'Toole ayant des propriétés de sporulation lui permettant de survivre plusieurs semaines dans l'environnement. La bactérie est ingérée par voie oro-fécale puis se transforme en forme végétative active dans le colon à l'occasion d'une perturbation de la flore digestive (antibiothérapie principalement).

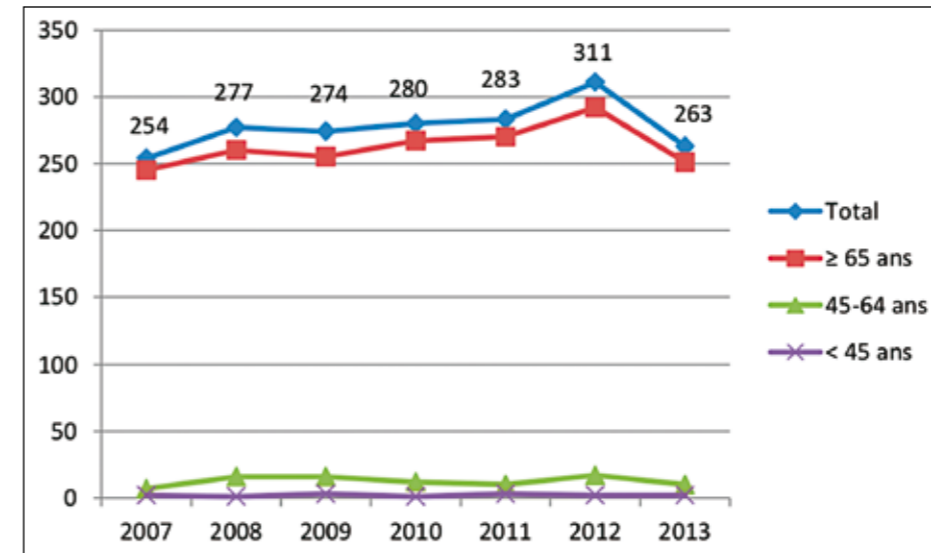
Certaines souches ont la particularité de produire des toxines pathogènes de cinq types différents dont les toxines A (entérotoxine) et B (cytotoxine) sont les plus connues et les plus virulentes. Ces toxines sont les principales responsables du pouvoir pathogène de Cd. Elles ont pour cible le colonocyte qu'elles affectent par plusieurs mécanismes (apoptose, lésion de la bordure en brosse, etc.) aboutissant au tableau de colite pseudomembraneuse.

Gravité de la maladie chez le sujet âgé

Les patients âgés sont particulièrement touchés en termes de fréquence et sévérité par cette infection.

En effet, la littérature explique cela par certaines modifications physiologiques comme la baisse de motilité digestive ou l'immunodépression associées à une exposition importante aux médicaments (notamment inhibiteurs de la pompe à protons et antibiotiques) et aux soins de manière générale.

Ces patients sont plus à risque de récurrence (entre 15 et 25 % après une première infection) et concentrent la très grande majorité des décès (entre 5 et 40 % selon la littérature) imputables à l'ICd.



Donnée Cépidc ; mention du diagnostic CIM10 A04. 7, cause initiale

Figure 1. Nombre de décès par an liés à une ICd en France métropolitaine²

En 2014, des recommandations Européennes² ont été publiées plaçant ainsi le critère « âge > 65 ans » comme facteur de risque de sévérité et de récurrence de la maladie.

Tableau 1. Facteurs de risque d'ICd sévère selon les recommandations Européennes³

Âge ≥ 65 ans
Hyperleucocytose > 15 000/mm ³
Hypoalbuminémie < 30 g/l
Élévation de la créatininémie > 50 % de la valeur de base
Comorbidités sévères

Tableau 2. Facteurs de risque de récurrence d'ICd selon les recommandations Européennes³

Âge > 65 ans
Poursuite du traitement antibiotique après diagnostic de l'ICd
Comorbidités sévères
Prise d'inhibiteur de la pompe à proton au long cours
Gravité initiale de la maladie

Manifestations cliniques

Le tableau clinique est celui d'une colite pseudomembraneuse avec des manifestations cliniques hétérogènes notamment chez le sujet âgé. La présence d'une diarrhée aiguë caractérisée par des selles de type 5-7 de la classification de Bristol est le principal symptôme présent dans 95 % des cas. Celle-ci est très souvent sévère et fréquemment observée dans les suites de la prise d'un traitement antibiotique (avec des délais parfois longs pouvant aller jusqu'à 2 mois). Des douleurs abdominales sont également fréquentes. L'hyperthermie n'est présente que dans 20 % des cas. La plupart du temps, le diagnostic ne nécessite pas de réalisation d'explorations digestives. Celles-ci sont réalisées uniquement en cas de formes graves afin d'évaluer l'étendue des lésions.

Sur le plan biologique, les principales anomalies sont la présence d'une hypoalbuminémie < 30 g/l, d'une hyperleucocytose supérieure à 15 000/mm³ ainsi que d'une insuffisance rénale aiguë et d'une hypokaliémie.

Exceptionnellement des tableaux de choc toxigénique peuvent être observés. Ils se caractérisent par des signes généraux sévères, une fièvre élevée, tachycardie, douleurs abdominales intenses parfois état de choc. Une coloscopie peut être alors réalisée avec prudence en l'absence de signes de perforation.

Les recommandations Européennes permettent de lister les critères de sévérité de la maladie et ainsi d'adapter la conduite à tenir thérapeutique. Ces critères sont listés dans le tableau 3.

Tableau 3. Critères de sévérité des ICd selon les recommandations Européennes³

Signes cliniques
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hyperthermie > 38,5°C ▪ Frissons ▪ Instabilité hémodynamique avec signes de choc ▪ Décompensation respiratoire avec nécessité d'oxygénothérapie ▪ Signes cliniques de péritonite ▪ Signes cliniques d'iléus colique ▪ Rectorragie sans autre étiologie
Critères biologiques
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hyperleucocytose > 15 000/mm³ ▪ Hyperleucocytose à PNN > 20 % ▪ Élévation de la créatininémie > 50 % de la valeur de base ▪ Hyperlactatémie ≥ 5 mmol/l ▪ Hypoalbuminémie < 30 g/l
Explorations digestives
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signes macro et microscopiques de colite pseudomembraneuse
Critères radiologiques
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distension colique > 6 cm ▪ Ascite sans autre étiologie ▪ Épaississement de la paroi colique

Diagnostic bactériologique

Le diagnostic positif de l'infection est bactériologique. Il repose sur l'isolement de la bactérie à partir de la culture réalisée sur un prélèvement de selles diarrhéiques et de la détection des toxines.

Il est très important de noter que la culture ET la détection de la toxine sont nécessaires pour affirmer le diagnostic.

Plusieurs tests peuvent être utilisés pour déterminer la présence de la bactérie et déterminer si la souche bactérienne produit ou non des toxines. Certains tests sont très spécifiques et très sensibles mais leur réalisation peut prendre plusieurs jours. D'autres tests sont rapides (quelques heures) mais peuvent parfois être moins sensibles ou spécifiques. C'est la raison pour laquelle différents tests sont associés.

Parmi les plus fréquents nous pouvons citer :

- > *Le test glutamate dehydrogenase (GDH)* permet de détecter une enzyme produite en grande quantité par Cd. Elle détecte donc la présence de la bactérie. Ce test peut donc être utilisé comme test de première intention pour éliminer une infection. En cas de positivité, il faut utiliser un test de confirmation capable de détecter les toxines.
- > *La recherche des A et B par technique immuno-enzymatique (IEA)*. C'est la technique la plus souvent mise en œuvre, qui permet de rendre des résultats en une heure dans les cas les plus urgents. Ces tests manquent de sensibilité et ne doivent pas être utilisés seuls.
- > *Un test PCR (polymerase chain reaction ou NAAT Nucleic-Acid Amplification Test)* peut être utilisé pour détecter la présence de toxines dans un échantillon de selles. Ce test est sensible mais n'est pas disponible dans tous les laboratoires.
- > *La mise en culture des selles* afin d'obtenir la bactérie en culture puis de rechercher la production de toxines par la bactérie est la technique de référence. Cette technique nécessite 2 à 3 jours pour obtenir un résultat.

Après traitement, il n'est pas nécessaire de refaire des prélèvements pour contrôler la disparition de la bactérie.

Des recommandations publiées en 2016⁴ ont permis la mise en place de deux algorithmes de décision (a) et (b) permettant une adaptation aux habitudes des laboratoires.

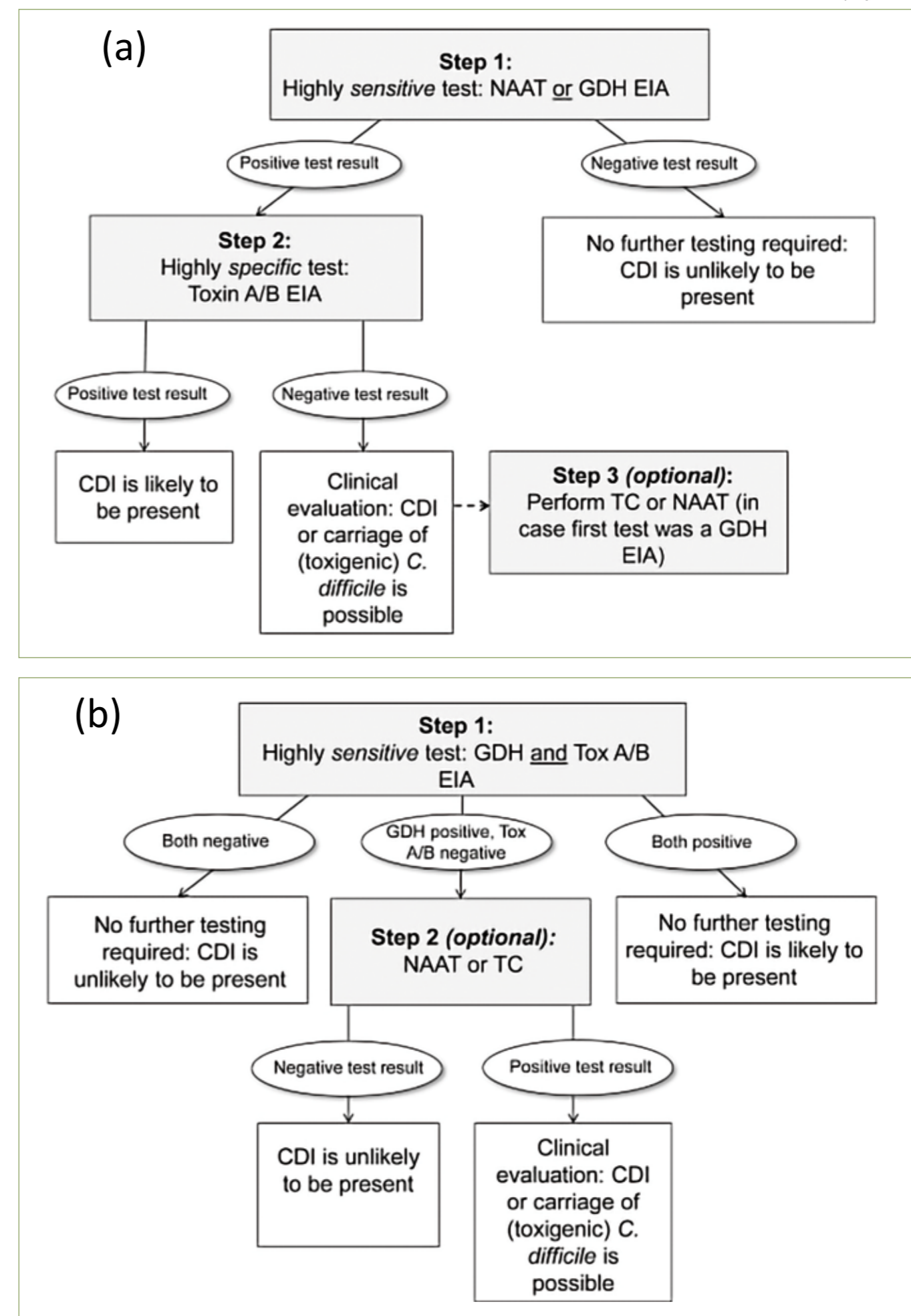


Figure 2. Algorithmes de détection bactériologique d'une ICd selon les recommandations Européennes⁴

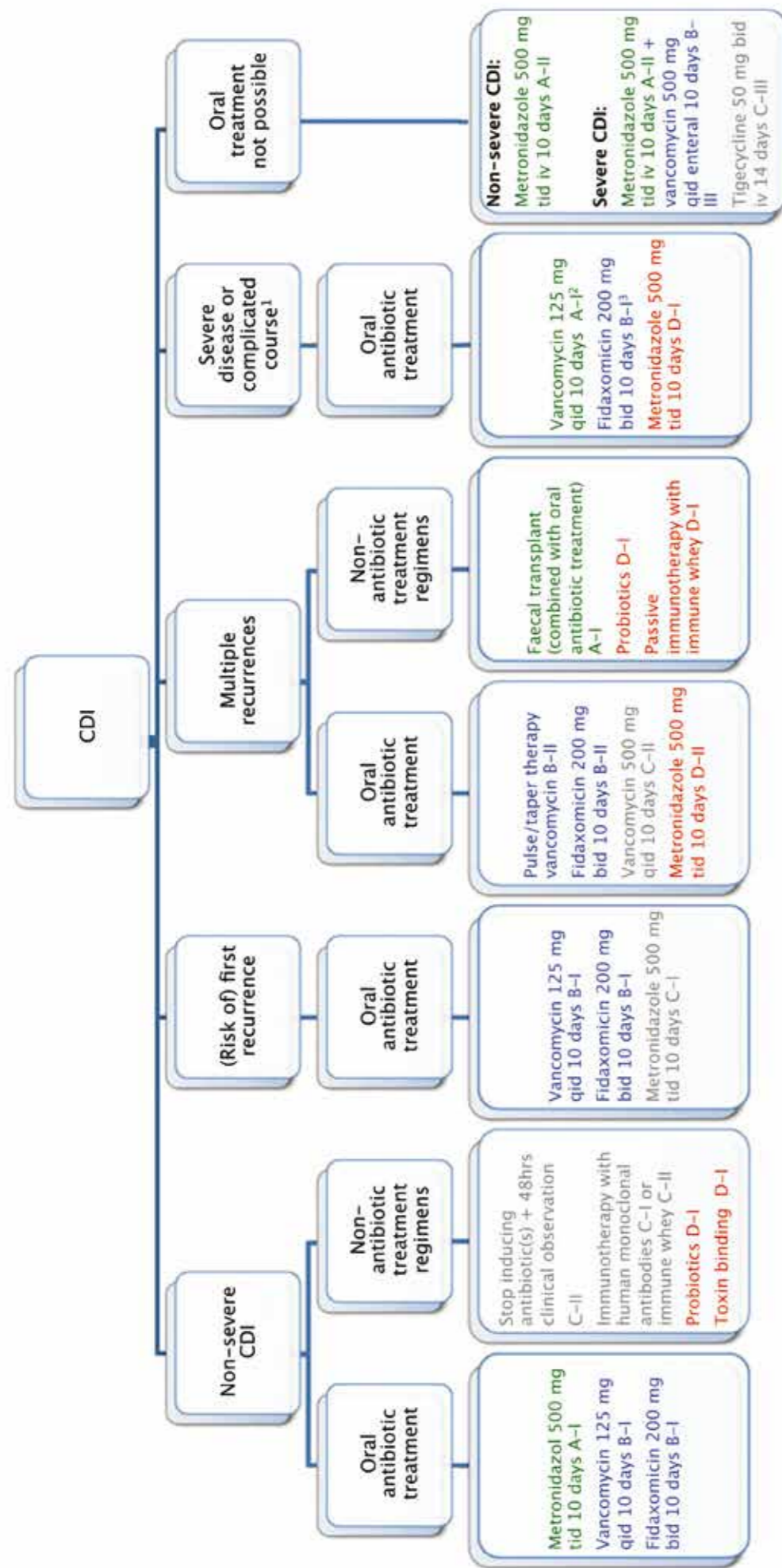


FIG. 1. Schematic overview of therapeutic regimens for *Clostridium difficile* infection (CDI). ¹Severe CDI or complicated course: surgical therapy not included in this overview; ²It can be considered to increase the oral dosage of vancomycin to 500 mg four times daily for 10 days (B-III); ³There is no evidence that supports the use of fidaxomicin in life-threatening CDI (D-III); Strength of Recommendation (SoR) A = green (Strongly supports a recommendation for use); SoR B = blue (Moderately supports a recommendation for use); SoR C = grey (Marginally supports a recommendation for use); SoR D = red (Recommendation against use).

Figure 3. Algorithme de décision thérapeutique devant une ICD selon les recommandations Européennes³

Prise en charge thérapeutique

Celle-ci repose sur trois axes principaux :

- L'isolement du patient et la mise en place de règles d'hygiène strictes.
- La réhydratation et la rééquilibration hydroélectrolytique.
- L'instauration d'une antibiothérapie visant le Cd pour une durée de 10 jours. Il est également primordial d'arrêter le traitement antibiotique en cause autant que possible ; celui-ci majorant le risque de récurrence.

Pour rappel, trois traitements antibiotiques sont aujourd'hui utilisés dans le traitement de l'infection :

- Le Métronidazole, à la posologie de 500 mg en trois prises quotidiennes.
- La Vancomycine, à la posologie de 125 mg en quatre prises journalières. A noter que les ampoules doivent être prises PER OS pour une action locale dans le tube digestif.
- La Fidaxomicine, molécule bactéricide récente et première représentante de la classe des macrocycliques. Elle a un spectre étroit permettant de cibler Cd et est prescrite à la posologie de 200 mg en deux prises par jour.

Les recommandations Européennes de 2014² ont établi un algorithme d'utilisation de ces traitements. Cet algorithme prend principalement en compte les critères de sévérité et les risques de récurrence. Nous avons vu précédemment que, selon ces mêmes recommandations, le sujet âgé est considéré comme étant à fort risque.

Dans ce contexte, le traitement par Vancomycine est celui qui devra être privilégié en première intention dans cette population. Les auteurs recommandent l'utilisation de la Fidaxomicine en seconde intention et placent le traitement par Métronidazole en troisième position. Ce traitement est déconseillé chez cette population fragile et son utilisation est plutôt recommandée dans les cas où la prise PO est impossible et le traitement par voie IV indispensable.

La récurrence est une réapparition des selles diarrhéiques entre 48h et 3 semaines après la résolution des symptômes initiaux. Elle est fréquente notamment chez le sujet âgé (de l'ordre de 15-25 %) et nécessite la remise en place des mesures thérapeutiques comme lors de la prise en charge initiale. On parle de multiples récurrences lorsqu'il y a plus d'une rechute (donc dès la 3^e ICD).

Devant la fréquence et la gravité de la maladie, de nombreux essais thérapeutiques ont été menés ces dernières années. Parmi ceux-ci nous pouvons retenir l'émergence de la transplantation de matières fécales dont les résultats sont extrêmement encourageant mais dont la mise en place technique complexe réserve pour l'instant ce traitement à une solution de dernière intention lorsque plusieurs lignes thérapeutiques ont été essayées.

Arnaud CAUPENNE
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. Abou Chakra CN, Pepin J, Sirard S, et al. Risk Factors for Recurrence, Complications and Mortality in *Clostridium difficile* Infection: A Systematic Review. PLoS ONE 2014;9:e98400.
2. HAS. Modification de la nomenclature des actes de biologie médicale pour les actes de diagnostic biologique des infections à *Clostridium difficile*. [Internet]. 2016 [cité 5 avr 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-07/argumentaire_clostridium.pdf
3. Debast SB, Bauer MP, Kuijper EJ. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: Update of the Treatment Guidance Document for *Clostridium difficile* Infection. Clin Microbiol Infect 2014;20:1-26.
4. Crobach MJT, Planche T, Eckert C, Barbut F et al. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: Update of the diagnostic guidance document for *Clostridium difficile* infection. Clin Microbiol Infect 2016;22:S63-S81.

COMMENT GÉRER LES ÉPIDÉMIES EN EHPAD ?

Cet article n'a pas vocation à remplacer les différentes procédures et recommandations existantes dans les établissements, mais il permet de faire le point sur quelques notions importantes de santé publique en EHPAD.

Précautions

Il existe plusieurs grades de précautions :

- **Précautions « standard »**, mises en place en permanence. Elles permettent d'assurer une protection des résidents et du personnel soignant vis-à-vis du risque infectieux. Elles s'appliquent lors d'un contact avec le sang, les liquides biologiques, la peau lésée ou les muqueuses, ou tout contact avec un produit d'origine humaine. Elles comprennent l'hygiène des mains (lavage simple au savon doux et friction à la solution hydro-alcoolique), l'équipement de protection individuelle (gants, tenue professionnelle, protection oculaire, masque), gestion de l'environnement et du matériel souillé.
- **Précautions « gouttelettes »**, à prescrire par un médecin en cas de suspicion ou de diagnostic d'infection respiratoire transmissible (quelle que soit la nature du micro-organisme, hors tuberculose

respiratoire qui nécessite des précautions particulières). Elles s'ajoutent aux précautions « standard ».

La toux, par les microgouttelettes contaminées qu'elle propage et qui seront inhalées par d'autres sujets, est le vecteur de transmission des agents d'infection respiratoire aiguë (sauf dans le cas de la légionellose, qui ne se transmet pas directement entre humains).

Elles consistent au port du masque de soin chirurgical à usage unique et aux protections oculaires s'il y a des projections. La chambre doit bénéficier d'un bionettoyage avec produit détergent-désinfectant, en insistant sur les poignées de porte, barrières de lit, sonnettes et cabinets de toilette.

Le résident est isolé dans sa chambre et ne peut notamment pas participer aux activités de groupe (repas en

salle à manger, animations, PASA, etc.). Il peut se rendre à ses examens complémentaires muni d'un masque.

Pour les chambres doubles, il conviendra de limiter les contacts entre les deux résidents. Le soignant gardera le masque à l'intérieur de la chambre, car il risque de devenir le vecteur de l'agent pathogène entre les deux résidents !

Pour les patients déambulants et qui ne restent pas dans leur chambre de par des troubles de la compréhension, le port du masque est conseillé dans la mesure du possible. Il est important de prescrire tout de même l'isolement qui sera seulement « technique » (et non « géographique ») et concernera les précautions des soignants et les mesures spécifiques de ménage.

La levée de l'isolement « gouttelettes » sera appliquée selon le protocole en vigueur de l'établissement.

- **Précautions « contact »** : se prescrivent par un médecin également en complément des précautions « standard ».

Leur objectif est de prévenir la transmission de micro-organismes par contact, soit avec le patient soit avec son environnement contaminé.

Le résident est isolé dans sa chambre et ne peut notamment pas participer aux activités de groupe (repas en salle à manger, animations, PASA, etc.).

Pour les déplacements à l'hôpital ou pour se rendre à ses examens complémentaires, le transport et le service receveur doivent être informés en amont.

Pour les chambres doubles, il conviendra de limiter les contacts entre les deux résidents et notamment concernant les toilettes ou les chaises-percées. Il existe aussi des consignes et protocoles précis de ménage des chambres.

Pour les patients dits « déments déambulants », l'isolement doit être maintenu dans la mesure du possible, en insistant sur l'hygiène des mains.

La levée de l'isolement « contact » sera appliquée selon le protocole en vigueur de l'établissement, en général après 48h sans selles liquides en cas de transmission oro-fécale ou 48h après le traitement médicamenteux dans le cadre de la gale.

Précautions « contact » =

Précautions standard

- + Chambre seule,
- + Signalisation (chambre, dossier),
- + Tablier ou surblouse à usage unique (pour tous les soins en contact direct avec le patient),
- + Port de gant,
- + Hygiène des mains (SHA ou eau et savon pour *Clostridioides difficile* en sortant de la chambre).

Les équipements seront éliminés dans la filière DASRI (déchets de soins à risque infectieux ou double emballage plastique).

Epidémies : signaler, informer

Toute situation épidémique avérée ou à potentiel épidémique doit être signalée. En pratique, les épidémies d'infections respiratoires aiguës (IRA, grippe), de gastro-entérites, les infections à *Clostridioides difficile* et la gale sont à déclarer.

Qui : Le médecin coordonnateur, le référent hygiène, le cadre de santé ou l'IDE coordinatrice.

A qui :

- **Signalement interne** selon la procédure en vigueur.
- **Signalement externe** si critères de signalement remplis (*au moins 5 cas de GEA ou d'IRA dans un délai de 4 jours*) :
 - A l'Agence Régionale de Santé (ARS) si EHPAD non rattaché à un établissement de santé.

- A l'équipe opérationnelle d'hygiène rattachée à l'établissement de santé + ARS pour les IRA si EHPAD rattaché à un établissement de santé.

Les visiteurs doivent être informés, à l'aide de panneaux d'affichage, afin de limiter les visites, éviter les visites avec des enfants, et conseiller l'hygiène des mains ou le port du masque.

Les résidents aussi doivent être informés de l'isolement en chambre (ou regroupement de patients atteints), de la limitation des déplacements ou de l'arrêt temporaire des activités en collectivités. Une éducation à l'hygiène des mains pourra être mise en place.

i

Les modalités de signalement pour les infections à *Clostridioides difficile* et la gale seront détaillées aux pages suivantes.

Précautions « gouttelettes » =

Précautions standard

- + Chambre seule,
- + Signalisation (chambre, dossier),
- + Masque chirurgical (pour le soignant ou le visiteur dès l'entrée dans la chambre, pour le résident quand il sort).

Infections respiratoires aiguës et grippe

Les infections respiratoires aiguës regroupent les bronchites et les pneumonies. Elles sont la première cause d'hospitalisation et de mortalité d'origine infectieuse en EHPAD. Les pneumopathies d'inhalation ne sont pas concernées.

En prévention, la vaccination des résidents contre la grippe et *Streptococcus pneumoniae* a pour objectif de réduire les décès et les formes graves. La vaccination du personnel soignant reste aussi primordiale.

Après le diagnostic, les mesures de précautions type "gouttelettes" seront mises en place.

Le diagnostic microbiologique est souhaitable, notamment si l'infection est grave ou d'évolution défavorable. Ce diagnostic microbiologique pourra être fait par test de diagnostic rapide (TRD) avec un écouvillonnage profond endonasal (grippe), ou un échantillon urinaire à la recherche de *Legionella pneumophila* et de *Streptococcus pneumoniae*.

Les critères de gravité suivants doivent engendrer un signalement spécifique :

- > 3 décès ou plus attribuables à l'épisode infectieux en moins de 8 jours ;
- > Ou 5 nouveaux cas en 1 jour ;
- > Ou l'absence de diminution des nouveaux cas dans la semaine suivant les mesures de contrôle.

Gastro-entérites et infection à *Clostridioides difficile*

De multiples micro-organismes peuvent être en cause, le plus souvent viraux (norovirus). La transmission est oro-fécale. La contamination peut se faire par contact direct (transmission de personne à personne) ou par contact indirect avec des objets souillés par les selles ou les vomissements de malades. Les délais d'incubation et de contagiosité sont différents selon le pathogène en cause.

La prévention passe par le respect des bonnes pratiques des précautions "standard".

Après le diagnostic, les mesures de précautions type "contact" seront mises en place. Des précautions "gouttelettes" pourront être associées si le malade présente des vomissements avec risque de projections et de dispersion. Noter que des précautions environnementales seront prises, concernant le bionettoyage et le circuit du linge contaminé.

Les examens microbiologiques (examen direct, coproculture, recherche de toxines A et B de *Clostridioides difficile*) peuvent être réalisés en fonction de l'orientation diagnostique clinique et de la gravité du tableau.

L'examen parasitologique des selles n'est pas réalisé en EHPAD sauf situation particulière.

Le cas particulier de la TIAC (toxi-infection alimentaire collective) :

Elle est définie par au moins 2 cas d'une symptomatologie similaire dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

La déclaration est obligatoire à l'ARS, pour tous les EHPAD, qu'il soit ou non rattaché à un établissement de santé.

La contamination se fait par l'ingestion d'un aliment ou d'un liquide souillé par un germe et/ou sa toxine.

Des procédures d'investigations complémentaires sont disponibles sur le site de l'ARS et de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

Le cas particulier de l'infection à *Clostridioides difficile* :

Le diagnostic est microbiologique avec la mise en évidence directe de toxines dans les selles ou isolement d'une souche toxigène.

La contamination se fait par voie oro-fécale, par transmission de personne à personne par manutention ou à partir de l'environnement contaminé.

Afin de réduire le risque d'extension, il est conseillé :

- > Un bon usage des antibiotiques ;
- > Des mesures d'hygiène rigoureuses ;
- > Des précautions « contact » ;
- > Une utilisation de matériel à usage unique ou matériel dédié au patient atteint (stéthoscope, thermomètre, bassin...) ;
- > Un bionettoyage en 3 temps, avec utilisation d'un produit désinfectant-détergent par solution d'hypochlorite de sodium à 0.5 % de chlore actif (eau de Javel !).

Sont à signaler les infections à *Clostridioides difficile* sévères nécessitant une hospitalisation ou les cas groupés (au moins 2) en 4 semaines dans le même secteur.

Il faut garder à l'esprit que l'EHPAD est un lieu de vie, et les mesures préconisées devront être adaptées au degré de médicalisation de la structure et aux moyens disponibles pour leur mise en place.

Gale

La gale est une infection cutanée très contagieuse.

Le parasite responsable est *Sarcoptes scabiei hominis*. La contamination est inter humaine, c'est-à-dire par contact cutané direct d'un sujet parasité à un autre sujet ou par l'intermédiaire de linge, literie ou vêtement contaminés. La vie en collectivité favorise sa dissémination.

Les facteurs de risque de transmission sont les contacts rapprochés et la cohabitation d'un grand nombre de personnes dans un espace restreint. Pour les soignants ce sont surtout les soins de nursing qui induisent la transmission.

Des précautions "contact" sont à mettre en œuvre dès que le 1^{er} cas apparaît. En cas d'épidémie, l'établissement doit s'organiser pour mettre en œuvre rapidement ces mesures.

Tous les cas sont à signaler, isolés ou groupés.

Les précautions "contact" avec port de gants et surblouse à manches longues seront mises en place. Il s'y associe une gestion du linge spécifique, qui sera conservé dans un sac hermétique. Le linge concerné est celui porté depuis les 8 jours précédant la constatation de l'infestation jusqu'au jour de la levée de l'isolement. Le personnel en charge du linge portera un masque et les pièces devront être aérées. L'environnement, le mobilier, le matériel et la literie seront traités par un produit acaricide. En cas de gale norvégienne profuse, ou dans un contexte épidémique, le traitement de l'environnement sera spécifique.

Sophie SAMSO
Pour l'Association des
Jeunes Gériatres



Bibliographie

- Haut Conseil de la Santé Publique « Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées » 2012. www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120703_infecrespicollagees.pdf
- Haut Conseil de la Santé publique « Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites en EHPAD » Commission spécialisée maladies transmissibles 2010. www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100129_gastro.pdf
- Circulaire DGOS septembre 2006 relative aux recommandations de la maîtrise de la diffusion des infections à *Clostridium difficile* dans les EPAHD et USLD. <https://solidarites-sante.gouv.fr>
- Conduite à tenir devant un phénomène infectieux, signaler l'épidémie, gérer l'épidémie ARS Picardie. www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/2017-03_Classeur%20Ehpad%20ex-Picardie.pdf
- Gestion des épidémies en EHPAD, ARS Auvergne Rhône Alpes. www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/gestion-des-epidemies-en-ehpad-0
- Recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médico-sociaux du groupe de travail CCLIN Sud-Ouest : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/cclinSudOuest/2004_gale_CCLIN.pdf

RÉDACTION D'UN PROTOCOLE DE RECHERCHE CLINIQUE

1/3

Cette année, la Gazette du Jeune Gériatre vous propose dans sa *fiche pratique* une présentation des différentes étapes de la réalisation d'un protocole de recherche clinique chez l'homme, de la conception à la publication.

Celle-ci se déroulera en 3 actes :

- Tous d'abord nous répondrons à la question *Pourquoi ?* Il est vrai que ce travail paraît fastidieux et peu valorisable ; nous tenterons de démontrer le contraire.
- Ensuite, dans le numéro suivant, nous nous intéresserons au *Comment ?* Nous vous donnerons un plan type à suivre ainsi des petits « trucs et astuces ».
- Enfin, dans le numéro de décembre 2019, nous vous présenterons *Comment le publier ?*

La promotion des bonnes pratiques en recherche clinique en gériatrie est un point central de notre association et nous avons à cœur de mettre en avant celle-ci.

Pourquoi rédiger un protocole de recherche clinique ?

Répondre à la question posée

L'objectif principal d'un protocole est de répondre de manière adaptée à la question de recherche posée. Cela paraît évident... mais ce n'est pas si facile en réalité. On peut vite s'enfermer dans une idée et s'éloigner de la question posée initialement.

Le but du protocole est donc de détailler les différentes étapes et process par lesquels passeront les chercheurs pour tenter de répondre à la question de recherche : du recrutement des patients et du recueil des données jusqu'à l'analyse statistique, en passant par les différentes obligations légales.

Il n'y a rien de plus décourageant, après avoir fait toute une recherche bibliographique, avoir inclus des sujets et recueilli leurs données, que de se rendre compte au moment de l'analyse que la manière dont les données ont été collectées ne permet pas de les analyser correctement. Ou encore, ne pas avoir anticipé une

analyse en sous-groupe et ainsi laisser l'étude avec un goût (amer) d'inachevé. Ne parlons même pas de l'absence de calcul du nombre de sujets nécessaires...

La recherche bibliographique (ce qui a déjà été fait)

Le travail de recherche bibliographique est une étape préalable primordiale !

Ce serait dommage (pour ne pas dire autre chose...) de démarrer une étude, alors que le même travail avait été réalisé plus tôt et s'était révélé négatif.

Ainsi, avant de débiter une étude, il est de bon ton de vérifier si la problématique n'a pas déjà été explorée ou si elle n'est pas en cours d'exploration.

(<https://www.clinicaltrials.gov/>).

Les obligations légales

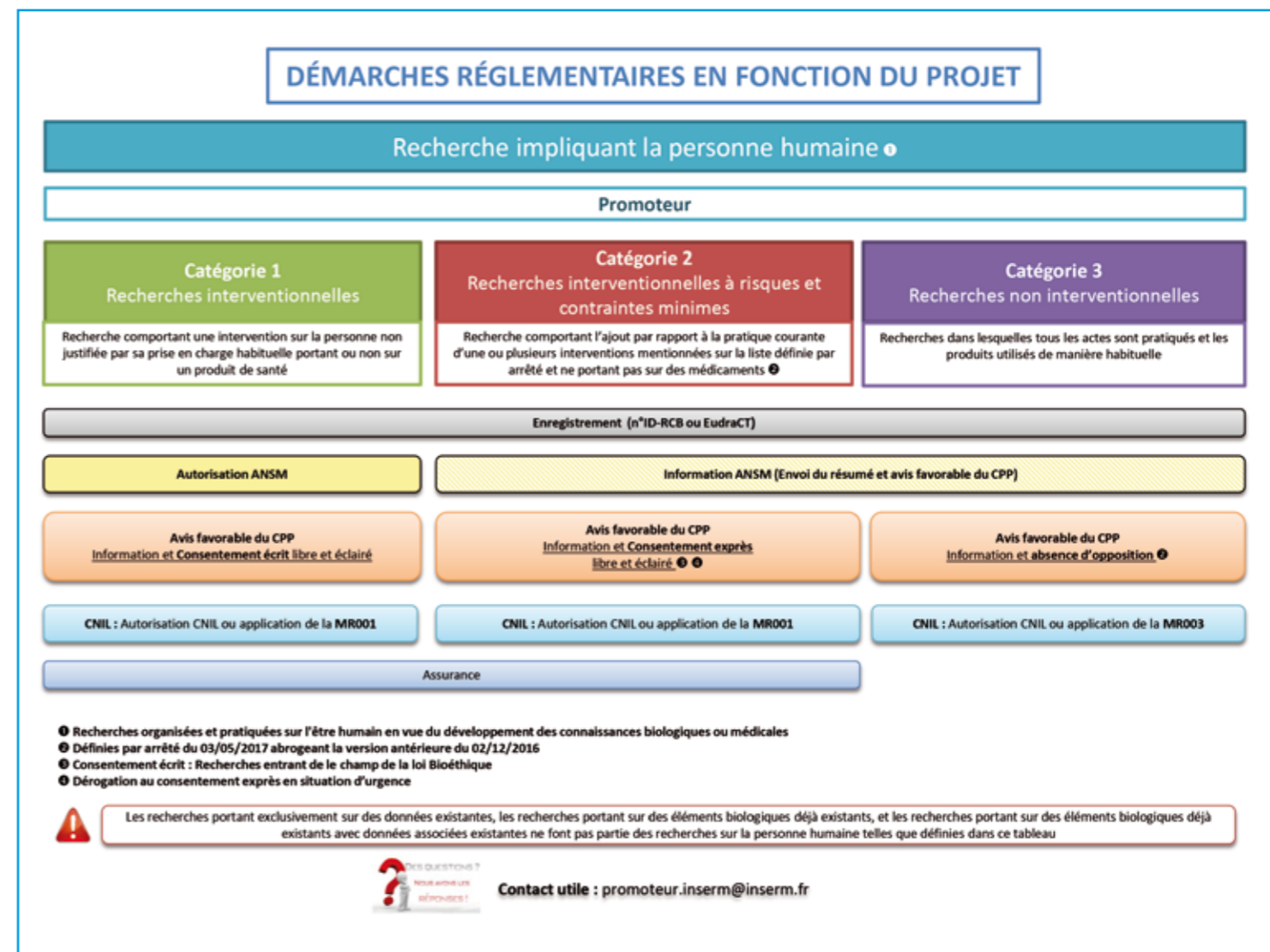
Ces considérations méthodologiques ne sont pas si éloignées d'autres aspects tout aussi importants : l'éthique et le financement (cf. encart page suivante).

Dernièrement le décret d'application de la loi Jardé publié en novembre 2016 a eu pour conséquence (entre autres) de renforcer les responsabilités du promoteur, d'accroître les rôles du Comité de Protection des Personnes (CPP) et de simplifier les démarches liées à la Loi Informatique et Liberté.

Dorénavant, certaines démarches auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) peuvent s'effectuer en déclarant être en conformité par rapport à des « Méthodologies de Référence » (abrégiées MR-001, -002, -003, -004, ...). Pour cela, il faut respecter un cahier des charges spécifique à chaque MR.

Cette loi a été modifiée dernièrement, en mai 2017.

Voici un schéma récapitulatif issu du site internet de l'INSERM sur les démarches à réaliser dans le cadre d'une « Recherche Impliquant la Personne Humaine ».



« C'est surtout depuis le Code de Nuremberg de 1947 qui a fait suite aux expérimentations humaines lors de la deuxième guerre mondiale que les chercheurs ont été contraints (d'un point de vue légal) à prouver le caractère licite/utile de leurs expérimentations.

On ne peut pas faire n'importe quoi ! Il est inconcevable de faire prendre des risques inconsidérés à nos sujets, de perdre du temps et de l'argent à réaliser des expérimentations qui ne permettront pas de conclure. Il est suffisamment difficile de financer la recherche pour ne pas « gaspiller ».

C'est pour toutes ces raisons que les mesures se durcissent régulièrement. »

Afin de déposer votre demande auprès du CPP, vous pourrez vous connecter sur le système d'information des recherches impliquant la personne humaine (<https://cnriph.sante.gouv.fr/>) qui a pour but de simplifier la gestion des dossiers de recherches impliquant la personne humaine.

La demande d'autorisation auprès de la CNIL est toujours nécessaire en cas de gestion de données à caractère personnel (...autrement dit : tout le temps). Depuis la loi

Jardé, certaines démarches ont été simplifiées. Des engagements de conformité par rapport à des « Méthodologie de Référence » peuvent être pris par les établissements. En général, ce sont bien les établissements qui recueillent les données et vous puisez dans ces bases de données pour faire vos études. Il faut vous rapprocher du responsable de recherche clinique de votre établissement pour savoir si vous êtes en conformité ou non.

En ce qui concerne la « Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine » (études rétrospectives ou analyses de données issues de collections biologiques constituées), il n'y a pas à demander l'avis du CPP mais celui du Comité d'Expertise pour les Recherches, les Etudes et les Evaluations dans le domaine de la Santé (CEREES). Une déclaration/autorisation auprès de la CNIL est toujours nécessaire.

En ce qui concerne les délais pour les autorisations :

■ L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a un maximum de 60 jours pour répondre à votre demande à partir du moment où votre dossier est complet. L'absence de réponse de l'ANSM dans ce délai vaut avis favorable (sauf si vous utilisez un dispositif médical incorporant des produits d'origine humaine ou animale ou composé d'organisme génétiquement modifié).



■ Le CPP a un délai réglementaire de 45 jours pour donner son avis. **Attention**, l'absence de réponse du CPP dans ce délai vaut avis **défavorable**. Les décisions se prenant uniquement en séances plénières, il vaut mieux contacter son secrétariat au préalable pour vous assurer que votre demande pourra être traitée à temps.



■ Pour l'avis du CEREEES, la demande est à déposer initialement à l'Institut National des Données de Santé (INDS) qui la lui transmettra. Le CEREEES se réunit tous les mois et à 1 mois pour donner son avis. Une absence de réponse vaut pour avis favorable. Le dossier fait alors le chemin inverse du CEREEES vers l'INDS, qui le transmettra à la CNIL après vous en avoir informé.

■ La CNIL répond en 2 jours dans le cadre d'une déclaration de conformité en « méthodologie de référence ». Pour une demande d'autorisation (hors du cadre d'une MR), un dossier complet (dont l'avis favorable du CPP ou du CEREEES) est un prérequis obligatoire. **Attention**, elle a 4 mois pour donner son avis et l'absence de réponse vaut pour avis **défavorable**.



Afin de savoir dans quelle situation vous vous trouvez (déclaration de conformité à une MR ou si vous devez effectuer une demande d'autorisation), vous pouvez vous rendre sur le site de la CNIL.

Ces obligations légales sont à respecter obligatoirement si vous espérez publier vos travaux.

Un intérêt pédagogique

Un protocole de recherche est l'occasion pour un chercheur de confronter ses idées et sa méthodologie à d'autres regards.

Ces regards pouvant être ceux de non-experts ; c'est d'ailleurs souvent eux qui ont les analyses les plus pertinentes.

Ces échanges pourraient s'organiser en réunions régulières, où chaque participant commenterait le travail des autres. Les étudiants (en 2^e et 3^e cycles des études médicales) ont tout à fait leur place dans ce genre de réunion. C'est une très bonne école pour les plus jeunes : cela permettrait d'illustrer l'intérêt de la lecture critique d'article enseignée en 2^e cycle et (pourquoi pas) de créer des vocations !

Un travail non valorisable... vraiment ?

Un dernier point positif à rédiger un protocole de recherche est de le publier. En fait, en mettant au point une seule étude vous pouvez potentiellement la valoriser par deux articles !! (Le protocole ET les résultats de votre étude).

Et là encore, on rejoint un aspect éthique. Il est assez déroutant de savoir que plusieurs équipes ont travaillé exactement sur le même sujet, avec la même méthodologie, sans échanger et sans connaître les résultats des expérimentations antérieures. Et que ces résultats restent toujours inconnus du reste de la communauté scientifique ; et donc que d'autres équipes risquent d'effectuer les mêmes études alors que le résultat est négatif.

Nous clôturons ce premier acte en attirant votre attention sur la complexité de cette tâche. Même si la formation continue lors des réunions qui ont été évoquées plus haut peut être très bénéfique, il existe des formations de plusieurs jours sur la rédaction des protocoles de recherche clinique. Des méthodologistes en font leur métier ; il s'agit d'une tâche complexe.

Renseignez-vous auprès de vos chefs de service, des Groupements Interrégionaux de Recherche clinique et d'Innovation ou des Départements de Formation Médicale Permanente de votre CHU de secteur pour vous former ou vous entourer suffisamment.

Enfin, pour vous aider dans vos démarches nous allons mettre au point un guide interactif, qui sera bientôt disponible à partir de votre espace adhérent AJG.

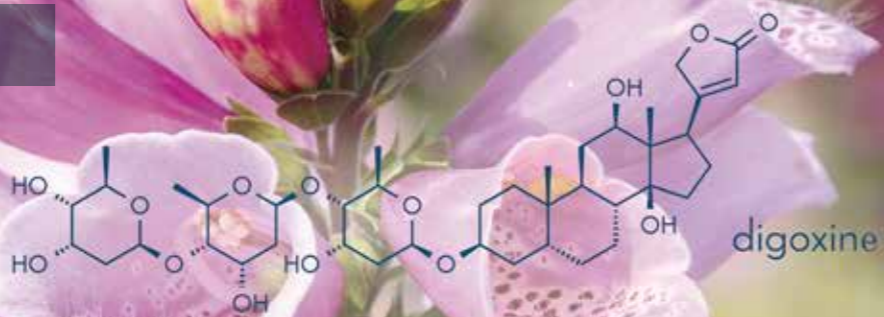


Alexandre BOUSSUGE
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Bibliographie

- Décret n° 2016-1537 du Code de Santé publique du 16 novembre 2016 d'application de la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (dite loi Jardé), telle que modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016) a été publié le 17 novembre 2016 au Journal Officiel.
- Site de l'INSERM (<https://www.inserm.fr/professionnels-recherche/recherche-sur-personnes/soumission-projets-impliquant-personne-humaine>).
- Site de l'Institut Nationale des Données de Santé, pour effectuer des demandes auprès du CEREEES (<https://www.indsante.fr/fr>).
- Site de la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/quelles-formalites-pour-les-traitements-de-donnees-de-sante-caractere-personnel>).
- Site de l'Agence Régional de Santé Ile-de-France (<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/comites-de-protection-des-personnes-cpp>).
- Site du Ministère des Solidarités et de la Santé (<https://bit.ly/2US9HFY>).
- Recommandations de bonnes pratiques Equator Network (<https://bit.ly/2L4QmGg>).

LE POINT DE VUE DU PHARMACOLOGUE ET LE POINT DE VUE DU GÉRIATRE : LA DIGOXINE



Le point de vue du pharmacologue

La première description d'une utilisation clinique de la digitale (*Digitalis purpurea*) est attribuée à William Withering (1741-1799), un médecin britannique, en 1785. Cette plante produit des sucres complexes aux propriétés inotropes positives d'où leur nom générique d'hétérosides cardiotoniques. On en trouve dans d'autres plantes comme les Strophantus, la scille, le muguet et le laurier rose. Actuellement seule la digoxine subsiste sur le marché français. Sa structure chimique hydrosoluble explique les principales propriétés pharmacocinétiques de la molécule : une absorption intestinale moyenne (70-80 %), un faible taux de fixation aux protéines plasmatiques (20 %) ainsi qu'une élimination préférentielle par voie rénale sous forme non métabolisée (90 %).

Pour cette dernière, l'ultrafiltration est limitée par un poids moléculaire élevé (780g/mole) qui explique le temps de demi-vie d'élimination long (36h) et la nécessité d'un transporteur d'efflux, la P-glycoprotéine (P-gp), pour assurer sa sécrétion tubulaire.

Ce transporteur peut être inhibé par de nombreuses molécules courantes comme le vérapamil, l'amiodarone, l'érythromycine, la fluoxétine, la sertraline, la clarithromycine ou la spironolactone, associations à risque d'intoxication digitalique.

Par voie orale, l'équilibre est obtenu lentement et la première digoxinémie est inutile avant le 6^{ème} jour de traitement. Sur le plan pharmacodynamique, il fallut attendre 1965 pour que le danois Jens Christian Skou (1918-2018) montre que les digitaliques cardiotoniques bloquent une pompe myocardique, la Na⁺/K⁺ ATPase. Il aura le prix Nobel de chimie en 1997 avec Paul Boyer et John Ernest Walker pour la découverte de cette première pompe transporteuse d'ions.

Cette action s'exerce directement sur les cardiomyocytes où elle est responsable de l'effet inotrope positif mais aussi d'une déstabilisation électrophysiologique, l'effet bathmotrope positif, à l'origine du risque arythmogène de ces

composés. En effet, le blocage de la Na⁺/K⁺ ATPase exerce une inhibition fonctionnelle de l'échangeur Na⁺/Ca⁺⁺ avec pour conséquence une augmentation de la concentration de calcium libre intracellulaire.

Le paradoxe apparent des digitaliques est qu'ils sont aussi chronotropes et dromotropes négatifs du fait d'une activation vagale d'origine centrale provenant d'une sensibilisation du baroréflexe. Au total, la pharmacodynamie de la digoxine fait de ce composé un médicament très original, capable à la fois d'augmenter la force de contraction du myocarde tout en favorisant le remplissage diastolique en raison de la bradycardie.

De plus, l'effet dromotrope négatif est exploité pour ralentir la fréquence cardiaque dans la fibrillation atriale en créant un bloc auriculo-ventriculaire fonctionnel.

Sa pharmacocinétique est dangereuse et on veillera tout particulièrement à contrôler la fonction rénale et les associations médicamenteuses passant par la P-gp.

Pr. Laurent MONASSIER

PU-PH de Pharmacologie à la faculté de médecine de Strasbourg
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

Withering W dans : An account of the foxglove and some of its medical uses with practical remarks on dropsy and other diseases. London: GGJ and J Robinson; 1785.

Ziff OJ & Kotecha D. Digoxin: the good and the bad. Trends in Cardiovascular Medicine. 2016; 26:585-595.

Le point de vue du gériatre

Les digitaliques, dont seule la digoxine est commercialisée à ce jour en France, appartiennent à la famille des tonicardiaques.

Par ses propriétés pharmacologiques, la digoxine possède quatre actions essentielles et uniques :

- Inotrope positive (augmente la force de contraction),
- Bathmotrope positive (augmente l'excitabilité myocardique),
- Dronotrope négative (ralentissement de la conduction),
- Chronotrope négative (ralentissement de la fréquence cardiaque).

Sur le plan pharmacocinétique la digoxine est essentiellement éliminée par voie rénale (environ 90 % sous forme non transformée active), avec donc une forte dépendance rénale, qui peut exposer à des surdosages chez la personne âgée. Les situations à risque habituelles sont les insuffisances rénales aiguës, notamment sur insuffisance rénale chronique, organique (nécrose tubulaire après station prolongée au sol, globe vésical) ou fonctionnelle (déshydratation, infection urinaire, épidémie de gastroentérite, canicule ...). Les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs sont également particulièrement exposées (hydratation insuffisante).

Rappelons que l'hypokaliémie augmente la toxicité de la digoxine. Celle-ci devra être recherchée systématiquement avant l'instauration d'un traitement par la digoxine.

La digoxine est indiquée dans l'insuffisance cardiaque (à dysfonction systolique) et dans les troubles du rythme supraventriculaire : ralentissement ou réduction de la fréquence cardiaque en cas de fibrillation atriale (FA) ou de flutter auriculaire.

Les contre-indications de la digoxine sont représentées par :

- Les blocs auriculo-ventriculaires du 2^{ème} et du 3^{ème} degré non appareillés.
- L'hyperexcitabilité ventriculaire (notamment extrasystoles).
- Les tachycardies atriales (flutter, tachysystolie) et fibrillation auriculaire associées à un syndrome de Wolff-Parkinson-White.
- Les tachycardies et fibrillations ventriculaires.
- Une hypokaliémie non corrigée.
- L'association aux sels de calcium IV.

Les principaux événements indésirables de la digoxine sont :

- Une hyperexcitabilité ventriculaire.
- Des troubles digestifs à type de nausées, vomissements et diarrhées qui sont les premiers symptômes fréquents et précoces de la toxicité digitalique.
- Des troubles de la vision en particulier chez le sujet âgé devant faire suspecter un surdosage (dyschromatopsie au jaune notamment).
- Des troubles neurologiques et psychiatriques à type de convulsion, délire et hallucinations en particulier chez le sujet très âgé, devant faire suspecter un surdosage.

Des modifications ECG avec un aspect en cupule du segment ST traduisent une imprégnation digitalique et non un surdosage.

Quelle est la place de la digoxine aujourd'hui ?

Indépendamment de ces propriétés pharmacologiques, rendant le maniement parfois délicat de la digoxine chez la personne âgée (marge thérapeutique étroite, dépendance rénale), de nombreuses études ont montré que la prise de digoxine était potentiellement associée à une morbi-mortalité non négligeable.

En 1997, l'étude DIG (Digitalis Investigation Group), un essai randomisé en double aveugle, a montré chez 988 sujets présentant une insuffisance cardiaque à dysfonction systolique en rythme sinusal (au terme de 37 mois de suivi) une diminution des hospitalisations dans le groupe digoxine sans diminution de la mortalité totale (1).

Dans la cohorte rétrospective TREAT-AF, incluant 122 465 patients avec un suivi de 353 168 personne-années présentant une FA non valvulaire récemment diagnostiquée (âge moyen de 72,1 ans), 28 679 patients (23,4 %) prenaient de la digoxine. La prise de digoxine était associée à une augmentation de la mortalité, indépendamment de l'âge, du sexe, de la fonction rénale ou de la présence d'une insuffisance cardiaque (2).

Dans une revue systématique, avec méta-analyse incluant 501 681 sujets (dont 111 278 sous digoxine) présentant une FA issus de 9 essais randomisés et de 10 cohortes, il en ressort 3 résultats principaux : **i)** La digoxine utilisée dans la FA augmente la mortalité totale de 27 %. **ii)** La mortalité cardiovasculaire est de 21 %. Enfin, **iii)** en l'absence d'insuffisance cardiaque la mortalité est augmentée de manière plus importante (47 %) qu'en présence d'une insuffisance cardiaque (3).

Une autre méta-analyse incluant 408 660 sujets en FA issus d'études de cohorte objective la même tendance, à savoir une augmentation de la mortalité totale sous digoxine qui est plus marquée chez les sujets qui n'ont pas d'insuffisance cardiaque (4). Une augmentation de la mortalité sous digoxine, notamment chez les patients en FA, est observée dans d'autres méta-analyses (5-7) mais également dans une analyse rétrospective de l'étude ROCKET AF (rivaroxaban versus warfarine dans la FA) (8).

Néanmoins, la plupart de ces méta-analyses incluent des essais randomisés (parfois en post hoc) mais aussi et surtout des études de cohorte (parfois de façon rétrospective) ou des registres ce qui peut poser des problèmes méthodologiques (biais de sélection, biais de prescription, données manquantes).

Plus récemment, une méta-analyse utilisant exclusivement des essais randomisés, ne peut ni confirmer ni infirmer les résultats des études observationnelles, n'observant pas d'augmentation

de la mortalité dans le groupe digoxine comparativement au groupe contrôle (placebo, autre traitement médicamenteux, absence d'intervention) (9).

Au total, compte-tenu de toutes ces données issues de la littérature, les dernières recommandations de l'ESC de 2016 de l'insuffisance cardiaque à dysfonction systolique proposent l'utilisation de la digoxine chez des patients symptomatiques en rythme sinusal après l'IEC (ou ARAII), le bêtabloquant et l'antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes (10).

Enfin, sachant que dans la FA, les stratégies thérapeutiques visant à ralentir la fréquence cardiaque (« *rate control* ») comparativement à des stratégies à restaurer un rythme sinusal (« *rhythm control* ») sont associées à moins d'événements indésirables, le premier choix thérapeutique pour contrôler la fréquence cardiaque doit rester un bêtabloquant cardio-sélectif type bisoprolol, sauf situation particulière (11).

Pr. Thomas VOGEL
PU-PH de Gériatrie à la faculté de médecine de Strasbourg
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

- Digitalis Investigation Group. The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure. *N Engl J Med.* 1997; 336:525-33.
- Turakhia MP, Santangeli P, Winkelmayr WC, Xu X, Ullal AJ, Than CT, Schmitt S, Holmes TH, Frayne SM, Phipps CS, Yang F, Hoang DD, Ho PM, Heidenreich PA. Increased mortality associated with digoxin in contemporary patients with atrial fibrillation: findings from the TREAT-AF study. *J Am Coll Cardiol.* 2014; 64:660-8.
- Qureshi W, O'Neal WT, Soliman EZ, Al-Mallah MH. Systematic review and meta-analysis of mortality and digoxin use in atrial fibrillation. *Cardiol J.* 2016; 23:333-43.
- Chen Y, Cai X, Huang W, Wu Y, Huang Y, Hu Y. Increased All-Cause Mortality Associated With Digoxin Therapy in Patients With Atrial Fibrillation: An Updated Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore).* 2015; 94:e2409.
- Vamos M, Erath JW1, Hohnloser SH. Digoxin-associated mortality: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Eur Heart J.* 2015; 36:1831-8.
- Ouyang AJ, Lv YN, Zhong HL, Wen JH, Wei XH, Peng HW, Zhou J, Liu LL. Meta-analysis of digoxin use and risk of mortality in patients with atrial fibrillation. *Am J Cardiol.* 2015; 115:901-6.
- Lopes RD, Rordorf R, De Ferrari GM, Leonardi S, Thomas L, Wojdyla DM, Ridefelt P, Lawrence JH, De Caterina R, Vinereanu D, Hanna M, Flaker G, Al-Khatib SM, Hohnloser SH, Alexander JH, Granger CB, Wallentin L; ARISTOTLE Committees and Investigators. Digoxin and Mortality in Patients With Atrial Fibrillation. *J Am Coll Cardiol.* 2018; 71:1063-1074.
- Washam JB, Stevens SR, Lokhnygina Y, Halperin JL, Breithardt G, Singer DE, Mahaffey KW, Hankey GJ, Berkowitz SD, Nessel CC, Fox KAO, Califf RM1, Piccini JP, Patel MR; ROCKET AF Steering Committee and Investigators. Digoxin use in patients with atrial fibrillation and adverse cardiovascular outcomes: a retrospective analysis of the Rivaroxaban Once Daily Oral Direct Factor Xa Inhibition Compared with Vitamin K Antagonism for Prevention of Stroke and Embolism Trial in Atrial Fibrillation (ROCKET AF). *Lancet.* 2015; 385:2363-70.
- Sethi NJ, Nielsen EE, Safi S, Feinberg J, Gluud C, Jakobsen JC. Digoxin for atrial fibrillation and atrial flutter: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomised clinical trials. *PLoS One.* 2018 8; 13:e0193924.
- 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Consultable à l'adresse suivante en octobre 2018 : <https://bit.ly/2GAQK0t>
- Sethi NJ, Feinberg J, Nielsen EE, Safi S, Gluud C, Jakobsen JC. The effects of rhythm control strategies versus rate control strategies for atrial fibrillation and atrial flutter: A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *PLoS One.* 2017; 12:e0186856.



Consultez le sommaire
et un extrait du livre sur
www.edition-lecoudrier.fr



Améliorer la qualité et le bien-être en EHPAD

Un livre pratique pour tous ceux qui ont à cœur d'améliorer le bien-être des personnes âgées et des professionnels en EHPAD

Le travail en EHPAD s'est complexifié ces dernières années. Les établissements accueillent des résidents de plus en plus dépendants et la réglementation s'est étoffée sans que les moyens n'augmentent suffisamment. La qualité de vie des résidents comme celle des professionnels en pâtissent.

Mener une démarche qualité permet d'agir localement à partir des besoins et des attentes des personnes âgées, en les impliquant ainsi que leur entourage, et en redonnant du sens au travail des personnels. Thierry Le Brun le montre dans cet ouvrage complet, ponctué de situations rencontrées au fil de ses expériences. Il décrit les textes, présente les acteurs, et détaille les droits et les libertés des résidents. Il livre ensuite des conseils pratiques pour le respect de ces droits, les prestations à fournir, l'organisation pour la qualité et l'évaluation à mener. Et conclut sur les perspectives qui s'ouvrent pour les établissements.

Un guide précieux pour les équipes d'EHPAD, les groupes d'établissements, les autorités et les usagers, abordant toutes les facettes de la qualité.

L'auteur, **Thierry Le Brun**, est médecin gériatre, coordonnateur de l'EHPAD La Mémoire des Ailes et membre de l'équipe d'appui gérontologique de proximité de Marcheprime, en Gironde. Soucieux de la qualité du travail en EHPAD, il est devenu en 2013 évaluateur externe d'établissements et services sociaux et médicosociaux.

BON DE COMMANDE

À retourner, accompagné de votre chèque, libellé à l'ordre de « Édition Le Coudrier », à :
Édition Le Coudrier, 313 avenue Marcel Mérieux, 69530 Brignais.

Nom : Prénom :
Organisme :
Adresse :
.....
Tél. (nécessaire dès 2 livres commandés) :
Pour être informé des prochaines parutions, j'indique mon adresse mail :
.....@.....

Titre	Quantité x prix TTC	Total
Améliorer la qualité et le bien-être en EHPAD* x 29,50 € €
Frais de port (France métropolitaine) : 4,80 € Frais offerts à partir de 2 ouvrages commandés	 €
Total TTC (ouvrages + frais de port)	 €

* Nos ouvrages sont aussi disponibles en e-books au prix de 19,99 € - Commandes sur www.edition-lecoudrier.fr

JEANNE CALMENT ÉTAIT-ELLE UNE FAUSSAIRE ?

Jeanne Calment est née le 21 février 1875 à Arles. Elle est décédée le 4 août 1997 dans cette même ville. Sa longévité de 122 ans, 5 mois et 11 jours fait d'elle la doyenne de l'humanité, une « supercentenaire » française, « l'être ayant vécu le plus longtemps parmi les personnes dont la date de naissance a été vérifiée » selon les propos de Wikipedia.

Sa longévité exceptionnelle est devenue une véritable fascination à tel point que beaucoup se demandent si le « plafond de verre » pourra un jour être brisé. Oui mais... et si en fait Jeanne Calment n'était pas Jeanne Calment mais sa fille, Yvonne, née en 1898 et déclarée décédée en 1934. Et s'il s'agissait donc d'une supercherie, que la soit disant Jeanne était décédée à l'âge de 99 ans ? Ou alors est-ce que le mathématicien russe Nikolay Zak, qui avance cette hypothèse, fait fausse route ?

Plongeons-nous dans l'histoire de Jeanne Calment pour apprendre à mieux connaître ce modèle de vieillissement réussi (oui car même si elle était décédée à 99 ans ce n'est quand même pas rien), avant de revenir sur « l'affaire Calment ».

Jeanne Calment, sa biographie

Jeanne Louise Calment est née le 21 février 1875 à Arles. Elle a obtenu son brevet et s'est passionnée pour l'art. Mariée à l'âge de 21 ans à un riche marchand, elle n'a jamais travaillé et a pu mener une vie aisée, s'adonnant à ses multiples passions : tennis, vélo, natation, opéra... Elle a eu une fille unique, Yvonne née en 1898 et décédée en 1934 à l'âge de 35 ans d'une pneumonie. Yvonne avait un fils, Frédéric, décédé à 36 ans d'une rupture d'anévrisme. L'époux de Jeanne est décédé en 1942.

En 1965, alors âgée de 90 ans, Jeanne Calment n'ayant plus aucune descendance décide de vendre son appartement en viager à son notaire. Ce dernier versera 2500 francs de rente par mois et cèdera en 1995, deux ans avant Jeanne. C'est alors son épouse qui, conformément aux règles du viager, poursuivra les versements jusqu'au décès de Jeanne Calment, le 4 août 1997.

Cette extraordinaire longévité, toujours inégalée à l'heure actuelle, peut s'expliquer par un vieillissement plus que réussi permis par une génétique favorable et des conditions de vie tout aussi favorables : son père est décédé en 1931 à l'âge de 93 ans, sa mère en 1924 à 96 ans et son frère aîné en 1962 à l'âge de 97 ans.

Concernant ses conditions de vie, rappelons que Jeanne Calment a mené une vie aisée à l'abri du besoin. Selon ses dires, la consommation d'huile d'olive, d'un verre de porto quotidien, de 1 kg de chocolat par semaine ou encore de cigarillo ont également contribué à sa longévité.

Preuves de ce vieillissement réussi, Jeanne Calment faisait de l'escrime à 95 ans, de la bicyclette à 100 ans et a vécu seule jusqu'à ses 110 ans, âge auquel elle est entrée en EHPAD. Elle est restée capable de marcher jusqu'à la survenue d'une chute à 114 ans et 11 mois.

Son extraordinaire longévité a été validée scientifiquement

Jean Marie ROBINE, directeur de recherche à l'INSERM et Michel ALLARD, médecin spécialiste des centenaires, sont les deux gérontologues français à avoir validé la longévité de Jeanne Calment. Pour se faire, ils avaient enquêté pendant deux ans, notamment en interrogeant à de très nombreuses reprises Jeanne Calment qu'ils avaient soumis à « un nombre incroyable de questions ». Tous les documents d'état civil, scolaires ou encore paroissiaux se rapportant à Jeanne avaient été colligés à tel point que « son cas est considéré comme le summum en matière d'investigation pour prouver l'âge de quelqu'un » selon les mots de Jean Marie Robine publiés sur le site de France Inter.

Leurs études ont été validées par d'autres chercheurs, dans les années 1990.

Le Guinness Book a quant à lui entériné ce record.

« L'affaire Calment » : D'où est partie la polémique ?

En octobre 2018, Valery Novoselov, gérontologue russe, émet des soupçons sur l'âge de la doyenne de l'humanité. Il demande alors une enquête indépendante au doctorant en physique et mathématique Nikolay Zak qui lance un « sondage » Facebook, demandant à ses confrères d'évaluer l'âge de Jeanne Calment à partir d'une photo mélangée à d'autres de personnes âgées. Les résultats de son enquête sont présentés en décembre à l'occasion d'une conférence de la société de gérontologie de l'Académie des sciences de Russie et du département de gérontologie de la Société des Naturalistes de Moscou : Jeanne Calment ne serait pas décédée à l'âge de 122 ans. Afin d'éviter de payer des impôts sur les successions, Yvonne aurait usurpé l'identité de sa mère lors du décès de cette dernière en 1934.

La personne décédée en 1997 serait alors Yvonne selon l'hypothèse Russe, à l'âge de 99 ans.

Ce rapport, publié sur la plateforme ResearchGate, n'aurait cependant été validé par aucun comité de lecture, ne permettant pas de le considérer comme un travail scientifique à part entière.

Plusieurs arguments « scientifiques » sont avancés par les chercheurs Russes pour dénoncer cette « supercherie », tous mis à mal par les gérontologues

français qui ont validés l'âge de décès de Jeanne Calment. Voici en détails quelques arguments et contre-arguments :

- Jeanne paraîtrait plus jeune que sa fille Yvonne sur l'unique cliché disponible présentant les deux femmes. Michel Allard ne remet pas en question ce constat car lui-même, lors de son enquête, n'avait pu déterminer qui était Jeanne et qui était Yvonne sur la photo. Il précise néanmoins que « [son] expérience des centenaires [lui a] montré que ce sont des gens qui paraissent souvent plus jeunes que leur âge ». « Dans les familles de centenaires, vous trouverez des personnes qui vieillissent très lentement, qui paraissent plus jeunes et d'autres qui ont un vieillissement naturel. Jeanne était dans le premier cas, sa fille était peut-être dans le deuxième ».
- Concernant les analyses anthropométriques et physiologiques, Jeanne Calment n'aurait pas suffisamment perdu en taille car à 114 ans elle mesurait 1,50 m contre 1,52 m à l'âge de 57 ans, ce qui ne correspond pas à la perte de taille normale. De même, la couleur des yeux noirs mentionnée sur sa carte d'identité ne correspondrait pas non plus à celle de la doyenne française au cours de ces dernières années de vie. La forme des oreilles de Jeanne Calment quand elle était jeune et

quand elle était censée être centenaire serait trop différente. A tous ces éléments Michel Allard répond qu'il « y a de telles déformations avec la longévité, et notamment quand la vieillesse s'accélère, que ça n'a pas grande valeur ». « On peut assister à une décoloration des yeux dans les dernières années, ce n'est pas impossible ». Concernant la taille, Jeanne Calment a en fait été mesurée à 143 cm en 1990.

- Les Russes pointent d'autres éléments qui pourraient faire de Jeanne Calment une habile faussaire : elle disait parfois « mon père » au lieu de « mon mari », aurait profité de son « faux âge » pour faire une escroquerie au viager à un homme qui n'était autre que son notaire et qui donc de par sa fonction avait accès à suffisamment d'archives pour se rendre compte d'une escroquerie, évoquait que sa bonne était une certaine Marthe Fousson née en fait 10 ans après elle, que sa signature a fortement évolué dans le temps...
- Terminons avec l'argument, elle aurait monté toute cette histoire et vécu dans le mensonge pendant plus de 60 ans pour qu'elle et son riche père ne paient pas de droit à la succession lors du décès de Jeanne en 1934.

Conclusion

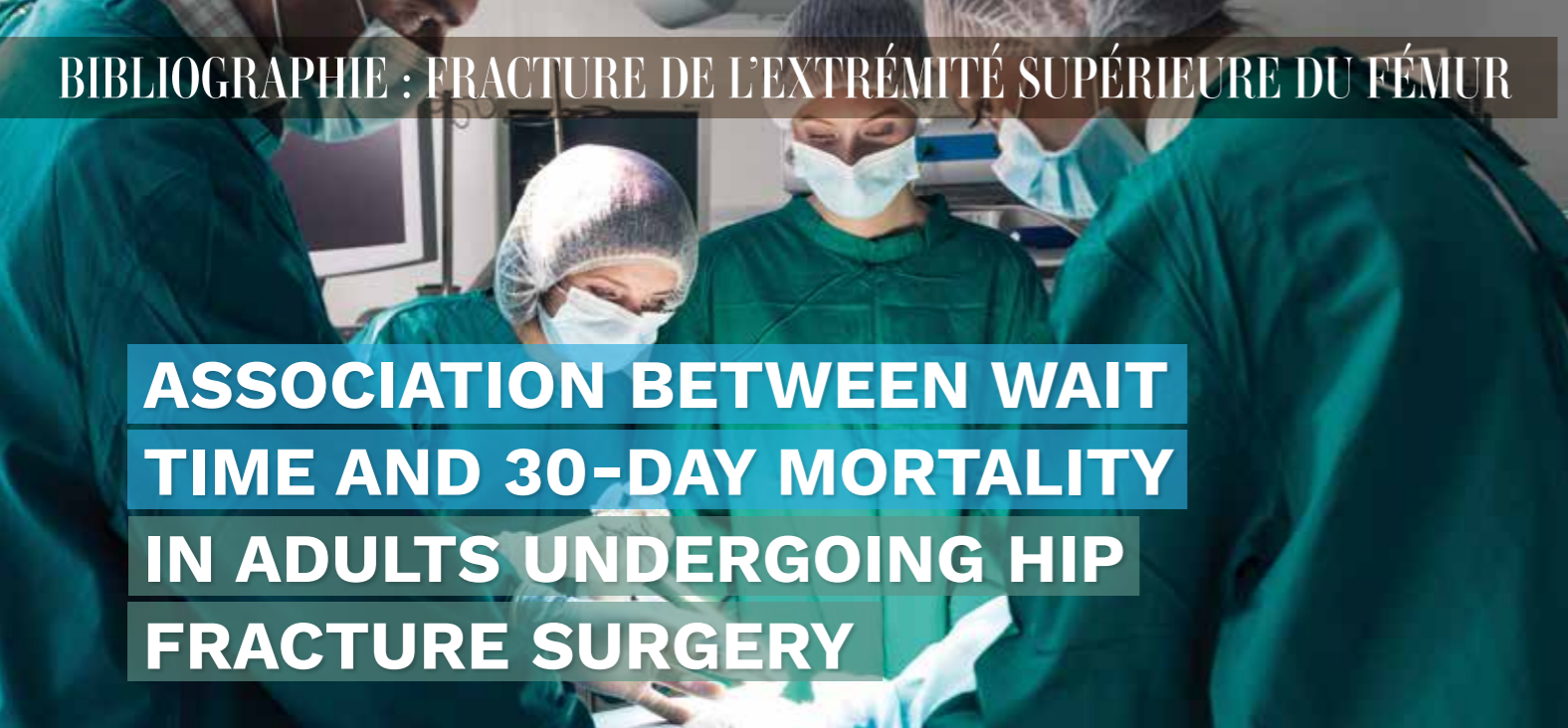
Cette remise en question de l'âge de la personne ayant vécu le plus longtemps relance le débat sur la limite extrême de la vie. Jeanne Calment est considérée comme un modèle, son nom est cité dans toutes les études portant sur les supercentenaires et sur la longévité. S'il s'avère qu'il y a eu tromperie, c'est tout un pan de la science qui serait remis en cause.

La seule façon de déterminer de façon définitive si Jeanne était bien Jeanne serait d'exhumer son corps et celui de sa fille pour réaliser des analyses ADN. A moins que les corps aient été changés de cercueil avant l'inhumation de la prétendue Jeanne...

D'autres détails sont disponibles sur le site de France Inter :

<https://www.franceinter.fr/societe/les-medecins-qui-ont-valide-la-longevite-de-jeanne-calment-repondent-aux-chercheurs-russes-point-par-point>

Guillaume DUCHER
Pour l'Association des Jeunes Gériatres



ASSOCIATION BETWEEN WAIT TIME AND 30-DAY MORTALITY IN ADULTS UNDERGOING HIP FRACTURE SURGERY

Intérêt de l'article : Alors que le délai de prise en charge chirurgicale d'une fracture du fémur a été relié à la mortalité et qu'il est utilisé comme un indicateur de qualité des soins par tous, des controverses existent quant au temps d'attente qui conduit à la survenue de complications.

Introduction

Prendre en charge rapidement une fracture de l'extrémité supérieure du fémur par chirurgie, dans un contexte d'incidence croissante, nécessite une organisation complexe avec des horaires d'ouverture de bloc opératoire étendus, y compris nocturnes. Pourtant, le délai chirurgical à une morbi-mortalité optimale reste sujet à controverse et aucun délai « seuil » empirique n'a été retenu pour l'heure de façon formelle. Les guidelines canadiennes recommandent un délai de chirurgie dans les 48 heures, l'indicateur de qualité des soins au Royaume Uni est fixé à 36h avec une adhésion variant de 14,7 à 95,3 % selon les hôpitaux. De plus, le délai moyen d'attente est estimé dans les études en jour et non en heures ne permettant pas d'apprécier quel délai est précisément acceptable.

L'objectif de ce travail de recherche était d'établir un seuil d'attente chirurgical en heures au-delà duquel le risque de complications augmente.

Méthodes

Critères d'inclusion : tout adulte bénéficiant d'une chirurgie de fracture de hanche dans la province de l'Ontario au Canada, entre le 1^{er} avril 2009 et le 31 mars 2014.

Cette cohorte a été issue de bases de données administratives canadiennes où sont collectées différentes informations sociodémographiques.

Critères d'exclusion : patients ne résidant pas en Ontario, décès survenant pendant l'hospitalisation, patients ayant déjà présenté une fracture fémorale (après 2002) et patients dont l'heure exacte d'arrivée aux urgences était inconnue. Les fractures survenant

chez l'adulte de moins de 45 ans, celles opérées par un chirurgien autre qu'orthopédique et celles survenues durant le séjour hospitalier ont été exclues car considérées non représentatives.

Données recueillies :

- Temps d'attente avant chirurgie défini par le temps total en heure entre l'admission aux urgences et l'entrée au bloc opératoire.
- Recueil des caractéristiques pouvant expliquer les variations de mortalité après fracture de hanche : âge, sexe, comorbidités (évalués par 3 échelles : score de Charlson, John Hopkins CADG et relevé

de comorbidités spécifiques telles que la fragilité, le diabète...).

- Considération des pathologies possiblement associées au délai de consultation hospitalière : cancer osseux, fractures multiples...
- Type de fracture, type de prothèse, temps d'intervention, caractéristiques du centre hospitalier (universitaire ou non, nombre de lits) et du chirurgien (nombre d'intervention annuelle...).

Critère de jugement principal : mortalité dans les 30 jours suivant l'admission aux urgences.

Critères de jugement secondaires :

- Mortalité dans les 90 jours et dans l'année suivant l'admission aux urgences.
- Survenue de complications médicales (infarctus, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, pneumopathie) et chirurgicales (descellement ou retrait de matériel) dans les 30, 90 et 365 jours.

Résultats

- 42 230 patients inclus, opérés par 522 chirurgiens orthopédiques dans 72 hôpitaux différents.

- Moyenne d'âge 80,1 ans (± 10,7), 70,5 % de femmes, délai chirurgical moyen 38,8 heures (± 28,8).
- Les différents modèles ajustés modélisent un délai de 24 heures au-delà duquel le risque de complication médicale commence à augmenter. Le délai d'attente ne semble pas importer en revanche dans la survenue de complications chirurgicales.

Considérant ce délai, le seuil de 24 heures a été choisi pour constituer un groupe « chirurgie précoce » (< 24 heures) et un groupe « chirurgie tardive » (> 24 heures).

- Les patients ayant bénéficié d'une « chirurgie tardive » (n = 28 056 patients, 66,4 %) :
 - Étaient significativement plus fréquemment des hommes, présentaient plusieurs comorbidités, provenaient d'un EHPAD et étaient opérés au sein d'un centre hospitalier universitaire ou d'un centre hospitalier réalisant beaucoup d'actes.
- Comparaison des deux groupes après appariement (13 731 patients dans chaque groupe) afin d'en extraire les facteurs de risque associés à un délai chirurgical supérieur à 24h :

Résultats	Nombre (%) de patients			Excès de risque, % (95 % CI)	P Value
	Chirurgie précoce (n = 13 731)	Chirurgie tardive (n = 13 731)			
Mortalité					
30 j	790 (8.5)	898 (6.5)	0.79 (0.23 to 1.35)	0.006	
90 j	1463 (10.7)	1549 (12.0)	1.35 (0.61 to 2.10)	< 0.001	
365 j	2654 (19.3)	2971 (21.6)	2.31 (1.47 to 3.25)	< 0.001	
Embolie pulmonaire					
30 j	96 (0.7)	166 (1.2)	0.51 (0.28 to 0.74)	< 0.001	
90 j	118 (0.9)	191 (1.4)	0.53 (0.25 to 0.78)	< 0.001	
Pneumonie					
30 j	506 (3.7)	637 (4.6)	0.95 (0.48 to 1.43)	< 0.001	
90 j	671 (4.9)	800 (5.8)	0.94 (0.41 to 1.47)	< 0.001	
Infarctus du myocarde					
30 j	107 (0.8)	160 (1.2)	0.39 (0.15 to 0.62)	0.001	
90 j	126 (0.9)	181 (1.3)	0.40 (0.15 to 0.65)	0.002	
Thrombose veineuse profonde					
30 j	111 (0.8)	136 (1.0)	0.18 (-0.04 to 0.40)	0.11	
90 j	169 (1.2)	190 (1.4)	0.15 (-0.11 to 0.42)	0.26	
365 j	1101 (8.0)	1245 (9.1)	1.05 (0.39 to 1.71)	0.86	

Une chirurgie tardive au-delà de 24 heures augmenterait la mortalité à 30 jours avec une augmentation du risque absolu de 0.79 % (6.5 % vs 5.8 %).

Plusieurs variables analysées comme critères secondaires sont ressorties avec une différence statistiquement significative entre les deux groupes : la chirurgie tardive s'accompagne d'un excès de pneumonie, d'infarctus du myocarde, d'embolie pulmonaire...

Conclusion

Après survenue d'une fracture du col fémoral, le délai d'accès à une chirurgie orthopédique est associé à un excès de risque de mortalité à 30 jours et à d'autres complications. Un seuil de 24 heures semble pouvoir être défini comme à haut risque de complications.

Considérant que 2/3 des patients ne bénéficient pas d'une chirurgie de fracture de col dans les 24 heures, une amélioration des performances est à travailler.

L'avis du jeune gériatre

Ce travail de recherche a inclus des patients d'une moyenne d'âge de 80 ans, polypathologiques pour la plupart (20 % avaient un Charlson > 3), rendant les résultats transposables aux personnes que nous voyons chaque jour dans nos services. Les données de mortalité sont recueillies jusqu'à 1 an, nous donnant des résultats de pronostic à long terme d'une chirurgie précoce.

Il manque cependant des données sur la récupération fonctionnelle selon le délai chirurgical ou encore la fréquence des confusions post-opératoires dans les deux groupes, qui intéresseraient fortement le gériatre. De plus, il serait intéressant de savoir quel profil bénéficie le plus d'une chirurgie précoce : la personne âgée fragile ne gagnerait-elle pas à une chirurgie un peu plus préparée (correction d'une dénutrition, de désordres métaboliques ...) donc avec un peu plus de délai, par rapport à la personne âgée robuste ? Le design de l'étude, avec recueil rétrospectif de données, ne se prêtait pas à un tel objectif mais une recherche de ce type aurait tout son sens.

Quelles recommandations actuellement en France ?

Les recommandations émises dans le document édité par la HAS intitulé « Orthogériatrie et fracture de la hanche », mis au point par la SOFCOT (Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique) et la SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie), sont probablement les plus intéressantes à lire.

Le délai d'intervention chirurgical recommandé, en situation stable, est fixé à 24-48h.

Ce guide est aussi très intéressant à lire pour les recommandations pré et post-opératoires qu'il fournit.

> https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/orthogeriatrie_et_fracture_de_la_hanche_-_note_methodologique.pdf

Guillaume DUCHER
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

**GRAND EST L'ÉVÈNEMENT QUI SE PRÉPARE...
LA DATE TE RAPPELER TU DOIS**



**14 JUIN 2019
JOURNÉE ANNUELLE
LYON**

20^{ème} gazette, 18 ans d'existence, l'Association des Jeunes Gériatres n'est définitivement plus une adolescente !

En novembre, nous avons également renouvelé notre conseil d'administration et accueillant de nouveaux visages.

En plein essor, grâce aux nombreuses bonnes volontés qu'elle regroupe, notre Association prend encore un nouveau tournant cette année : Nous créons notre 1^{ère} journée annuelle, Congrès dédié aux Jeunes Gériatres, l'occasion de nous retrouver et de promouvoir les travaux de notre génération.

N'oubliez pas la date : 14 juin 2019, Lyon !

Vous pouvez d'ores et déjà soumettre vos travaux pour les communications écrites ou orale. Surveillez vos espaces adhérents et vos courriels pour ne pas rater le programme !

Naturellement, nous aurons à cœur de partager un moment festif à l'issue de nos échanges.

Le CNEG, la SFGG, l'ANAIG et d'autres invité(e)s nous font l'honneur de leur présence.

Nous vous espérons nombreux !

Cette année, vous avez pu remarquer que votre espace adhérent s'est enrichi de bibliographies bimensuelles : l'occasion de partager les connaissances nouvelles et le regard des Jeunes Gériatres.

Si vous voulez nous aider, n'hésitez pas à nous contacter !

Enfin, l'AJG accueille avec plaisir la création de l'Association Nationale des Internes de Gériatrie (ANAIG), association représentative des internes du DES de Gériatrie.

L'occasion d'un échange avec son Président, Benjamin Videlier, interne en 3^{ème} semestre de Gériatrie à Lyon.

Dr Matthieu PICCOLI (AJG)

Commençons par quelques éléments de contexte : il y a 2 ans, la réforme du 3^{ème} cycle a grandement modifié l'Internat et a permis de créer le DES de Gériatrie, formation de 4 ans.

Ce DES remplace le DESC de Gériatrie, qui était jusque-là la seule formation initiale de Gériatrie, d'une durée de 3 ans et complémentaire d'un autre DES (Cardiologie, Endocrinologie, Gastro-entérologie, Dermatologie, Hématologie, Médecine Générale, Médecine interne, Médecine physique et de réadaptation, Néphrologie, Neurologie, Oncologie, Pneumologie, Psychiatrie, Rhumatologie, Santé publique).

La capacité de Gériatrie constitue également une voie de formation, en formation continue, pour des médecins cherchant à changer de qualification, à faire valoir les acquis de leur expérience (VAE) ou à bénéficier d'une autorisation d'exercice (PAE).

Ce DES a fait émerger une maquette nationale unique ainsi qu'un corpus théorique valable sur le territoire national.

Deux années de recul ont fait émerger des difficultés pédagogiques auxquelles l'Association des Jeunes Gériatres (dont l'objet est très centré sur la valorisation des travaux des jeunes gériatres) ne pouvait répondre.

Peux-tu nous en dire un peu plus sur ce qui a motivé la création de l'ANAIG ?

M. Benjamin VIDELIER (ANAIG) :

Avec la création du DES de gériatrie, une nouvelle manière d'enseigner la gériatrie a dû voir le jour, notamment pour coller à la réforme du 3^{ème} cycle. Tout ce qui existait devait être repensé, c'était à la fois stressant et très stimulant. A l'image des autres spécialités nous avons eu envie de créer une association avec pour objectif principal la représentation de l'ensemble des internes de Gériatrie. Je pense que nous avons tous à cœur de faire de la Gériatrie une spécialité attractive en participant à l'amélioration de la formation théorique et pratique, de sorte qu'elle soit la meilleure possible. Nous souhaitons avoir un rôle d'accompagnement des internes pendant l'internat mais également en post-internat en soutenant les projets professionnels et faisant la liaison avec l'AJG.

MP : D'accord, donc on retrouve bien quelques piliers importants de vos missions : la défense et la représentation des internes du DES de Gériatrie.

Quelles sont les priorités de l'ANAIG dans les mois à venir ?

BV : Nous avons actuellement deux axes de travail principaux. Le premier sera de communiquer autour de la création de cette nouvelle association et de faire adhérer l'ensemble des internes

en DES de Gériatrie pour que nous puissions travailler tous ensemble à l'élaboration de l'avenir de cette jeune spécialité. Notre deuxième axe de travail, en lien avec le premier, sera de recueillir les retours des internes sur cette année qui vient de s'écouler de manière à réaliser un état des lieux des formations théoriques et pratiques dans les différentes villes, afin de dresser un rapport et de faire des propositions d'amélioration et d'harmonisation.

MP : Tu es actuellement en cours d'Internat.

Est-ce que ce que tu vois de la Gériatrie est conforme à l'idée que tu te faisais de cette spécialité ?

BV : J'ai fait ma formation de médecine à Grenoble où j'ai eu l'opportunité de passer à deux reprises en Gériatrie dont la deuxième fois en DFASM3 (ancienne DCEM4). Il n'y a donc pas de surprise, j'aime toujours autant exercer la Gériatrie. Assez paradoxalement j'ai beaucoup hésité à faire de la Pédiatrie, mais je pense qu'il y a beaucoup de similitude entre ces deux spécialités. La première et probablement la plus importante, c'est que ce sont toutes deux des spécialités très humaines. De plus par son côté transversal, la Gériatrie est une spécialité avec une diversité des pathologies rencontrées qui est pour moi très stimulant intellectuellement. Enfin, avec sa prise

en charge globale des patients, je pense que la Gériatrie est la spécialité qui est la plus faite pour moi.

MP : Nous travaillons déjà ensemble avec la SFGG et le CNEG autour de la promotion du DES de Gériatrie (visitez le site devenirgeriatre.org et parcourez les réseaux sociaux avec le #jesuisgeriatre).

Que veux-tu dire à un(e) étudiant(e) en médecine avant de passer les ECNi ?

BV : Le concours de l'internat n'est pas une fin en soi, et quoi qu'il arrive nous serons tous des médecins. Si vous avez comme moi l'envie d'exercer une spécialité humaine, transversale et avec une prise en charge globale centrée autour du patient, alors la Gériatrie est faite pour vous. La maquette de gériatrie a été suffisamment bien pensée pour offrir aux internes une certaine liberté sur les choix de stages avec notamment 3 stages libres ce qui est assez

agréable pour notre formation. Enfin, au niveau national, la dynamique actuellement est également très plaisante avec une volonté d'offrir un enseignement de qualité et de valoriser cette nouvelle spécialité.

MP : Si je résume bien, nos deux associations, l'AJG (Association des Jeunes Gériatres) et l'ANAIG (Association Nationale des Internes de Gériatrie) partagent la même passion pour la spécialité !

Nous n'avons pas exactement les mêmes champs d'action, puisque l'AJG regroupe, en plus des internes, les actuels et anciens DESC de gériatrie et les gériatres diplômés depuis moins de 8 ans et que nous travaillons à une promotion des travaux et projets de nos membres (thèses, mémoires, projets de soins, travaux de recherche, ...) avec de nombreux partenariats autour de formations

complémentaires (congrès, revues, ...).

En gros, nous travaillons à mettre en avant les projets du futur de la Gériatrie. De votre côté, à l'ANAIG, vous travaillez à ce que la formation de notre spécialité soit la meilleure possible.

Est-ce que tu nous ferais l'honneur d'être présent à notre Journée Annuelle, le 14 juin prochain, à Lyon ?

BV : Avec grand plaisir ! Ça sera l'occasion de montrer que nos deux associations sont complémentaires et que nous pourrions travailler ensemble pour l'avenir de notre spécialité.

MP : Nous vous souhaitons donc la bienvenue dans le paysage de la Gériatrie et sommes ravis de pouvoir travailler en complémentarité pour promouvoir notre belle spécialité !

Pour contacter l'AJG : jeunesgeriatres@gmail.com / <http://www.assojeunesgeriatres.fr/> et sur Facebook / Twitter

Pour contacter l'ANAIG : anaig.contact@gmail.com



Matthieu PICCOLI
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

HALLUCINATIONS ET SYNDROME CONFUSIONNEL LIÉS À UN TRAITEMENT PAR METRONIDAZOLE



Présentation du cas

Mme A., âgée de 93 ans, a été prise en charge aux urgences suite à la survenue d'une diarrhée aiguë, de type cholériforme.

Dans ses principaux antécédents, on relève une hypertension artérielle, une tachycardie supraventriculaire ; une hypothyroïdie, une anémie non explorée, un syndrome anxio-dépressif.

Son traitement habituel comprend : FLUOXETINE 20 mg : ½ cp le soir ; LEVOTHYROX 75 mcg : 1 le matin ; RYTHMODAN 250 LP : ½ cp le matin ; FUROSEMIDE 20 mg : 1 le matin ; RAMIPRIL 2,5 mg : 1 le matin ; OMEPRAZOLE 20 mg : 1 le soir ; DAFALGAN 1 g : 3 fois/jour.

La patiente est autonome pour les actes de la vie quotidienne, avec des aides à domicile. Elle vit seule, se déplace avec deux cannes. Elle ne présente pas de troubles cognitifs connus selon sa famille.

Au décours de sa prise en charge initiale, il a été constaté un syndrome inflammatoire avec une CRP à 213 mg/L, sans autre point

d'appel infectieux que la diarrhée, une insuffisance rénale aiguë initiale réversible sous hydratation parentérale.

Mme A. s'est avérée orientée dans le temps et l'espace par ailleurs.

Un traitement probabiliste associant ceftriaxone et métronidazole a été introduit après réalisation des prélèvements infectieux, puis la patiente a été hospitalisée.

48 heures après l'admission, Mme A. a présenté des hallucinations visuelles bien critiquées, avec apparition dans un second temps d'un syndrome confusionnel.

A l'interrogatoire de sa famille, elle n'a jamais présenté d'épisode similaire.

Les causes de confusion ont été écartées : pas de survenue de déficit neurologique par ailleurs, de troubles hydro-électrolytiques, l'insuffisance rénale aiguë initiale a régressé de manière favorable ainsi que le syndrome inflammatoire (sans preuve bactériologique ni par la coproculture ni par les

hémocultures), pas de rétention aiguë d'urine.

Une origine iatrogène a été suspectée sur la prise de métronidazole ; le traitement a été interrompu. Dans les 24 heures suivant cette interruption, sans autre modification majeure de la prise en charge par ailleurs, le syndrome confusionnel a régressé, pour disparaître à 48 heures, confirmant ainsi l'hypothèse.



Discussion

La confusion fait partie des effets indésirables neurologiques décrits dans les caractéristiques du produit du métronidazole, parmi d'autres symptômes allant jusqu'à l'encéphalopathie et des manifestations psychiatriques (entre autres des manifestations psychotiques, des hallucinations, ...) (1,2,3).

Il n'existe pas de nombreuses données dans la littérature, mais celles disponibles suggèrent une réversion complète à l'arrêt du traitement, ce qui a été le cas ici (2).

Certains auteurs ont évoqué une possible relation avec la concentration plasmatique du produit (4), ce qui doit conduire à plus de prudence en cas d'altération de la fonction hépatique ou rénale (principales voies d'excrétion du produit) (5).

Le métronidazole est un traitement antibiotique qui conserve plusieurs indications fréquentes dans des pathologies infectieuses aiguës. Ce risque de confusion ne doit pas être sous-estimé et rester en tête en cas de survenue de

symptômes évocateurs ; son arrêt à visée de test thérapeutique peut alors être réalisé. Sur les cas rapportés, les symptômes s'avèrent toujours totalement réversibles suite à l'interruption du traitement.

Gildas COUTU

Pour l'Association de Jeunes Gériatres

Bibliographie

1. Metronidazole induced acute confusional agitated state. Rohatgi A, Monga R, Goyal D. J Assoc Physicians India. 2000 Feb;48(2):261
2. Metronidazole and mental confusion. Mahl TC, Ummadi S. J Clin Gastroenterol. 2003 Apr;36(4):373-4
3. Acute encephalopathy associated with metronidazole therapy. Omotoso AB, Opadijo OG. Afr J Med Med Sci. 1997 Mar-Jun;26(1-2):97-8.
4. Mental confusion in a patient treated with metronidazole--a concentration-related effect? Schentag JJ, Ziemniak JA, Greco JM, Rainstein M, Buckley RJ. Pharmacotherapy. 1982 Nov-Dec;2(6):384-7
5. Neurotoxic risk of metronidazole in severe renal insufficiency. Moulin B, Dhib M, Heudes AM, Godin M, Fillastre JP. Ann Med Interne (Paris). 1988;139(5):369

Île-de-France

La Résidence Léopold Bellan à Septeuil (78) Recrute :
1 Médecin Généraliste (ou Gériatre) Prescripteur H/F
CDI à Temps Partiel



Établissement : Située à Septeuil (entre Mantes et Houdan) dans les Yvelines, dans un cadre d'exception (parc boisé de 17 ha traversé par une rivière, en plein cœur du village), la Résidence Léopold Bellan est composée d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes de 102 lits et d'un Foyer d'Accueil Médicalisé de 60 lits.

Poste : CDI à temps partiel.

Missions : Pour l'EHPAD, vous intégrez une équipe pluridisciplinaire dynamique (médecin gériatre coordonnateur, psychiatre, kinésithérapeute, psychomotriciens, psychologue, ...) et participez à la prise en charge globale des résidents.

Avantages et rémunération :

- Selon Convention collective nationale de 1951 (FEHAP).
- Reprise d'ancienneté.
- Mutuelle et prévoyance.

Profil : Titulaire du Doctorat en médecine ou avec une capacité en gériatrie ou en cours d'acquisition.

Poste à pourvoir immédiatement.

Merci d'adresser lettre de motivation, CV et prétentions à : C. Berthelot - Directrice par Intérim - Résidence Léopold BELLAN
 13, place de Verdun 78790 SEPTEUIL - residence.septeuil@fondationbellan.org
 Pour toute information, contactez Docteur Bernard Planques - Médecin Gériatre Coordonnateur - Tél. : 01 34 97 20 00



Normandie

Le Pôle Sanitaire du Vexin - Centre Hospitalier de Gisors
 situé à 1h de Paris

Recherche 2 Gériatres Temps Plein

La filière gériatrique est composée des services suivants :
 Court séjour gériatrique, SSR, EHPAD, USLD, unité Alzheimer.
Les postes sont à pourvoir immédiatement.

Statut :
 Praticien hospitalier, praticien contractuel.

Renseignements :
 Alexandra LAMBERT Responsable des Affaires Médicales
 Pôle Sanitaire du Vexin Route de Rouen BP 83 27140 GISORS
 Tél. : 02 32 27 79 04 - alexandra.lambert@ch-gisors.fr




Bretagne

LES CENTRES HOSPITALIERS DE SAINT-MÉEN-LE-GRAND ET DE MONTFORT-SUR-MEU

recherchent MÉDECINS GÉRIATRES OU GÉNÉRALISTES (H/F)

Deux postes à temps partiel (50 %) ou un poste à temps plein (100 %) à pourvoir pour le service de SSR du Centre Hospitalier de Saint-Méen-le-Grand (35).

MISSIONS :

- Suivi clinique de patients.
- Participation au développement des bonnes pratiques de soins.
- Participation à la continuité des soins (samedi matin).

Possibilité d'aides individuelles à l'installation.

CONTACTS :

- Direction de l'établissement. Courriel : direction@ch-stmeen.fr
- Secrétaire : 02 99 09 84 18
- Dr HABERBUSCH, PH Gériatre
- Président de CME m.haberbusch@ch-meen.fr
- 02 99 09 88 65

Un poste à temps partiel (50 %) pour renforcer l'équipe actuelle dans les services de médecine et SSR du Centre Hospitalier de Montfort-sur-Meu (35).

MISSIONS :

- Participation à la continuité des soins (un samedi matin sur 5 environ).
- Participation au développement des bonnes pratiques de soins.
- Participation aux staffs hebdomadaires et aux réunions RCP.

Le poste proposé ne comporte pas de sujétions liées à la permanence des soins.

CONTACTS :

- Mme PARTHENAY, Directrice Déléguée direction@ch-montfort.fr
- 02 99 09 92 94
- Docteur LE DEUN, PH Gériatre
- Présidente de CME p.ledeun@ch-montfort.fr
- 02 99 09 41 42

LES QUALIFICATIONS ET QUALITÉS SOUHAITÉES :

- Diplôme d'État de Docteur en médecine.
- DESC de gériatrie ou capacité de gériatrie.
- Être inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- Aptitude au travail en équipe et à l'interdisciplinarité.

Ces deux établissements disposent d'un fonctionnement médical mixte (médecins salariés et libéraux) et sont composés d'une équipe paramédicale pluridisciplinaire (cadres de santé, IDE, AS, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, orthophonistes, diététiciennes, assistantes sociales).

Ils regroupent :

- 99 places de SSIAD.
- 313 lits d'EHPAD / Unité de Vie Spécialisée pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
- 30 lits d'USLD.
- 16 lits de Médecine.
- 80 lits de SSR polyvalents dont 25 lits PAPD (Personne Agée Poly-pathologique Dépendante).




Occitanie

Le Centre Hospitalier de GUINGAMP (22 - Côtes d'Armor)
 (Établissement de 596 lits et places situé à 30 minutes de la côte, à 1 heure 30 de Rennes sur l'axe Rennes-Brest, Paris est à 2h30 en TGV, la gare TGV est à 5 minutes du Centre Hospitalier)

Recrute 2 praticiens hospitaliers temps plein pour ses services d'Ehpad, de SSR et/ou de Médecine Gériatrique.

La filière gériatrique du Centre Hospitalier de Guingamp est composée de :

- Une unité de court séjour gériatrique de 25 lits.
- Une unité mobile gériatrique.
- Un hôpital de jour gériatrique (2 places) au sein de l'hôpital de jour médecine.
- Une unité de soins de suite gériatrique de 30 lits.
- Un hôpital de jour SSR gériatrique de 10 places.
- Un Ehpad de 258 lits d'hébergement permanent dont 4 temporaires + 10 places d'accueil de jour, auquel s'adjoint 30 lits d'USLD.


Ces unités sont rattachées pour partie au pôle médecine (CSG, EMG, HDJ G), pour partie au pôle SSR (SSRG et HDJ G), ou encore au pôle EHPAD-USLD.

Postes éligibles à la prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH).

Poste à pourvoir immédiatement.

CONTACTS :

Pour tout renseignement veuillez prendre contact avec la Direction des Affaires Médicales : 02 96 44 57 36 - 02 96 44 56 12
 Candidatures à envoyer par mail : gael.cornec@armorsante.bzh - anne-marie.andre@armorsante.bzh - diane.gandon@armorsante.bzh



LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

900 lits et places, plateau technique incluant scanner et IRM, cardiologie interventionnelle et UNV est un établissement pivot du territoire de santé du Cher. Bourges, très belle ville de caractère (agglomération de plus de 100 000 habitants) est idéalement située par autoroute et par train : 2h de Paris, 1h d'Orléans et 2h du Massif central

NOUS RECHERCHONS H/F (temps plein ou partiel)
Praticien Hospitalier, Praticien Contractuel, Assistant ou Praticien Attaché
MÉDECIN EN GÉRIATRIE

Le CH de Bourges dispose d'une filière gériatrique complète : médecine gériatrique, équipe mobile, SSR gériatriques, hôpital de jour, consultation mémoire, USLD, UHR, EHPAD, PASA, accueil de jour, plateforme de répit.

Effectif médical du pôle : 10 praticiens. Activités proposées : participation à l'activité du service de soins de suite et réadaptation gériatriques et/ou participation aux activités de l'hôpital de jour gériatrique et de la consultation mémoire ; participation aux astreintes spécifiques de gériatrie

Pour tout renseignement contacter : Mme le Docteur MALARD : gaelle.malard@ch-bourges.fr
 Adressez votre candidature à la direction des affaires médicales
 marie.pintaux@ch-bourges.fr - marie-gabrielle.verstavel@ch-bourges.fr - Tél 02.48.48.48.66

www.ch-bourges.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTAUBAN
 Établissement support du GHT Tarn-et-Garonnais

RECHERCHE
Un Médecin Gériatre

Pour intégrer une équipe de 4 PH temps plein au sein du Pôle SSR-Gériatrie qui comprend :

- Un Court Séjour, une Équipe Mobile, une USLD, deux EHPAD.
- Une Consultation Mémoire labellisée et gériatrique, une cellule de recherche clinique.

Pour développer une activité d'Hôpital de jour gériatrique et de « Repérage de la fragilité ».

Pour mettre en place une filière gériatrique territoriale tournée vers les EHPAD et le domicile.

Possibilité de poste de PH Temps Plein à terme.

CONTACTS :
Dr Aurélie ROUSTAN
 05 63 92 89 19
 a.roustan@ch-montauban.fr
 Secrétariat : 05 63 92 81 33



LE CENTRE HOSPITALIER DE BAR-SUR-AUBE RECHERCHE
MÉDECIN TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL POUR SON SERVICE DE MÉDECINE SSR

DESCRIPTION DU POSTE

Poste de médecin à temps plein ou temps partiel sur le service de Médecine SSR.

Ce poste peut également intéresser un praticien recherchant un exercice mixte (mi-temps salarié/mi-temps libéral) et offre une grande possibilité d'initiative dans les projets de l'établissement.

Poste à pourvoir immédiatement.

Le praticien pourra s'appuyer également sur l'équipe médicale de la Maison de Santé Pluri professionnelle de Bar-sur-Aube, très impliquée dans le partenariat avec l'établissement. Possibilité de temps partagé avec le Centre Hospitalier de Troyes, hôpital de recours du département.

LE CENTRE HOSPITALIER DE BAR-SUR-AUBE 190 lits

- Hôpital de proximité du Barsuraubois • Intégré au GHT de l'Aube et du Sézannais, l'établissement fait partie des Hôpitaux Champagne Sud (CH de Troyes, EPSMA de Brienne-le-Château, Groupement Hospitalier Aube-Marne, CH de Bar-sur-Seine et de Bar-sur-Aube) • Consultations avancées de spécialités (cardiologie, gastro-entérologie, gynécologie, ORL, neurologie, algologie, chirurgie viscérale, dermatologie) • Centre de périnatalité en lien avec le CH de Troyes • Antenne SMUR et consultations d'urgence en lien avec le CH de Troyes • Service Médecine (10 lits)- SSR (22 lits) • Service USLD (30 lits) • EHPAD LA DHUY (130 lits) • Télémédecine • Plateau technique de rééducation composé de 2 masseurs kinés, un ergothérapeute et un psychologue • Un service de radiologie en liaison directe avec le centre hospitalier.

Les candidatures et CV sont à adresser à : Madame Camille Silva - Responsable des Ressources Humaines - camille.silva@ch-bsa.fr
Centre Hospitalier Saint-Nicolas - 2, rue Gaston Cheq - 10200 Bar-sur-Aube



Le Centre Hospitalier de Bar-sur-Seine, 238 lits et 200 professionnels, situé à 30 minutes de Troyes,

recherche Médecin temps plein ou temps partiel pour son service de Médecine SSR- EVP.

Description du poste :

Poste de médecin à temps plein ou temps partiel sur le service de Médecine SSR-EVP. Une équipe médicale composée de 2 praticiens, médecin généraliste, gériatre ou MPR.

Ce poste peut également intéresser un praticien recherchant un exercice mixte (mi-temps salarié / mi-temps libéral) et offre une grande possibilité d'initiative dans les projets de l'établissement.

Il regroupe une offre de soins sanitaires et des résidences pour personnes âgées dépendantes avec 10 lits de médecine polyvalente, 23 lits de SSR, 10 lits d'État Végétatif Prolongé (EVP), 30 lits d'USLD, de 175 lits EHPAD.

Télé-médecine, consultations avancées de spécialistes, projet de salle de radiologie, plateau technique de rééducation complet composé de 2 masseurs kinés, un ergothérapeute, un neuropsychologue et un psychologue.

Le praticien pourra s'appuyer également sur l'équipe médicale de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle située à côté de l'Hôpital, très impliquée dans le partenariat avec l'établissement.

Possibilité de temps partagé avec le Centre Hospitalier de Troyes, hôpital de recours du département.

Intégré au GHT de l'Aube et du Sézannais, l'établissement fait partie des Hôpitaux Champagne Sud.

Possibilité de logement sur place ou d'habiter sur l'agglomération troyenne.


Cadre de vie attractif dans un parc de 17 hectares en bord de Seine.

Candidature détaillée à adresser à :
 Monsieur le Directeur
 Centre Hospitalier de Bar-sur-Seine
 6, rue du Stade - 10 110 BAR-SUR-SEINE
 Mail : bernard.mabileau@hcs-sante.fr

Renseignements :
 Dr. BRAUN Christian
 Président de CME
 03 25 38 38 38

Poste à pourvoir immédiatement.

CENTRE HOSPITALIER BAR-SUR-SEINE



Grand Est

Les Établissements Publics du Sud Haute-Marne RECHERCHENT 2 MÉDECINS GÉRIATRES OU GÉNÉRALISTES AVEC CAPACITÉ EN GÉRIATRIE À TEMPS PLEIN



La filière gériatrique est composée des services suivants :
EHPAD, SSR, UVP, ESAD, AJA
Les postes sont à pourvoir immédiatement.
Statut : Praticien hospitalier ou contractuel.
Lits sur nos établissements :
213 MCO, 113 SSR, 393 sur 3 EHPAD.
Avantages : Facilité et aide à l'installation.

RENSEIGNEMENTS ET CANDIDATURES :
Madame Sabrina VACHERET, Chargée des Affaires Médicales
Tél. : 03 25 87 89 31
Mail : secretariat.direction@ch-langres.fr



Auvergne - Rhône-Alpes

LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTÉLIMAR, ÉTABLISSEMENT DE RÉFÉRENCE DU « GROUPEMENT HOSPITALIER DES PORTES DE PROVENCE »

RECHERCHE DEUX GÉRIATRES À 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 (Unité cognitivo-comportementale) et 6 EVC.
- 40 lits d'USLD.
- 114 lits d'EHPAD (dont 10 d'Unité Sécurisée) répartis sur 2 sites.
- Équipes mobiles de Gériatrie Intra et Extra Hospitalière.
- Des consultations (mémoire, gériatrique et onco-gériatrique).

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

Montélimar est une ville agréable, dynamique, située à 1h30 de Lyon, Montpellier, Grenoble et Marseille en Drôme Provençale (accès autoroutier et TGV). Les bâtiments de Gériatrie de « Roche-Colombe » sont récents, climatisés et agréables, en proximité du plateau technique.

Renseignements :
Dr FRANÇAIS-HOFMANN Véronique - Responsable du Pôle Gériatrie
veronique.francais-hofmann@gh-portesdeprovence.fr - 04 75 53 22 56

A-S. GONZALVEZ (DA, DRH-DAM), direction@gh-portesdeprovence.fr
S. MAGNETTE (ACH, DAM), sandrine.magnette@gh-portesdeprovence.fr
04 75 53 41 29

Film de présentation de la structure : <https://youtu.be/Y6KMjGON4M> - Site Internet : www.gh-portesdeprovence.fr



Nouvelle-Aquitaine

Le Centre Hospitalier d'Albertville-Moûtiers RECRUTE, pour renforcer son équipe composée de 7 gériatres et d'un médecin généraliste, MÉDECIN GÉRIATRE temps plein ou temps partiel pour son Court Séjour Gériatrique, l'EHPAD ou le SSR (site de Moûtiers).

MISSIONS

- Contribuer à la prise en charge des patients admis en court séjour gériatrique dans le cadre d'hospitalisations programmées ou dans les suites d'une admission aux urgences.
- Participer à la permanence des soins sur les services de gériatrie.
- Contribuer à la coordination du suivi des patients en amont et dans les suites de l'hospitalisation en court séjour gériatrique, participer au staff hebdomadaire pluridisciplinaire.
- Être en lien avec les médecins adresses (médecins traitants, médecins coordonnateurs) ou les structures partenaires (EHPAD, HAD, ...).
- S'intégrer et contribuer aux projets et à la dynamique de l'équipe médicale de gériatrie.
- Le cas échéant selon les compétences particulières et desideratas du candidat : possibilités de développer des consultations externes spécifiques de médecine gériatrique : consultations mémoire notamment.
- Participer aux instances, groupes de travail et commissions thématiques de l'établissement en lien avec la spécialité médicale qu'il exerce.

STATUT DU RECRUTEMENT

- Praticien inscrit à l'ordre des médecins en France, spécialiste en gériatrie (titulaire d'une capacité de gériatrie).
- Assistant, Praticien hospitalier ou praticien contractuel.

Le médecin participe à la permanence des soins et à la continuité des soins (samedi matin toutes les 4 semaines et dimanche journée toutes les 8 semaines).

Situé en Savoie, au pied du domaine skiable des 3 vallées, à 2h des aéroports internationaux de Lyon et de Genève, à proximité d'Annecy, de Grenoble et de Chambéry, le Centre Hospitalier d'Albertville-Moûtiers (CHAM) propose un cadre de vie privilégié au cœur des Alpes.

CONTACTS
Myriam MINAZIO, Directrice de la stratégie et des ressources médicales, m.minazio@cham-savoie.fr ou 04 79 09 47 93
Dr Catherine MICHAUT, médecin référent du pôle de gériatrie, c.michaut@cham-savoie.fr ou 04 79 24 75 43



Outre-Mer

LA CLINIQUE KORIAN LES GRANGES située dans l'agglomération grenobloise RECRUTE Un Médecin Gériatre Temps plein pour compléter l'équipe de SSR personnes âgées poly-pathologiques (3,5 ETP pour 45 lits).

MISSIONS :

- Suivi médical et projet thérapeutique de réadaptation fonctionnelle en coordination avec l'équipe de soins et de rééducation.
- Implication dans les projets transversaux et collaboration à la démarche qualité (certification, EPP, instances médicales, mise en place de protocole, projet de service...).
- Participation au réseau partenarial de la structure.
- Participation à la permanence des soins via une astreinte opérationnelle : 1 semaine/5 à 6 en moyenne.

AVANTAGES :

- Intégration à un groupe européen spécialisé dans la prise en charge du sujet âgé.
- Équipe médicale solidaire, dynamique et flexible travaillant en concertation.
- Accès sur site aux avis médicaux neurologique, MPR et rhumatologique.
- Plateau technique de rééducation performant.
- Travail en lien avec les principaux acteurs de santé de Grenoble et sa couronne.
- Contribution au projet d'établissement en lien avec la Direction de l'établissement.
- Rémunération attractive, statut cadre médical.
- Mutuelle du groupe Korian avec prise en charge partielle de la cotisation par l'employeur.

PROFIL RECHERCHÉ :

- Médecin gériatre diplômé (DESC ou Capacité de gérontologie).
- Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins.
- Expérience de terrain en Gériatrie souhaitable, notamment en SSR.
- Dynamisme, capacité d'initiative et d'organisation, sens de l'écoute, tolérance, capacité de collégialité, intérêt au travail en équipe.

Merci d'adresser votre CV et lettre de motivation à **Madame Bonillo Directrice** Clinique Korian Les Granges, 8 rue de Lorraine, 38130 Échirolles. par Email : reception.lesgranges@korian.fr Tél. : 04 38 21 26 00



CENTRE HOSPITALIER DE MANOSQUE (Alpes-de-Haute-Provence) Recherche MÉDECIN GÉRIATRE (H/F)

L'équipe actuelle se compose de 2 praticiens gériatres temps plein + internes.

Hôpital neuf (8 ans).
Service composé de 30 lits (3 secteurs de 10 lits) avec une équipe médicale jeune et dynamique.

Le recrutement se fait sur une base de PH contractuel ou PH titulaire, de préférence temps plein (rémunération négociée selon l'expérience).
Un ou plusieurs remplacements préalables sont tout à fait envisageables.

Profil recherché : Médecin gériatre ou généraliste (capacité en gériatrie souhaitée).

Manosque aux portes du Lubéron et au cœur des champs de lavande est située dans une région très convoitée par son ensoleillement (plus de 300 jours par an), sa proximité avec la mer et la montagne (1 heure des stations de ski ou de la Méditerranée), ses accès directs autoroutiers « aux capitales régionales » que sont Aix-en-Provence (40 mn), Marseille (1h). L'Italie est proche et la région est bien desservie par les aéroports de Marignane, les gares TGV d'Aix-en-Provence et Avignon.

POUR CANDIDATER OU POUR TOUTE QUESTION SUR LE SERVICE, VOUS ÊTES INVITÉS À ÉCRIRE À :

Monsieur le Directeur : direction@ch-manosque.fr ou à
Madame la Directrice des Ressources Humaines : ailoud.c@ch-manosque.fr

Pour des questions d'ordre médical merci de vous adresser au **Chef de pôle :** thiberville.sd@ch-manosque.fr ou **Chef de service :** besnier.a@ch-manosque.fr

Centre Hospitalier de Manosque – Chemin Auguste Girard – CS 20035 – 04107 Manosque Cedex



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE RECRUTE... UN MÉDECIN GÉRIATRE OU UN MÉDECIN POLYVALENT AU SEIN DU SERVICE DE GÉRIATRIE

LE POSTE :
Nous recherchons un praticien temps plein pour intervenir sur l'unité de court séjour gériatrique.
La filière gériatrique comprend actuellement 23 lits de médecine aiguë gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une activité de consultation (mémoire - centre labellisé, de gériatrie et d'oncogériatrie), 45 lits d'USLD et 109 lits d'EHPAD. Le SSR est situé à 25 km sur le Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély. Le service participe à la formation des internes du CHU de Poitiers avec un agrément pour les internes de spécialité de gériatrie et de médecine générale.

PROFIL RECHERCHÉ :

- Inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins en France.
- Le Centre Hospitalier de Saintonge s'engage à accompagner les candidats à des formations diplômantes de type DU et DIU.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT, VOUS POUVEZ CONTACTER :

- **Le chef de service, Madame le Dr Camille Nicolon**, Secrétariat 05 46 95 15 17, c.nicolon@ch-saintonge.fr
- **Le président de CME, Monsieur le Dr Jean - Sébastien Borde**, Secrétariat 05 46 95 10 76
- **La Directrice des Affaires Médicales, Madame Laurence Couloudou**, l.couloudou@ch-saintonge.fr
- **Le service des Affaires Médicales**, aff-medicales@ch-saintonge.fr

STATUTS POSSIBLES :
Praticien hospitalier temps plein, praticien contractuel, praticien clinicien (uniquement pour la spécialité de gériatrie), assistant.

L'ÉTABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT :
Situé au sud de la Charente-Maritime, à 1h de Bordeaux et 30 minutes de l'océan, le CH de Saintonge est un établissement de recours doté de 5 pôles d'activités cliniques et 1 pôle médico-technique. Il a une capacité d'accueil de 881 lits et places, sur un bassin de population de plus de 300 000 habitants. Il est par ailleurs établissement support du GHT de Saintonge pour le territoire Sud et Est de Charente-Maritime.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Martinique Recherche des Gériatres pour compléter l'équipe de praticiens hospitaliers au sein du Pôle de Gériatrie de l'établissement.

Le CHU de Martinique se compose de 9 pôles cliniques et médico-techniques qui couvrent des disciplines médicales, chirurgicales et obstétricales d'une capacité d'accueil de 1426 lits.

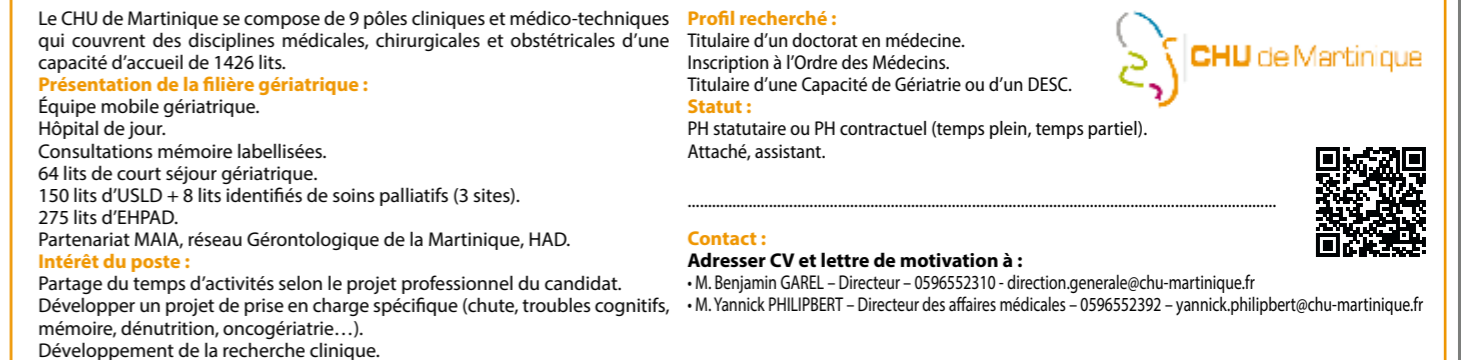
Présentation de la filière gériatrique :
Équipe mobile gériatrique.
Hôpital de jour.
Consultations mémoire labellisées.
64 lits de court séjour gériatrique.
150 lits d'USLD + 8 lits identifiés de soins palliatifs (3 sites).
275 lits d'EHPAD.
Partenariat MAIA, réseau Gérontologique de la Martinique, HAD.

Intérêt du poste :
Partage du temps d'activités selon le projet professionnel du candidat.
Développer un projet de prise en charge spécifique (chute, troubles cognitifs, mémoire, dénutrition, oncogériatrie...).Développement de la recherche clinique.

Profil recherché :
Titulaire d'un doctorat en médecine.
Inscription à l'Ordre des Médecins.
Titulaire d'une Capacité de Gériatrie ou d'un DESC.

Statut :
PH statutaire ou PH contractuel (temps plein, temps partiel).
Attaché, assistant.

Contact :
Adresser CV et lettre de motivation à :
• M. Benjamin GAREL - Directeur - 0596552310 - direction.generale@chu-martinique.fr
• M. Yannick PHILIPBERT - Directeur des affaires médicales - 0596552392 - yannick.philipbert@chu-martinique.fr



JEUNES GERIATRES...



REJOIGNEZ NOUS

ET CONSTRUISONS

ENSEMBLE LA
GERIATRIE

DE DEMAIN !

TARIF
MEDECINS
20€/AN
SEULEMENT !

TARIF
INTERNES
10€/AN
SEULEMENT !

NOS MISSIONS :

- 🚀 Réunir l'**ENSEMBLE** des jeunes gériatres
- 🚀 Veiller à une **FORMATION** de qualité
- 🚀 Promouvoir la **RECHERCHE**
- 🚀 Concourir à faire changer l'**IMAGE** de la gériatrie
- 🚀 Promouvoir toute **ACTION** éducative pour améliorer le soin aux patients âgés

DEVENEZ MEMBRE ET BENEFICIEZ :

- 👍 D'un **ABONNEMENT** numérique à la revue Gériatrie & Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement
- 👍 De **REDUCTIONS** pour nos événements (Rencontres Annuelles de l'AJG) et pour les congrès des sociétés et associations partenaires
- 👍 Du **RESEAU AJG** : publications d'articles, échanges entre jeunes gériatres
- 👍 D'un accès aux documents **PEDAGOGIQUES** du site, d'analyses **BIBLIOGRAPHIQUES** régulières...

 @JeunesGeriatres

 Association des jeunes gériatres

 assojeunesgeriatres.fr

ADHEREZ !

